

Aus dem Medizinischen Zentrum für Nervenheilkunde
der Philipps-Universität Marburg
Direktor: Prof. Dr. W. H. Oertel
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie -
Direktor: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt

**Diagnostische Merkmale und Therapieergebnis bei stationär behandelten
hyperkinetischen Kindern und Jugendlichen**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin

dem Fachbereich Medizin
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Birthe Stevens
aus Oberhausen

Marburg 2005

Angenommen vom Fachbereich Medizin
der Philipps-Universität Marburg am 23.06.2005

gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs

Dekan: Prof. Dr. B. Maisch

Referent: Prof. Dr. F. Mattejat

Coreferent: Prof. Dr. N. Donner-Banzhoff

Zweiter Coreferent: Prof. Dr. F. Poustka

PROLOG

Die Geschichte vom Zappel-Philipp

„Ob der Philipp heute still
Wohl bei Tische sitzen will?“
Also sprach in ernstem Ton
Der Papa zu seinem Sohn.
Und die Mutter blickte stumm
Auf dem ganzen Tisch herum.
Doch der Philipp hörte nicht,
Was zu ihm der Vater spricht.
Er gaukelt
Und schaukelt,
Er trappelt
Und zappelt
Auf dem Stuhle hin und her.
„Philipp, das missfällt mir sehr!“

Seht, Ihr lieben Kinder, seht,
Wie`s dem Philipp weiter geht!
Oben steht es auf dem Bild.
Seht! Er schaukelt gar zu wild,
Bis der Stuhl nach hinten fällt;
Da ist nichts mehr, was ihn hält;
Nach dem Tischtuch greift er, schreit.
Doch was hilft`s? Zu gleicher Zeit
Fallen Teller, Flasch` und Brot,
Vater ist in großer Not,
Und die Mutter blicket stumm
Auf dem ganzen Tisch herum.

Nun ist Philipp ganz versteckt,
Und der Tisch ist abgedeckt.
Was der Vater essen wollt,
Unten auf der Erde rollt;
Suppe, Brot und alle Bissen,
Alles ist herabgerissen;
Suppenschüssel ist entzwei,
Und die Eltern stehn dabei.
Beide sind gar zornig sehr,
Haben nichts zu essen mehr.

Die Geschichte vom Hans Guck-in-die-Luft

Wenn der Hans zur Schule ging,
Stets sein Blick am Himmel hing.
Nach den Dächern, Wolken, Schwalben
Schaut er aufwärts, allenthalben:
Vor die eignen Füße dicht,
Ja, da sah der Bursche nicht,
Also dass ein jeder ruft:
„Seht den Hans Guck-in-die-Luft!“

Kam ein Hund dahergerannt;
Hänslein blickte unverwandt
In die Luft.
Niemand ruft:
„Hans! Gib Acht, der Hund ist nah!“
Was geschah?
Pauz! Perdauz! – Da liegen zwei!
Hund und Hänschen nebenbei

Inhalt

Ausführliche Gliederung

- I. Einleitung**
- II. Hyperkinetische Störungen – Theoretischer und empirischer Hintergrund**
- III. Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie**
- IV. Ableitung der Fragestellungen**
- V. Studiendesign**
- VI. Ergebnisse – Hypothesenprüfung**
- VII. Ergebnisse – Explorativ – deskriptiv**
- VIII. Diskussion**
- IX. Zusammenfassung**
- X. Literatur**
- XI. Anhang**

	INHALT	3
	AUSFÜHRLICHE GLIEDERUNG	4
1	EINLEITUNG	11
2	HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN – THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND	13
2.1	METHODISCHES VORGEHEN BEI DER LITERATURRECHERCHE	13
2.2	DAS KRANKHEITSBILD DER HYPERKINETISCHEN STÖRUNGEN (HKS)/ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)	16
2.2.1	Definition	16
2.2.2	Definitionsprobleme	16
2.2.3	Diagnostische Klassifikation von ADHD/HKS	17
2.2.3.1	Definition von ADHD nach den DSM-IV-Kriterien	17
2.2.3.2	Auszug aus den diagnostischen Kriterien für ADHD nach DSM-IV	18
2.2.3.3	Definition von HKS nach den ICD-10-Kriterien	20
2.2.3.4	Auszug aus den diagnostischen Kriterien für HKS nach den ICD-10	20
2.2.3.5	Vergleich der zwei Systeme	21
2.2.3.6	Differentialdiagnostik	23
2.2.4	Epidemiologie	24
2.2.5	Ätiologie	25
2.2.6	Diagnostische Methoden	26
2.2.6.1	Anamnese	26
2.2.6.2	Diagnostische Systeme	27
2.2.6.3	Fragebögen	28
2.2.6.4	Verhaltensbeobachtung	29
2.2.6.5	Medizinische Untersuchung	30
2.2.6.6	Apparative Verfahren	30
2.3	THERAPIE	31
2.3.1	Vorstellung verschiedener Therapiemodelle	31
2.3.1.1	Pharmakotherapie	32
2.3.1.2	Psychosoziale Interventionen	36
2.3.1.3	Kombinierte, multimodale Therapiemodelle	42
2.3.1.4	Alternative Verfahren	42

2.3.2	Untersuchungen über den Erfolg der verschiedenen Therapieverfahren beim HKS	44
2.3.2.1	Methodische Probleme beim Vergleich von Studien zu Therapieoptionen bei HKS	45
2.3.2.2	Vorstellung der drei ausgewählten Übersichtsarbeiten	46
2.3.2.3	Vorstellung der Multimodal Treatment Study	55
2.3.2.4	Erfolgreichste Therapieverfahren bei HKS/ADHD – Zusammenfassung	58
2.3.3	Untersuchungen zum Vergleich von Katamnese-Therapiestudien unter Forschungs- und unter „normalen“ klinischen Bedingungen	62
3	SPEZIELLE AKTUELLE FRAGESTELLUNGEN ZU HKS/ADHD: UNTERGRUPPEN, KOMORBIDITÄTEN, VERLAUF UND THERAPIE	68
3.1	EINFÜHRUNG	68
3.2	ADHD-HAUPTSYMPTOME (ADHD-HI, ADHD-C, ADHD-INA) UND DURCH SIE DEFINIERTE SUBTYPEN	70
3.3	KOMORBIDITÄTEN BEI ADHD	74
3.3.1	Einführung	74
3.3.2	Externalisierende Störungen	75
3.3.2.1	Störungen des Sozialverhaltens, Einführung	75
3.3.2.2	Auswirkungen komorbider Sozialverhaltensstörungen auf hyperkinetische Kinder	76
3.3.3	Internalisierende Störungen, Einführung	83
3.3.3.1	Angststörungen	84
3.3.3.2	Emotionalstörungen, Depressionen (Mood disorders)	85
3.3.4	Weitere Komorbiditäten	85
3.3.4.1	Lernstörungen	85
3.3.4.2	Umschriebene Entwicklungsstörungen	85
3.3.5	Zusammenfassung der Studienergebnisse zu den Komorbiditäten der Hyperkinetiker	86
3.4	VERLAUF DER STÖRUNGEN	87
3.4.1	ADHD im Verlauf	87
3.4.2	Komorbid ODD in einer epidemiologischen ADHD-Stichprobe im Verlauf	90
3.4.3	Zusammenfassung des Verlaufs Hyperkinetischer Störungen	90
3.5	ERGEBNISSE DER MTA-LANGZEITSTUDIE	91
3.5.1	ADHD-Hauptsymptome und jeweils verschiedene Komorbiditäten	91
3.5.2	Komorbiditäten von ADHD und die jeweils beste Therapie (v.a. Ergebnisse aus der MTA-Studie)	93
3.5.3	Zusammenfassung der Ergebnisse der MTA-Langzeitstudie	95

4	ABLEITUNG DER ZU UNTERSUCHENDEN HYPOTHESEN	98
5	STUDIENDESIGN	101
5.1	ÜBERSICHT	101
5.2	STUDIENDESIGN UND GESAMTDATENSATZ	101
5.2.1	Vorstellung unseres Studiendesigns und des Gesamtdatensatz der Marburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	101
5.2.2	Die Datenanzahl reduzierende Faktoren und Organisation des Gesamtdatensatzes	103
5.2.3	Bildung von Reduktionsstufen	104
5.3	DATENERHEBUNG	106
5.3.1	Erhebungsinstrumente zu den verschiedenen Zeitpunkten – Überblick	106
5.3.2	Verwendete Instrumente	108
5.3.2.1	Basisdokumentation	108
5.3.2.2	LISTE	111
5.3.2.3	Beurteilung des Therapieerfolges	112
5.3.2.4	4-6-Wochen-Telefoninterview-Nachuntersuchung	112
5.3.2.5	1-1,5-Jahres-Katamnese (Telefoninterview)	114
5.3.2.6	Weitere Instrumente	114
5.4	MARBURGER ROUTINE-EVALUATIONSPROJEKT/EIGENE BETEILIGUNG	115
5.4.1	Arbeitsorganisation	115
5.4.2	Zeitpunkt der Telefon-Nachuntersuchung	116
5.4.3	Befragte Personen	116
5.4.4	Vorgehen bei der Wiederaufnahme eines Patienten	116
5.4.5	Verhalten während des Telefoninterviews	117
5.4.6	Versendung von Fragebögen	117
5.4.7	Mahnrufe	117
5.4.8	Dateneingabe in SPSS	118
5.5	SCHWIERIGKEITEN BEI DER INTERVIEW- DURCHFÜHRUNG	118
5.5.1	Interviewer-Team	118
5.5.2	Schlechte Erreichbarkeit der Interviewpartner	119
5.5.3	Mißtrauen gegenüber dem Interviewer/Verweigerung des Interviews	119
5.5.4	Weiterleitung von Patientendaten	120
5.5.5	Wechselnde Wohnsituation der Patientin/des Patienten	120
5.5.6	Aussagen zum Schulbesuch	120
5.5.7	Schwierigkeiten, sich festzulegen	120
5.5.8	Ausschweifigkeit des Interviewten	121

5.5.9	„Top of the head“-Phänomen	121
5.5.10	Gesprächspausen	121
5.5.11	Zusammenstellung der Gesamt-Datenbank/Umkodierung und Abbildung der verschiedenen Erhebungsinstrumente aufeinander	121
5.6	DATENAUSWERTUNG	122
5.6.1	Reduktionsstufen	122
5.6.2	Auswahl der Patienten für die Vergleichsstichproben	122
5.6.3	Bildung der Vergleichsstichproben von Kindern der Diagnosegruppen F90, F91, F92	122
5.6.4	Bildung von Untergruppen der Hyperkinetiker	125
	5.6.4.1 HKS mit/ohne Sozialstörungen	125
	5.6.4.2 HKS mit/ohne Umschriebene Entwicklungsstörungen	125
	5.6.4.3 HKS mit/ohne Stimulantientherapie	125
	5.6.4.4 Bildung von vier Untergruppen der Hyperkinetiker	125
5.6.5	Standardvariablenkatalog	125
5.6.6	Umkodierung zur gemeinsamen Abbildung der Alten und Neuen Basisdokumentation	128
5.6.7	Angaben zum Therapieerfolg	131
5.7	AUSWAHL DER STICHPROBEN	132
5.7.1	Einschlußkriterien für die Aufnahme in die Stichproben der Studie	132
5.7.2	Stichprobenbeschreibung der HKS-Ausgangsstichprobe im Vergleich mit der Gesamtinanspruchnahmepopulation der Marburger KJP	133
	5.7.2.1 Alter bei Aufnahme, Geschlecht, Therapiedauer und –modus, Entlassungsart	134
	5.7.2.2 Diagnosen, Intelligenz- und Funktionsniveau	136
	5.7.2.3 Herkunftsfamilien	139
	5.7.2.4 Daten zur Therapie	140
5.7.3	Vorstellung der beiden Vergleichsstichproben des Dreiervergleiches F90–F91–F92	141
5.7.4	Vorstellung der Unterstichproben der Hyperkinetiker	144
	5.7.4.1 HKS mit/ohne Sozialstörungen	144
	5.7.4.2 HKS mit/ohne Umschriebene Entwicklungsstörungen	145
	5.7.4.3 mit/ HKS ohne Stimulantientherapie	145
6	ERGEBNISSE – HYPOTHESENPRÜFUNG	147
6.1	ERGEBNISSE DER HYPOTHESENPRÜFUNG	147
6.2	HYPOTHESEN ZUM VERGLEICH DER HYPERKINETIKER MIT ALLEN ANDEREN PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSEGRUPPEN (GESAMTINANSPRUCHNAHMEPOPULATION, GIP)	147

6.3	HYPOTHESEN ZUM VERGLEICH DER HYPERKINETIKER MIT DEN GRUPPEN DER SOZIALVERHALTENSSTÖRUNGEN (F91,F92)	153
6.4	HYPOTHESEN ZU DEN UNTERGRUPPENVERGLEICHEN	162
6.4.1	Verwertbarkeit/Interpretation der verwendeten Testverfahren	162
7	ERGEBNISSE – EXPLORATIV – DESKRIPTIV	173
7.1	GESAMTINANSPRUCHNAHMEPOPULATION (GIP) VERSUS HKS (F90)	173
7.2	VERGLEICH DER HYPERKINETIKER (F90) STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS (F91/F92)	177
7.2.1	Vorstellung der wichtigsten und deutlichsten Unterschiede der Hyperkinetiker (HKS) im Vergleich zu den beiden Diagnosegruppen mit Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92)	181
7.2.2	Interessante Nebenbefunde: Unterschiede zwischen den beiden Gruppen mit Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92)	183
7.3	VERGLEICH VON ZWEI UNTERGRUPPEN DER HYPERKINETIKER (HKS)	184
7.3.1	HKS mit komorbiden Sozialstörungen (HKS+Sozst.) vs. HKS ohne Sozialstörungen (HKS-Sozst. = „reine“ Hyperkinetiker)	184
7.3.2	HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) vs. HKS ohne umschriebene Entwicklungsstörungen (UE)	188
7.3.3	HKS mit Stimulantientherapie (Stt) vs. HKS ohne Stimulantientherapie (Stt):	191
8	DISKUSSION	196
8.1	BETRACHTUNG DER HYPERKINETIKER IM VERGLEICH MIT ALLEN ANDEREN STÖRUNGSGRUPPEN DER GESAMTINANSPRUCHNAHMEPOPULATION (GIP)	196
8.2	STELLUNG DER HYPERKINETIKER (F90=HKS) INNERHALB DER GRUPPE DER EXTRAVERSIVEN STÖRUNGSBILDER (HKS UND STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS: F91, F92)	199
8.2.1	Spezielle Betrachtung: Vergleich des Therapieerfolges der Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialstörungen mit den reinen Sozialstörungsgruppen	202
8.2.2	Interessante Nebenbefunde: Unterschiede zwischen den beiden Sozialstörungsgruppen F91 und F92	203
8.3	GESAMTEINORDNUNG DER HYPERKINETIKER IM VERGLEICH ZU ALLEN ANDEREN PSYCHIATRISCHEN STÖRUNGSGRUPPEN (GIP) UND DEN	

	ANDEREN EXTRAVERSIVEN STÖRUNGSBILDERN (STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS)	205
8.4	UNTERGRUPPENVERGLEICHE DER HYPERKINETIKER	206
8.4.1	HKS mit komorbiden Sozialstörungen (HKS+Sozst.) versus HKS ohne Sozialstörungen (HKS ohne Sozst. = „reine“ Hyperkinetiker)	206
8.4.2	HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne umschriebene Entwicklungsstörungen (UE)	209
8.4.3	HKS mit Stimulantientherapie (Stt) versus HKS ohne Stimulantientherapie (Stt)	210
8.5	ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG DER GRUPPE DER HYPERKINETIKER	213
9	ZUSAMMENFASSUNG	214
10	LITERATURVERZEICHNIS	216
11	ANHANG	230
I.	ERGEBNISSE IN TABELLENFORM	
I.1	HKS im Vergleich mit der Gesamtinanspruchnahmepopulation (GIP)	231
I.2	HKS im Vergleich mit den anderen externalisierenden Störungsgruppen (F91, F92)	246
	Untergruppenvergleiche der Hyperkinetiker	
I.3	HKS mit versus ohne Sozialstörungen	261
I.4	HKS mit versus ohne umschriebene Entwicklungsstörungen	275
I.5	HKS mit versus ohne Stimulantientherapie	289
II.	ERHEBUNGSINSTRUMENTE	
II.1	„Neue“ Basisdokumentation der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie (Endvers.02/1998)	303
II.2	„Alte“ Basisdokumentation der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie (3.Aufl. 1992)	311
II.3	Telefoninterviews	
II.3.1	Leitfaden für die Durchführung der Telefoninterviews	334
II.3.2	Telefoninterview der 4-6-Wochen-Nachuntersuchung	342
II.3.3	Telefoninterview der 1-1,5-Jahres-Katamnese	348
II.4	Weitere Instrumente zur Erhebung des Therapieerfolges	
II.4.1	LISTE-Methodik	356
II.4.2	Erhebungsbogen zum Therapieerfolg der persönlichen Nachuntersuchung (ZR3)	369

III.	BILDUNG DER VERGLEICHSGRUPPEN	
III.1	Gruppenaufschlüsselung zur Parallelisierung der Vergleichsgruppen	370
III.2	Matchinglisten	381
IV.	VERZEICHNIS DER AKADEMISCHEN LEHRER	388
V.	DANKSAGUNG	389

1 EINLEITUNG

Die Hyperkinetischen Störungen stellen zusammen mit den Störungen des Sozialverhaltens die häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter dar (Döpfner et al., 1997d). Zwei ihrer drei Hauptsymptome – Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit – stellte bereits Dr. Heinrich Hoffmann 1977 im Rahmen seines Kinderbuches „Der Struwwelpeter“ anschaulich heraus. Während sich der Name der Störung sowie die Diagnose-Kriterien im Laufe der Zeit immer wieder wandelten, herrschte bei der Angabe ihrer Hauptsymptome (Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit) weitgehende Einigkeit. Heute werden die hyperkinetischen Störungen meist nach den beiden gängigen Klassifikationsschemata ICD-10 in Europa und DSM-IV in den USA eingestuft. Die gängige Literatur stützt sich in der Regel auf letzteres System. Dass Überlegungen zur Klassifikation dieses Störungsbildes immer noch im Fluß sind, zeigen u.a. die jüngsten Untersuchungen und Ergebnisse der bisher aufwendigsten Langzeitstudie zu dieser psychiatrischen Diagnose, der Multimodal Treatment Study in Kanada: Hier werden die Hyperkinetiker anhand ihrer Komorbiditäten in weitere eigenständige Untergruppen unterteilt, und es wurde versucht, die für jede Untergruppe günstigste Therapieform zu erheben. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird nun im Rahmen der Qualitäts-Evaluation der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie eine ausführliche Einschätzung einer schwer gestörten klinischen Gruppe der Hyperkinetiker gegeben. Da im Rahmen dieser Untersuchung zum ersten Mal eine klinisch stationäre und teilstationäre Stichprobe der Hyperkinetiker in dem noch darzustellenden ausführlichen Ausmaß betrachtet wurde, war zunächst eine deskriptive und explorative Arbeit sinnvoll. Darüberhinaus wurden ausgewählte Hypothesen statistisch überprüft.

Beschrieben wird eine katamnestische Untersuchung einer Ausgangsstichprobe von 104 Patienten mit der Diagnose Hyperkinetisches Syndrom (F90 nach ICD-10). Eine umfassende Basisdokumentation und Fragebogen-Evaluation war bereits bei Aufnahme in die Marburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und bei Entlassung erfolgt. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden nun weitere Daten innerhalb einer Nachuntersuchung/4-6-Wochen-Katamnese und einer 1-1,5-Jahres-Katamnese erhoben. Bei den in diese Studie aufgenommenen Patienten handelte es sich um Kinder und Jugendliche, die in den 9 Jahren vom 1.01.1992 – 31.12.2000 in der Marburger Klinik behandelt worden waren. Die Gruppe der hyperkinetischen Kinder wurde zum einen vergleichend allen anderen Diagnosegruppen der Klinik, der Gesamtinanspruchnahmepopulation, gegenübergestellt. Zum anderen wurde sie innerhalb der Diagnosegruppe der extravertierten - nach außen gerichteten - Störungen betrachtet und in weiteren Untergruppenvergleichen näher analysiert. Es wurden Daten bezüglich sozioökonomischer Angaben/Umgebungsfaktoren, Komorbiditäten, Intelligenz- und Funktionsniveau, Therapie/Kooperation und Therapieerfolg erhoben. In der vorliegenden Arbeit wurden folgende Fragestellungen näher untersucht:

1. Wodurch unterscheiden sich die Hyperkinetiker von der Gesamtheit aller anderen psychiatrischen Diagnosegruppen?
2. Welche Stellung nehmen die Hyperkinetiker innerhalb der Gruppe der extravertierten Störungsbilder (bestehend aus Hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens) ein?
3. Inwieweit lässt sich die Gruppe der Hyperkinetiker in weitere eigenständige Untergruppen unterteilen?

Hierbei wird zunächst ein theoretischer Überblick über die vorhandene Literatur gegeben, es folgt eine ausführliche Darstellung der verwendeten Methodik, bevor im Weiteren auf die erzielten Ergebnisse zu oben genannten Fragestellungen eingegangen wird.

2 HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN – THEORETISCHER und EMPIRISCHER HINTERGRUND

2.1 Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche

Um unsere eigene Studie in den Gesamtzusammenhang der aktuellen Forschung einordnen zu können, sollte zunächst ein Überblick über den momentanen Stand derselben gegeben werden. Der Schwerpunkt dieses Überblickes mußte dazu genau definiert werden, um aus der Fülle des verfügbaren Informationsmaterials möglichst zügig die für den Hintergrund unserer eigenen Studie relevanten Teilstücke herausfiltern zu können. Inhaltlich wurde die Literatursuche daher auf das Themengebiet der hyperkinetischen Störung mit dem Schwerpunkt seiner Definition und Klassifikationsmöglichkeiten, Abgrenzung zu anderen Störungen, Diagnostik und therapeutischen Modelle zu seiner Behandlung eingegrenzt. Zu einem gewissen Maße sollte auch über Komorbidität, Ätiologie und Epidemiologie recherchiert werden.

Als Suchmedien standen für die elektronische Literatursuche die Online-Kataloge der medizinischen Datenbank *Medline* und ihrer psychologischen Äquivalente *Psyn dex* und *Psyclit* zur Verfügung. Auch die Datenbanken vom *Web of Science* und *Current Contents* wurden teilweise in die Suche eingebunden, diese allerdings nicht in strukturierter Form, da sich die Festlegung von Suchbeschränkungen hier noch schwieriger gestaltete als bei den drei hauptsächlich verwendeten Datenbanken. Die Auswirkung dieses Problems war eine riesige nicht mehr überschaubare Menge an gefundenen Artikeln, so daß von dem Versuch einer Strukturierung abgesehen wurde, da durch die anderen drei Datenbanken auch schon mehr als genug Material vorhanden war.

Rein formell wurde die Suche auf die Publikationsform *Review* (Überblicks)-Artikel beschränkt, um eine möglichst weitgefächerte Einführung in dieses Themengebiet zu erhalten. Als weitere Festlegungen wurden die Spanne 1996-2001 für die Publikationsjahre der gesuchten Artikel getroffen, um einen möglichst aktuellen Forschungsstand zu erhalten, die Sprache der Veröffentlichungen auf Englisch und Deutsch und das Alter der im Review behandelten Patienten durch die Einschränkungen *childhood*, *adolescence*, *infancy*, *preschool-* und *school-age* auf Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren begrenzt, worauf sich unsere Forschung schließlich konzentrieren sollte. Ein Problem stellte v.a. die Tatsache dar, daß in der Suchmaske zur Datenbank von *Psyclit* die Eingrenzung Review-Artikel leider nicht gemacht werden konnte, da hierfür keine Eingabe-Vorgabe bestand. Die Auswertung der gefundenen Artikel nach diesem Kriterium mußte also per Hand nachvollzogen werden.

Um eine möglichst vollständige Datenbasis zu erhalten, wurde zunächst mit allen zur Zeit für die hyperkinetischen Störungen gebräuchlichen Begriffen gesucht: Hierunter fielen *hyperactivity*, *hyperkinesis*, *attention deficit disorder*, *attention deficit hyperactivity disorder*, sowie *ADHD* und *ADD* als Abkürzungen. Als sich herausstellte, daß mit diesen Begriffen und Einschränkun-

gen eine schier unüberschaubare Datenmenge erzielt wurde, wurde beschlossen, diese durch Verknüpfung mit den Schwerpunktthemen Diagnostik und Therapie (*diagnosis* und *treatment*) weiter einzugrenzen, wodurch sich das Datenmaterial zumindest soweit verringern ließ, daß eine weitergehende manuelle Bearbeitung möglich wurde. Diese bestand aus dem Lesen der einzelnen Titel und Abstracts und ihrer Überprüfung auf Verwendbarkeit im Rahmen unseres Vorhabens. Die folgenden Tabellen zeigen das Ergebnis der Freitextsuche vor und nach erfolgter weiterer Eingrenzung durch die Begriffe *treatment* und *diagnosis*. (Diese weitere Eingrenzung wurde bei *Psyn dex* aufgrund der sehr kleinen Anzahl gefundener Reviews nicht und bei *Medline* aus ähnlichem Grund nur mit dem Begriff *treatment* durchgeführt):

Tab. 2.1: Anzahl gefundener Artikel je Suchbegriff und Datenbank

Diagnose	Medline	Medline + <i>treatment</i>	Psyn dex (deutsch)
Hyperactivity	321	148	2
Hyperkinesis	8	5	3
Attention deficit disorder	287	137	4
Attention deficit hyperactivity disorder	282	135	2
ADHD	154	84	0
ADD	72	24	0
Gesamt	1124	533	11

Tab. 2.2: Anzahl gefundener Artikel je Suchbegriff und Datenbank

Diagnose	Psyclit	Psyclit + <i>treatment</i>	Psyclit + treatment + diagnosis
Hyperactivity	2173	677	163
Hyperkinesis	1380	409	98
Attention deficit disorder	2128	678	167
Attention deficit hyperactivity disorder	1879	612	149
ADHD	1842	570	139
ADD	315	65	12
Gesamt	9717	3011	728

Die Kriterien für die manuelle Auswahl der Artikel stellten zum einen einen möglichst vollständigen Überblick über die Schwerpunktthemen Definition, Diagnostik und Therapie, zum anderen breit angelegte Reviewartikel zu einzelnen Therapieansätzen und Unterthemen wie z.B. alternative Therapieverfahren oder HKS im Erwachsenenalter dar, so daß ein insgesamt weites Spektrum abgedeckt werden konnte. Sehr spezielle Artikel v.a. zur Pathogenese, zu den einzelnen biochemischen Mechanismen und sehr detaillierte Überblicke zur Wirkungsweise der Stimulanzien auf Rezeptorebene sowie zu den einzelnen bei den hyperkinetischen Störungen beteiligten Transmittern, die den Großteil der gefundenen Literatur darstellten, wurden dabei aufgrund des anderen Schwerpunktes nicht berücksichtigt. Die enorme Datenmenge, die in der Datenbank Psyclit gefunden wurde, reduzierte sich v.a. bei der Einschränkung auf Review-Artikel, die in dieser Datenbank leider nur manuell durchgeführt werden konnte, extrem.

Artikel, bei denen nach dem Lesen von Titel und Abstract nicht klar war, ob sie nützlich werden könnten, wurden in der medizinischen Zentralbibliothek in Köln besorgt und anhand des Volltextes auf ihre Eignung überprüft. Zusätzliche Literaturquellen stellten zudem der Literaturbestand der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg und Hinweise aus den Literaturverzeichnissen anderer Arbeiten zum Thema hyperkinetische Störungen dar.

Für das Kapitel „V. Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie“ wurde später noch eine gesonderte, vorwiegend manuelle Literaturrecherche, v.a. in *Medline* (später *Pubmed*), durchgeführt: Hier wurden auch die Suchbegriffe *MTA* (für die *Multimodal Treatment Study Of Children With ADHD*) und *ODD* (*oppositional deficit disorder*) bzw. *CD* (*conduct disorders*) für die Sozialverhaltensstörungen verwendet sowie die Möglichkeit genutzt, sich von einem Artikel an mit diesem verwandte Artikel weiterverweisen zu lassen.

2.2 Das Krankheitsbild der Hyperkinetischen Störungen (HKS)/Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

Im ersten Abschnitt soll ein Überblick über das Krankheitsbild der hyperkinetischen Störung gegeben werden, wobei das Hauptaugenmerk auf seine Komplexität und die daraus resultierenden Schwierigkeiten in Definition und Diagnostik gerichtet ist.

Diese schlagen sich in den unterschiedlichen diagnostischen Systemen nieder, von denen die zwei wichtigsten – die in Amerika verbreiteten DSM-IV- und die in Europa gängigen ICD-10-Kriterien vorgestellt und verglichen werden.

Es schließen sich Informationen über die Epidemiologie und Vorstellungen über die Ätiologie von HKS/ADHD an, bevor auf die diagnostischen Methoden eingegangen wird.

2.2.1 Definition

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (American Psychiatric Association DSM-IV, 1994), *attention deficit disorder (ADD)* (American Psychiatric Association DSM-III, 1989), *hyperkinetic impulse disorder* (Lauffer, Denhoff & Solomon, 1957), *hyperkinesis* und *hyperkinetische Störungen* (WHO ICD-10, 1992) bzw. *hyperkinetisches Syndrom (HKS)* (Brocke, 1984; Steinhäuser, 1982) sind nur einige der Begriffe, die für ein Syndrom verwendet werden, dessen drei Leitsymptome Überaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit sind (Barkley, 1990; Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, 2000) und dessen verschiedene Namen sich von den jeweiligen Symptomen ableiten, die bei erkrankten Personen zu beobachten sind.

Laut der *Definition der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie* müssen die genannten Leitsymptome in einem „für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftreten“. Zudem muß die Störung vor dem Alter von 6 Jahren beginnen und in mindestens zwei Lebensbereichen/Situationen konstant auftreten.

In dieser Arbeit wird die in Europa gebräuchliche diagnostische Klassifikation der hyperkinetischen Störungen nach den ICD-10-Kriterien zugrunde gelegt und der Einfachheit halber mit HKS für die in Deutschland sehr beliebte Bezeichnung hyperkinetisches Syndrom abgekürzt.

2.2.2 Definitionsprobleme

Es gibt keine andere psychische Störung, bei der sich der Name so häufig geändert hat, wie bei dieser. So unterschiedlich wie die Bezeichnungen sind auch die Konzepte, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung des krankhaften Verhaltens verantwortlich gemacht werden: sie reichen von dem *Myth of attention-deficit/hyperactivity disorder* (Weinberg & Brumback, 1992) bis zu zugrundeliegenden genetischen und physiologischen Ursachen, die seine Existenz beweisen sollen (Review von Merle G. Paule, et al.).

Mehrere Faktoren tragen zu der Kontroverse um das HKS bei:

1. HKS ist eine klinische Diagnose, die im Gegensatz zu einem Großteil medizinischer Diagnosen nicht durch Labordiagnostik oder bildgebende Verfahren nachgewiesen werden kann;
2. Bei den HKS-Symptomen handelt es sich um in der Normalbevölkerung vorkommende Kontinua, die in unterschiedlicher Ausprägung jedermann bekannt sind, was die Frage mit sich bringt, wo man die Grenze zum Pathologischen zieht;
3. Die Diagnose-Kriterien haben sich im Laufe der Zeit immer wieder etwas verändert und gewandelt;
4. Die epidemiologischen Daten zu Diagnostik und Therapie differieren sehr stark in den verschiedenen Ländern, besonders zwischen Großbritannien, Österreich, Kanada und den USA - wie uns Alejandro R Jadad et al. 1990 in ihrem Review mitteilen.

Was die unterschiedlichen Bezeichnungen des Störungsbildes angeht, so wurden neben den schon oben genannten symptomorientierten Begriffen eine Zeit lang auch Ursachenbeschreibungen wie *Minimal Brain Dysfunction (MBD)*, *Minimal Brain Damage* oder *Chronisches Hirnorganisches Achsensyndrom* verwendet. In der Fachliteratur haben sich jedoch die symptomorientierten Begriffe durchgesetzt.

2.2.3 Diagnostische Klassifikation von ADHD/HKS

Im Folgenden sollen nun die beiden gängigen Klassifikationsschemata für das hyperkinetische Syndrom vorgestellt und verglichen werden. Dabei fällt auf, daß sie trotz unterschiedlicher Entstehung – die ICD-10 wurde 1992 von der WHO (World Health Organization), aus einer engen HKS-Definition in Großbritannien hervorgehend, festgesetzt, die DSM-IV ist eine stetig weiterentwickelte Klassifikation der APA (American Psychiatric Association) – doch sehr ähnliche Schwerpunkte setzen.

2.2.3.1 Definition von ADHD nach den DSM-IV-Kriterien

Der Begriff **Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (attention deficit hyperactivity disorder – ADHD)** wurde erstmals im DSM-III-R verwendet und dort durch 14 diagnostische Kriterien genauer beschrieben. Diese Diagnosekriterien, von denen insgesamt acht zur Diagnosestellung erfüllt sein mußten, stammen aus den Bereichen der drei Leitsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Zusätzlich wurde im DSM-III-R eine Unterteilung in leicht, mittel und schwer vorgenommen.

Im DSM-IV wurde die Bezeichnung der Störung aus dem DSM-III-R beibehalten. Die Kriterien wurden jedoch zu den zwei Dimensionen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität zusammengefaßt, die getrennt voneinander beurteilt werden. Die einzelnen Kriterien aus dem DSM-III-R wurden übernommen und um vier Kriterien erweitert, so daß nun insgesamt 18 Kriterien vorliegen.

Neu ist am DSM-IV auch die Unterteilung der Störung in drei Subtypen: Es wird nach der Zusammensetzung der Hauptsymptome zwischen einem **vorwiegend hyperaktiven (ADHD-HI)**,

vorwiegend inattentiven (ADHD-INA) und einem **Mischtypus (ADHD-C, Combined)** unterschieden.

Diese Aufteilung erfolgt je nach dem Vorhandensein der zu den jeweiligen Dimensionen zugehörigen Symptome in den letzten sechs Monaten. Liegen in diesem Zeitraum sechs oder mehr Kriterien der unaufmerksamen Dimension, aber weniger als sechs Kriterien der Dimension Hyperaktivität/Impulsivität vor, so sollte der unaufmerksame Subtyp diagnostiziert werden, bei umgekehrter Symptomatik der vorwiegend hyperaktive und bei mehr als sechs Kriterien auf beiden Achsen der Mischtypus.

2.2.3.2 Auszug aus den diagnostischen Kriterien für ADHD nach DSM-IV

Diagnostische Kriterien für Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung

A. Entweder Punkt (1) oder Punkt (2) müssen zutreffen:

(1) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarendem und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Unaufmerksamkeit

- (a) beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,
- (b) hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- (c) scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen,
- (d) führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständigungsschwierigkeiten),
- (e) hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
- (f) vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerandauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben),
- (g) verliert oft Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug), läßt sich öfter durch äußere Reize ablenken,
- (h) ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergeblich;

(2) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Hyperaktivität

- (a) zappelt häufig mit Händen und Füßen und rutscht auf dem Stuhl herum,

- (b) steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf,
- (c) läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
- (d) hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
- (e) ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“,
- (f) redet häufig übermäßig viel;

Impulsivität

- (g) platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,
 - (h) kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist,
 - (i) unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).
- B. Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.
- C. Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause).
- D. Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein.
- E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung).

Kritik an den DSM-IV-Kriterien

Schwierig an den DSM-Kriterien sind ihre ungenauen Angaben über die Häufigkeit, mit der die Symptome auftreten sollen, damit die Diagnose ADHD gestellt werden kann. So kann man nicht von diagnostischer Präzision sprechen, wenn Verhaltensweisen „oft“, „häufig“ und „exzessiv“ auftreten sollen. Diese Kritik war 1986 u.a. von Thorley gegenüber den DSM-III-Kriterien geäußert worden, kann aber problemlos auf das DSM-IV übertragen werden.

Zudem werden - wie meist bei psychologischen Diagnosen - keinerlei standardisierte Erhebungsinstrumente für die beschriebenen Symptome genannt, so daß die Diagnose stark von dem Meßinstrument und der Person abhängt, die die Untersuchung durchführt. Diese kann auch entscheiden, wen sie befragt, um zur Diagnosestellung zu gelangen, wobei die Verhaltenseinschätzungen von Eltern, Lehrern, Großeltern etc. aufgrund sehr unterschiedlicher Bezugsgruppen auch entsprechend differieren und somit das Ergebnis stark verzerren können. Aus diesem Grund wird bei der Diagnostik der hyperkinetischen Störungen mittlerweile ein multimodales diagnostisches System angewendet, so daß HKS gegenüber den im Weiteren

beschriebenen Differentialdiagnosen einschließlich Interaktionsproblemen in Familie oder Schule abgrenzbar wird.

Desweiteren kritisierte Loney 1979 die mangelnde Abgrenzung der ADHD gegenüber Störungen im Kindesalter, die mit aggressivem Verhalten einhergehen.

2.2.3.3 Definition von HKS nach den ICD-10-Kriterien

2.2.3.4 Auszug aus den diagnostischen Kriterien für HKS nach den ICD-10

Der folgende Text ist ein Auszug aus dem Multiaxialen Klassifikationsschema auf der Basis der Diagnostischen Leitlinien der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) der WHO von 1992. Die hyperkinetischen Störungen sind im Kapitel F9: „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ aufgeführt und werden mit F90 kodiert.

Charakteristische Merkmale sind:

1. Die Kardinalsymptome **Unaufmerksamkeit** und **Hyperaktivität**, die beide für die Diagnose notwendig sind und beide unter Beachtung des Alters und Intelligenzniveaus des jeweiligen Kindes eingeschätzt werden sollen, um die Ausprägung der Normabweichung seines Verhaltens einschätzen zu können.
2. Beginn vor dem 6. Lebensjahr.
3. Situationsunspezifische und stabile Verhaltenscharakteristika, die in „mehr als einer Situation“ auftreten.

Die diagnostischen Leitlinien der **Unaufmerksamkeit** sind:

- Vorzeitiges Abbrechen von Aufgaben und Tätigkeiten
- Ständiger Aktivitätswechsel, Ablenkbarkeit

Die diagnostischen Leitlinien der **Hyperaktivität** sind:

- Exzessive Ruhelosigkeit, besonders in Situationen, die Ruhe verlangen
- Stabiles Verhaltenscharakteristikum, lediglich unterschiedliche Manifestation je nach Verfassung des Kindes: Herumlaufen oder Herumspringen, wenn zum Sitzenbleiben aufgefordert wurde, Wackeln und Zappeln in Ruhe

Folgende Merkmale können zusätzlich auftreten:

- Achtlosigkeit, Impulsivität
- Unbekümmertheit in gefährlichen Situationen
- Impulsive Mißachtung sozialer Regeln
- Distanzlosigkeit in sozialen Beziehungen
- Lernstörungen und motorische Ungeschicklichkeit (dieser Punkt sollte getrennt verschlüsselt werden)

Folgende Störungen müssen ausgeschlossen werden:

Angststörungen, affektive Störungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Schizophrenie sowie Störungen des Sozialverhaltens.

Die weitere Unterteilung der Störung erfolgt in die Subtypen **Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)** (hier muß die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens ausgeschlossen werden), **Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)**, **Sonstige hyperkinetische Störungen (F90.8)** und **Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung (F90.9)**. Zudem gibt es noch eine *Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.9)*, die eigenständig unter *Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* aufgeführt ist und differenzialdiagnostisch abgeklärt werden muß.

Kritik an den ICD-10-Kriterien

Zu beanstanden ist die mangelnde Genauigkeit der Leitlinien – ähnlich wie bei dem DSM-IV -, da keinerlei Aussagen über die Häufigkeit und Dauer der Verhaltensauffälligkeiten gemacht werden. Auch gibt es keine Angabe darüber, wie lange die Auffälligkeiten bestehen müssen, bevor eine Diagnose gestellt werden kann.

Wie im DSM-IV fehlt der konkrete Hinweis auf Verfahren, mit denen die Diagnose gestellt werden soll, und die Kriterien befinden sich auf rein deskriptiver Ebene ohne Angaben, ab wann ein Verhalten als pathologisch anzusehen ist und die Diagnose gestellt werden soll.

Diese und ähnliche Kritikpunkte findet man allerdings bei der Mehrzahl psychiatrischer und psychologischer Diagnosen.

2.2.3.5 Vergleich der zwei Systeme

Die beiden Klassifikationssysteme unterscheiden sich laut Tripp et al. 1999 in drei Schlüsselaspekten:

- den Symptomen, die sie betonen,
- der Wichtigkeit, die sie der jeweiligen Symptomausprägung beimessen und
- ihrer Verfahrensweise mit komorbiden Konditionen.

Während in den ICD-10 beide Kardinalsymptome Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität für die Diagnose *notwendig* sind, die Impulsivität *zusätzlich auftreten kann*, so wird das Syndrom in den DSM-IV in die drei Subtypen vorwiegend unaufmerksam, vorwiegend hyperaktiv und einen Mischtypus unterschieden, so daß auch ein einzelnes - wenn ausgeprägtes - Kardinalsymptom für die Diagnosestellung ADHD ausreicht. Hierdurch erfassen die amerikanischen DSM ein wesentlich breiteres Spektrum an Symptomatik, was auch die höheren Prävalenzraten des Hyperkinetischen Syndroms erklärt, wenn mit diesem Klassifikationssystem gearbeitet wird. In den ICD-10 wird weiterhin - entgegen den Ausführungen in den DSM-IV - die direkte Beobachtbarkeit der jeweiligen Symptome (Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität) durch den Kliniker sowie der Ausschluß einiger anderer Störungen gefordert (s. Kapitel: HKS nach ICD-10), um die Diagnose Hyperkinetisches Syndrom stellen zu können. Im Gegensatz dazu sind in den DSM-IV Stimmungs-, Angst- und Psychotische Störungen als Komorbiditäten erlaubt, solange die Symptome des jeweiligen Kindes nicht besser durch diese Komorbiditäten erklärt werden

können oder nur zusammen mit diesen auftreten. Diese Verfahrensweise stellt einen zusätzlichen, die Prävalenzrate der ADHD in den DSM-IV erhöhenden Faktor dar.

Während die Komorbiditäten in den DSM-IV dann keinerlei Einfluß auf die Untergruppen-Einteilung des Syndroms haben, stellen komorbide Sozialstörungen in den ICD-10 einen eigenständigen Subtypus (F90.1) dar. Daß diese Einteilung durch Studien zu belegen ist, werde ich später noch ausführen (Kapitel 3. Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS).

Da es aufgrund der genannten Unterschiede schwierig ist, Studienergebnisse und Aussagen zu mit diesen verschiedenen Klassifikationsschemata diagnostizierten Kindern zu vergleichen, haben Tripp et al. 1999 retrospektiv sowohl die ICD-10- als auch die DSM-IV-Kriterien auf eine schon existierende Datenerhebung zu hyperaktiven Kindern angewendet und so an einer klinischen Stichprobe Überlappungen der 2 diagnostischen Systeme untersucht. Es kristallisierten sich in ihrer Untersuchung vier Gruppen heraus:

1. Patienten, die sowohl unter die Diagnose F90 der ICD-10 als auch unter ADHD nach DSM-IV fielen (F90/ADHD; n=21),
2. Patienten, auf die nur die Diagnose ADHD nach DSM-IV zutrif (ADHD; n=22),
3. eine klinische (CC; n=15) und
4. eine normale Kontrollgruppe (NC; n=19).

Eine weitere nur aus vier Patienten mit der Diagnose HKS nach ICD-10 bestehende Gruppe konnte leider aufgrund der geringen Gruppengröße nicht genauer untersucht werden.

Bei allen vier Gruppen wurden Eltern- und Lehrerurteile sowie psychiatrischen Interviews analysiert, und Tripps et al. kamen zu dem Ergebnis, daß die F90/ADHD-Gruppe am ehesten dem ADHD-Combined Subtypus entspricht, wohingegen die Gewichtung von ADHD-Combined zu ADHD-INA (Unaufmerksamer Subtypus) in der reinen ADHD-Gruppe etwa 50:50 betrug. Diesen Ergebnissen zufolge entsprechen die Hyperkinetiker nach ICD-10 also am ehesten dem ADHD-Mischtypus nach DSM-IV.

Die Rate an Verhaltensproblemen wurde in dieser Studie leider nicht formell erhoben und eine Unterteilung in Untergruppen nach der Präsenz von Verhaltensproblemen wäre aufgrund der kleinen Gruppen auch nicht möglich gewesen. Trotz dieses Mangels versuchten die Autoren, durch die Analyse von Eltern- und Lehrerurteilen zu Verhaltensstörungen (CD - conduct disorders) in verschiedenen Meßinstrumenten und durch die Festlegung enger Kriterien, ab wann bei einem Kind zusätzliche Verhaltensstörungen angegeben werden durften, Aussagen zu diesem Punkt zu machen: Und zwar stellten sie in der F90/ADHD-Gruppe eine Präsenz von Verhaltensstörungen von 66,7% und in der reinen ADHD-Gruppe von 50% fest, was schlussfolgernd eine etwas erhöhte Präsenz von Verhaltensstörungen für den ADHD-Combined Subtypus bedeutet.

Für die Interpretation der Ergebnisse dieser Studie gilt es noch zu beachten, daß zur retrospektiven Diagnosestellung Eltern- und Lehrer-Hyperaktivitäts-Scores verwendet wurden, die zwar weithin gebräuchlich sind, um hyperaktive Kinder für die Forschung zu rekrutieren, aber eine Mischung aus hyperaktiven und Verhaltensproblemen enthalten. Dieses dürfte für die Gruppe mit der höheren Hyperaktivitätsrate (ADHD-C) eine weiter erhöhte Rate an – jedoch geringer

ausgeprägten - Verhaltensstörungen bedeuten. Geringer ausgeprägt deswegen, weil sie die engen Kriterien für CD, die Tripps et al. in ihrer Studie selber anlegten, nicht bzw. nur teilweise erfüllten. - Tripps et al. fanden zwar einen Unterschied an CD zwischen den beiden ADHD-Gruppen, allerdings keinen besonders ausgeprägten (66,7% vs. 50%, s.o.) im Vergleich zu anderen Studien, die sich mit den Komorbiditäten der einzelnen, durch die ADHD Hauptsymptome definierten Subtypen beschäftigen (siehe hierzu Unterkapitel V.2 Hauptsymptome und durch sie definierte Subtypen).

Zusammenfassung

1. In den DSM-IV-Kriterien reicht *ein* ausgeprägtes Hauptsymptom für die Diagnose ADHD aus, während nach den ICD-10-Kriterien *die beiden* Hauptsymptome Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit *obligat* sind für die Diagnose HKS.
2. Im DSM-IV sind mehr komorbide Störungen erlaubt als in den ICD-10.
3. Das DSM-IV erfaßt ein breiteres Spektrum an Störungsbildern, hat dadurch eine höhere Prävalenzrate von ADHD.
4. F90 nach ICD-10 entsprechen am ehesten ADHD-C nach DSM-IV.
5. F90 bzw. ADHD-C haben ein höheres Maß an komorbiden Verhaltensstörungen als reine ADHD-Kinder.

2.2.3.6 Differentialdiagnostik

Die im Abschnitt IV.2 bereits erwähnten Definitionsprobleme bei der Erfassung des Krankheitsbildes HKS bedeuten eine Herausforderung, was seine differentialdiagnostische Abgrenzung betrifft: So kann unser kleiner Patient z.B. auch ein besonders lebhaftes Verhalten als Normvariante, eine ungünstige soziale Entwicklung aufgrund eines gestörten sozialen Milieus, Unaufmerksamkeit durch Unter- oder Überforderung bei inadäquater Beschulung, Verhaltensfolgen von Mißbrauch und/oder Vernachlässigung oder rein oppositionelles Verhalten zeigen.

Zudem können organische Ursachen wie Seh- und Hörstörungen, isolierte Teilleistungsschwächen (im motorischen und sprachlichen Bereich), das Gilles de la Tourette-Syndrom, Schädeltraumafolgen, hirnorganische Folgen einer Enzephalitis oder Vergiftung, Medikamentennebenwirkungen sowie akute und chronische Erkrankungen zu Aufmerksamkeitsstörungen bzw. Überaktivität führen. Differentialdiagnosen wie „grenzwertiger IQ“, „mentale Retardierung“ und „Lernbehinderungen“ werden oft als HKS fehldiagnostiziert (Mina Dulcan et al., 1997).

Auch emotionale Faktoren wie Angststörungen, realistische Angst (z.B. vor Mißhandlungen innerhalb der Familie), Depressionen haben Wechselwirkungen mit der Aufmerksamkeitsfähigkeit. Besonders schwer gestaltet sich die Differentialdiagnose zu der früh einsetzenden bipolaren Störung oder der frühen Manie.

Insgesamt gilt, daß die Diagnose hyperkinetische Störung nicht gestellt werden darf, solange die beobachteten Symptome durch andere psychische oder organische Störungen besser erklärt werden können.

Bei Erwachsenen sind die Leitsymptome meist nicht mehr so offensichtlich beobachtbar, da sie gelernt haben, diese möglichst zu kompensieren. Dieses bedeutet allerdings nicht, daß sie verschwunden sind – wie wir später noch feststellen werden - sondern, daß eine Verlagerung stattgefunden hat. Diese Verlagerung zeigt sich auch in den hauptsächlich abzugrenzenden Differentialdiagnosen: Dissoziative Störungen, Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit bzw. -entzug (v.a. Kokain) und eine Vielzahl in erster Linie medizinischer Ursachen und kognitive Hirnsyndrome (Mina Dulcan et al., 1997).

Insgesamt ist zu sagen, daß die Diagnose HKS und seine Behandlungsbedürftigkeit extrem von den gesellschaftlichen und zeitlichen Umgebungsbedingungen abhängig ist. Die Behandlungsbedürftigkeit des HKS hängt schließlich von dem Leidensdruck des Patienten selber oder seiner durch sein auffälliges Verhalten stark gestörten bzw. überanstrengten Umgebung ab.

2.2.4 Epidemiologie

Die Hyperkinetischen Störungen stellen zusammen mit den Störungen des Sozialverhaltens die häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter dar (Döpfner et al., 1997d). Prävalenzschätzungen zu diesem Krankheitsbild variieren je nach der Methode, die zur Verhaltenseinschätzung angewandt wird, nach dem diagnostischen System und den benutzten Meßinstrumenten, den befragten Personen (Beurteilern) und der untersuchten Population. In dem DSM-IV (APA¹, 1994) wird die Prävalenz von ADHD auf 3-5% bei Schulkindern in den USA geschätzt. In zwei amerikanischen Studien, die sich auf das DSM-III (Ontario Child Health Study; Szatmari et al., 1989) bzw. das DSM-III-R (Community survey in upstate New York; Cohen et al., 1993) beziehen, stellten die Autoren fest, daß die Prävalenz mit steigendem Alter abnimmt und bei Jungen generell höher ist als bei Mädchen. Ihre Daten belaufen sich zusammengefaßt auf eine Prävalenz von 10,1-17,1% (3,3-8,5%) für die 4-13jährigen Jungen (Mädchen) und von 7,3-11,4% (3,4-6,5%) für die 13-16jährigen männlichen (weiblichen) Jugendlichen.

In einer deutschen bundesweit repräsentativen Stichprobe fanden Lehmkuhl et al. 1998 bei 3-10% aller Kinder zwischen 4-10 Jahren alle drei hyperkinetischen Kernsymptome als deutlich ausgeprägt vor (Elternurteil). Auch diese Studie stellte bei Jungen deutlicher ausgeprägte HKS-Kernsymptome als bei Mädchen fest sowie eine insgesamt geringere Ausprägung bei älteren Kindern und Jugendlichen. Baumgaertel et al. dagegen fanden 1995 bei einer epidemiologischen Stichprobe von Grundschulkindern in Regensburg eine höhere an den DSM-IV orientierte Prävalenzrate für ADHD von 17,8%, die den Ergebnissen vergleichbarer auf Lehrerurteilen basierender Studien in den USA entspricht (16-21% bei Carlson et al., 1997; DuPaul et al., 1998; Gadow et Sprafkin, 1997,1999; Wolraich et al., 1998).

Bei einem Vergleich der Elterneinschätzung in 12 verschiedenen Nationen und Kulturen wurden nur 6% der Varianz bei der Beurteilung hyperkinetischer Symptomatik durch die nationalen Differenzen erklärt, wobei die deutsche Stichprobe geringfügig unter dem Gesamtmittelwert lag

¹ American Psychiatric Association

– wie uns Döpfner in seinem Review über hyperkinetische Störungen unter Berufung auf Crijnen et al. (1999) berichtet.

Interessant ist es, den Vergleich von auf der Basis von Elternbeurteilungen erhobener Prävalenz von HKS bei Kindern von 2,4% nach ICD-10 und von 6% nach DSM-IV vor Augen zu haben (Brühl et al., 2000), auf dessen Ursachen in Kapitel 2.2.3.5 *Vergleich der beiden diagnostischen Systeme* bereits eingegangen wurde.

Die Geschlechterverteilung von ADHD schwankt zwischen 9:1 (Jungen:Mädchen) in klinischen Subpopulationen und ungefähr 4:1 in epidemiologischen Bevölkerungsuntersuchungen (APA¹, 1994). Dabei weisen Mädchen mit ADHD geringere Raten oppositionellen Verhaltens und von Verhaltensstörungen auf als Jungen, und zwar sowohl in klinischen als auch Bevölkerungsuntersuchungen. In klinischen Untersuchungen wurde bei Mädchen eine größere intellektuelle Beeinträchtigung als bei Jungen festgestellt, in der generellen Bevölkerung weniger Unaufmerksamkeit, internalisierendes Verhalten, Aggressionen in der Peer Group und häufigere Zurückweisungen durch die Bezugsgruppe als bei Jungen. Dieses kann eine Erklärung dafür sein, daß insgesamt weniger Mädchen überhaupt erst in der Klinik vorgestellt werden. Dort sind die festgestellten Beeinträchtigungen in den genannten Bereichen dann übrigens gleich (Review von Dulcan et al.: Studie von Gaub und Carlson, 1997).

Desweiteren gibt es eine familiäre Häufung von ADHD: Goldstein stellte 1990 fest, daß 30% der Verwandten ersten Grades von Kindern mit dieser Diagnose ebenfalls betroffen sind. Taylor berichtet uns weiterhin in seinem Review von 1997 ein besonders hohes Risiko für Geschwister, ebenfalls betroffen zu sein - dreimal höher für Schwestern und fünfmal höher für Brüder. Weiter schreibt er, daß ADHD in allen Rassen und sozioökonomischen Klassen auftritt.

Dieser Aussage stehen die Ergebnisse von Szatmari et al. (1989a) gegenüber, die zwischen städtischen (7%) und ländlichen (4.6%) Regionen variierende Prävalenzraten feststellten, die die „social drift“-Theorie für ADHD entstehen ließen (Barkley, 1990). Allerdings sind diese Ergebnisse schon älter und wurden zur Zeit ihrer Erhebung schon als geringfügige Unterschiede betrachtet.

2.2.5 Ätiologie

Die Ursache von HKS ist bisher nicht eindeutig geklärt. Die bisherigen Theorien sind das Ergebnis von Zwillings- und Adoptionsstudien wie von Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren wie PET, SPECT und NMR. Dabei legen die Zwillingsstudien eine erhebliche genetische Komponente nahe (Dulcan et al., 1997) und eine an einem großen Kollektiv (250 betroffene Kinder und 800 Familienangehörige) durchgeführte Segregationsanalyse zeigte, daß dem HKS weder multifaktorielle polygene Übertragungsmechanismen noch Umwelt- oder Kultureinflüsse zugrundeliegen, sondern daß die Störung auf einem einzelnen autosomal dominanten Gendefekt zu beruhen scheint (zitiert nach Krause, Krause, Trott (1998) unter Berufung auf die von

¹ American Psychiatric Association

Faraone et al. 1993 durchgeführte Segregationsanalyse). Adoptionsstudien legen zudem einen nur geringen Einfluß von Erziehung und Umwelt nahe (Morrison GR und Steward MA, 1973).

Die zugrundeliegende neurochemische Stoffwechselstörung betreffend, gewinnt nach Postulaten einer Störung im Katecholaminstoffwechsel, nach der Dopamin-, Noradrenalin- und Serotoninhypothese, die jeweils nur ein Neurotransmittersystem berücksichtigten, nun zunehmend die Monoaminoxidase(MAO)-Hypothese an Bedeutung: In dieser Hypothese geht man davon aus, daß eine vermehrte MAO-Aktivität einen verminderten Glukosestoffwechsel im linksseitigen Frontallappen des Gehirns nach sich zieht, den Zametkin et al. 1990 in einer PET (Positronen-Emissions-Tomographie)-Studie nachweisen konnten. Dieser verminderte Glukosestoffwechsel wies eine signifikante Korrelation zur Schwere des HKS auf.

Gestützt durch diese Studie und NMR-Studien ist, wie Krause et al. 1998 in ihrem Review schreiben, nach dem derzeitigen Wissensstand davon auszugehen, daß dem HKS eine komplexe Dysregulation von Neurotransmittern zugrundeliegt, die besonders das limbische System und die Frontallappen betrifft – Bezirke, die für die Aufmerksamkeitskontrolle von erheblicher Bedeutung sind -, was eine unangemessene Reizverarbeitung nach sich zieht.

2.2.6 Diagnostische Methoden

Das hyperkinetische Syndrom ist eine klinische Diagnose, für die es keinen spezifischen Test gibt, sondern die in eine umfassende multimodale Verhaltens- und Psychodiagnostik eingebettet ist. Diese umfaßt sowohl die klinische Exploration des Patienten, der Eltern und des Lehrers oder des Kindergartenerziehers durch z.B. Fragebögen als auch das direkte Eltern- und Lehrerurteil und die direkte Einschätzung des Kindes/des Jugendlichen.

Die bei dieser Diagnose auftretenden, oben aufgeführten Definitionsprobleme setzen sich in der Diagnosestellung fort. Weiterhin kommt die Schwierigkeit der Verknüpfung und Gewichtung der unterschiedlichen Fragebogenergebnisse und Verhaltenseinschätzungen hinzu, da sich die verschiedenen Beobachter oft nicht einig sind und ein ungleiches Bezugssystem als Grundlage für ihre Einschätzungen aufweisen.

2.2.6.1 Anamnese

Die Grundlage der Diagnostik sind die Anamnese und Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen, in der familiäre Bedingungen, Vorkommen von HKS oder anderer Psychopathologien oder Erkrankungen in der Familie, oppositionelles oder anderweitig auffälliges Verhalten, Beeinträchtigungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit und Lernschwierigkeiten erhoben werden. Auch eine Schwangerschaftsanamnese und Informationen über den Geburtsverlauf des betroffenen Kindes sowie eine ausführliche Medikamentenanamnese des Kindes einschließlich nur apothekenpflichtiger Präparate sollten dazugehören. Am besten bedient man sich standardisierter Krankengeschichtenformulare, damit nichts vergessen wird und das Ganze recht zügig abgehandelt werden kann (Taylor MA, 1997).

2.2.6.2 Diagnostische Systeme

Zwei in Deutschland weit verbreitete diagnostische Systeme stellen das von Döpfner und Lehmkuhl 1998 entwickelte und 2000 neu aufgelegte *Diagnostik-System für psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-KJ)* sowie das *Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)* von Unnewehr, Schneider und Margraf (2. Aufl. 1998) dar. Sie wurden als diagnostische Verfahren, die sich an den beiden internationalen Leitlinien ICD-10 und DSM-IV orientieren und leicht zu handhaben sein sollten, erarbeitet, so daß auf Aspekte wie Praktikabilität und Durchführungsökonomie großen Wert gelegt wurde. In beiden diagnostischen Systemen wird der auch von den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie geforderten Einbeziehung mehrerer Informationsquellen und Beurteiler durch Fremd- und Selbstbeurteilungsfragebögen Rechnung getragen.

So bestehen die Instrumente des DISYPS-KJ zum HKS aus der *Diagnose-Checkliste für hyperkinetische Störungen (DCL-HKS)*, *Fremdbeurteilungsbögen für Eltern, Lehrer oder Erzieher (FBB-HKS)* und den von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11-18 Jahren eingeholten *Selbstbeurteilungsbögen (SBB-HKS)*.

(Im Kindergartenalter bietet sich laut Döpfner 2000 der *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6)* an oder der *Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2000a,b)*, die eine große Breite von Verhaltensauffälligkeiten sowohl im Urteil der Eltern als auch im Urteil der Erzieherin erheben.)

Das *Kinder –DIPS* von Margraf et al. dagegen stellt das erste deutschsprachige strukturierte Interview dar, das sowohl aus einer Elternversion als auch aus einer parallelen Kinderversion besteht. In beiden Versionen enthält es einen Interviewleitfaden, in dem sich die Interviewfragen und Anweisungen an den Interviewer befinden, und einen Protokollbogen, auf dem die Antworten der Patienten notiert und die Diagnosen kodiert werden. Die Form eines strukturierten Interviews wurde hier gewählt, um einerseits in kurzer Zeit die für die Diagnosestellung wichtigsten Informationen erheben zu können, andererseits aber die Möglichkeit des gezielten Nachfragens über die vorgegebenen Fragen hinaus zu belassen, so daß eine größere Flexibilität in der Methodik der Datenerhebung bestehen bleibt. Wichtig ist bei diesem diagnostischen System zudem, daß in die Kodierung der Antworten der Patienten das klinische Urteil des Interviewers mit eingeht, was dieses System auch für Praktiker akzeptabel machen soll.

Beide diagnostische Systeme – DISYPS-KJ und Kinder-DIPS – zeichnen sich durch zufriedenstellende Reliabilität und Validität aus, was Untersuchungen zu ihrer psychometrischen Qualität zeigten. Für die Auswertung des DISYPS-KJ hat sogar eine Normierung des Fremdbeurteilungsbogens für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) anhand von Daten stattgefunden, die aus Elternurteilen einer Stichprobe 6-10 jähriger Kinder mit diesem Störungsbild gewonnen wurden.

2.2.6.3 Fragebögen

Fragebögen werden zur Diagnosestellung des HKS gerne verwendet, da durch sie das Verhalten der Kinder schnell und kostengünstig erfaßt werden kann und sie außerdem eine hohe Retest-Reliabilität aufweisen. Auch stellen sie eine situationsübergreifende Diagnostik dar, da durch sie Symptome erfaßt werden können, die sich unter Umständen – z.B. aufgrund der neuen unbekanntem Situation für das Kind - in der klinischen Untersuchung nicht zeigen. Einschränkung muß jedoch erwähnt werden, daß Fragebogenergebnisse auf der subjektiven Einschätzung der ausfüllenden Person und nicht auf objektiven Verhaltensmessungen beruhen und ihre Rating-Skalen oft ungenau sprachlich verankert sind, indem subjektiv einzuschätzende Termini wie z.B. „etwas“ zappelig verwendet werden.

Um die relative Ausprägung von hyperkinetischen Verhaltensweisen eines Kindes in bezug zur Normgruppe dennoch einordnen zu können, ist für die Verwendung der Diagnostik dann die Erarbeitung von Vergleichsnormen erforderlich (Deimel, Schulte-Körne, Remschmidt 1997).

Von der Vielzahl der mittlerweile zur Verfügung stehenden Fragebögen werden zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen gerne der ursprünglich von Achenbach und Edelbrock entwickelte *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern/Jugendlichen (CBCL 4-18)* (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a) und der davon abgeleitete *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern/Jugendlichen (TRF)* herangezogen. Diese beiden Fragebögen sind mittlerweile international weit verbreitet – sie wurden in mehr als 25 Sprachen übersetzt - und gehören zu den am besten validierten und normierten Fragebögen (Dulcan et al., 1997). Ab einem Alter von 11 Jahren kann auch der *Fragebogen für Jugendliche YSR* (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b) mit verwendet werden.

Diese Fragebögen, die alle sehr ähnlich aufgebaut sind, messen sowohl die soziale Kompetenz als auch klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Die soziale Kompetenzskala beim CBCL z.B. besteht dabei aus 20 Items, die nach Art und Häufigkeit der Aktivitäten des Kindes, seinen sozialen Beziehungen und seinem Verhalten in der Schule fragen. Getrennt davon werden mit 118 Fragen zu Einzelsymptomen und problematischen Verhaltensweisen die jeweiligen Verhaltensprobleme erfaßt, und die Auswertung erfolgt durch das Aufaddieren aller Items zu einem Gesamtscore.

Somit besteht die Möglichkeit der Bildung eines Summenwertes, der durch seine Höhe den Schweregrad der psychopathologischen Abweichung angibt. Weiterhin ist eine Profilauswertung durch die bei dem CBCL z.B. vorhandene HKS-Skala möglich (Remschmidt, Walter 1990).

Bei diesen Fragebögen, die alle aus über 100 einzeln zu beantwortenden Fragen bestehen, muß man allerdings achtgeben, die Bereitschaft der einzelnen an der Diagnostik beteiligten Personen nicht überzustrapazieren. Zudem sollte unbedingt darauf geachtet werden, daß die jeweiligen Personen ihre Bögen getrennt voneinander ausfüllen, um Störfaktoren zu vermeiden, und daß die Bögen den jeweiligen intellektuellen Fähigkeiten der Personen, die sie ausfüllen sollen, angepaßt sind.

Untersuchungen zu den Fragebogenverfahren zeigten – wie uns Dulcan et al. in ihrem Review 1997 mitteilen –, daß die Punktzahl von Fragebogenergebnissen von der ersten zur zweiten Fragebogenverteilung abfiel und danach bei einer regelmäßigen Administration wieder anstieg. Ähnliche Beobachtungen machten Deimel, Schulte-Körne und Remschmidt 1997 bei dem Vergleich einiger Ergebnisse von Fragebogen-Studien: Dieser Effekt wurde von Werry und Sprague 1974 als „practice effect“ bezeichnet, als für die klinische Anwendung von Fragebögen als bedeutsam empfunden, und sie empfehlen zu seiner Umgehung eine „Aufwärmmessung“ etwa eine Woche vor der eigentlichen Messung. Auch scheint es einen Halo-Effekt zwischen dem HKS und der Wahrnehmung von Aggression zu geben. So ist es wahrscheinlich, daß ein sich dem Lehrer gegenüber aufmüpfig verhaltendes Kind als hyperaktiv oder unaufmerksam eingeschätzt wird – egal, welcher Unaufmerksamkeits- oder Hyperaktivitätsgrad von geschulten Beobachtern gemessen wird (Dulcan et al. 1997).

Einen weiteren sehr häufig bei hyperkinetischen Kindern verwendeten Fragebogen stellt die *Conners Teacher Rating Scale (CTRS)* dar, die von Conners speziell zur Erfassung von Medikamenteneffekten auf hyperkinetisches Verhalten entwickelt wurde. Die nach einigen Modifikationen heute meistbenutzte Fassung dieses Fragebogens von 1973 besteht aus 30 Items, aus denen faktorenanalytisch vier Skalen gewonnen wurden: Verhaltensprobleme, Unaufmerksamkeit-Passivität, Anspannung-Ängstlichkeit und Hyperaktivität. Hier werden diese Bereiche getrennt voneinander erfaßt, und der Bogen nimmt eine Zwischenstellung zwischen rein störungsbezogenen Instrumenten und Fragebögen zur allgemeinen Erfassung psychiatrisch relevanter Symptome ein. Dabei ist unklar, wie spezifisch er die Skalen Hyperaktivität und Verhaltensprobleme erfaßt.

Sehr gut belegt ist bei diesem Fragebogen seine Änderungssensitivität bei Medikamentenstudien mit hyperaktiven Kindern - seine Verwendung zur Diagnostik hingegen wird als problematisch angesehen, da keine adäquaten aktuellen Normen vorliegen. Aus diesem Grund sollten die Conners-Skalen die Diagnostik betreffend allenfalls als zusätzliche Informationsquelle innerhalb eines multimodalen Ansatzes verwendet werden.

Die in der CTRS und in einem von Conners entwickelten Elternfragebogen häufig angekreuzten Items wurden - ebenfalls 1973 – zu einer aus 10 Items bestehenden Kurzform (*Abbreviated Conners Teacher Rating Scale*) zusammengefaßt, so daß ein für Eltern und Lehrer gleichermaßen verwendbarer, zudem sehr kurzer Fragebogen entstand, in dem die im CTRS getrennt erfaßten Skalen nun gemeinsam evaluiert werden. Dieser ist durch seine Kürze sehr ökonomisch und wird gerne bei klinischen Studien mit Wiederholungsmessungen angewendet. Hierbei sollte allerdings in jedem Falle die oben erwähnte „Aufwärmmessung“ durchgeführt werden (Deimel, Schulte-Körne, Remschmidt 1997).

2.2.6.4 Verhaltensbeobachtung

Eine weitere diagnostische Möglichkeit stellt die Verhaltensbeobachtung dar. Diese sollte nach Möglichkeit im Klassenraum – wo eine relativ standardisierte Situation herrscht - oder in einer

weniger strukturierten Umgebung wie auf dem Schulhof oder in einem Spielzimmer erfolgen. Eine informelle klinische Beobachtung kann wichtige Hinweise auf das Verhalten des Kindes und den Reaktionsstil des jeweiligen Lehrers geben (Vitaro et al., 1995).

Versucht man allerdings, ein Kind, das zum ersten Mal in der Klinik vorgestellt wird, zu beobachten, so wird sich dieses – eingeschüchtert durch die neue, unbekannte Situation meist normal verhalten. Insgesamt gilt, je länger man ein Kind beobachtet, umso aussagefähiger werden die Angaben, die man treffen kann, da zufällige Schwankungen immer weniger ins Gewicht fallen. Verhaltensbeobachtungen sollten immer von vorher eingehend geschulten Beobachtern und mehreren Beobachtern pro Kind vorgenommen werden, damit sich Fehlerquellen weiter reduzieren. Auch werden gerne Videoaufzeichnungen von Kindern gemacht, da man das dort gezeigte Verhalten anschließend anhand verschiedener Kriterien auswerten kann. Gewonnene Daten können so jederzeit überprüft und von verschiedenen Beobachtern beurteilt werden (Barkeley, 1992).

Dabei ist eine Verhaltensvarianz zwischen verschiedenen Settings, z.B. in der Schule und bei den Großeltern, typisch für HKS; das auffällige Verhalten muß allerdings – wie bereits erwähnt – in mindestens zwei verschiedenen Settings gezeigt werden.

2.2.6.5 Medizinische Untersuchung

Eine vollständige medizinische Untersuchung sollte zur Diagnostik dazugehören, obwohl die Mehrzahl der Kinder normale Ergebnisse aufweisen wird. Wichtig ist es jedoch, Differentialdiagnosen und andere Ursachen der beklagten Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit auszuschließen. Besonderes Augenmerk sollte daher auf Entwicklungs-, Hör- und Sehtest, Schilddrüsenfunktionstest (Über- oder Unterfunktion vorhanden?) und Unterernährung gelegt werden. Es können Sprachuntersuchungen, motorische und neurologische Untersuchungen sowie neuropsychologische Tests dazugehören, wenn die vorherigen Ergebnisse dazu Anlaß geben. Auch eine Routine-Blutuntersuchung sollte gemacht werden (Dulcan et al., 1997; Taylor MA, 1997).

2.2.6.6 Apparative Verfahren

Es gibt eine ganze Reihe apparativer Verfahren (Langzeitmonitoring, Aktometer, Pedometer, sensitive Fußplatte und Stabilimeterstuhl), die entwickelt wurden, um Hyperaktivitätsmessungen zu machen, die allerdings laut Tryon und Pinto 1994 nur von begrenzter klinischer Nützlichkeit sind, da die Hyperaktivität an sich gar nicht die Quelle der am meisten beklagten Beeinträchtigung sei. Normalerweise gehe es nicht um die Größe des Aktivitätslevels, sondern um die Situationsangepaßtheit des Verhaltens. Zudem gibt es eine ganze Reihe von Störvariablen, die sich auf die Aktivität der Kinder auswirken, wie z.B. der Ort der Untersuchung, die Anwesenheit vieler Personen oder der Eltern bei der Untersuchung, die Aufgabenstellung oder die Tageszeit, so daß die Ergebnisse oft sehr situationsabhängig sind und starken Schwankungen unterliegen. Desweiteren gibt es CPTs (continuous performance tests), die generell als nicht sinnvoll angesehen werden, da sie über nur geringe Spezifität und Sensitivität verfügen. Zum Computer-EEG

als diagnostische Methode gibt es hingegen zu wenige Daten, die seinen Nutzen stützen (Dulcan et al., 1997).

2.3 Therapie

2.3.1 Vorstellung verschiedener Therapiemodelle

Die zwei wichtigsten Gründe, das hyperkinetische Syndrom überhaupt zu therapieren, sind die oft extremen Schulschwierigkeiten der betroffenen Kinder und die Überbelastung ihrer Familien. Dabei ist festzuhalten, daß die Therapieeffekte unabhängig von der angewendeten Therapieform rein symptomatisch und nicht kurativ sind: Die Wirkung der jeweiligen Therapie ist offensichtlich, solange sie angewendet wird, läßt nach ihrer Beendigung allerdings oft stark nach.

Was die Auswahl des Interventions-Settings betrifft, so kann die Behandlung meist ambulant durchgeführt werden. Laut den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie kann eine stationäre oder teilstationäre Therapie allerdings in Fällen einer besonders schwer ausgeprägten hyperkinetischen Symptomatik, besonders schwer ausgeprägten komorbiden Störungen, bei mangelnden Ressourcen in der Familie oder im Kindergarten/in der Schule oder bei besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen sowie nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie indiziert sein. Daß dieses erstaunlich wenige Fälle sind, werden wir später noch feststellen.

So heterogen und komplex wie das Krankheitsbild sind mittlerweile auch die Therapiemodelle des hyperkinetischen Syndroms – man versucht, dessen jeweiligen Symptome auf den verschiedenen Ebenen anzugehen: So wird durch die Pharmakotherapie versucht, auf organischem Niveau die Reizschwelle des Gehirns zu beeinflussen, durch die Diättherapie, den Stoffwechsel zu verändern, und die unterschiedlichen psychosozialen Therapieverfahren wollen zum einen eine Verhaltensänderung und einen souveräneren Umgang des Kindes selber mit seinen Problemen, zum anderen eine Verbesserung und stärkere Strukturierung der äußeren Umgebungssituation des Kindes in Schule und Familie erzielen. Dabei wird auch viel Wert auf soziale Fähigkeiten in Familie, Schule und Peer Group gelegt. Whalen und Henker entwickelten 1991 einen Katalog von 12 Punkten, die die Qualität einer individuellen Therapie beschrieben, unter anderem: Anwendbarkeit auf verschiedene Probleme und Entwicklungsstufen; Anpassungsfähigkeit an klinische und entwicklungsbedingte Anforderungen; Kommunizierbarkeit/Lehrbarkeit der grundlegenden therapeutischen Fähigkeiten; Verfügbarkeit in der Gesellschaft; Kontrollierbarkeit der zugrundeliegenden Standards; Kombinierbarkeit mit anderen Interventionen; Dauerhaftigkeit der Effekte; Generalisierung über Therapieziele und –settings hinaus; Durchführbarkeit, die Zeit, die Kosten und den Schwierigkeitsgrad für Kind und Eltern betreffend, sowie Attraktivität für Kind, Familie und Schule. Die Gewichtung der einzelnen Punkte schwankt dabei von Patient zu Patient. Desweiteren spielen vorhandene Komorbidität, das jeweilige Symptommuster, die intellektuellen und das Durchhaltevermögen betreffenden Fähigkeiten des jeweiligen Patienten, der Eltern und der Schule sowie gesellschaftliche Rah-

menbedingungen in die Therapiewahl mit hinein. Dabei müssen nach Möglichkeit alle Beteiligten, d.h. Eltern, Schulpersonal und bis zu einem gewissen Grad auch die Patienten selber in die Therapiediskussion einbezogen werden, und ein grundlegendes Verständnis für die Dynamik des Patienten und der Eltern ist Voraussetzung für einen dauerhaften guten therapeutischen Kontakt (Stine, 1994). Ein wichtiger, immer mit einzubeziehender Punkt ist auch die schulische Unterbringung des Kindes, d.h. die Schulform und Schulsituation, mit der es weder unter- noch überfordert sein sollte.

Die **drei großen Bereiche der möglichen Therapieformen** für das hyperkinetische Syndrom stellen zum einen die **Pharmakotherapie**, zum anderen **psychosoziale Interventionen** und als drittes eine **Kombination dieser beiden** dar. Die psychosozialen Interventionen umfassen dabei wiederum ein breites Spektrum verschiedener Ansätze – von kognitiver Verhaltenstherapie bis zu reinem Verhaltenstraining in der Schule. Zudem gibt es eine Reihe alternativer Therapieansätze.

In dieser Arbeit soll vor allem auf die drei Haupttherapien eingegangen werden, da sie am weitesten verbreitet sind und ihre Effektivität immer wieder Anlaß zu Diskussionen gibt – sowohl auf ihre Wirkung auf den einzelnen Patienten als auch auf ihre gesundheitspolitische und gesellschaftliche Bedeutung bezogen. Zudem stellen diese Therapieansätze auch die Grundlagen unserer eigenen Untersuchung dar, die dann in den folgenden Kapiteln vorgestellt werden soll.

2.3.1.1 Pharmakotherapie

Pharmakologische Therapieformen des HKS sind weit verbreitet, kostengünstiger als psychosoziale Interventionen und haben einen weitaus stärkeren empirisch abgesicherten Hintergrund als die restlichen Therapieformen (Pelham, Wheeler und Chronis, 1998; Dulcan et al. 1997). Trotzdem kann es sein, daß nicht alle Symptome auf die Medikamententherapie ansprechen, sich bei einigen Patienten inakzeptable Nebenwirkungen oder verminderte Wirksamkeit zeigen. - In der Literatur schwanken die Angaben zu Non-Respondern bei der am häufigsten verwendeten Substanzgruppe der Stimulantien zwischen 17% und 50% (Zeiner et al., 1999; Varley et al., 1982; Barkley et al., 1991; Nagel-Hiemke et al., 1984; Handen et al., 1999; McBride, 1989). Taylor führte 1997 in seinem Review über Evaluation und Management von ADHD zu dieser Fragestellung an, daß mehr als 200 Studien über die medikamentöse Therapie des HKS gezeigt hätten, daß im Durchschnitt 95% der Kinder mit HKS positiv auf Stimulantien ansprechen, wenn man alle drei Substanzklassen (Methylphenidat, Amphetamine und Pemoline) in die Untersuchungen einbeziehe, und durchschnittlich 70% der Hyperkinetiker bei jeder einzelnen Substanzklasse (70-75% Ansprechrate auf Stimulantien auch bei Clarke et al., 2002 und Duggan et al., 2000). Insgesamt sollten die Risiken einer Medikation gegen die eines unbehandelten HKS und die erwarteten Vorteile einer Pharmakotherapie gegenüber anderen Therapieformen abgewogen werden. Auch eine Einschätzung der Zielsymptomatik vor Beginn der Therapie sei sinnvoll (Dulcan et al., 1997). Die Pharmakotherapie sollte v.a. nicht als Ersatz für schulische Curricula, Lehrer-Schüler-Beziehungen oder andere Umweltfaktoren benutzt werden (Rapport, 1995). Weiterhin ist es wichtig zu wissen, daß auch Kinder, die auf eine Pharmakotherapie

positiv ansprechen, weiterhin Defizite in vielen Bereichen zeigen, wie z.B. spezifische Lernschwierigkeiten, Mangel an sozialen und akademischen Fähigkeiten und vermindertes Organisationsvermögen. Diese Defizite bedürfen einer erzieherischen Förderung, für die wiederum oft Elternziehung und Training in Verhaltensmanagement indiziert sind. Hierauf wird im Rahmen der multimodalen Ansätze eingegangen. Ein Nachteil der Stimulantientherapie gegenüber psychosozialen Interventionen z.B besteht in der Tatsache, daß gerade die Stimulantientherapie genau so lange Wirkung zeigt wie die Medikamente angewendet werden - Langzeitwirkungen bleiben aus, wenn sie alleine angewendet wird (Wolraich, 1999).

Stimulantien

Die am häufigsten angewendeten Pharmaka beim HKS ist die Gruppe der Stimulantien oder Weckamine, die sich aus Methylphenidat (Ritalin), Amphetaminen (Dextroamphetamin: Dexedrine, Dextrostat), Methylamphetamin (Desoxyn) und Pemolin (Tradon) zusammensetzt. Ihr Wirkmechanismus besteht u.a. in der Freisetzung des Neurotransmitters Noradrenalin aus präsynaptischen Nervenendigungen und der Hemmung seiner Wiederaufnahme aus dem synaptischen Spalt. Es handelt sich um zentrale Sympathomimetika, d.h. Stoffe, die die Wirkung des sympathischen Nervensystems, das für die körperlichen und psychischen Symptome in Streßsituationen verantwortlich ist, unterstützen. Dieses geschieht dadurch, daß sie im zentralen Nervensystem außer Noradrenalin auch noch die Neurotransmitter Dopamin und Serotonin freisetzen (Karow, Lang: Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie, 2000). Ihre Hauptwirkungen bestehen in einer Verlängerung der Aufmerksamkeitsspanne und einer Verminderung von Hyperaktivität und Impulsivität. Grundlegende Veränderungen in diesen Bereichen ziehen oft andere bemerkenswerte Verbesserungen nach sich, wie z.B. erhöhtes Selbstbewußtsein und ein besseres Gefühl der Selbstkontrolle, weniger Stimmungsschwankungen und weniger Übellaunigkeit. Dieses wiederum bewirkt größere Fortschritte und besseres Verhalten in der Schule und zu Hause, was zu einer größeren Akzeptanz des Kindes bei Eltern, Lehrern und Gleichaltrigen führt.

Nebenwirkungen der Stimulantien

Häufige Nebenwirkungen dieser Medikamentengruppe bestehen in Schlaflosigkeit, Gewichtsverlust, Irritabilität und Rebound-Phänomenen (besonders bei Methylphenidat und Amphetaminen). Einige weniger häufige Nebeneffekte bestehen in Traurigkeit, Depression, Ängstlichkeit, sozialem Rückzug, Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, Magenschmerzen und motorischen Tics. Weitere Symptome wie Haarausfall (nur bei Methylphenidat), allergischer Hautausschlag, toxische Psychose, das Tourette-Syndrom, Hepatitis, schwere Leberschäden (nur bei Pemolin), Leukopenie und/oder Anämie (bei Pemolin/Methylphenidat) werden selten berichtet. Mit Ausnahme von Haarausfall, Hepatitis und Anämie können diese Nebenwirkungen bei jedem dieser Stimulantien auftreten - ihre Häufigkeit ist allerdings von Pharmakon zu Pharmakon unterschiedlich (Taylor MA, 1997).

Auf einige der Nebenwirkungen soll kurz weiter eingegangen werden, da sie immer wieder Gegenstand der öffentlichen Diskussion sind:

Tics

Laut Taylor in seinem Review von 1997 können Stimulantien das Auftreten von Symptomen bei Patienten mit einer Familiengeschichte des Tourette-Syndroms beschleunigen, aber allem Anschein nach dieses Syndrom nicht verursachen. Treten motorische Tics bei einem Patienten ohne Tourette-Syndrom auf, führt das Absetzen des Medikamentes normalerweise zum Aufhören der Tics.

Wachstumssuppression

Die oft angeführte Sorge um den wachstumshemmenden Effekt der Stimulantien ist, wie Taylor 1997 und Gordon 1999 in ihren Reviews feststellen, unbegründet: So wurden bei Patienten mit behandeltem und unbehandeltem HKS sowie in Kontrollgruppen keine Unterschiede in der Körpergröße der Erwachsenen festgestellt. - Es können allerdings vorübergehende Abnahmen in Größenwachstum und Gewichtszunahme auftreten, die in standardisierten Wachstumskurven festgehalten werden sollten. Dabei scheinen das Gewicht (an das Alter angepaßt), das Geschlecht und die Körpergröße vor Therapiebeginn Prädiktoren für den Gewichtsverlust zu sein, wohingegen das Alter bei Beginn der Therapie, die Therapiedauer und gewichtsangepaßte Dosierung der Medikamente keinerlei Einfluß zu haben scheinen.

Drogenabhängigkeit

Auch hier beruhigt Taylor in seinem Review: Stimulantientherapie in der Kindheit verursache keinen erhöhten Drogenmißbrauch der jugendlichen oder erwachsenen Patienten mit HKS, allerdings gehe die erhöhte Inzidenz antisozialen Verhaltens bei HKS-Patienten oftmals mit einer erhöhten Rate an Drogengebrauch und -mißbrauch einher. Gordon bemerkt hingegen, daß es ungenügende Daten zu der Drogenabhängigkeitsproblematik gebe, bestätigt das gewisse Risiko bei Jugendlichen mit komorbiden Verhaltensstörungen und bezieht auch die Eltern der HKS-Patienten in seine Überlegungen mit ein, von denen einige die Medikation ihrer Kinder zu eigenem Stimulantiengebrauch ausnutzen könnten. Hier sei besonders auf die Art und Weise zu achten, in der die Medikamente verschrieben werden sollten.

Kardiovaskuläre Effekte

Ein milder Anstieg der Herzfrequenz und des Blutdruckes wurde bei mit Stimulantien therapierten Patienten festgestellt, Langzeitstudien an Erwachsenen, die als Kinder mit Stimulantien behandelt wurden, haben laut Taylor allerdings keinen Anstieg dieser Parameter gezeigt. Allerdings sollten sowohl Blutdruck als auch Herzfrequenz regelmäßig bei diesen Patienten kontrolliert werden, v.a. da mehr und mehr Patienten diese Therapie auch im Erwachsenenalter nutzen.

Medikamentenauslaßversuche

Darüber, ob man im Verlauf der Pharmakotherapie Medikamentenauslaßversuche machen sollte, herrscht Uneinigkeit, wobei die überwiegende Meinung darin besteht, daß es durchaus sinnvoll sei, die Pharmaka am Wochenende und in den Schulferien abzusetzen, wenn die hauptsächlichsten Verhaltensprobleme während der Schulzeit auftreten (Dulcan et al., 1997; Gordon, 1999). Die dahinterstehende Absicht besteht darin, die weitergehende Effizienz und den noch bestehenden Bedarf der Medikation abzuschätzen sowie die Nebenwirkungen zu

reduzieren (Dulcan et al., 1997; Taylor 1997). Diesem steht die Feststellung gegenüber, daß die betroffenen Kinder nicht nur in der Schule Verhaltensprobleme zeigen, sondern auch zu Hause, wo man Eltern und Kinder gleichermaßen durch fortgesetzte Medikation entlasten könnte, da die Nebenwirkungsrate der Medikation als sehr gering und die familiäre Belastung durch das jeweilige Problemverhalten als äußerst stark eingeschätzt werden (Taylor, 1997).

Zu der gesellschaftlichen Problematik der Stimulantien in den USA

Laut Wolraich 1999 in seinem Review gehe es in der großen Kontroverse über den exzessiven Gebrauch von Stimulantien in den USA eher um gesellschaftliche (Searight, McLaren, 1998: ADHD: The Medicalization of Misbehavior), ökonomische und Dienstleistungsaspekte und nicht um die Effektivität dieser Substanzengruppe. Es sei eher eine Frage, wer behandelt würde, als wie wirksam die Therapie sei. Hoagwood et al. liefern 2000 die Daten, daß in den USA in 75% der Fälle, in denen Kinder mit HKS-Symptomatik vorgestellt würden, Stimulantien verschrieben würden. Mellor, Storer und Brown bemerken in ihrem Überblicksartikel zum HKS 1996 zu dieser Thematik, daß eine Studie an zwei großen Allgemeinkrankenhäusern in den USA als Ergebnis feststellte, daß nur 51,5% der mit Stimulantien behandelten Kinder wirklich die diagnostischen Kriterien zum HKS (bzw. in diesem Fall ADHD nach dem DSM) aufwiesen (Studie von Jensen et al., 1989), was wiederum vermuten ließe, daß möglicherweise ungefähr die Hälfte dieser Kinder in Wirklichkeit unter einer anderen Verhaltens- oder emotionalen Störung litte. Als mögliche Gründe dafür führten sie an, daß viele Eltern die Idee, daß Medikamententherapie die HKS-Symptomatik kontrollieren könne, sehr positiv aufnahmen, da sie schnellen Erfolg und damit eine Reduktion des innerfamiliären Stresses bedeute. Zudem würde dadurch die Aufmerksamkeit von anderen möglichen Ursachen abgelenkt. Viele der Eltern erfüllten nämlich selbst die diagnostischen ADHD-Kriterien, seien intolerant und impulsiv und hätten nur geringe soziale Fähigkeiten, was den Kindern – zusätzlich zu dem Risiko, die Erbanlagen geerbt zu haben - ein Aufwachsen in einer unvorhersehbaren und gewalttätigen Umgebung bescherte. Weiterhin wiesen die Autoren – wie bereits Taylor 1997 - auf den möglichen Mißbrauch der Medikation hin, da man festgestellt habe, daß ADHD am häufigsten in reicheren Vororten diagnostiziert werden würde, in denen Eltern von ihren Kindern erwarteten, zu den Klassenbesten zu gehören (Toufexis, 1989). Und auch diese Autoren sehen eine Gefahr darin, daß die Stimulanzientherapie dazu mißbraucht werden könnte, Verhaltensprobleme in der Schule zu kontrollieren oder angewendet zu werden, wenn andere Mittel nicht verfügbar sind. Als ein mögliches Beispiel zur Stützung dieser These führten sie die abnehmenden oder fehlenden Aufwendungen für schulische Hilfskräfte an, die eingestellt werden sollten, um Kindern mit Verhaltens- oder Aufmerksamkeitsproblemen zu helfen.

Weitere Möglichkeiten der Medikamententherapie bei nun sorgsam diagnostiziertem hyperkinetischen Syndrom - wenn aufgrund der Einstellung der Eltern, aufgrund von Nebenwirkungen oder bei Kindern mit komorbiden Angststörungen oder Depression – Stimulantien nicht verabreicht werden sollen, bestehen in der Gabe folgender Medikamente:

Trizyklische Antidepressiva

Diese Medikamentengruppe wurde bei weitem weniger untersucht als die Stimulantien, ihre Wirksamkeit konnte dennoch in kontrollierten Studien gezeigt werden (Spencer et al., 1996). Aufgrund ihrer engen therapeutischen Breite v.a. stellen sie laut Dulcan et al. 1997 in ihrem Review nur Medikamente zweiter Wahl bei HKS dar. Ihre Indikation besteht bei Patienten, die nicht auf Stimulantien ansprechen, sie sind die Medikamente der Wahl bei komorbider Depression und Angststörungen und bei Patienten mit Tourette-Syndrom.

Positiv an dieser Substanzgruppe ist ihre längere Halbwertszeit, so daß die in der Schule bei Stimulantien nötige zweite Medikamentengabe wegfällt. Sie haben allerdings potentiell gefährliche kardiale Nebenwirkungen, das Risiko einer versehentlichen oder initialen Überdosierung ist immer gegeben, und sedierende sowie anticholinerge Nebenwirkungen können auftreten. Desweiteren haben sie eine potentiell mit der Zeit abnehmende Wirksamkeit. Ihre drei Hauptvertreter sind Imipramin, Desipramin und Nortryptilin. Einen ausführlicheren Überblick über Studien zum Einsatz der Trizyklischen Antidepressiva sowie weiterer Medikamentengruppen bei HKS (Bupropion, SSRI, Monoaminoxidaseinhibitoren, Clonidin, Thioridazin) geben wieder Dulcan et al. 1997 in ihrem Review.

2.3.1.2 Psychosoziale Interventionen

Einen guten Überblick über die einzelnen Therapieformen dieses Bereichs bieten Dulcan et al. 1997 sowie Nolan und Carr 2000 in ihren jeweiligen Reviews:

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Ansätze zeichnen sich aus durch eine detaillierte Einschätzung problematischer Verhaltensweisen und der jeweiligen diese hervorrufenden und aufrechterhaltenden Umgebungsfaktoren. Ziel der Verhaltenstherapie ist die Entwicklung von Strategien, mit denen eine Veränderung dieser Umgebungsfaktoren und damit der Umwelt des Patienten und somit dessen eigenen Verhaltens erzielt werden kann. Wichtig ist dabei eine wiederholte Einschätzung von Umweltfaktoren und Patientenverhalten, um die jeweiligen Interventionen zu evaluieren.

Am geläufigsten ist in der Verhaltenstherapie der *operante Ansatz*. Dieser besagt, daß positive und negative Verstärker für bestimmte Verhaltensweisen des Patienten zunächst identifiziert und dann modifiziert werden mit dem Ziel, die Frequenz von Problemverhalten abzubauen und diejenige von erwünschtem, adaptiven Verhalten zu erhöhen. Positive Verstärker stellen dabei für den Patienten positive Konsequenzen für sein Verhalten aus seiner Umgebung dar, ein geläufiges Beispiel hierfür wäre der sekundäre Krankheitsgewinn chronisch kranker oder sich auch nur krank glaubender Personen durch die ihnen entgegengebrachte Zuwendung. Bei negativer Verstärkung stellt sich der Sachverhalt entsprechend umgekehrt dar.

Das bei dem operanten Ansatz gerne verwendete Verfahren ist die sogenannte *Token (Zeichen)-Economy*, eine Form des *Kontingenz(Konsequenzen)-Managements*. Dieses Verfahren gebraucht Punkte, Sterne oder Zeichen, die für das Zeigen von wünschenswertem Verhalten

oder den Abbau von Problemverhalten „verdient“ werden und später in Belohnungen umgetauscht werden können. Diese Belohnungen können aus Geld, Essen, Spielzeug, Privilegien oder Zeit mit einem Erwachsenen bei einer angenehmen Aktivität bestehen. Token-Economies können erfolgreich von Eltern, Lehrern und Klinikern mit Gruppen und Einzelpersonen angewendet werden. Desweiteren gibt es auch negative Verstärker wie *time-out* (Das Kind wird einer reizlosen Umgebung ausgesetzt, in der natürlicherweise vorkommende positive Verstärkung nicht verfügbar ist, es soll z.B. den Raum verlassen.) und *response cost* (Belohnungen werden wieder entzogen), die als Bestrafung eingesetzt werden.

Eine weitere weit verbreitete verhaltenstherapeutische Methode ist das *Modellernen*, das 1976 von Bandura entwickelt wurde. Hier wird das natürliche Beobachtungslernen des Menschen ausgenutzt, um ihm durch Aufmerksamkeitslenkung auf gewünschtes Verhalten und dessen Nachahmung eine breitere Palette an ihm zur Verfügung stehenden Verhaltensweisen zu eröffnen. Dazu muß er natürlich entsprechend motiviert werden (Zimbardo, 1983).

Der Kurzzeit-Effekt der Verhaltenstherapie besteht in einer Verbesserung des Zielverhaltens, sozialer Fähigkeiten und akademischen Fortkommens in bestimmten Umgebungen (Ayllon und Rosenbaum, 1977; Dubey et al., 1983), ist allerdings weniger wirksam in der Reduktion von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität oder Impulsivität (Abikoff und Gittelman, 1984). Hyperaktive Kinder brauchen - wie Pelham und Bender 1982 feststellten - beides, sowohl die entsprechende Anleitung, wie man soziale und akademische Fähigkeiten verbessert, als auch das Kontingenz-Management, um die gelernten Fähigkeiten einzusetzen

Die Verhaltenstherapie weist allerdings drei größere Probleme auf, und zwar

1. die Schwierigkeit, die gelernte Verhaltensverbesserungen auch über längere Zeit beizubehalten,
2. das Problem, das gelernte Verhalten auf andere Situationen zu übertragen, d.h. zu generalisieren sowie
3. die enorme Energie und das Durchhaltevermögen, welche Eltern und Lehrern abverlangt werden, wenn sie ein konsistentes Verhaltensprogramm einführen und durchhalten wollen.

Denn für die maximale Effizienz eines solchen Programmes sind eine optimale Kooperation zwischen Schule und Elternhaus, eine Konzentration auf das spezifische Zielverhalten, schnelle und konsistente Verhaltenskonsequenzen sowie immer wieder einmal neue Elemente erforderlich, um das Interesse der Kinder beizubehalten. Sowohl positive als auch negative Verstärker sollten benutzt werden. Dem Problem der fehlenden Generalisierbarkeit kann man versuchen, durch ein Training an möglichst vielen verschiedenen Orten und unter verschiedenen Bedingungen zu begegnen, damit der allgemeine Transfer erleichtert wird. Auch können die Belohnungen graduell ausgeschlichen werden, um die Kinder an natürliche Verstärker zu gewöhnen. Weiterhin gibt es die Möglichkeit periodischer "Booster"-Einheiten (Hechtmann, 1993), um das fehlende Beibehalten der erzielten Erfolge anzugehen. Viele Kinder und Jugendliche benötigen intensive und zeitlich lange Programme (Monate bis Jahre).

Verhaltenstherapeutische Techniken in der Schule

Verhaltenstherapeutische Techniken für die Schule, wie z.B. Kontingenz-Management, wurden ursprünglich entwickelt, um dem Risiko der schlechten Generalisierbarkeit der unterschiedlichen Therapieansätze zu begegnen (Nolan, Carr 2000). Dabei wurden zunächst Lehrer und auch Eltern von Therapeuten in Kontingenz-Management-Strategien geschult, die diese dann anwenden sollten, um das Verhalten der jeweiligen betroffenen Kinder in der Schule und zu Hause zu modifizieren bzw. zu normalisieren. In der Schule werden dazu Techniken wie Token Economies, Klassenregeln, time-out, response cost und Aufmerksamkeit gewünschtem Verhalten gegenüber angewendet (Dulcan et al., 1997 unter Berufung auf Abramowitz, 1994; Abramowitz und O`Leary, 1991). Auch können von den Lehrern Belohnungen wie Aufmerksamkeit, Zeichen wie Sternchen, eine kurze positive Notiz für die Eltern oder tägliche Bericht-Karten gegeben werden. Um die organisatorischen Fähigkeiten eines Kindes und das Ausführen von Aufgaben zu verbessern, ist ein Hausaufgabenbuch, das täglich von Eltern und Lehrern unterzeichnet wird, eine gute Methode. Bei Anwendung dieser strengen Regeln/Strukturen auf die hyperkinetischen Kinder hat man interessanterweise die Möglichkeit eines Übergreifens des gewünschten Verhaltens auf unbehandelte hyperkinetische Kinder und sogar normale Kinder entdeckt (Loney et al., 1979 laut Dulcan et al., 1997). Der Vorteil eines solchen schulischen Therapieansatzes ist zweifellos der Gewinn einer größeren Wahrscheinlichkeit der Generalisierung des erwünschten Verhaltens auf andere Situationen, und damit angepaßteres Verhalten sowohl in der Schule als auch zu Hause. Sein Risiko besteht allerdings darin, die Stärke seiner Wirksamkeit herabzusetzen, da Eltern und Lehrer aufgrund noch anderer Aufgaben nicht so konsequent und prompt auf das jeweilige Kindesverhalten reagieren können wie sich nur auf das jeweilige Problemverhalten konzentrierende Spezialisten. Hinshaw et al. kamen hingegen 1998 in ihrem Review zu Studien über Kontingenz-Management-Ansätze zu dem Schluß, daß von Therapeuten in Therapieeinheiten und Spezialisten-Klassenräumen angewendete Programme zwar deutliche und schnelle Wirkung zeigten, diese allerdings kurzlebig und über die Klassenraumsituation hinaus nicht generalisierbar sei (DuPaul und Eckert, 1997). Programme dagegen, die von Eltern und Lehrern angewendet wurden, führten in einer begrenzten Anzahl an Studien zu anhaltenden klinisch signifikanten Verbesserungen (Nolan und Carr, 2000).

Elterntrainings und Elterninformation

Trainingspakete für die elterliche Verhaltensmodifikation basieren auf der Theorie des sozialen Lernens und sind für Eltern ungehorsamer, oppositioneller und aggressiver Kinder entwickelt worden (Barkeley, 1987; Forehand und McMahon, 1981; Patterson und Forgatch, 1987). Indem den Eltern durch das Training die Wichtigkeit von Beziehungen ihres Kindes zur Peer Gruppe (soziale Bezugsgruppe der gleichaltrigen Kinder und Jugendlichen), von der Ausnutzung sich natürlich ergebender Möglichkeiten, ihren Kindern soziale Fertigkeiten und Selbstevaluation beizubringen, bewußt gemacht wird, erhalten sie die Möglichkeit, eine aktive Funktion in der Organisation des sozialen Lebens ihres Kindes zu übernehmen. Sie selbst lernen dabei eine konsistente Rolle in der Umgebung des Kindes zu spielen (Cousins und Weiss, 1993). Die

Eltern lernen, klare Instruktionen zu geben, gutes Verhalten positiv zu verstärken, einige Verhaltensweisen zu ignorieren und Bestrafungen (s.o.) effektiv einzusetzen. Obwohl die meisten Eltern es schwieriger finden, eine Verhaltenstherapie als eine Pharmakotherapie zu unterstützen, bevorzugen doch einige die Verhaltenstherapie. Einige Studien zeigten auch zumindestens positive Kurzzeit-Ergebnisse dieses Ansatzes (Anastopoulos et al., 1993; Barkley, 1987, 1990). Maximale Effizienz der Elternprogramme wird durch eine Kombination von geschriebenen Informationsmaterialien, verbalen Instruktionen zu den Prinzipien des sozialen Lernens und Kontingenz-Management, Modellernen und wiederholten Einübens spezieller Fähigkeiten erzielt. Bei Familien aus sozioökonomisch schlechteren Schichten, elterlicher Psychopathologie, fehlendem sozialen Netzwerk und Eheproblemen muß ein maximal mögliches Programm angewendet werden, in dem elterliche Probleme bei Bedarf angesprochen werden können. Für andere Familien können Informationsbroschüren ausreichend sein (Long et al., 1993).

Diese Informationsmaterialien gehören mittlerweile zum Standard, sowohl in der klinischen Forschung als auch in der klinischen Praxis (Weiss et al., 1992). Es gibt allerdings keine Studien, die diesen psychoedukativen Ansatz systematisch untersuchen (Dulcan et al., 1997). Die Informationsmaterialien sollen die Symptome des HKS, die möglichen krankheitsbedingten individuellen sowie die die Familienfunktion betreffenden Beeinträchtigungen, die Ätiologie und Vererbbarkeit, Therapieoptionen, die wesentlichen Prinzipien der Verhaltenstherapie, Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit der Schule, Medikamenteneffekte und Nebenwirkungen, den zu erwartenden Verlauf und die Prognostik enthalten (Dulcan et al., 1997). Weiterhin ist es sinnvoll, die über HKS kursierenden Mythen aufzuklären, daß z.B. das HKS nicht mit der Pubertät verschwindet, sondern meist eine Symptomverschiebung stattfindet, die Wirksamkeit von Stimulantien nicht mit der Pubertät aufhört und sie keinen Drogenmißbrauch verursachen (Krause KH, Krause J, Trott GE, 1998).

Die Art und Weise der Informationsbereitstellung kann vielfältig ausfallen: durch Gruppensettings, Bücher und Zeitschriften, Informationsbroschüren, Weiterleitung an eine Selbsthilfegruppe oder Elternberatungsgespräche. Diese wiederum können mit einem Elternteil, einem Ehepaar oder in einer Gruppe geführt werden.

Training sozialer und akademischer Fertigkeiten

Sowohl Trainingsprogramme zum Erlernen sozialer als auch Programme zu akademischen Fertigkeiten sind häufige Bestandteile der später noch vorgestellten multimodalen Therapiepakete. Die Evaluierung dieser Programme ist allerdings schwierig, da Kinder mit HKS sehr unterschiedliche Persönlichkeiten haben und verschiedene Symptommuster zeigen. Auch die Ursachen v.a. ihrer jeweiligen Probleme mit sozialen Kontakten variieren stark, so daß jedes Kind ein speziell auf seine eigenen Defizite zugeschnittenes Programm benötigt. Der zweite für HKS-Kinder auch nicht einfache Schritt besteht dann darin, diese speziellen gelernten Fähigkeiten auch anzuwenden (Dulcan et al. 1997 nach Conners et al. 1994). Klinische Erfahrung hat dabei gezeigt, daß Trainings in Gruppen den Einzeltrainings überlegen sind, da in Gruppen das Zielverhalten ganz natürlich auftritt und dann mit Methoden wie Modellernen, praktischem

Einüben, wie man es anders machen könnte, Feedback aus der Gruppe und vom jeweiligen Therapeuten sowie konsequenter Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen angegangen werden kann. In einer Einzeltherapie dagegen wäre v.a. auch die Fähigkeit der Selbstbeobachtung und -evaluation für einen Erfolg der Therapie Voraussetzung, die den hyperkinetischen Kindern meist fehlt. Zudem kann die jeweilige Umgebung, in der die Trainings stattfinden, die Generalisierbarkeit des Gelernten erhöhen (Dulcan et al. 1997 nach Conners et al. 1994). Eine weitere Methode besteht in Programmen, in denen Schüler die Lösung von Konflikten vermitteln. Diese können die Aggressionen auf dem Schulhof vermindern und die Einführung gewaltfreier Problemlösestrategien fördern (Dulcan et al. 1997 nach Cameron und Dupuis, 1991). Cunningham und andere zeigten dazu, daß Schulhofmediatoren 90% der Konflikte lösten, in die sie einschritten, und die direkt beobachtbare Gewalt auf den Schulhöfen um bis zu 60% senkten. Schulweite Interventionen steigern den allgemeinen Klassen- und Schulhofzusammenhang, in dem die meisten der funktionellen Probleme der HKS-Kinder auftreten. Diese Programme können ausgestaltet werden, um ihren Einfluß auf individuelle Kinder zu erhöhen und damit wiederum eine Infrastruktur zu bieten, die die Wirkung weiterer Interventionen unterstützt (Cunningham, 1999).

Individuelle Psychotherapie

Die typischerweise bei hyperkinetischen Kindern schon erwähnte fehlende Fähigkeit zur Selbstevaluation und Generalisierbarkeit von gelernten Verhaltensweisen sowie zu einem ganz extremen Ausmaß auch der ihnen meist völlig fehlende Leidensdruck sind die Gründe, die normalerweise gegen die Anwendung individueller Psychotherapien bei diesem Krankheitsbild sprechen. Nichtsdestotrotz kann diese aber nützlich sein, um dem Kind in einer guten therapeutischen Bindung Halt zu geben, niedriges Selbstbewußtsein und Demoralisierung aufzufangen und therapeutisch anzugehen und die Therapie-Compliance zu erhöhen. Obwohl es keine klinische Studie zu dieser Therapieform gibt, schätzen viele Therapeuten diese als nützlich ein, um komorbide Angststörungen und Depressionen bei HKS-Kindern zu behandeln. Episodisch kann sie auch bei zeitweisen Therapie-Compliance-Problemen, Beziehungsproblemen und Anpassungsschwierigkeiten, die durch HKS entstehen sowie als Krisenintervention, in der der Therapeut solange die Stützfunktion übernehmen kann, bis das Problem gelöst ist oder ein anderer Erwachsener diese Rolle übernimmt, unterstützend wirksam werden. Desweiteren kann die individuelle Psychotherapie eine Rolle dabei spielen, daß der jugendliche HKS-Patient lernt, selber die Verantwortung für sich und seine Medikation zu übernehmen (Dulcan et al., 1997).

Kognitive Verhaltenstherapie

Auf der Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelten Meichenbaum und Goodman 1971 einen eigenen Ansatz, das Selbstinstruktionstraining, in dem Kinder mit hyperkinetischen Störungen durch Anwendung von Selbstinstruktionen lernen sollen, ihre Aufmerksamkeit und Impulsivität kontrolliert einzusetzen, so daß sie diese Kontrolle dann in Phasen der Hyperaktivität anwenden können. Insgesamt sollte mit diesem Ansatz eine Verbesserung in der Generali-

sierung und Dauer von gelernten Techniken der Verhaltensmodifikation erreicht werden. Später wurde das von Meichenbaum entwickelte Originalprogramm mit Elementen der Verhaltenstherapie kombiniert wie das Training sozialer Fertigkeiten, therapiebasiertes Kontingenz-Management, Selbstverstärkung und Modellernen, so daß es zu einer Vermischung mit der reinen Verhaltenstherapie kam. Das Herzstück dieser Richtung blieb jedoch immer die Selbstinstruktion. Erste Studien zu Selbstinstruktionsprogrammen stellten laut Dulcan et al. 1997 zwar eine Verbesserung von kognitiver Impulsivität, Sozialverhalten und dem Gebrauch von Coping(Bewältigungs)-Strategien bei HKS-Kindern fest, während spätere Analysen kein besseres Ergebnis zeigten, wenn die kognitive Verhaltenstherapie der Stimulantiengabe hinzugefügt wurde (Dulcan et al., 1997). Nolan und Carr bemerken dazu, daß als Resultat ausführlicher Überblicksarbeiten zu der Effizienz von Selbstinstruktionsverfahren zwar ein gewisser positiver Effekt auf die von Lehrern und Eltern eingeschätzten Verhaltensprobleme der betroffenen Kinder festgestellt wurde, dieser allerdings minimal sei und keinerlei klinisch signifikante Verbesserung darstelle.

Familientherapie

Auch über diese Therapieform geben uns Dulcan et al. 1997 einen Überblick: So wurden klinische Modelle zur Familientherapie von HKS entwickelt (Ziegler und Holden, 1988), obwohl es nur wenige Daten zu ihrem Erfolg gibt. Daten zu anderen Verhaltensstörungen, die mit Familientherapie behandelt wurden, sowie klinische Erfahrung lassen allerdings vermuten, daß diese Therapieform sich gut als zusätzliche Therapie eignet und die Anwendung der beiden am weitesten verbreiteten Therapieformen Verhaltenstherapie und Stimulantiengabe vereinfacht. Sie kann angezeigt sein, um an familiären Dysfunktionen zu arbeiten, die in der Schwierigkeit, ein Kind mit HKS zu erziehen, in einer primären elterlichen oder ehelichen Pathologie, schlechter familiärer Atmosphäre und inkonsistenten Erziehungsstilen bestehen können. Diese Dysfunktionen können laut Sandberg 1996 unter Berufung auf Taylor et al. 1991 das Risiko hyperaktiven Verhaltens bei gefährdeten Kindern verstärken. In der verhaltenstherapeutisch orientierten Familientherapie lernt die Familie, miteinander zu verhandeln und Probleme gemeinsam zu lösen. Eine Technik dabei sind z.B. sogenannte Familienverträge, die zwischen den Eltern und Kindern ausgehandelt werden und auf eine Änderung von Verhaltensweisen bei beiden mit entsprechenden Konsequenzen abzielen (Dulcan et al. unter Berufung auf Blechman, 1981). Desweiteren gibt es noch die kostengünstige Variante der Vermittlung an eine Selbsthilfegruppe, die von den betroffenen Familien in der Regel gerne angenommen wird.

Therapeutische Freizeiten

Laut Dulcan et al. 1997 läßt klinische Erfahrung vermuten, daß die den HKS-Kindern fehlenden positiven sozialen Beziehungen mit Erwachsenen oder der Peer Gruppe z.T. durch sportliche oder andere Freizeitaktivitäten in einer Gruppe ausgeglichen werden können. Hier haben die Kinder die Möglichkeit, sich im Umgang mit normalen Gleichaltrigen unter Aufsicht eines Trainers oder Jugendgruppenleiters zu üben und durch die entstehenden sozialen Kontakte und

Beziehungen – auch zu den Gruppenleitern als Bezugspersonen – eine Stärkung ihres Selbstbewußtseins zu erlangen.

Einige Familien beschäftigen ein oder zwei Nachmittage pro Woche ältere Schüler oder Studenten, damit ihre Kinder mit diesen soziale Fertigkeiten erlernen, eine Beziehung aufbauen und um ihnen Aufsicht und strukturierte Zeit zur Verfügung zu stellen. So haben sie selbst wiederum auch einmal Zeit, sich um sich oder die anderen Kinder zu kümmern. Weiterhin stellen Sommerlager eine gute Möglichkeit für die Kinder dar, ihre sozialen und Freizeitaktivitäten zu verbessern und dadurch zu mehr Selbstbewußtsein zu gelangen. Es hängt dabei ganz vom einzelnen Kind ab, ob es an normalen Lagern teilnehmen kann oder spezielle Angebote für verhaltensauffällige Kinder benötigt.

2.3.1.3 Kombinierte, multimodale Therapiemodelle

Wie der Name schon sagt, handelt es sich hierbei um aus der oben aufgeführten Vielfalt kombinierte multimodale Therapiemodelle. Hierbei werden die für ein spezifisches Kind, sein Problemmuster und sein jeweiliges Ansprechen auf Medikation sinnvollsten und effektivsten Therapieoptionen zusammengestellt. Dabei gilt es natürlich auch den Kostenfaktor und die in der jeweiligen Umgebung zur Verfügung stehenden Therapieplätze zu berücksichtigen. Die Verfahren der einzelnen therapeutischen Richtungen werden allerdings beliebig untereinander kombiniert und verstärken sich in der Regel gegenseitig. Gängige Kombinationen stellen z.B. eine niedrig dosierte Stimulantientherapie verknüpft mit einer Verhaltenstherapie oder verschiedene miteinander verbundene Formen der psychosozialen Interventionen dar wie z.B. Elternt raining plus Selbstinstruktionstraining (Horn et al., 1987), Elternt raining plus Schulkontingenz-Management-Programme (Abikoff und Gittelman, 1984) und alle drei Programme zusammen (Bloomquist et al., 1991).

Insgesamt werden diese multimodalen Therapiemodelle durch klinische Erfahrung und die Tatsache, daß viele verschiedene Probleme angegangen werden müssen, befürwortet (Hechtman, 1993), es ist allerdings schwierig, auf diesem Gebiet Forschung zu betreiben. Das liegt zum einen an dem dafür nötigen Aufwand, den Kosten, der Dauer und Komplexität solcher Studien, zum anderen an der Schwierigkeit, Kinder und Familien für eine längere Zeit zur Teilnahme an einer Vielzahl von Therapieoptionen zu motivieren und an der großen Fallzahl, die benötigt wird, um alle sich stellenden Fragen zu untersuchen (Dulcan et al., 1997). Verschiedene Ergebnisse von Studien zur multimodalen Therapie werden im Abschnitt 2.3.2 vorgestellt.

2.3.1.4 Alternative Verfahren

Zu den alternativen Verfahren gehört ein breites Spektrum unterschiedlicher Therapiemöglichkeiten, mit deren Wirksamkeit sich Anna Baumgaertel 1999 in ihrem Review einmal genauer beschäftigt hat: So stellt sie fest, daß von sämtlichen alternativen Therapieformen eigentlich nur die Wirksamkeit der *Diättherapie* durch wissenschaftliche Studien zu einem gewissen Grad

abgesichert ist. Zu dieser Therapie bemerken Dulcan et al. 1997 in ihrem Review unter Berufung auf Kavale und Forness 1983, Mattes 1983 und Wenders 1986, daß höchstens 5% der hyperaktiven Kinder Verhaltens- oder kognitive Verbesserungen mit der *Lebensmittelzusatzfreien Feingolddiät* zeigten, diese Veränderungen allerdings nicht so dramatisch wie bei den Stimulantien seien, und daß die einzige Gruppe, in der die Ansprechensrate erwähnenswert sei, Kinder unter 6 Jahren seien.

Weiterhin spricht eine kleine Anzahl von Kindern negativ auf den synthetischen *Lebensmittelzusatz Tartrazine* an (Rowe und Rowe, 1994). Insgesamt haben eine ganze Reihe von Nahrungsmittelallergenen und Lebensmittelzusätzen den Verdacht erregt, zu Verhaltensveränderungen beizutragen. Um dieses zu untersuchen, haben Boris und Mandel 1994 hyperkinetische Kinder zunächst auf eine Grunddiät gesetzt, die die Standardnahrungsmittelallergene wie z.B. Milch, Weizen, Zitrusfrüchte und Erdnüsse ausschloß, und abgewartet, ob die Kinder eine Verhaltensverbesserung zeigten. Im weiteren Verlauf wurden dann einzelne Nahrungsmittel jeweils mit einem dazwischenliegenden freien Intervall ausgetestet. Wurde dabei ein verursachendes Allergen entdeckt, schloß sich noch eine plazebokontrollierte Doppelblindstudie an, um den Verdacht zu bestätigen. Boris und Mandel zeigten eine signifikante Verhaltensverbesserung bei dieser *Eliminationsdiät* mit einer anschließenden Verschlechterung bei Gabe des jeweils fraglichen Allergens. Das Ganze trat bei einer signifikanten Menge an Probanden auf. Kaplan et al. bestätigten dieses Ergebnis 1989 in einer ähnlichen Studie mit einer Erfolgsrate von 58%. Dieses Vorgehen bildet nun die Grundlage der *individuellen Diättherapie*, die wenn, dann zusammen mit *Ernährungsberatung* und *Selbsthilfegruppen* v.a. für kleine Kinder empfohlen werden sollte, bei denen Geschmack und Gewohnheiten noch nicht richtig entwickelt sind und die laut Studienergebnissen am meisten von dieser Therapieform profitieren. Denn die Einführung und Aufrechterhaltung einer solchen Therapie stellt für die ganze Familie eine erhebliche Anstrengung und einen großen Aufwand dar. (Sogar in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie wird die oligoantigene Diät – allerdings in einer Formulierung mit einigen Vorbehalten – als möglicherweise hilfreich erwähnt.)

Weiterhin berichtet uns Baumgaertel, daß *Spurenelementsubstitution* bei vorliegendem Mangel zu entsprechenden Verhaltensverbesserungen führen könne. Für die Megavitamintherapie, bei der Vitamine in exzessiven Dosen, die weit über den Empfehlungsrichtlinien liegen, gegeben werden, besteht in der wissenschaftlichen Literatur laut Dulcan et al. nicht nur ein mangelnder Nachweis ihrer Effizienz, sondern es besteht sogar die Möglichkeit toxischer Wirkungen (Harley, 1980; Haslam, 1992). *Nootropika*, *Kräuter* und *Homöopathie* seien – wiederum laut Baumgaertel – zwar im Hinblick auf ihre neurologische Funktionsweise erforscht worden, Studien ihre Wirksamkeit beim HKS betreffend seien dagegen widersprüchlich oder fehlten noch. Zu den Selbstregulationstechniken wie *Hypnotherapie* und *Biofeedback* bemerkt sie, daß diese zwar keinerlei Veränderung der HKS-Kernsymptome bewirkten, dafür aber bei der Kontrolle der Sekundärsymptome behilflich seien. Besonders günstig sei hierbei, daß die Kinder Akteure ihrer Bewältigungsstrategien würden.

Verfahren wie *spezielle Augenübungen*, *prismatische Linsen* bei Dysfunktion des okulovestibulären Systems und *gefärbte Kontaktlinsen* hätten keinerlei bewiesene Grundlagen. Ein interessantes Studienergebnis legten 1996 Abikoff et al. vor: Sie stellten fest, daß Jungen mit HKS größere Erfolgsquoten bei ihren Mathematikaufgaben hatten, wenn sie ihre Lieblingsmusik bei deren Bearbeitung hören durften, was als erhöhte Wachheit bei einem hervorstechenden Stimulus interpretiert wurde. Der französische Hals-Nasen-Ohrenarzt A. Tomatis stellte dazu die Hypothese auf, daß der auditiven Integration eine zentrale Funktion bei der Nervenreifung und Lernprozessen zukomme und eine Verbesserung im Fokussieren und der Konzentration durch eine Kombination von *auditiver Stimulation* und *Gehörtraining* erreicht werden könne. Diese These findet ihre Vollendung in dem sogenannten „elektronischen Ohr“, durch das hochfrequente Modifikationen der menschlichen Stimme und Musik (klassische und gregorianische Gesänge) übermittelt werden. Es gibt viele Zeugnisse einer Verbesserung der hyperkinetischen Symptomatik mit dieser Methode, aber bisher keine kontrollierten Studien. Es kann jedoch auch sein, daß die berichteten Verbesserungen weniger spezifisch sind und eher an der hohen Intensität der Interventionen lagen (mindestens 75 Sitzungen) und an der Einbeziehung von Trainings in sozialen und akademischen Fertigkeiten (Baumgaertel, 1999).

Es gibt also eine Vielzahl alternativer Therapiemöglichkeiten, von denen bislang die Diättherapie am ehesten wissenschaftlich bewiesen ist. Bevor man sich allerdings mit der Überlegung, eine alternative Therapiemethode zu wählen, beschäftigt, sollten die Standardtherapiemöglichkeiten vorgestellt und diskutiert werden, da man bei ihnen über die meisten wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise und mittlerweile zum Teil Langzeiterfahrungen verfügt.

Entscheidet man sich später für alternative Verfahren, so sollten wiederum die bisherigen Verdienste der einzelnen Therapiemöglichkeiten hinterfragt werden. Gerade auch bei den alternativen Behandlungsformen sollte versucht werden, diese in die wissenschaftliche Erforschung mit einzubinden - mit den gleichen Standards, die bei der Evaluation der gängigen Verfahren angewendet werden. Für dieses Vorhaben ist der gute Wille, das Engagement und die Kommunikation aller Beteiligten die Grundvoraussetzung.

2.3.2 Untersuchungen über den Erfolg der verschiedenen Therapieverfahren beim HKS

Hier sollen nun anhand einiger Übersichtsarbeiten, die sich mit den in den letzten 25 Jahren durchgeführten Studien zu den unterschiedlichen bei HKS angewendeten Therapieoptionen beschäftigen, die in den Fachzeitschriften veröffentlichten Ergebnisse vorgestellt werden. Für dieses Vorhaben erwiesen sich v.a. drei der gefundenen Reviews, die sich mit der Therapie des hyperkinetischen Syndroms beschäftigen, als nützlich: Zum einen das Kapitel *Attention deficit hyperactivity disorder* von Nolan und Carr in dem Band *What works with children and adolescents?* (New York: Routledge, 2000), das Review *Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder* von Pelham, Wheeler und Chronis (Journal of Clinical Child Psychology, 1998) und der Übersichtsartikel *ADHD in children and youth: A*

quantitative systematic review of the efficacy of different management strategies von Klassen, Miller, Raina, Lee und Olsen (Canadian Journal of Psychiatry, 1999). In diesen drei Arbeiten werden methodisch sauber eine größere Anzahl an Studien zu multimodalen Therapiemodellen analysiert, und es wird ein Vergleich der Wirksamkeit rein medikamentöser, rein verhaltenstherapeutischer und kombinierter Therapiemöglichkeiten vorgenommen. Review-Artikel zur Stimulantientherapie alleine wurden außer acht gelassen, da diese Therapieform zum einen mit äußerst hohem Konsens in der Fachliteratur als anerkannte Therapie der Wahl gilt und sich die vorliegende Arbeit zum anderen auf den derzeitigen Stand der Forschung auf dem Gebiet der multimodalen Ansätze beim HKS als Hintergrund für unsere eigene Untersuchung konzentrieren sollte. So können die von uns gefundenen Studienergebnisse in diesen Zusammenhang eingeordnet werden.

Weiterhin lassen sich anhand verschiedener Arbeiten zu der bisher größtangelegtesten Therapievergleichsstudie zum HKS, der von dem kanadischen *National Institute of Mental Health* in Auftrag gegebenen *Multimodality Treatment Study of ADHD (MTA)*, weitere (in diesem Fall Langzeit-) Ergebnisse in einem einheitlichen Therapiedesign aufzeigen und außerdem die Schwierigkeiten und die Komplexität der Interpretation der jeweils erhaltenen Ergebnisse und ihrer eventuellen politischen Konsequenzen an einem Beispiel veranschaulichen. Hierauf soll eingegangen werden, da diese Probleme in abgewandelter Form für jede einzelne der Studien gelten, die in die oben genannten Übersichtsarbeiten aufgenommen wurden.

2.3.2.1 Methodische Probleme beim Vergleich von Studien zu Therapieoptionen bei HKS

Der Vergleich und die Beurteilung der verschiedenen Therapiemodelle zum HKS gestaltet sich äußerst schwierig, da die Gruppe der betroffenen Kinder und Jugendlichen insgesamt sehr heterogen ist, Therapieeffekte auf verschiedenen Gebieten inkonsistent sind, die einzelnen Modelle häufig unzureichend beschrieben und anhand unterschiedlicher Kriterien beurteilt werden. Zudem befinden sich die untersuchten Kinder in einem äußerst komplexen sozialen Beziehungsgefüge von Familie, Schule und Peer Group (soziale Bezugsgruppe), in dem es schwierig ist, Verhaltensänderungen kausal bestimmten Faktoren zuzuordnen. Weiterhin werden gerade die psychosozialen Interventionen oft nur unzureichend beschrieben und variieren inhaltlich, zeitlich und strukturell äußerst stark von Studie zu Studie, selbst wenn sie unter dem gleichen Therapietyp aufgeführt werden.

Bei einem Vergleich der Studien ist zu beachten, in welchem Rahmen die einzelne Studie stattgefunden hat, um die jeweiligen Ergebnisse einordnen zu können, da sich das Klientel von einer Tagesklinik z.B. von dem in einer Schule oder im Rahmen der Primärversorgung unterscheidet. Auch die diagnostischen Kriterien, die angewendet wurden, sollte man sich genau anschauen, da diese v.a. aufgrund des häufigen Diagnoseschema-Wechsels variieren. So kann man z.B. bei vor einiger Zeit an Kindern mit der Diagnose *conduct disorder* (Verhaltensstörungen) durchgeführten Studien davon ausgehen, daß eine große Prozentzahl dieser Kinder auch ein komorbides HKS aufwies (Pelham, Wheeler, Chronis 1998). Weiterhin spielen das Katam-

neseintervall, die Länge der jeweils angewendeten Therapie und der jeweilige Zeitpunkt der Datenerhebung eine Rolle - ob sich dieser z.B. mitten im Therapieintervall oder Wochen nach dessen Ablauf befunden hat. Zudem benötigt man Angaben über die Methodik der Nachuntersuchung, um ihre Vergleichbarkeit mit anderen Studien beurteilen zu können, und die Information, wie die jeweilige Erfolgsbeurteilung vorgenommen wurde.

2.3.2.2 Vorstellung der drei ausgewählten Übersichtsarbeiten

Schwerpunktsetzung der ausgewählten Review- Artikel

Zunächst ist zu erwähnen, daß ein Vergleich der einzelnen Übersichtsarbeiten sich nicht einfach gestaltet und mit Vorsicht betrachtet werden muß, da die einzelnen Autorengruppen unterschiedliche Schwerpunkte und auch ein jeweils anderes methodisches Vorgehen gewählt haben.

So liegt bei **Nolan und Carr** der Schwerpunkt auf einem Vergleich methodisch nach selbst angelegten Kriterien als geeignet befundenen Studien, die die Wirkung psychologischer, pharmakologischer oder kombinierter psychologischer und pharmakologischer Therapiemodelle untersuchen. Des gleichen Ansatzes bedienen sich auch **Klassen et al.** in ihrem Review - bei denen zahlenmäßig unter den analysierten Studien diejenigen zur Stimulantientherapie allerdings klar überwiegen - und die Organisatoren der kanadischen **MTA-Studie**, nur daß es bei dieser Studie um eine von Anfang an zu diesen drei Therapieoptionen geplante Untersuchung und ihre Auswertung geht, so daß die jeweiligen Ergebnisse aufgrund einheitlichen Studiendesigns im Vorfeld besser vergleichbar sein sollten. Auf die hierbei auftretenden Probleme wird im Rahmen der Vorstellung dieser Studie noch eingegangen. Einen etwas anderen Ansatz wählen **Pelham, Wheeler und Chronis** in ihrem Review: Zum einen konzentrieren sie sich auf Studien zu psychosozialen Therapiemodellen zum HKS, da sie der Ansicht sind, daß es zur Stimulantientherapie schon genügend Reviews gebe und diese aufgrund ihrer weiten Verbreitung, Kostengünstigkeit und der guten empirischen Absicherung ihrer Kurzzeitwirkung eine schon etablierte Therapieoption darstelle, mit der die verhaltenstherapeutischen Therapieansätze zum HKS verglichen werden müßten. Zum anderen kategorisieren sie die von ihnen gefundenen Studien anhand eines vorgegebenen Schemas, den *Task Force Criteria*¹ zum methodischen Vergleich von Therapieergebnisstudien ein, über deren Anwendung auf Studien zu hyperkinetischen Störungen sie auch kritisch reflektieren. Zusätzlich geben sie einen kleinen Überblick über die Grenzen der Stimulantientherapie, die ihrer Meinung nach eine zentrale Rolle in der Diskussion über den Nutzen psychosozialer Interventionen spielten, und gehen auf die Problematik der kognitiven Verhaltenstherapie bei HKS ein.

¹ <http://www.apa.org/divisions/div12/est/chamble2.html>

Methodik der einzelnen Übersichtsarbeiten

Alle drei Autorengruppen bedienen sich unterschiedlicher Einschlußkriterien und Methodik für die Auswahl jeweils in ihre Reviews aufgenommenen Studien:

1. Review von Nolan und Carr

So wählen Nolan und Carr nach einer ausführlichen elektronischen (Psychlit) und manuellen Literatursuche nach eigener Kriterienfestlegung Studien aus, die

- zwischen 1978 -1993 in den USA oder Kanada durchgeführt wurden, die
- eine Experimentalgruppe, in der psychologische, pharmakologische oder kombinierte Therapieansätze für Kinder mit der Diagnose ADHD getestet wurden, sowie jeweils eine dazu passende Kontroll- oder Vergleichsgruppe aufwiesen,
- mindestens 5 Fälle in der Experimentalgruppe und
- reliable und gültige Prä- und Posttherapiemaße in ihrem Studiendesign aufwiesen.

Mit diesen Kriterien kommen sie schließlich auf insgesamt 20 in das Review aufgenommene Studien, elf davon zu den Effekten psychologischer Interventionen, neun zum kombinierten psychologischen und pharmakologischen Therapieansatz. Achtzehn Studien davon wurden im Vergleichsgruppendesign geführt und in zwei Studien nahmen Gruppen abschnittsweise an zwei oder mehreren verschiedenen Therapiebedingungen teil. Die insgesamt 1096 teilnehmenden Kinder und Jugendlichen waren zwischen drei und achtzehn Jahren alt, davon 87% männlich und 13% weiblich und 862 befanden sich in den Therapie- und 234 in den Kontrollgruppen. Alle Programme wurden auf ambulanter Basis durchgeführt, entweder an eine Klinik, Universität, Schule oder gesellschaftliche Einrichtung angegliedert, und alle beinhalteten diagnostisch homogene Gruppen, die vor und nach der Therapie und in Follow-up- Untersuchungen anhand valider und reliabler Parameter beurteilt wurden, z.B. durch Eltern- und Lehrerurteile, die in den meisten Fällen mit den gängigen Conners Parent bzw. Teacher Rating Scales erfaßt wurden. Die einzelnen Therapieprogramme bestanden dabei aus 6 bis 40 Einheiten innerhalb von 3 bis 16 Wochen.

Die elf Studien zu den **rein psychosozialen Therapieverfahren** setzten sich wie folgt zusammen: In drei Studien wurde *Selbstinstruktionstraining* – in einer davon zusätzlich unterteilt in abstrakte und konkrete Verfahren - in Zusammenhang mit *therapiebasiertem Kontingenzmanagement* (Kendall und Finch, 1978; Kendall und Wilcox, 1980; Kendall und Braswell, 1982), in einer Studie ein *Training sozialer Fertigkeiten* (Frankel et al., 1997) und in drei Studien *verhaltenstherapeutisches Elterstraining* (Pisterman et al., 1992; Anastopoulos et al., 1993), davon in einer im Vergleich mit *Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten-Training* (Barkley et al., 1992) angewendet. In vier weiteren Studien wurden die Effekte *multimodaler Therapiepakete*, und zwar von verhaltenstherapeutischem Elterstraining kombiniert mit Selbstinstruktionstraining und /oder schulbasiertem Kontingenzmanagement untersucht (Horn et al., 1987; Abikoff und Gittelman, 1984; Horn et al., 1990; Bloomquist et al., 1991). Dabei bestanden die Vergleichs-

gruppen aus nur mit Selbstinstruktionstraining oder verhaltenstherapeutischem Elterntaining behandelten Gruppen oder aus sich noch gar nicht in Behandlung befindlichen Kindern.

Zu der Aufteilung der neun **kombinierten psychologischen und pharmakologischen Interventionen** ist anzuführen, daß fünf von ihnen *Selbstinstruktionstraining kombiniert mit Stimulantientherapie* (Abikoff und Gittelman, 1984; Brown et al., 1985, 1986; Cohen et al., 1981; Hinshaw et al., 1984) und die vier anderen Interventionen Stimulantientherapie in Verbindung entweder mit verhaltenstherapeutischem Elterntaining (Firestone et al., 1986), schulbasiertem Kontingenzmanagement (Carlson et al., 1992; Pelham et al., 1993) oder multimodalen psychologischen Interventionen (Horn et al., 1991a; Jalongo et al., 1993) anwendeten. Die multimodalen Interventionen setzten sich dabei aus Selbstinstruktionstraining, Kontingenzmanagement und verhaltenstherapeutischem Elterntaining zusammen.

2. Review von Klassen, Miller, Raina, Lee und Olsen

Klassen, Miller, Raina, Lee und Olsen bedienen sich zur Literatursuche verschiedener elektronischen Datenbanken (Current Index to Journals in Education, Healthstar, Medline, Psychinfo, Embase, First Search und Current Content) sowie einer weiterführenden manuellen Suche. Wie Nolan und Carr verwenden sie die aktuell geläufigen Ausdrücke für die hyperkinetischen Störungen sowie verschiedene psychosoziale Interventionen als Suchbegriffe, fügen allerdings noch einige Medikamentennamen für die Stimulantientherapie hinzu. Sie schließen Studien in ihr Review ein,

- wenn Teilnehmer per Randomisierung den verschiedenen Therapiebedingungen zugewiesen worden sind,
- es sich um Publikationen von 1981 oder später handelt,
- die DSM-III-Kriterien angewendet wurden,
- die Teilnehmer 0 bis 18 Jahre alt waren und in einer reproduzierbaren Form die alleinige Diagnose ADD, ADD-H oder ADHD aufwiesen,
- die Effekte einer mindestens einwöchigen Stimulantiengabe (Methylphenidat, Dextroamphetamin oder Pemoline), an aufeinanderfolgenden Tagen verabreicht, oder einer Einheit psychosozialer Interventionen untersucht wurden und
- das Ergebnis mit von Eltern oder Lehrern ausgefüllten Fragebögen in einer für eine Metaanalyse geeigneten Form gemessen wurde.

Die methodische Qualität der so gefundenen Studien wurde von zwei Begutachtern anhand der von Jadad et al. 1990 entwickelten Skala eingeschätzt, die z.B. Parameter wie Randomisierung, doppelte Verblindung und Verweigerer beurteilt. Die erwerbbar Punktzahl reichte dabei von 0 bis 5, wobei Punktzahlen unterhalb von drei niedrige Qualität bedeuteten. Auf diese Art und Weise wurden 26 Studien ausgewählt, die in das Review eingeschlossen werden konnten, 21 davon stellten Untersuchungen zur alleinigen Stimulantientherapie dar, zwei zur Verhaltenstherapie, und bei drei weiteren handelte es sich um kombinierte Therapieansätze. Bei sieben

Studien wurden die Therapieformen zwischen verschiedenen Gruppen verglichen und bei den restlichen neunzehn – ausnahmslos Studien zur Stimulantientherapie - wurde ein Cross-over-Design in der jeweiligen Gruppe verwendet. Vier der bei Klassen et al. eingeschlossenen Studien überschneiden sich mit denen bei Nolan und Carr (Bloomquist et al., 1991; Brown et al., 1985, 1986; Firestone et al., 1986). Die Gesamtteilnehmergröße betrug 999 mit Stichprobengrößen von 9 bis 161 Teilnehmern, davon je nach Studie unterschiedlich, 69 bis 100% männliche Probanden. Auch bei den Studien in diesem Review wurden hauptsächlich die Conners Parent bzw. Teacher Rating Scales gewählt, um den Therapieerfolg der unterschiedlichen angewendeten Verfahren zu messen. Insgesamt wurde allerdings, um auch die Ergebnisse anderer verwendeter Eltern- und Lehrerfragebögen einiger Studien mit einbeziehen zu können, ein zusätzliches bereits evaluiertes Verfahren genutzt, das die in allen hier eingeschlossenen Studien gefundenen Daten miteinander vergleichbar machte.

3. Review von Pelham, Wheeler und Chronis

Im dritten hier zu analysierenden Review von Pelham, Wheeler und Chronis wird leider nicht so ausführlich auf die Suchmethodik eingegangen. Die Autoren bemerken lediglich, daß sie eine Literatursuche durchführten, Forscher aus dem Bereich der hyperkinetischen Störungen kontaktierten und Anzeigen bei Organisationen aufgaben, denen HKS-Forscher angehörig waren. Von den so gefundenen Studien wurden dann nur diejenigen in die Übersichtsarbeit aufgenommen, die den **Task Force Criteria** für empirisch gestützte Therapiemodelle (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) genügten. Diese wurden erstmals von Lonigan, Elbert und Johnson in einem Versuch entwickelt, die bei Therapieergebnisstudien angewendete Methodik zu standardisieren, und von Pelham et al. nun von der ersten Auflage modifiziert, die ursprünglich benutzt wurde, um empirisch gültige Therapien für Erwachsenenstörungen zu untersuchen (Chambless et al., 1996; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995). Sie enthalten z.B. Bedingungen wie die Notwendigkeit eines Therapiemanuals für Studien und daß die Charakteristiken der Patientenstichprobe klar definiert werden müssen, um trotz der individuell unterschiedlichen Therapieantworten der Teilnehmer und der gleichzeitig notwendigen Generalisierung letztlich die erhaltenen Ergebnisse der Studien zu verschiedenen Therapien interpretieren und vergleichen zu können.

So wurden anhand der Task Force Criteria die von den Autoren gefundenen Therapiestudien in verschiedene Gruppen unterteilt, was gleichzeitig eine Bewertung und qualitative Einordnung dieser Studien bedeutete. Das **erste Kriterium** stellte die **Therapieart** – verhaltenstherapeutisches Elterstraining bzw. Verhaltensmodifikationstraining im Klassenraum - dar. Innerhalb dieser beiden Gruppen wurde dann, wiederum anhand der Task Force Criteria, als **zweites Kriterium** nach **gut etablierter bzw. wahrscheinlich wirksamer Therapie** sowie **experimentellen Studien**, die keinen der beiden anderen Kategorien genügten, unterschieden.

Dabei waren die Anforderungen an die jeweiligen Therapieformen recht hoch angesetzt: So galt z.B. für Therapiemodelle, die in die Gruppe der gut etablierten Therapien eingeordnet werden sollten, daß gezeigt werden mußte, daß diese Ansätze Medikamenten- oder psychologischem

Placebo überlegen oder einer schon etablierten Therapie gleichgestellt sein mußten. Im Falle von HKS war dies die Stimulantientherapie, die einen empirisch erwiesenen sehr großen positiven Kurzzeiteffekt aufwies, den die jeweiligen psychosozialen Modelle erst einmal erreichen mußten. Sie hatten also - die Beurteilung ihrer Effizienz mit den Task Force Criteria betreffend - einen schwereren Stand als psychosoziale Modelle zu anderen Erkrankungen, für die es noch keine effektive Medikamententherapie gab.

Desweiteren wurde innerhalb jeder der bisher erwähnten Einteilungen noch nach Einzelfallstudien und Gruppenstudien unterschieden. Da die kognitiven Therapiemöglichkeiten den Task Force Criteria nicht genügten, nehmen Pelham et al. zu diesen gesondert Stellung.

Insgesamt ordneten die Autoren 68 Studien, die in den Jahren 1968 bis 1996 an insgesamt 915 Probanden in 17 Studien zu verhaltenstherapeutischem Elternteraining und mehr als 352 Teilnehmern bei den Klassenrauminterventionen in 51 vorwiegend Einzelfallstudien durchgeführt wurden, nach den Task Force Criteria ein. Dabei befanden sich in der Elternterainingsgruppe 67 bis 100% männliche Teilnehmer und bei den Klassenrauminterventionen 40 bis 100%. Die Effektivität der jeweiligen Therapiemodelle wurde typischerweise vor und nach der Therapie anhand von Fragebögen und direkter Beobachtung erhoben, wobei den Fragebögen mehr Gewicht verliehen wurde, um möglichst die gleichen Beurteilungskriterien wie bei der Stimulantientherapie anzuwenden, bei der diese Art der Evaluation ganz geläufig ist. Auf die genaue Einordnung der einzelnen Studien in die jeweiligen Gruppen wird im Rahmen der Ergebnisvorstellung eingegangen, da diese letztlich das Ergebnis selbst darstellt.

Ergebnisse der drei Übersichtsarbeiten

Zunächst sollen hier die in den einzelnen Review-Artikeln gefundenen Ergebnisse vorgestellt werden, bevor sich abschließend ihre Zusammenfassung anschließt:

1. Review von Nolan und Carr

So führen **Nolan und Carr** zunächst zwei breite allgemeine Schlußfolgerungen an, die aus ihrer Studienanalyse gezogen werden können, bevor sie auf die einzelnen untersuchten Therapiemöglichkeiten eingehen:

Erstens, daß eine Reihe psychosozialer Interventionen einen positiven Effekt auf die HKS-Symptomatik und mit ihr verwandte Symptome haben. Unter diesen Verfahren befinden sich kindzentrierte Interventionen (Training sozialer Fertigkeiten, Selbstinstruktionstraining, therapiebasiertes Kontingenzmanagement), familienbasierte Interventionen (verhaltenstherapeutisches Elternteraining, Problemlöse- und Kommunikationstraining, Familientherapie), schulzentrierte Verfahren (schulbasiertes Kontingenzmanagement) und multisystemische Therapiepakete, in denen kind-, familien- und schulzentrierte Interventionen zu Multikomponenten-Therapiepaketen kombiniert werden.

Zweitens können die Wirkungen dieser Interventionen durch Kombination mit einer Stimulantientherapie vergrößert werden. Im Weiteren soll nun auf die Wirksamkeit der einzelnen Verfahren eingegangen werden:

Zu den zwei hauptsächlich **kindzentrierten Interventionen**, dem Training sozialer Fertigkeiten und dem Selbstinstruktionstraining, sind folgende Schlußfolgerungen zu ziehen:

1. Das Training sozialer Fertigkeiten kombiniert mit therapiebasiertem Kontingenzmanagement und elterlicher Psychoedukation (12 Sitzungen) hat wahrscheinlich den Kurzeffekt des Abbaus von Problemverhalten in der Schule und zu Hause,
2. Selbstinstruktionstraining (spezifische und allgemeine Methoden) in Verbindung mit therapiebasiertem Kontingenzmanagement (6-12 Sitzungen) ist wahrscheinlich wirksam, problematisches Verhalten in Schule und Klinik abzubauen, nicht aber Verhaltensprobleme zu Hause, Leistungsprobleme oder Probleme in der Aufmerksamkeitszuweisung,
3. Mit Stimulantientherapie kombiniertes Selbstinstruktionstraining über 6 bis 32 Sitzungen innerhalb von 3 bis 16 Wochen ist wahrscheinlich effektiver als Selbstinstruktionstraining alleine im kurzzeitigen Abbau von Problemverhalten zu Hause und in der Schule, aber nicht wirksamer als Selbstinstruktionstraining alleine in der Verbesserung von Leistungsproblemen und problematischer Aufmerksamkeitszuweisung und
4. Kombiniertes Selbstinstruktionstraining und Stimulantientherapie haben einige Vorteile gegenüber alleiniger Stimulantientherapie im Abbau von Problemverhalten zu Hause und in der Schule.

Die entsprechenden Schlußfolgerungen zu **familienzentriertem verhaltenstherapeutischen Elterstraining** lauten folgendermaßen:

1. Verhaltenstherapeutisches Elterstraining über 9 bis 12 Wochen ist wahrscheinlich effektiv im Abbau von Problemverhalten zu Hause und in einer kurzzeitigen Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, wohingegen es wenig Einfluß auf problematisches Verhalten in der Schule, Leistungsprobleme und Probleme in der Aufmerksamkeitszuweisung hat,
2. Verhaltenstherapeutisches Elterstraining ist wahrscheinlich genauso effektiv wie Problemlösetraining, das Training kommunikativer Fertigkeiten und strukturelle Familientherapie mit Jugendlichen,
3. Mit Stimulantientherapie kombiniertes verhaltenstherapeutisches Elterstraining ist wahrscheinlich effektiver als verhaltenstherapeutisches Elterstraining alleine im Abbau von Verhaltensproblemen zu Hause und in der Schule sowie Störungen in der Aufmerksamkeitszuweisung und
4. Kombinierte Stimulantientherapie und verhaltenstherapeutisches Elterstraining sind wahrscheinlich nicht wirksamer als die Stimulantientherapie alleine.

Weiter folgen die **multimodalen Therapiepakete**:

1. Multimodale Therapiepakete, die verhaltenstherapeutisches Elterstraining, Selbstinstruktionstraining und schulbasiertes Kontingenzmanagement einschließen und 17 bis zu 29 Sitzungen innerhalb von 8 bis 12 Wochen umfassen, sind wahrscheinlich effektiver als Einzelkomponentenstudien im kurzzeitigen Abbau von Verhaltensproblemen zu Hause,

2. Multikomponentenprogramme in Kombination mit niedrig dosierter Stimulantientherapie sind wahrscheinlich genauso effektiv wie eine hochdosierte Stimulantientherapie in der kurzzeitigen Reduktion problematischen Verhaltens in der Schule und
3. Die Kombination aus multimodalen psychosozialen Interventionen und Stimulantientherapie führt wahrscheinlich wirksamer zu einer anhaltenden Verbesserung (über neun Monate) von Problemverhalten zu Hause als eine Stimulantientherapie alleine.

Um diese Schlußfolgerungen nun in allgemeine Überlegungen zur optimalen Therapie des HKS einzuordnen, gehen Nolan und Carr auch kurz auf die mit den jeweiligen Therapierichtungen verknüpften Risiken ein: So gebe es, die aufgeführten psychologischen Interventionen betreffend, bis jetzt keinerlei Anzeichen, daß diese in irgendeiner Form gefährliche Kurz- oder Langzeiteffekte auf die Gesundheit oder Umwelt der Kinder haben könnten. Im Gegensatz dazu weise die Stimulantientherapie eine Reihe gut dokumentierter Kurzzeit-Nebenwirkungen auf, über ihre Langzeit-Nebenwirkungen gebe es leider wenige Informationen.

2. Review von Klassen, Miller, Raina, Lee und Olsen

Als Ergebnis der Übersichtsarbeit von **Klassen, Miller, Raina, Lee und Olsen** wird die alleinige Medikamententherapie sowohl im Eltern- als auch Lehrerurteil als wirksam befunden, die alleinige Verhaltenstherapie in beiderlei Urteilen als unwirksam und der kombinierte Ansatz uneinheitlich als wirksamer als Placebo-Therapie (im Eltern-, nicht im Lehrerurteil), als nicht wirksamer als Medikamententherapie (im Urteil beider Gruppen) und als wirksamer als Verhaltenstherapie alleine (im Eltern-, nicht im Lehrerrating).

Die methodische Qualität der Studien betreffend weisen 17 der 26 Studien eine methodisch gute Qualität (3 oder mehr Punkte) auf, wobei die beiden Studien zur Verhaltenstherapie mit einem Score von 1 und 2 deutlich unter dem Mittelwert lagen, was die Bewertung ihrer Ergebnisse fraglich erscheinen läßt. Auch wurden zur alleinigen Verhaltenstherapie überhaupt nur diese beiden Studien in das Review eingeschlossen, was die Autoren gerade ihre dazu gefundenen negativen Ergebnisse stark relativieren läßt. Sie legen großen Wert darauf, die Schwierigkeit des Vergleichs dieser Studien (aufgrund von Unterschieden bei dem Verhältnis und der Zusammenstellung der Interventionen, der Selektion und des Managements der Kontrollgruppen sowie dem Follow-up und den jeweils angewendeten Methoden zur Ergebnismessung) zu betonen. Gerade die von ihnen gefundenen Ergebnisse zur Verhaltenstherapie müßten noch weiter im Rahmen anderer Arbeiten, die sich auf einen Vergleich von Studien dieser Art konzentrierten, kritisch hinterfragt werden. Für ihre uneinheitlichen Ergebnisse zu der kombinierten Therapieform gelte aus den gleichen Gründen ähnliches. (Eine der auch nur drei zu dieser Therapieform untersuchten Studien weist zudem einen Qualitätsscore von 0 auf.)

In ihrer abschließenden Zusammenfassung betonen die Autoren ausdrücklich, daß gerade ihre Ergebnisse zu diesen beiden Therapieansätzen aus den oben angeführten Gründen in ihrer Verwendbarkeit für gesundheitspolitische Entscheidungen sehr eingeschränkt seien.

Weiterhin machen sie auf ein auch schon von Dulcan et al. 1997 angeführtes Problem der Studien zu psychosozialen Interventionen aufmerksam, und zwar auf den Widerspruch, daß

gerade der individuell auf den einzelnen Patienten, sein eigenes Symptommuster und seine spezifischen Probleme abgestimmte Therapieplan den großen Vorteil dieser Therapiegruppe darstelle. Dieser könne aufgrund der für eine saubere Studienmethodik geforderten Parameter wie eine randomisierte Zuteilung der Teilnehmer auf vorher einheitlich festgelegte Therapieprogramme aber in Therapiestudien überhaupt nicht genutzt werden. Die Autoren würden sich deshalb Einzelfallverlaufsstudien zur empirischen Belegung der Effizienz dieser Therapieoption wünschen. (Hierzu berichten Dulcan et al. 1997 in ihrem Review von der von Satterfield et al. 1979 und 1981 durchgeführten Untersuchung über solche individuell zugeteilten multimodalen Therapieprogramme. Die Ergebnisse dieser Studie für den individuellen multimodalen Therapieansatz waren auch im Langzeit-Follow-up 1987 mit signifikant weniger Gefängnisstrafen und Institutionalisierungen der Teilnehmer der Experimentalgruppe im Vergleich zu denen der Gruppe, die nur Stimulantientherapie erhielt, sehr viel besser. Nur war es im Rahmen einer solchen Studie natürlich nicht möglich, methodischen Studienkriterien wie z.B. Randomisierung der Teilnehmer, homogenen Gruppen und doppelter Verblindung zu genügen.)

3. Review von Pelham, Wheeler und Chronis

Pelham, Wheeler und Chronis stellen zunächst fest, daß sie keine empirisch belegten Studien zu Verfahren wie Spieltherapie und individueller Psychotherapie, sondern nur zu kognitiver oder reiner Verhaltenstherapie gefunden hätten. Insgesamt sei es für einen Vergleich der gefundenen Studien dann sinnvoll, die verhaltenstherapeutischen Verfahren auf ihre zugrundeliegenden Ansätze zurückzuführen und danach in die vier Kategorien klinische Verhaltenstherapie, direktes Kontingenzmanagement, kognitive Verhaltenstherapie und intensive verhaltenstherapeutische Therapiepakete einzuteilen.

Da die Mehrzahl der Studien meist aus sehr unterschiedlichen Einzelkomponenten zusammengesetzt waren, nutzen die Autoren diese allgemeine Herangehensweise, die Studien, die auf den gleichen therapeutischen Ideen basierten, zusammenzugruppieren. Unter Anwendung der **Task Force Criteria** stellen sie dann fest, daß sowohl verhaltenstherapeutische Elterntrainings als auch Verhaltenstrainings im Klassenraum der Einstufung für **gut etablierte Therapieverfahren** genügen. Die kognitiven Verfahren hingegen erreichen noch nicht einmal die Kriterien der **wahrscheinlich wirksamen Therapieverfahren**. Zwei der zu diesem Ansatz gefundenen Studien überschneiden sich mit den von Nolan und Carr gefundenen (Abikoff & Gittelman, 1985; Bloomquist, August & Ostrander, 1991), und auch die dazu gefundenen Ergebnisse sind vergleichbar, nämlich, daß alleiniges kognitiv-verhaltenstherapeutisches Training keine klinisch bedeutsamen Veränderungen im Verhalten und akademischen Fortkommen von mit HKS diagnostizierten Kindern bewirkt. Innerhalb eines multimodalen Therapiepaketes allerdings kann es klinische Effizienz haben. Interessant ist noch ihre Bemerkung, daß, obwohl kognitives Verhaltenstraining ursprünglich entwickelt wurde, um den Patienten Hilfsstrategien zur Beibehaltung der jeweiligen Therapie zu geben, es zu diesem Aspekt keinerlei Studien gebe.

Die von Pelham, Wheeler und Chronis schließlich vorgenommene detaillierte Einordnung der Studien in die jeweiligen Untergruppen auf der Basis der *Task Force Criteria* stellt sich folgendermaßen dar:

In der Gruppe zum **verhaltenstherapeutischen Elterntaining** werden die Therapiemethoden von sechs verschiedenen Studien als **gut etablierte Therapie** eingeordnet (Firestone et al., 1981, 1986; Gittelman et al., 1980, 1984, 1985; Horn et al., 1990; Horn et al., 1991; Horn et al. zusammen mit Jalongo et al., 1993 (Follow-up), Pelham et al., 1988). Die Kontrollgruppen in diesen Studien erhielten alleinige Stimulantientherapie oder Selbstkontrolltherapie oder aber eine Kombination aus Stimulantien und dem Training sozialer Fertigkeiten

In die Unterkategorie **wahrscheinlich wirksame Therapieform** findet die Therapiemethodik von fünf Studien Eingang (Anastopoulos et al., 1993; Pisterman et al., 1989; Pisterman et al., 1992a; Pisterman et al., 1992b; Dubey, O`Leary & Kaufman, 1983), bei denen die Kontrollgruppen jeweils aus auf der Warteliste aufgeführten Kindern bestanden. Und die letzte Rubrik der verhaltenstherapeutischen Elterntainings, die **experimentellen Therapieformen**, besteht aus drei weiteren Studien (Horn et al., 1987; Barkley et al., 1992; Pelham & Hoza, 1996) mit sehr unterschiedlichen Kontrollbedingungen (Selbstkontrolltraining, strukturelle Familientherapie und Kommunikationstraining sowie Prä-Post-Untersuchungen). Zwei Studien aus jeder der zwei ersten Gruppen sowie eine der letzten Rubrik überschneiden sich dabei mit der von Nolan und Carr getroffenen Studienauswahl. Weiterhin schließen die Autoren in die zweite Rubrik noch fünf Studien im Einzelfalldesign, in die dritte drei dieser Art ein.

Laut Pelham et al. kann also geschlossen werden, daß klinische Verhaltenstherapie, wie sie von Therapeuten in gesellschaftlichen Gesundheitseinrichtungen und Privatpraxen eingesetzt wird, zu einer klinisch bedeutsamen Verbesserung in vielen Bereichen sowohl in der häuslichen als auch der Schulumgebung führt. Allerdings sei anzuführen, daß die Stimulantiengabe trotzdem noch einen stärkeren Effekt zeige (im Lehrerurteil und der direkten Beobachtung).

In der Gruppe zu den **Verhaltensmodifikationen im Klassenraum** finden unter den Gruppendesign-Studien die Therapieformen zweier Studien in die Unterkategorie der **gut etablierten Therapieformen** (Gittelman et al., 1980; Pelham et al., 1988) Eingang, eine weitere in die Rubrik **wahrscheinlich wirksame Therapie** und drei zusätzliche in die Sparte der **experimentellen Therapieformen**. Zudem stufen sich von den Therapiemethoden der Einzelfallstudien noch 21 in die erstgenannte, vier weitere in die dritte Kategorie ein. Zwanzig zusätzliche Studien werden erwähnt, da sie die Wirksamkeit der Verhaltenstherapie im Klassenraum unterstreichen, die Teilnehmergruppen allerdings zu heterogen oder unangemessen beschrieben sind, um die Wirksamkeit dieser Therapieform speziell bei HKS-Kindern zu beschreiben.

Den Ergebnissen von Nolan und Carr sehr ähnlich, stellen Pelham et al. fest, daß die Therapieeffekte bei in kontrollierter Umgebung von geschultem Personal ausgeführtem Kontingenzmanagement typischerweise größer als die in klinischen Verhaltenstherapie-Studien seien. Aber

auch bei dieser Therapieform machen die Autoren die Einschränkung, daß die Stimulantientherapie das Kontingenzmanagement in der Effizienz übertreffe.

Als erwähnenswert wird auch angeführt, daß weder verhaltenstherapeutische Elterntrainings noch die Schulkontingenzprogramme die Beziehungen der HKS-Kinder zu ihrer Peer-Gruppe verbesserten, diese aber für die Prognostik der Hyperkinetiker äußerst entscheidend sei. Um einen besseren Bezug der HKS-Kinder zu Peer-Gruppen herzustellen, schlugen die Autoren Sommertherapie-Programme vor.

2.3.2.3 Vorstellung der Multimodal Treatment Study

Bevor nun die gefundenen Ergebnisse zusammenfassend verglichen werden, soll noch die **Multimodal Treatment Study Of Children With ADHD (MTA-Studie)** als Beispiel für eine der sehr wenigen Untersuchungen zur **Langzeiteffektivität** der verschiedenen erwähnten Therapieformen vorgestellt werden. Die folgende Übersicht beruht dabei im Wesentlichen auf den zwei sehr guten Übersichtsarbeiten von Paule et al. 2000 und Cunningham 1999:

Die **Planung** dieser Studie wurde von dem kanadischen *National Institute of Mental Health (NIH)* in den frühen 90er Jahren begonnen, da man feststellte, daß in der bisherigen Forschung zwar die Kurzzeiteffektivität der beiden Therapierichtungen niedrig dosierte Stimulantiengabe und verhaltenstherapeutische Verfahren (v.a. des verhaltenstherapeutischen Elterntrainings und Kontingenz-Managements im Klassenraum) gut dokumentiert waren, es aber kaum Untersuchungen zu deren Langzeiteffektivität gab. So wurde beschlossen, eine breit angelegte, prospektive Studie über die Langzeiteffekte pharmakologischer und psychosozialer Interventionen für Kinder mit der Diagnose ADHD durchzuführen. Es wurden sechs Orte ausgewählt, an denen die Untersuchung stattfinden sollte, für die jeweils zwei Forscher verantwortlich waren. Die Einführung des Projektes wurde von zwei Forschungsgruppen, einer am *NIH* und einer am *US Department of Education* überwacht.

Methodik: In der MTA-Studie wurden 579 Kinder zwischen 7 und 9 Jahren mit der Diagnose ADHD-C (Combined) rekrutiert, die mit einer weiten Spannbreite an Komorbiditäten und ihren demographischen Charakteristika einer typischen klinisch zugewiesenen Stichprobe entsprachen. Die meisten Kinder wiesen mindestens eine komorbide Störung auf, v. a. oppositionelles Trotzverhalten, Verhaltensstörungen (in ca. 54% der Fälle) und Angststörungen (in ca. 35% der Fälle). Nur bei 30% der Kinder der Stichprobe wurde ein reines HKS diagnostiziert.

Zum Vergleich der Wirksamkeit verschiedener Therapiemodelle wurden diese Kinder dann per Zufall den vier möglichen Therapieoptionen

1. alleiniger Medikamententherapie,
2. alleiniger Verhaltenstherapie,
3. einer Kombination dieser beiden sowie
4. der sogenannten Community Care-Gruppe zugeordnet, die einer epidemiologischen Kontrollgruppe entsprechen sollte.

Weiter wurden diagnostische Manuale für die drei Therapieoptionen entwickelt, anhand derer das spätere Hilfspersonal geschult wurde.

Die **Durchführung der Studie** bestand in einer intensiven Therapie über einen Zeitraum von 14 Monaten: Hierbei wurde in der **Medikamententherapie-Gruppe** eine doppelt verblindete dosisangepaßte Titration individuell auf das einzelne Kind abgestimmt (in der Regel eine 3x tägliche Medikamentengabe von Methylphenidat) und durch aufwendige monatliche Kontrollen überwacht (halbstündige monatliche Visiten beim Arzt, Treffen mit der Familie, Telefonanruf bei dem jeweils zuständigen Lehrer, um den Zustand des Kindes zu beobachten und eventuell eine Dosisanpassung vorzunehmen). Bei Nichtansprache wurde ein Therapieversuch mit einem anderen Stimulanz, z.B. Amphetamin, oder einem Antidepressivum unternommen.

Für die **verhaltenstherapeutische Gruppe** gab es 35 Elternsitzungen (Erlernen von Verhaltens-Management-Strategien, Umgang mit dem Schulverhalten der Kinder) über die 14 Monate verteilt, Schulkonsultationen mit den entsprechenden Lehrern in Frühling, Herbst und Winter, ein 8-wöchiges Sommertherapieprogramm für die Kinder (Erlernen sportlicher und sozialer Fähigkeiten) mit direkten Interventionen bei unerwünschtem Verhalten auf dem Spielplatz oder in den Camps und eine zusätzliche Klassenraumhilfe für den Zeitraum von 12 Wochen, die mit in die jeweils normale Schulklasse der Kinder ging. Der Therapieeinsatz war dabei am Anfang sehr intensiv, wurde dann graduell abgestuft und ausgeschlichen, so daß der direkte therapeutische Kontakt mit Ablauf der 14 Monate auch beendet war.

Bei der **kombinierten Therapie** wurden die beiden erstgenannten Therapieformen verknüpft, wobei einige Modifikationen vorgenommen werden mussten, um die jeweilige Therapieform einzuführen und besonders darauf geachtet wurde, die jeweiligen Termine gut zu koordinieren, so daß die Therapiebereitschaft für diese beiden sehr aufwendigen Verfahren erhalten blieb.

Der **Community Care-Kontrollgruppe** wurde keinerlei Therapie von den Mitarbeitern der MTA-Studie angeboten, dafür erhielt sie allerdings eine Liste der in der Gesellschaft verfügbaren Hilfsangebote. Die Überwachung der Kinder in den verschiedenen Gruppen erfolgte anhand von mit den Eltern geführten Interviews.

Zu den **Ergebnissen der MTA-Studie** ist zu sagen, daß in *allen* Gruppen eine signifikante Verbesserung des Zustandes der ADHD- Kinder gefunden wurde, wobei die alleinige Medikamententherapie und die kombinierte Therapie bei der Reduktion der ADHD- Hauptsymptome signifikant besser abschnitten als die alleinige Verhaltenstherapie und die Kontrollgruppe. Zwischen den Ergebnissen der kombinierten Therapie und denen der Medikamententherapie wurde dabei genausowenig ein weiterer signifikanter Unterschied gefunden wie zwischen Verhaltenstherapie und Kontrollgruppe. - Bei einer zweiten Analyse mit präziseren Meßmethoden wurde allerdings später ein etwas besseres Abschneiden der kombinierten gegenüber der reinen Medikamententherapie gefunden (Jensen et al., 2001a). Auf weitere Ergebnisse zu Untergruppen mit verschiedenen komorbiden Störungen werde ich im Kapitel V. Spezielle aktuelle Fragestellungen zu ADHD/HKS eingehen.

Bei der **Interpretation dieser Ergebnisse** machen Paule et al. auf zwei mögliche Mißinterpretationen aufmerksam: Zum einen die ihrer Ansicht nach falsche Schlußfolgerung, daß die kombinierte Therapie nicht besser als das alleinige Medikamenten-Management sei – das könne auch auf wenig präzise Messinstrumente zurückzuführen sein - von Jensen et al. 2001 bestätigt (s.o.). Zum anderen die auch von Cunningham erwähnte mögliche Missinterpretation, daß aufgrund des fehlenden signifikanten Unterschiedes zwischen Verhaltenstherapie und der Kontrollgruppe geschlossen werden könne, die Verhaltenstherapie bei HKS sei nicht wirksam. Dazu ist anzumerken, daß die Überwachung der Kontrollgruppe zeigte, daß in der Mehrzahl der Fälle (> 66%) im Rahmen des öffentlichen Hilfsangebotes medikamentöse Therapie in Anspruch genommen wurde, so daß die bei der Verhaltenstherapie der MTA-Studie erzielten Ergebnisse denen des Medikamenten-Managements im Rahmen gesellschaftlicher Hilfsangebote vergleichbar waren. Außerdem seien die Ergebnisse der Verhaltenstherapie-Gruppe besser gewesen als diejenigen des nicht- medizierten Teils der Kontrollgruppe. Cunningham bemerkt weiterhin, daß die meisten Kinder in der verhaltenstherapeutischen Gruppe am Ende der Therapie die diagnostische Schwelle von ADHD nicht mehr überschritten und die gleiche Rate signifikanter Verbesserungen bei den ADHD- Hauptsymptomen erzielt wurde wie in einer früheren Studie von Anastopoulos (1993) (also sehr wohl eine Verbesserung vorzuweisen sei). Zudem sei die familiäre Zufriedenheit mit der Therapie in dieser Gruppe signifikant höher gewesen als in der Kontrollgruppe und seien insgesamt bessere Ergebnisse in der Eltern-Kind-Beziehung erzielt worden. So kommt der Autor schließlich zu dem Standpunkt, daß die „Abwesenheit“ der Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Interventionen in den Ergebnissen der MTA-Studie letztendlich nicht in einem schlechteren Ergebnis der Verhaltenstherapie, sondern in signifikanten Verbesserungen in der Kontrollgruppe bestünden. Die Kontrollgruppe habe sich verstärkt die Hilfsangebote der Gesellschaft zunutze gemacht, habe aufgrund der vorherigen strengen Einschlusskriterien eine hochmotivierte, therapiebereite Untergruppe an HKS-Kindern und ihren Familien dargestellt, die auch mit den entsprechenden zeitlichen und organisatorischen Fähigkeiten, die für eine erfolgreiche Therapie notwendig seien, ausgestattet gewesen sei.

Es sei allerdings unklar, bis zu welchem Grad und welche Art von konkreten und individuellen Angeboten gesellschaftlicher Unterstützungsprogramme die Kontrollgruppe – mit Ausnahme der Medikamententherapie – in Anspruch genommen habe. Auch sei es insgesamt schwer zu beurteilen, in welchem Ausmaß alle Beteiligten von in den Medien und in Präsentationen angebotenen Kindererziehungsstrategien, überall erhältlichen Elterntrainings (als Bücher, Videos oder Workshops) sowie Fortbildungsprogrammen für Lehrer o. ä. beeinflusst worden seien. Insgesamt sei aber von einer intensiveren Inanspruchnahme dieser Möglichkeiten durch die sehr motivierte, therapiebereite Kontrollgruppe auszugehen.

Zusammenfassung:

1. Bei der Reduktion der ADHD- Hauptsymptome schnitten die kombinierte Therapie und die Medikamententherapie klinisch und statistisch besser ab als die reine Verhaltenstherapie und Community Care- Gruppe
2. In einer zweiten genaueren Analyse war die Kombinierte Therapie der reinen Medikamententherapie etwas überlegen
3. Gleiche Ergebnisse für den Erfolg der Verhaltenstherapie- und Community Care- Gruppe sind nicht auf Unwirksamkeit der Verhaltenstherapie, sondern eher auf hohe Therapiemotivation und –inanspruchnahme der Community Care- Gruppe zurückzuführen

Zur **Bedeutung der MTA-Studie für die Forschung** ist anzumerken, daß diese die größte Studie mit klinisch zugewiesenen Hyperkinetikern darstellt, die bisher zur Untersuchung der Therapie kindlicher Psychopathologien durchgeführt wurde. Die Interpretation ihrer primären und sekundären Ergebnisse gestaltet sich allerdings komplex und kontrovers. Einer der größten Fortschritte dieser Studie besteht in einer Evaluation der Langzeitergebnisse multimodaler Therapieansätze und der Pharmakotherapie, die in der bisherigen Literatur noch fehlte.

Als Hauptergebnis dieser Studie wurde der Langzeiteffekt dieser beiden Therapieansätze gezeigt. Anzuführen bleibt nun, daß diese Studie noch nicht abgeschlossen ist, sondern sich Follow-up-Untersuchungen nach 24 und 36 Monaten anschließen sowie weitere Ergebnisse zu verschiedenen Untergruppen wie An- und Abwesenheit elterlicher Psychopathologie wie Depression und Drogenmißbrauch erarbeitet werden. Diese Ergebnisse müssen abgewartet werden, um die volle klinische und praktische Bedeutung der MTA-Studie abschätzen zu können.

2.3.2.4 Erfolgreichste Therapieverfahren bei HKS/ADHD - Zusammenfassung

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse dieser drei ausführlichen Übersichtsarbeiten zum Vergleich unterschiedlicher Therapiemodelle sowie der MTA-Studie also folgendermaßen darstellen:

Stimulantientherapie

Von allen Autoren mit Ausnahme derer, die über die MTA-Studie berichten, wird betont, daß die Stimulantientherapie nach wie vor die **Therapie der Wahl v.a. für eine signifikante kurzzeitige Verbesserung des jeweiligen Problemverhaltens** darstelle. Klassen et al. formulieren allerdings die These, daß die Stimulantientherapie wohl am wirksamsten sei, um die Kernsymptome von HKS zu therapieren, die Verhaltenstherapie aber auch die assoziierten Probleme berücksichtige. Um deren Verbesserung jedoch korrekt zu messen, müßte die direkte Beobachtung als Meßparameter benutzt werden, was eine Schwierigkeit im Vergleich mit Studien zur

Stimulantientherapie bedeuten würde, die sich bei der Erfolgsmessung hauptsächlich auf Fragebögen stütze.

Pelham, Wheeler und Chronis zeigen uns zudem die Grenzen der Stimulantientherapie als die Grundlage der Diskussion um den Nutzen der psychosozialen Interventionen auf: Und zwar existieren bislang trotz ihrer positiven Effekte in der täglichen Klassenraumsituation bislang noch keine Beweise über Langzeitveränderungen im Bereich akademischer Leistungen. Weiterhin gebe es keine Anzeichen dafür, daß sich die Stimulantiengabe positiv auf die Auswahl der jeweiligen Peer Gruppe auswirke, die einen großen Vorhersagewert darstelle, den negativen Verlauf der Störungen bei verhaltensgestörten Kindern betreffend. Auch sei zu berücksichtigen, daß selbst bei den 70 bis 80% als verbessert geltenden Kindern das Verhalten nicht normalisiert werde, sondern oft eine Standardabweichung oberhalb der Norm bestehen bliebe, wobei es große individuelle Unterschiede in der Ansprache auf die jeweilige Medikation gebe, die innerhalb der Medikamenten-behandelten Gruppe, aber auch bei jedem einzelnen Kind variere. Außerdem sei dieses Ansprechen auf die Medikamente abhängig von der jeweiligen Dosis, den Meßparametern und den Zielsymptomen der Kinder, so daß die Gruppendaten, die die Wirksamkeit der Medikation bei individuellen Kindern mit HKS beschrieben, auch gut überschätzt werden könnten.

Beachtet werden muß weiterhin, daß die bei HKS-Kindern häufig dysfunktionale Familiensituation durch die Stimulantiengabe in keiner Form einbezogen wird. Die hauptsächlichste Begrenzung der Stimulantientherapie liegt allerdings in der Tatsache begründet, daß Studien, die mit Stimulantien behandelte Kinder bis zu 5 Jahre begleitet haben, keine Anzeichen dafür liefern konnten, daß diese Medikamente die Langzeitprognose der Kinder verbessern konnten. Dieses Ergebnis kann jedoch auch durch eine schlechte Therapie-Compliance zustande gekommen sein, da in mindestens einer der Studien zum HKS z.B. festgestellt wurde, daß die ursprünglich geplante Langzeitmedikation nur ein oder zwei Monate lang durchgehalten wurde (Sherman & Hertzog, 1991). Solche Daten begrenzen natürlich die Effizienz von Stimulantien für die Langzeittherapie.

Die ersten Ergebnisse zur Langzeiteffizienz der Stimulantien in der MTA-Studie ergaben dementsprechend auch keinen Unterschied zu Ergebnissen des multimodalen Therapieansatzes. – Im Gegenteil - eine Überlegenheit des multimodalen Ansatzes sowie der Verhaltenstherapie in den MTA-Untergruppen mit komorbiden Angststörungen bzw. so schwieriger familiärer Situation, dass eine öffentliche Assistenz in der Familie gebraucht wird, stützt die oben beschriebenen Ergebnisse zu den Grenzen der Stimulantientherapie.

Zusammenfassung - Stimulantientherapie:

1. Die Stimulantientherapie ist nach wie vor Therapie der Wahl (v.a. für signifikante kurzzeitige Verbesserung im Besonderen der ADHD/HKS-Kernsymptome).

2. Grenzen der Stimulantientherapie sind:

- fehlende Beweise für Langzeitverbesserungen im Bereich akademischer Leistungen, für eine generelle Verbesserung der Langzeitprognose von HKS-Kindern in prospektiven Studien über 5 Jahre,
 - fehlende Beweise für die positive Auswahl einer Peer Gruppe (Peer Gruppen haben einen großen Vorhersagewert für den Verlauf von psychischen Störungen),
 - fehlende Einbeziehung der dysfunktionalen Familiensituation bei HKS-Kindern.
3. Selbst bei als verbessert geltenden Kindern wird das Verhalten in 70-80% der Fälle nicht normalisiert, sondern bleibt oberhalb der Normgrenze bestehen.

(Diese Ergebnisse werden auch von der MTA gestützt.)

Psychosozialen Therapiemodelle

Die **psychosozialen Therapiemodelle** betreffend kommen die verschiedenen Review-Artikel einheitlich zu dem Schluß, daß unter ihnen die multimodalen Ansätze eindeutig favorisiert werden müssen. Sie gehen sogar noch weiter, indem sie diese möglichst auf die spezifischen Probleme eines jeden Kindes abstimmen wollen, um einen möglichst ganzheitlichen Therapieansatz zu gewährleisten (Klassen et al., 1991; Dulcan et al., 1997 zu Satterfield et al., 1979 und 1981; Cunningham, 1999).

Eine weitere Steigerung ihrer Effizienz stellt deren Kombination mit einer niedrigdosierten Stimulantientherapie dar: In dem Review-Artikel von Nolan und Carr z.B. wird als ein Beispiel mit konkreten Angaben ein Therapiepakett aus verhaltenstherapeutischem Elterstraining, Selbstinstruktionstraining und schulbasiertem Kontingenz-Management in Verbindung mit einer niedrigdosierten Stimulantientherapie (0.3mg/kg KG) über 17 bis 29 Sitzungen in 8 bis 12 Wochen angeführt. Mit solch einem Therapiemodell könnten laut der Review-Ergebnisse optimale Therapieergebnisse erzielt werden, da auf der einen Seite die Kurzzeit-Effizienz der Stimulantien ausgenutzt würde, durch ihre niedrige Dosierung ihre Nebenwirkungen allerdings gering gehalten werden könnten. Zudem würden die mit dem HKS assoziierten Probleme durch das multimodale Therapiepakett bearbeitet, und es könnte zusätzlich auch auf mit der Therapie verknüpfte Schwierigkeiten wie z.B. Therapie-Compliance und Generalisierbarkeit des Gelernten eingegangen werden. Allerdings stellt ein solches Programm einen großen Kostenfaktor dar, und es erfordert eine sehr große Bereitschaft sowohl von seiten der Eltern als auch der Kinder, an einer Therapie teilzunehmen, und entsprechende zeitliche und persönliche Ressourcen wie z. B. Selbstdisziplin, um das Gelernte umzusetzen und auch beizubehalten.

Betrachtet man sich die unterschiedlichen psychosozialen Ansätze jeweils alleine, so ist anzumerken, daß am ehesten für *verhaltenstherapeutische Elterstrainings* und *schulbasierte Kontingenz-Management-Strategien* stützende Daten vorliegen (Nolan und Carr, 2000; Pelham, Wheeler und Chronis, 1998; Cunningham, 1999; Paule et al., 2000). (Die von Klassen et al. 1999 zur Verhaltenstherapie gefundenen negativen Daten werden von den Autoren selber

aufgrund methodischer Mängel stark relativiert, so daß sie hier nicht stärker gewichtet werden sollen.) Weiterhin steigt die Wirksamkeit der psychosozialen Interventionen mit ihrer Intensität und der Verknüpfung mehrerer unterschiedlicher Modelle (Pelham, Wheeler und Chronis, 1998; Cunningham, 1999; Paule et al., 2000) - die Wirksamkeit alleiniger angewendeter kognitiver Therapieverfahren wird übereinstimmend als gering eingeschätzt.

Zusammenfassung – Psychosoziale Therapiemodelle:

4. Multimodale Ansätze werden einheitlich favorisiert sowie die möglichst individuelle Abstimmung der Therapie auf den Einzelfall und eine hohe Therapieintensität.
5. Weitere Effizienzsteigerung wird der Kombination der multimodalen Therapie mit niedrig dosierter Stimulantientherapie zugeschrieben (Hierbei muß allerdings eine hohe Therapiemotivation von Patienten und Eltern vorausgesetzt werden und es entsteht ein hoher Kostenfaktor).
6. Innerhalb der Psychosozialen Therapiemodelle gelten verhaltenstherapeutisches Elterntertraining und schulbasierte Kontingenz-Management-Strategien als erfolgreichste Verfahren.
7. Alleiniger angewendeter kognitiver Therapieverfahren werden übereinstimmend als wenig wirksam eingestuft.

Vorschläge für eine optimale Langzeittherapie

Für eine **effektive Langzeittherapie** schlagen **Nolan und Carr** letztendlich ein langfristiges Pflegemodell vor, das kontinuierlich seine Dienste bereitstellt, die je nach Bedarf genutzt werden könnten. So würde HKS-Kindern die Möglichkeit eines infrequenten, aber anhaltenden Kontaktes mit einem psychologischen und pädiatrischen Dienst im Verlauf von Kindheit und Jugend geboten. Dieser würde dann wahrscheinlich an Übergangspunkten im Laufe eines Jahres (z.B. Wechsel in ein neues Schuljahr) bzw. Kreuzungspunkten im Lebenszyklus vermehrt in Anspruch genommen und hätte ansonsten eine begleitende Funktion. Zu solch einem Programm könnten auch gut intensive Sommertherapieprogramme wie in der MTA-Studie gehören, in denen schon Gelerntes aufgefrischt und Neues dazugelernt werden könnte. Zudem würde die Motivation, weiter an den Symptomen zu arbeiten, unterstützt und die jeweiligen Eltern würden entlastet.

Cunningham schwebt ein ganz ähnliches Modell vor, wobei er die Notwendigkeit dessen Flexibilität betont, da immer mehr Eltern ungewöhnliche Arbeitszeiten hätten, sich immer mehr Familien in eher unstrukturiertem Zustand (Scheidung, Trennung, häufige Ortswechsel etc.) befänden. Auf diese gesellschaftlichen Aspekte müsse auch mit einem entsprechend flexiblen Hilfsmodell eingegangen werden, das trotzdem eine Teilnahme dieser Eltern und Kinder an einem Programm ermöglichen sollte. Die Programme, z.B. Elterntrainings, müßten an leicht erreichbaren Orten stattfinden, und eine individuelle Unterstützung von Problemfamilien auch bei diesen zu Hause sei notwendig. Weiterhin sei in die jeweilige Therapieplanung auch die

jeweils vorhandene Therapiebereitschaft für die Auswahl der Interventionen und die geplante Therapiedauer als ein sehr wichtiger Punkt mit einzubeziehen.

Als Alternative zu den logistisch schwierigen und kostenintensiven individuellen verhaltenstherapeutischen Therapieprogrammen schlägt Cunningham universelle schulweite Interventionen vor. Hierunter faßt er z.B. das schulweite Training sozialer Fertigkeiten, Schüler-vermittelte Konfliktlösungsprogramme, die kosteneffektive, durchhaltbare, schulweite Therapieansätze darstellten, um Konflikte und Schulhofaggressionen abzubauen, die speziell bei HKS-Kindern häufig seien. Auch auf die Infrastruktur und das Kontingenz-Management im jeweiligen Klassenraum hätten diese einen positiven Einfluß (siehe auch Abschnitt 2.3.1.2 Psychosoziale Interventionen: Verhaltensstherapeutische Techniken in der Schule).

Weiter sind sich die verschiedenen Autoren einig, daß eine Notwendigkeit gut kontrollierter Langzeitstudien besteht, für Nolan und Carr v.a. zur Überprüfung der Effektivität von Multikomponenten-Therapieprogrammen, alleine und in Kombination mit niedrig dosierter Stimulantientherapie innerhalb eines Langzeit-Fürsorge-Programmes. Genau dieses findet im Rahmen der laufenden MTA-Studie statt, bei der sich die Ergebnisinterpretation allerdings – wie beschrieben - schwierig gestaltet.

2.3.3 Untersuchungen zum Vergleich von Katamnese-Therapiestudien unter Forschungs- und unter „normalen“ klinischen Bedingungen

Zu der **Problematik, unter Forschungsbedingungen erzielte Ergebnisse auf die klinische Praxis zu übertragen**, äußern sich Mattejat et al. 2001 im Rahmen der Vorstellung der ersten Ergebnisse ihrer Marburger Follow-up-Studie folgendermaßen:

Eine vielfach geäußerte Kritik, die Problematik klinischer Studien zur Therapieeffizienz betreffend, stellt die Überlegung dar, daß die interne Validität dieser Studien (d.h., ihre Fähigkeit, ein kausales Verhältnis zwischen der jeweiligen Therapie und den erzielten Veränderungen bei dem jeweiligen Patienten aufzuzeigen) zwar gemeinhin akzeptiert, ihre externe Validität (d.h., die Möglichkeit, die Ergebnisse von Forschungs-Therapiestudien auf die in der täglichen therapeutischen Praxis angewendeten Verfahren zu übertragen) allerdings stark angezweifelt wird. Dieses liegt daran, daß die in Therapiestudien zu Forschungszwecken angewendeten Bedingungen und Umstände in der Regel stark von den in der täglichen Praxis verwendeten Konditionen abweichen.

Die Unterschiede der „Forschungstherapie“ im Gegensatz zur „klinisch basierten Therapie“ wurden 1992 von Weisz, Weiss und Donenberg wie folgt aufgezählt:

- Die Jugendlichen werden für die Therapie rekrutiert und stammen nicht aus der aktuell an eine Klinik überwiesenen Population;
- Die Stichproben wurden nach Homogenität ausgewählt, so daß alle Jugendlichen ein bestimmtes ähnliches Hauptsymptom aufweisen;
- Die Therapie bezieht sich in erster Linie oder ausschließlich auf dieses Hauptsymptom;

- Die Therapeuten werden kurz vor der Therapie in der spezifischen Therapietechnik, die sie für die Studie anwenden sollen, geschult;
- Die Therapie schließt primäres und ausschließliches Vertrauen in diese Therapietechniken mit ein;
- Die Therapie orientiert sich oft an einem strukturierten Therapiemanual.

Da all diese Punkte für die tägliche therapeutische Praxis nicht typisch sind, stellt sich die Frage, ob Ergebnisse aus auf diese Art und Weise aufgebauten Therapiestudien auf klinisch basierte Therapiekonditionen generalisiert werden dürfen. Um dieses zu untersuchen, ist es notwendig, Studien, die die innere Validität bestimmter therapeutischer Modelle untersuchen, um Studien zur externen Validität zu ergänzen. Diese sollen zeigen, daß die entsprechenden Techniken auch im normalen klinischen Alltag unter den dortigen Bedingungen anwendbar, effektiv und nützlich sind. Ein Problem stellt dabei die Tatsache dar, daß Studien zur externen Validität methodisch nicht klar definiert sind, so daß ihr Spektrum von retrospektiven Studien über Einzel-Gruppen-Designs (single group design) und Prä-/Post-Design bis zu Studien unter realen Bedingungen aber mit Kontrollgruppen reicht.

Der amerikanische Psychologe Weisz hat sich mehrere Jahre lang zusammen mit seinen Mitarbeitern mit diesem Problem auseinandergesetzt, wobei sie sich v.a. auf die Frage konzentrierten, ob in Forschungstherapiestudien erzielte positive Effekte auch unter „realen“ Bedingungen gezeigt werden könnten. Um dieser Fragestellung nachzugehen, suchten sie nach Studien, die unter klinischen Bedingungen stattgefunden hatten und zugleich eine Kontrollgruppe aufwiesen. Diese Bedingungen wurden allerdings nur von wenigen Studien erfüllt, und in den meisten Fällen handelte es sich nicht um randomisierte, sondern „natürliche“ Kontrollen (z.B. wurden Patienten, die aus irgendwelchen Gründen aus der Studie herausfielen, als Kontrollgruppe geführt). Das Ergebnis dieser Untersuchungen war mit einer durchschnittlichen „effect-size“ von 0,7 bis 0,8 bei dem Forschungstherapieansatz und einer „effect-size“ gegen 0 für den konventionellen klinischen Therapieansatz recht desillusionierend. Die hieraus möglichen Schlußfolgerungen können einerseits sein, daß die klinisch basierten Therapien nicht effektiv sind oder zumindest, daß die Ergebnisse der analysierten Studien ihre Effektivität wenig unterstreichen und daß klinische Therapieansätze weiterhin ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen müssen. In ihrer Ergebnisdiskussion schlagen Weisz et al. 1995 vor, daß in die traditionelle klinische Therapie die Ergebnisse der empirischen Forschung viel mehr eingearbeitet werden sollten, um die Wirksamkeit dieser Therapieansätze zu erhöhen.

Allerdings können die Ergebnisse von Weisz et al. aus methodischen Gründen angezweifelt werden: So schlossen diese Autoren in ihre Untersuchungen nur Effektivitätsstudien mit Kontrollgruppen ein, die allerdings nicht aus randomisierten Gruppen ohne Therapie bestanden, sondern aus „natürlichen“ Kontrollgruppen (z. B. Therapieabbrechern oder Patienten, die zunächst nur diagnostisch eingeschätzt wurden). Auf diese Gruppen würde der Name „Vergleichsgruppe“ allerdings besser passen, und es ist sehr fragwürdig, ob die Ergebnisse solcher

„Vergleichsgruppen“ sinnvoll mit denen randomisierter Kontrollgruppen verglichen werden können.

Weisz et al. kommen jedenfalls zu dem Schluß, daß aufgrund des Mangels an differenziertem Wissen zu der Wirksamkeit klinischer Therapien in der Kinder- und Jugendpsychotherapie und –psychiatrie mehr Studien zu diesem Thema auf einer breiteren Basis durchgeführt werden müßten.

Mattejat et al. stellen in ihrer Übersicht ergänzend fest, daß solche Studien besonders für stationäre Therapieansätze nötig seien, da diese sehr teuer seien, immer mehr unter finanziellen Druck gerieten und sich eine generelle Tendenz von der Anwendung stationärer Therapieansätze in Richtung teilstationärer Ansätze wie z.B. Tageskliniken abzeichnete.

Um einen Überblick über Ergebnisse „realer“ klinisch basierter Therapieansätze zu geben, gehen Mattejat et al. kurz auf Ergebnisse eines frühen Reviews von Asay & Dimperio (1991) ein und stellen den Überblicksartikel von **Blanz und Schmidt (2000)** vor: In diesen Artikel werden Ergebnisse älterer Reviews von **Blotky et al. (1984)** und **Pfeiffer & Strzelecki (1990)** sowie die Ergebnisse neuer Studien der letzten 10 Jahre eingeschlossen.

Dabei untersuchten *Blotky et al.* 1984 24 Follow-up-Studien, bei denen sie trotz großer methodischer Zwänge zu dem Schluß kamen, daß alle über positive Ergebnisse der stationären Therapie bei Kindern und Jugendlichen und mehr als die Hälfte auch über positive Langzeitergebnisse berichteten. *Gosset et al.* kamen 1983 bei ihrer Untersuchung von 22 zwischen 1942 und 1980 publizierten Studien zu ähnlichen Ergebnissen, und *Pfeiffer & Strzelecki* schlußfolgerten 1990 nach ihrer Untersuchung von 35 zwischen 1975 und 1991 durchgeführten Studien, für die sie rigorosere Einschlusskriterien in ihr Review verwendeten als *Blotky et al.*, daß die psychiatrische Hospitalisation von Kindern und Jugendlichen oft sehr nützlich sei, besonders bei Einhaltung bestimmter therapeutischer Kriterien. Zu diesen Kriterien zählten sie eine gute therapeutische Beziehung, die Teilnahme an dem vollständigen Therapieprogramm und das Stattfinden einer Nachsorge. Damit stimmen sie in dem Punkt der Nachsorge eindeutig mit den Ergebnissen *Blotkys et al.* überein, in den beiden weiteren Punkten z.T., da *Blotky et al.* weiterhin von einem spezialisierten Therapieprogramm sprechen, welches natürlich mit den beiden bei *Pfeiffer und Strzelecki* erwähnten Punkten eng verknüpft ist. Über die Variablen Intelligenz des Patienten und die stationäre Behandlungsdauer herrscht Uneinheitlichkeit in den Ergebnissen. So korrelieren diese beiden Punkte bei *Blotky et al.* positiv mit Verbesserungen der Symptomatik unter Therapie, wobei hier die Formulierung *adäquate* stationäre Behandlungsdauer verwendet wird, bei *Pfeiffer und Strzelecki* kommt es zu uneinheitlichen Ergebnissen. Einigkeit herrscht dagegen bei den Patienten- bzw. Familienvariablen Intelligenz (des Patienten), spätes Einsetzen der Symptome, insgesamt eher gesunder Patient und eine gesund funktionierende Familie, die mit einem besseren Therapieergebnis korrelieren. *Pfeiffer und Strzelecki* weisen weiterhin auf den negativen prognostischen Faktor von Psychosen und Verhaltensstörungen des Patienten hin.

Diese generellen Schlußfolgerungen können durch Zahlenangaben zu prozentualen Verbesserungsraten der jeweiligen Patienten gestützt werden: Hier herrscht eine große Variationsbreite innerhalb dieser Raten, da diese von einer ganzen Reihe methodischer Faktoren abhängt (benutzte Maßzahlen, Informationsquellen, Zeitpunkt der Erhebung etc.) sowie grundlegender Unterschiede wie z.B. die jeweilige Diagnose. Die meisten Verbesserungsraten liegen zwischen 40 und 80 %, in einigen Studien sogar über 90% und interessant ist, daß einige Studien zeigen, daß, obwohl bemerkbare Verbesserungen aufgetreten seien, sich immer noch ein hoher Prozentsatz der ehemals stationär behandelten Patienten innerhalb des klinischen Bereiches befindet, d.h., daß ihm eine psychiatrische Diagnose zugeordnet werden kann (z.B. Sourander et al., 1995). Um nur einige Zahlenbeispiele darzustellen, hier einige Ergebnisse: Das schlechteste Ergebnis war bei *Gabel & Shindledecker 1990* zu finden, die ein gutes Therapieergebnis nur bei 39% ihrer Patienten und leichte Verbesserungen bei 61% feststellten. Allerdings ist hier der Meß-Indikator fraglich. Besonders gut waren die Ergebnisse in einer Studie von *Jaffa & Stott (1999)*, die 46 Patienten einer stationären Einheit in Großbritannien untersuchten, die sie in eine Therapie- und eine Kontrollgruppe aufteilten. Bei ihren Ergebnissen wird v.a. die Wichtigkeit der jeweiligen Informationsquelle deutlich. So schätzten 86% der Patienten der Experimentalgruppe (im Gegensatz zu 40% der Kontrollgruppe) ihren eigenen Zustand bei der Follow-up-Untersuchung als besser als bei ihrer Aufnahme ein. Eine ähnliche Einschätzung gab das Personal mit einer Verbesserung bei 83% der Experimental-, aber nur 13% bei der Kontrollgruppe ab, wohingegen die überweisenden Psychiater die Verbesserung der Kontrollgruppe mit 96% als größer gegenüber der Experimentalgruppe mit 87% einstufen.

Für die vorliegende Arbeit ist dann v.a. noch das Ergebnis der *Timberlawn Child Follow-up-Study* von *Asay & Dimperio 1991* an 40 Kindern mit den Diagnosen Verhaltensstörungen und HKS mit einer durchschnittlichen Therapiedauer von 500 Tagen interessant: Bei der 1-Jahres-Follow-up-Untersuchung schätzten 77% der Eltern ihre Kinder als in allen Bereichen verbessert ein, 68% davon als hervorragend oder stark verbessert.

Blanz und Schmidt ziehen aus ihren Review-Ergebnissen die Schlußfolgerungen, daß immer noch wenig über die stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewußt wird, viele Studienergebnisse aufgrund methodischer Mängel mit Vorsicht zu betrachten seien, ein extremer Pessimismus, den Nutzen einer stationären Therapie bei psychiatrisch gestörten Kindern und Jugendlichen betreffend, allerdings nicht zu rechtfertigen sei. Insgesamt wiesen alle Follow-up-Untersuchungen einige positive Ergebnisse auf, mehr als 50% zeigten auch positive Langzeitergebnisse. Die Hauptfragen für die zukünftige Forschung in diesem Bereich seien nun, welche Schlüsselemente für eine erfolgreiche stationäre Therapie verantwortlich seien und welche Patienten am besten auf verschiedene Therapiekombinationen ansprächen.

Zusammenfassung:

1. Eine vielfach geäußerte Kritik, die Problematik klinischer Studien zur Therapieeffizienz betreffend, stellt die Überlegung dar, daß die interne Validität dieser Studien zwar gemeinhin akzeptiert, ihre externe Validität allerdings stark angezweifelt wird. Aus diesem Grund müssen Studien zur inneren Validität bestimmter therapeutischer Modelle um Studien zur externen Validität ergänzt werden.
2. Solche Studien sind besonders für stationäre Therapieansätze notwendig, die sehr teuer sind, immer mehr unter finanziellen Druck geraten und immer häufiger durch teilstationäre Ansätze wie z.B. Tageskliniken ersetzt werden
3. Ein Problem stellt dabei die Tatsache dar, daß Studien zur externen Validität methodisch nicht klar definiert sind, so daß ihr Spektrum von retrospektiven Studien über Einzel-Gruppen-Designs (single group design) und Prä-/Post-Design bis zu Studien unter realen Bedingungen aber mit Kontrollgruppen reicht.
4. Über insgesamt positive Ergebnisse der stationären Therapie bei Kindern und Jugendlichen wird in verschiedenen Review-Artikeln, die Studien zu stationären Therapien untersuchen, berichtet.: z.B. bei *Blotky et al. 1984* (Untersuchung von 24 Follow-up-Studien, hier auch positive Langzeitergebnisse bei mehr als der Hälfte der hospitalisierten Kinder); *Gosset et al. 1983* (Untersuchung von 22 zwischen 1942 und 1980 publizierten Studien); *Pfeiffer & Strzelecki 1990* (Untersuchung von 35 zwischen 1975 und 1991 durchgeführten Studien).
5. Prognostisch günstig für einen Erfolg der stationären Therapie wirken sich eine gute therapeutische Beziehung, die Teilnahme an dem vollständigen spezialisierten Therapieprogramm, das Stattfinden einer Nachsorge, die Patienten- bzw. Familienvariable Intelligenz, ein spätes Einsetzen der Symptome, ein insgesamt eher gesunder Patient und eine gesund funktionierende Familie aus.
6. Als prognostisch ungünstig werden Psychosen und Verhaltensstörungen des Patienten angesehen
7. Bei Zahlenangaben zu prozentualen Verbesserungsraten der jeweiligen Patienten herrscht eine große Variationsbreite, da diese von einer ganzen Reihe methodischer Faktoren abhängen (benutzte Maßzahlen, Informationsquellen (z.T. sehr unterschiedliche Angaben von Patienten, Eltern und Therapeuten), Zeitpunkt der Erhebung etc.) und grundlegende Unterschiede zwischen den einzelnen beobachteten Gruppen hinzukommen, wie z.B. die jeweilige Zusammensetzung der untersuchten Gruppen mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen.
8. Die meisten Verbesserungsraten liegen jedoch zwischen 40 und 80 %, in einigen Studien sogar über 90% und einige Studien zeigen, daß, obwohl bemerkbare Verbesserungen aufgetreten sind, sich immer noch ein hoher Prozentsatz der ehemals stationär behandelten Patienten innerhalb des klinischen Bereiches befindet, d.h., daß ihm noch eine psychiatrische Diagnose zugeordnet werden kann

Vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Überlegungen/Daten zur stationären Therapie bei Kindern und Jugendlichen ist unsere Studie zu der stationären Therapie und dem jeweiligen Therapieerfolg der Diagnosegruppe der Hyperkinetischen Störungen im Vergleich zur Gesamtinanspruchnahmepopulation einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik (KJP¹ Marburg) und innerhalb der Störungsgruppe der externalisierenden Störungen zu sehen.

¹ KJP – Kinder- und Jugendpsychiatrie

3 Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie:

3.1 Einführung

Im Folgenden möchte ich einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand geben, der sich mit den Möglichkeiten der Einteilung des Störungsbildes des hyperkinetischen Syndroms in Subtypen beschäftigt und sich dabei zum einen an der Zusammensetzung der Hauptsymptome von HKS bei den einzelnen Patienten, zum anderen an den jeweils vorhandenen Komorbiditäten orientiert.

Im Rahmen der eingangs vorgestellten Problematik der Klassifizierung des hyperkinetischen Syndroms, beschäftigte man sich zunächst mit dessen **Hauptsymptomen** (Hyperaktivität - H, Impulsivität - I und Unaufmerksamkeit/ Inattention – INA). Dieses wird v.a. an der Entwicklung des amerikanischen DSM deutlich, in dem diese Hauptsymptome immer wieder anders gewichtet wurden (siehe DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV; jeweils APA 1980, 1987, 1994), bis man zu der heutigen, durch etliche Studien bestätigten Einteilung ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) im DSM-IV mit den zwei Dimensionen Hyperaktivität/Impulsivität zum einen und Unaufmerksamkeit zum anderen gelangte.

Weiterhin hat die Tatsache, daß die **Komorbiditätsrate** der hyperkinetischen Kinder aussergewöhnlich hoch ist (v.a. mit Störungen des Sozialverhaltens und Umschriebenen Entwicklungsstörungen), immer wieder Anlaß zu Überlegungen und Studien gegeben, ob diese gemeinhin als Komorbiditäten bezeichneten weiteren Störungen nicht doch eher in das Störungsbild HKS integriert seien und Untertypen desselben darstellten - mit jeweils eigener Grundstruktur und Prognose.

Die unterschiedlichen Auffassungen zu dieser Fragestellung werden auch an der Verschiedenartigkeit der einzelnen schon beschriebenen Klassifikationssysteme deutlich: Während hyperkinetische Kinder mit komorbiden Sozialstörungen in den angelsächsischen ICD-10 eine eigene Untergruppe des hyperkinetischen Syndroms ausmachen (F90.1), so stellen ADHD (attention deficit disorder) und Sozialstörungen, d.h. ODD (oppositional deficit disorder) bzw. CD (conduct disorder), in den amerikanischen DSM-IV eigenständige Diagnosegruppen dar, die durch das Klassifikationssystem nicht automatisch in einen Zusammenhang gebracht werden.

Da in Studien zu dieser Fragestellung durchweg nach DSM-IV klassifiziert wurde, werde ich in diesem Abschnitt die amerikanischen Abkürzungen verwenden.

Die Störungen des Sozialverhaltens stellen mit Abstand die häufigste Komorbidität bei hyperkinetischen Kindern dar, weswegen sich die meisten Studien mit eben diesen beschäftigen; und

Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie:

es wird oft die Frage gestellt, inwiefern sich die Diagnosegruppen ADHD, ADHD+ODD/CD und ODD bzw. CD unterscheiden - im speziellen, inwiefern sich ADHD+ODD/CD von den anderen beiden Diagnosen abgrenzt und ob diese Komorbidität letztendlich einen eigenen Subtypus von ADHD darstellt oder nicht. Ein eigenständiger Subtypus wäre hierbei definiert als eine Gruppe mit von den anderen Untergruppen verschiedenem Ansprechen auf spezifische Therapien, abweichenden klinischen Korrelaten und eigenem klinischen Ergebnis (Jensen et al., 1997).

Da diese Fragestellung betreffend auch Studien zu der **Hauptdiagnosegruppe ODD** interessant sind, wird später auf einige Ergebnisse aus Studien, die sich mit dieser Diagnosegruppe beschäftigen, kurz eingegangen.

Die Frage, ob eine Untergruppe einen eigenen Subtyp darstellt, wurde in weniger ausführlicher Form auch für weitere Komorbiditäten untersucht wie z.B. ADHD+ANX (Anxiety), ADHD+LD (Learning Disorders).

Studien, die sich mit den genannten Fragestellungen beschäftigen, unterscheiden sich generell durch die jeweils ausgewählten Stichproben - den Hauptunterschied stellen dabei *klinische* und *epidemiologische* Studien dar. Als *klinische* Studien definiere ich in dieser Übersicht Studien, bei denen mindestens eine Vergleichsgruppe aus Patienten besteht, bei denen klinisch die Diagnose ADHD gestellt wurde und die einem Kinder-/Jugendpsychiater zur weiteren Behandlung zugewiesen wurden. Diese werde ich bei der Quellenangabe mit „kl“ kennzeichnen.

Einen weiteren Forschungsansatz stellen **Familienstudien** dar, bei denen Verwandte ersten Grades von Kindern mit der Diagnose ADHD auf Komorbiditäten untersucht werden. Auch Ergebnisse aus diesem Bereich möchte ich kurz vorstellen.

Zudem kann man bei Durchsicht der Literatur zu diesem Thema den Faktor **Verlauf** der Störung nicht unberücksichtigt lassen, da es mittlerweile einige Studien gibt, die hierüber – auch in Abhängigkeit von Komorbiditäten - sehr genaue Aussagen machen.

Die wohl größte Studie zu Kindern mit der Diagnose ADHD, die gleich mehrere der hier angesprochenen Fragen untersucht, ist die aus einer sehr großen epidemiologischen Stichprobe in Kanada bestehende und noch nicht abgeschlossene **MTA-Langzeitstudie**, die bereits in Kapitel 2.3.2.3 genauer vorgestellt wurde und auf deren Untergruppen-Ergebnisse hier noch näher eingegangen werden soll. Ob ihrer Größe und Wichtigkeit soll gesondert auf sie eingegangen werden.

3.2 ADHD-Hauptsymptome (ADHD-HI, ADHD-C, ADHD-INA) und durch sie definierte Subtypen

Die Mehrzahl an Studien zu den ADHD-Hauptsymptomen bestehen aus dem Vergleich der drei Subtypen **ADHD-C** (Combined), **ADHD-HI** (Hyperaktivität/Impulsivität) und **ADHD-INA** (Unaufmerksamkeit) nach DSM-IV (Lalonde et al., 1998- kl; Faraone et al., 1998- kl; Morgan et al., 1996- kl; Willcutt et al., 1999; Nolan et al., 2001; Gadow et al., 2000; Baumgaertel et al., 1995; Gaub and Carlson, 1997; Wolraich et al., 1996,1998; Schmitz et al. 2002) (siehe auch Kapitel 2.2.3.1 und 2.2.3.2 *ADHD nach DSM-IV*). Nur vereinzelt wurden allein die Untergruppen **ADHD-C und ADHD-INA**, dann aber zusätzlich im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe (**CG**), untersucht (Murphy et al., 2002 - kl; Eiraldi et al., 1997 - kl).

Betrachtet man sich zunächst die Angaben zu der **prozentualen Aufteilung** der verschiedenen Untergruppen, so tritt ein großer Unterschied zwischen klinischen und epidemiologischen Studien zutage: Während die Angaben in den epidemiologischen Studien unterschiedlich sind, was den Subtypus ADHD-HI betrifft (mit 8,5% größter Anteil bei Gadow et al., 2000; mit 2,4% bzw. 3,9% kleinster Anteil bei Nolan et al. 2001 bzw. Baumgaertel et al., 1995), wird hier einheitlich die Gruppe ADHD-C mit einer sehr niedrigen Prävalenz angegeben: bei den drei genannten Studien ca. 4-4,8%, einmal als geringste, zweimal als mittlere Prävalenz im Vergleich). Zu einem ganz anderen Ergebnis kamen Lalonde et al. 1998 bei ihrer klinischen Stichprobe: mit 78% war der kombinierte Subtypus mit Abstand am häufigsten vertreten, was die negative Auswahl einer klinischen Population verdeutlicht.

Zum **Profil dieser Untergruppe (ADHD-C)** ist zu sagen, daß sie sowohl in klinischen als auch epidemiologischen Studien als die Gruppe mit der **größten Symptomstärke und der höchsten Komorbiditätsrate mit ODD/CD** im Vergleich mit ADHD-HI, ADHD-INA und gesunden Kontrollen gilt (Eiraldi et al., 1997 – kl; Faraone et al., 1998- kl; Nolan et al., 2001; Baumgaertel et al., 1995; Gaub and Carlson, 1997; Wolraich et al., 1996,1998; Murphy et al., 2002; Willcutt et al., 1999). Auch werden ihr mehr delinquentes und aggressives Verhalten (Morgan et al., 1996- kl) sowie als Erwachsene mehr Suizidversuche und mehr Festnahmen als dem ADHD-INA- Subtyp zugeschrieben (Murphy et al., 2002).

Weiterhin erzielten die ADHD-Kinder der kombinierten Gruppe die höchste Rate an allgemeiner **Ängstlichkeit und Depression** (Gaub and Carlson, 1997; Wolraich et al., 1996; Willcutt et al., 1999), während sich die Ängstlichkeit betreffend die Gruppen ADHD-HI und ADHD-INA nicht unterschieden. Nolan et al. 2001 sowie Willcutt et al. 1999 fanden dagegen für die Depressionsraten höchste Werte für ADHD-C und ADHD-INA und die niedrigsten Werte für ADHD-HI. Auch Eiraldi et al. 1997 (kl) fanden gleich hohe Raten internalisierender Probleme bei ADHD-C und ADHD-INA, und zwar höher als bei gesunden Kontrollen.

Der Gruppe ADHD-C werden zudem die größten Defizite bei sozialen Fertigkeiten zugeschrieben (Gadow et al. 2000, Gaub & Carlson, 1997) und Gadow et al. bemerken, daß die Väter dieser Kinder oft aggressiv und alkoholabhängig seien.

Abweichend von den oben genannten Studien fanden Lalonde et al. 1998 (kl) die höchste Komorbidität mit ODD/CD bei der hyperaktiv-impulsiven Untergruppe, die ADHD-C-Gruppe lag jeweils erst an zweiter Stelle:

Komorbidität mit ODD: ADHD- HYP/IMP (100%) > ADHD-C (85%) > ADHD-INA (33%); **Komorbidität mit CD:** ADHD- HYP/IMP (57%) > ADHD-C (8%) > ADHD-INA (0%) – (kl).

Betrachtet man nun die **Untergruppe ADHD-HI** so wird auch ihr eine hohe Komorbiditätsrate mit ODD/CD zugeordnet - allerdings schwächer ausgeprägt als bei ADHD-C (Willcutt et al., 1999; entgegengesetzte Ergebnisse bei Lalonde et al. 1998, s. o.) - sowie eine allgemein höhere Rate externalisierender Probleme als bei klinischen Kontrollen - im Gegensatz zu gleich stark erhöhten internalisierenden Problemen bei beiden Gruppen (Jensen et al., 1993 – kl). Hinshaw nennt 1994 bei seinem Vergleich von ADHD-HI und ADHD-INA Verhaltensstörungen als die größten schulischen Probleme der hyperaktiv-impulsiven Gruppe, die zudem hohe Unterrichtssuspensionsraten und häufige erzieherische Sonderplazierungen im Klassenraum aufwies. Die bei dieser Gruppe stark ausgeprägten Impulsivitäts- und Aggressivitätssymptome führten dann weiter zu ausgeprägten Beziehungsschwierigkeiten sowohl mit der Peer Gruppe als auch mit Eltern und Lehrern (Barkley et al., 1990a; Manuzza et al., 1991b).

Die Mütter der Kinder dieser Untergruppe geben höhere Raten an eigener Psychopathologie an (Gadow et al., 2000), und eine Komorbidität von ADHD-HYP mit Angststörungen oder Depressionen korreliert laut Jensen et al. 1993 bei diesen Kindern mit größerem Lebensstress und noch einmal verstärkten mütterlichen Symptomen im Vergleich zu alleinigen ADHD-HYP- Kindern. Generell gebe es in den Familien dieses Subtypus hohe Scheidungsraten, ein Vorherrschen antisozialer Probleme wie Drogenmißbrauch und Kriminalität, sowie ein Risiko für langwierige antisoziale Verhaltensprobleme und geringe soziale Anpassung (Hinshaw 1994 nach Nolan und Carr, 2000).

Interessant ist weiterhin ein Ergebnis aus einer Untersuchung unbehandelter brasilianischer Jugendlicher (12-16J.) mit der klinischen Diagnose ADHD im Vergleich mit gesunden Kontrollen, in der das Abschneiden der verschiedenen Untergruppen bei neuropsychologischen Tests untersucht wurde: die Untergruppe ADHD-HI schnitt hier genauso gut ab wie die epidemiologische Kontrollgruppe – beide besser als ADHD-C und ADHD-INA, was vermuten lässt, daß ADHD-HI- Jugendliche keine signifikanten kognitiven Defizite zu haben scheinen (Schmitz et al. 2002).

ADHD-HI- Kinder sind nach Nolan et al. 2001 diejenigen, die am meisten mediziert werden – erst danach kommt die ADHD-C- Gruppe.

Ein sich von den anderen beiden Untergruppen stark abhebbendes Profil weist die Gruppe der **ADHD-INA-Kinder** auf: Zum einen wird ihr die schwächste Symptomausprägung zugewiesen

Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie:

(Nolan et al., 2001; Baumgaertel et al., 1995; Gaub and Carlson, 1997; Wolraich et al., 1996,1998), zum anderen werden bei ihr verstärkt Internalisierungsstörungen (Angststörungen und Depressionen (s.o.)), aber auch Lernschwierigkeiten und ein niedrigerer IQ als bei den beiden anderen Untergruppen beobachtet (Jensen et al., 1997; Willcutt et al., 1999; Gadow et al., 2000; Faraone et al., 1998; Morgan et al., 1996- kl; Hinshaw, 1994). ADHD-INA-Kinder fallen als sozial weniger geschickt, mit weniger Verhaltensproblemen behaftet (Gadow et al., 2000) sowie als lethargisch, schüchtern, tagträumerisch (Jensen et al., 1997), apathisch, faul und leicht ablenkbar auf (Hinshaw, 1994).

Murphy et al. stellten 2002 bei ihrer klinischen Untersuchung junger Erwachsener ADHD-Patienten insgesamt fest, daß sowohl die **ADHD-C- als auch die ADHD-INA-Gruppe** sich in zwei großen Bereichen signifikant von der epidemiologischen Kontrollgruppe aber nicht voneinander unterschieden: zum einen im Bereich assoziierter psychischer Störungen (häufigerer Alkohol- und Cannabismißbrauch, häufigeres Leiden unter Dysthymie, großer psychologischer Streß bei einer größeren Personenzahl, häufigere psychiatrische Medikation und häufigere Inanspruchnahme eines psychiatrischen Services) sowie den akademischen Erfolg betreffend (weniger Ausbildung, seltenere High School-Abschlüsse, Lernschwierigkeiten bei einer größeren Personenzahl). Diese Ergebnisse gehen mit den schon erwähnten von Nolan et al. 2001 und Willcutt et al. 1999 gefundenen höchsten Depressionsraten für die ADHD-C- und ADHD-INA-Gruppen konform, sowie weiteren Autoren, die diese beiden Subtypen für die am stärksten akademisch beeinträchtigten halten (Nolan et al., 2001; Baumgaertel et al., 1995; Gaub and Carlson, 1997; Wolraich et al., 1996, 1998). Beim Vergleich der ADHD-C- und ADHD-INA-Erwachsenen untereinander fanden Murphy et al. nur wenige Unterschiede, die sie aber alle auf das höhere Hyperaktivitäts-/Impulsivitätslevel der ADHD-C-Gruppe zurückführen: In letztgenannter Gruppe hatten mehr junge Erwachsenen komorbide Sozialstörungen (ODD, s.u.) und es gab mehr Verhaftungen und Suizidversuche.

Bei Konfirmationsanalysen und Regressionen stellten sich als beste Vorhersagewerte für die Abgrenzung von ADHD zu gesunden Kontrollen die beiden Symptome Aufmerksamkeitsprobleme und Aggressionslevel heraus. Der einzige signifikante Vorhersagefaktor für ADHD-C vs. ADHD-INA war das Aggressionslevel bzw. - nach Kontrolle auf den verfälschenden Faktor komorbiden ODD/CD - das Hyperaktivitätslevel der Kinder (Crystal et al., 2001).

Für die ADHD-Gruppe als Ganzes in Abgrenzung zu normalen Kontrollen sind ein höheres Unaufmerksamkeitslevel (Gadow et al., 2000), mehr Schulprobleme und eine höhere Komorbidität mit ODD/CD anzuführen (Willcutt et al., 1999).

Zusammenfassung von Studienergebnissen zu den drei ADHD-Hauptsymptomen (ADHD-C, ADHD-HI und ADHD-INA) und zu den durch sie definierten Subtypen

In den meisten Studien, die sich mit den Hauptsymptomen der Hyperkinetiker (in der amerikanischen Literatur mit ADHD für attention deficit hyperactivity disorder abgekürzt) beschäftigen, werden die drei folgenden in den amerikanischen DSM-IV definierten Gruppen hinsichtlich verschiedener Parameter verglichen:

1. Hyperkinetiker mit vorwiegenden Aufmerksamkeitsproblemen (**ADHD-INA: Inattentiver Subtyp**)
2. Hyperkinetiker mit vorwiegenden Hyperaktivitäts- und Impulsivitätssymptomen (**ADHD-HI: Hyperaktiv- impulsiver Subtyp**)
3. Hyperkinetiker mit gleich stark ausgeprägten Problemen in den beiden vorher genannten Bereichen (**ADHD-C: Kombiniertes Subtyp**)

Die einzelnen Studien werden generell in epidemiologische und klinische Studien unterteilt.

Bei einem Vergleich dieser drei Untergruppen der Hyperkinetiker gibt es in der Literatur sowohl recht einheitliche als auch widersprüchliche Ergebnisse:

Die wichtigsten und einheitlichsten Aussagen werden zu dem **kombinierten Subtyp** gemacht: Kinder dieses Subtyps kommen in klinischen Populationen eher häufig (Häufung schwieriger Fälle in klinischen Subpopulationen), in epidemiologischen Stichproben eher selten vor. Weiter weist diese Untergruppe die größte Symptomstärke, die häufigsten komorbiden Sozialverhaltensstörungen sowie die schlechtesten Prognose auf (in epidemiologischen wie klinischen Studien). In epidemiologischen Stichproben werden diesem Untertyp zudem die größten sozialen Defizite zugeordnet.

Als ebenfalls mit einer hohen Komorbiditätsrate mit Störungen des Sozialverhaltens, einer schlechten Prognose und einer geringen sozialen Anpassung behaftet, gilt der **hyperaktiv-impulsive Subtyp** – wobei hier in allen Punkten eine geringere Ausprägung als bei dem kombinierten Subtyp vorliegt. Weiterhin stellt er die Untergruppe dar, die am häufigsten eine medikamentöse Therapie mit Stimulantien erhält. Im Gegensatz zu den anderen Untergruppen der Hyperkinetiker schneiden Kinder dieser Gruppe zudem in neuropsychologischen Tests genauso gut ab wie epidemiologische Kontrollen. Somit scheinen bei ihnen keine signifikanten kognitiven Defizite vorzuliegen, wohingegen die beiden anderen Untergruppen in klinischen wie epidemiologischen Studien als die am stärksten akademisch beeinträchtigten Gruppen gelten.

Die Gruppe des **unaufmerksamen Subtyps** unterscheidet sich von den beiden anderen durch ihre im Vergleich schwächste Symptomausprägung, ihren niedrigeren IQ, mehr zusätzliche Lernschwierigkeiten sowie eine nur sehr geringe Rate an komorbiden Sozialstörungen.

Zur **vieldiskutierten Frage der Intelligenz** hyperkinetischer Kinder gelangen Studien, die die Hyperkinetiker nach ihren Hauptsymptomen einteilen, zu folgendem Ergebnis: Die Intelligenz hyperkinetischer Kinder ist abhängig von ihrem, durch die jeweils vorherrschenden hyperkinetischen Hauptsymptome festgelegten Subtyp. Hierbei gilt der hyperaktiv-impulsive Subtyp als eher intelligent, der inattentive als eher weniger intelligent und die Intelligenz des kombinierten Subtyps wird kontrovers diskutiert.

3.3 Komorbiditäten bei ADHD:

3.3.1 Einführung

Epidemiologie (USA und BRD im Vergleich)

Einen guten allgemeinen Überblick über die Prävalenzrate verschiedener Komorbiditäten bei in der Klinik vorgestellten ADHD-Kindern geben Dulcan et al. 1997 in ihrem Review: Zunächst seien bei zwei Dritteln der Kinder überhaupt Komorbiditäten vorhanden. Davon in 50% der Fälle mit oppositionellen Verhaltensstörungen (ODD), in 30-50% mit Verhaltensstörungen (CD) und in 20-25% mit Angststörungen (Biederman et al., 1991; Newcorn & Halperin, 1994). Das Gilles de la Tourette-Syndrom und Tic-Störungen träten auch häufig zusammen mit ADHD auf. Weiter fanden Richters et al. 1995 eine Komorbidität von ADHD mit Lernstörungen von 10-25% und Blondis et al. 1995 mit DCD nach DSM-IV (developmental coordination disorder, den Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen nach ICD-10 entsprechend) bzw. visuell-motorischen Defiziten von weniger als einem Drittel.

Ähnliche Ergebnisse erhielten Döpfner et al. (2000a) in Deutschland, die bei bis zu 50% aller HKS-Kinder oppositionelle Verhaltensstörungen und bei weiteren 30-50% eine Störung des Sozialverhaltens mit dissozialen Auffälligkeiten diagnostizierten. In einer klinischen Studie seien bis zu 90% der HKS-Kinder von ihren Eltern als aggressiv oder dissozial auffällig beschrieben worden, bei 63% wurde eine Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert (Döpfner, 1996). Zu weiteren Komorbiditätsraten in Deutschland geben Döpfner et al. (2000a) für klinische Stichproben depressive Störungen mit 15-20% sowie Ticstörungen, Sprech- und Sprachstörungen an. Ihre Komorbiditätsraten für Angst- und Lernstörungen entsprechen den oben genannten amerikanischen Angaben genau.

Bei Erwachsenen mit der Diagnose ADHD wurden – wie Dulcan et al. 1997 in ihrem Review berichten – v. a. eine hohe Komorbidität mit Drogenmißbrauch, Angststörungen, dissozialer Persönlichkeitsstörung, Dysthymie und Zykllothymie festgestellt (Biederman et al., 1993c, 1995b; Shekim et al., 1990; Wender, 1995). Das Tourette-Syndrom gelte hier mit einer Rate von bis zu 70% laut Krause et al. 1998 als die häufigste Komorbidität.

Ergebnisse dazu, inwiefern Komorbiditäten ADHD-Subtypen bestimmen

Schon im Review von Jensen et al. 1997, das einen Überblick über die Literatur zu ADHD in den vorangegangenen 15 Jahren liefert, kristallisieren sich zwei neue Subklassifikationen des ADHD-Syndroms heraus: zum einen der schon in der Einleitung hervorgehobene **Subtypus mit komorbiden Störungen des Sozialverhaltens**, zum anderen eine **Untergruppe mit komorbiden Angststörungen**. Um die diskriminierende Gültigkeit etwaiger Störungssubtypen einschätzen zu können, benutzten Jensen et al. die acht 1995 von Cantwell entwickelten Kriterien 1) klinische Phänomenologie, 2) demographische Faktoren, 3) psychosoziale Faktoren, 4,5) Familienfaktoren (Umgebungsfaktoren und genetische), 6) biologische Faktoren, 7) natürlicher Verlauf und 8) klinisches Ergebnis. Hiervon unterstützten laut Jensen et al. 1997 sieben der acht Kriterien die Hypothese eines eigenständigen Subtypus ADHD+ODD/CD, und etwas schwächer mit vier von acht Kriterien wurde diejenige von ADHD+ANX gestützt.

Somit liegt uns hier jeweils ein Subtypus mit einer externalisierenden komorbiden Störung und einer internalisierenden komorbiden Störung vor. Aufgrund des Ergebnisses von Angold et al. 1999, daß eine sehr enge Assoziation zwischen komorbiden Angststörungen und komorbiden Depressionen bei ADHD herrsche (s.u.), werden den Angststörungen hier im weiteren Verlauf auch die depressiven Komorbiditäten zugeordnet. Alle weiteren Komorbiditäten werden im Folgenden unter „andere“ Komorbiditäten subsummiert.

Modelle zu den klinischen Effekten der Komorbiditäten

Marks et al. stellen 2001 zwei verschiedene Modelle vor, die sich mit den klinischen Auswirkungen von Komorbiditäten beschäftigen:

Bei dem **additiven Modell** vermittelt jede Störung ihre eigene diagnostische und prädiktive Information. Dieses Modell wird z.B. durch Fergusson et al. 1993 gestützt, die herausfanden, daß CD mit Auftreten in der Kindheit zwar spätere Delinquenz vorhersagt, aber – nach Korrektur auf Komorbiditäten - nicht in Beziehung mit geringem akademischem Erfolg steht. Dieses war für ADHD ohne Verbindung mit CD der Fall.

Das **synergistische Modell** hingegen geht davon aus, daß das Vorhandensein multipler Störungen mehr Informationen liefert als die Summe der einzelnen Störungen allein. Stützend für diesen Ansatz sind z.B. Ergebnisse zu ADHD-Kindern mit komorbiden CD, die in vielfältigen Domänen globaler beeinträchtigt sind (Werry et al., 1987) und im Verlauf schlechter abschneiden (Szatmari et al., 1989) als Kinder mit der alleinigen Diagnose ADHD. .

3.3.2 Externalisierende Störungen

3.3.2.1 Störungen des Sozialverhaltens, Einführung:

Prävalenz:

Zu den schon seit einigen Jahrzehnten beobachteten Komorbiditätsraten von ADHD mit Störungen des Sozialverhaltens (DBD - disruptive behavior disorders) (Jensen et al., 2001) gibt es unterschiedliche Angaben in der Literatur, die aber allesamt hoch sind: So fanden Bird et al. 1988 in einer Bevölkerungsuntersuchung eine Komorbiditätsrate von ODD von 35% bei ADHD-Kindern, und auch Biederman et al., die 1991 29 Studien zu klinischen und epidemiologischen Stichproben in einem Review zusammenfaßten, berichteten von einer Komorbiditätsrate von ADHD mit CD von 30-50% (Kuhne et al., 1997). Die beiden Komorbiditätsdiagnosen zusammenfassend geben Marks et al. 2001 in ihrer Übersichtsarbeit gar eine Prävalenzrate von 43-93% von ODD/CD bei ADHD-Kindern an.

3.3.2.2 Auswirkungen komorbider Sozialverhaltensstörungen auf hyperkinetische Kinder

ODD versus CD in den amerikanischen DSM-IV:

In diesen Untersuchungen wurde die in den USA übliche Unterscheidung der DBD in ODD und CD nach DSM-IV vorgenommen, die es in der bei uns verwendeten ICD-10 nicht gibt.

Diese Unterscheidung ist auch in den USA umstritten: so sagen einige Autoren, die beiden Störungsbilder seien alles andere als deutlich voneinander abzugrenzen und stellen die Sinnhaftigkeit dieser Abgrenzung infrage (Anderson et al. 1987; Werry et al., 1987), andere sehen ODD als eine schwächere Form von CD an (Schachar und Wachsmuth, 1990) und wieder andere stellen Gemeinsamkeiten und Überlappungen fest, halten aber dennoch an der Abgrenzung dieser beiden Störungsbilder fest wegen der jeweils unterschiedlichen Zusammensetzung ihrer Symptome (Lahey et al., 1992).

Zur jeweiligen Komorbidität von CD und ODD fanden Cohen et al. 1993 in einer Bevölkerungstichprobe, daß 60% der CD-Kinder komorbide ODD aufwiesen und 47% der ODD-Kinder komorbide CD. Diese Komorbiditätsraten waren in klinischen Stichproben noch höher, z.B. bei Schachar und Wachsmuth 1990 wie uns Kuhne et al. 1997 in einem Überblick über die Situation dieser Störungsbilder mitteilen. Zu Unterscheidungen im Verlauf von ODD und CD stellen Loeber et al. 1990 fest, daß ODD in früherem Lebensalter als CD das erste Mal auftritt und Lahey et al. merken 1992 an, daß viele Kinder mit der Diagnose ODD nie zu einer CD-Symptomatik fortschreiten und Conduct Disorders, die zum ersten Mal im Erwachsenenalter auftreten, völlig unabhängig von ODD zu sein scheinen. Auch Kuhne et al. kommen 1997 nach einer Untersuchung zu den unterschiedlichen Auswirkungen, die ODD bzw. CD auf Kinder mit der Diagnose ADHD haben, zu dem Schluß, daß die Vorstellung, CD-assoziierte Symptome

seien bloß eine lineare Fortentwicklung der ODD-Symptomatik, wohl zu einfach sei, da diese beiden Sozialverhaltensstörungen neben einigen gemeinsamen doch auch recht unterschiedliche Auswirkungen auf das Störungsbild ADHD hätten.

Kuhne et al. verglichen 1997 in ihrer klinischen Studie die drei Gruppen ADHD, ADHD mit komorbiden ODD und ADHD mit komorbiden CD. Mit diesem Studiendesign wollten sie der Frage auf den Grund gehen, welche der in früheren Studien festgestellten Symptome der ADHD-Kinder allein auf diese Störung zurückzuführen seien und welche in Wirklichkeit eher durch komorbide ODD oder CD zustande kämen. Diese Fragestellung war v.a. deshalb interessant, weil man bei den meisten früheren Studien zu ADHD den Komorbiditäten gar keine Beachtung geschenkt hatte und es aufgrund des hohen Prozentsatzes von komorbiden ODD/CD unter den Hyperkinetikern gut sein konnte, daß einige ADHD-Symptome falsch zugeordnet worden waren. So hatten z.B. laut Kuhne et al. 1997 Befera und Barkley 1985 bei Eltern von ADHD-Kindern höhere Raten an negativen, kontrollierenden und weniger auf das Kind eingehenden Verhaltensweisen im Vergleich zu Eltern von Kindern ohne ADHD festgestellt, die von Taylor et al. 1986 eher als ein Ausdruck von Verhaltensproblemen und Aggression verstanden wurden. Auch die von Cohen und Minde 1983 gefundenen höheren Trennungsraten der Eltern von ADHD-Kindern ordneten Loeber et al. 1990 eher Verhaltensproblemen zu als ADHD.

In der oben beschriebenen Studie von Kuhne et al. wird das unterschiedliche Symptomprofil, das ADHD-Kinder durch komorbide ODD bzw. CD erlangen, sehr gut deutlich, so daß ich hier ihre Ergebnisse vorstellen und die anderer Autoren ergänzen möchte. Daran anschließend möchte ich auf die Besonderheiten der Diagnose reinen ADHDs anhand von Ergebnissen aus Studien mit dem Gruppenvergleich ADHD-Kinder versus ADHD- freie Kontrollgruppen eingehen.

Auswirkungen komorbiden Conduct Disorders (CD) auf ADHD-Kinder

Insgesamt wird die Kombination ADHD+CD als besonders ungünstig beschrieben, da sowohl die Symptomstärke als auch die Persistenz des antisozialen Verhaltens und der Aggression der Jugendlichen nicht nur über die Angaben zu reinem ADHD, sondern auch zu reinem CD hinausgingen (Schachar et al., 1981; Walker et al., 1987) und CD in der Kindheit als Vorhersagefaktor für Delinquenz als Erwachsener gefunden wurde (Fergusson et al., 1993).

Die höchste Symptomstärke und höchste Aggressivität im Vergleich mit ADHD+ODD- und reinen ADHD-Kindern wurden den ADHD+CD- Kindern auch von Loney et al. 1981 und Kuhne et al. 1997 bescheinigt.

Zudem gaben ADHD+CD- Kinder höhere Angst-Raten an und hatten öfter Mütter mit eigenen psychologischen Schwierigkeiten als ADHD+ODD- und reine ADHD-Kinder. Sie schienen sich ihrer Probleme bei sozialen Fertigkeiten (auch Reeves et al., 1987) und ihrer Verhaltensprobleme bewußt zu sein, was durch ihre niedrige Selbsteinschätzung in diesen Punkten deutlich wurde (Kuhne et al., 1997).

In früheren Studien wurden bei dieser Gruppe vermehrt alleinerziehende Eltern, häufigere Trennungen der Eltern, vermehrt elterliche Psychopathologien und ein niedrigerer sozialer Status als bei reinen ADHD-Kindern festgestellt (Hinshaw et al., 1987). Auch eine elterliche antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie Substanzenmißbrauch wurden eher mit CD als Komorbidität bei ADHD als mit ADHD alleine in Verbindung gebracht (Faraone et al. 1991; Lahey et al., 1988) wie weiter geringe Fähigkeiten in der Kindererziehung bei den Eltern und erzwungene Eltern-Kind-Beziehungen (nach August et al., 1999; Faraone et al., 1991; Lahey et al., 1992; Schachar und Wachsmuth, 1990).

Zudem hatten ADHD-Kinder mit komorbiden CD (wie auch ODD) in der 1993 von Barkeley et al. durchgeführten Verlaufsstudie von ADHD+ODD-, ADHD+CD- Kindern sowie einer normalen Kontrollgruppe das höchste Risiko für mangelhafte Autofahrkenntnisse mit den Folgen von Autounfällen und Führerscheinentzügen.

Auf die Problematik „ADHD+CD und akademischer Erfolg“ wird im Abschnitt ADHD+ODD eingegangen.

ADHD+CD in Familienstudien

Um der Fragestellung auf den Grund zu gehen, ob es sich bei ADHD und seiner Komorbidität mit ODD/CD eher um zusammen vorkommende, aber dennoch separate Störungen oder um eine eigene Kategorie des ADHD-Syndroms handelt, wurden mehrere Familienuntersuchungen gemacht, die Doyle und Faraone 2002 vorstellen. Auf eine Überlegung davon möchte ich hier näher eingehen: Den Ausgangspunkt stellen zwei Studien dar, die unabhängig voneinander erhöhte Raten von CD und antisozialer Persönlichkeit bei Verwandten von ADHD+CD-Kindern, aber nicht bei Verwandten von ADHD-only-Kindern feststellten (Biederman et al., 1992; Faraone et al., 1991). Dieses ließ auf einen qualitativen Unterschied zwischen ADHD-Kindern und ADHD+CD-Kindern schließen. Einen weiteren diese Vermutung stützenden Punkt machte die Beobachtung aus, daß nur Verwandte von ADHD+CD-Probanden ein erhöhtes Risiko hatten, ebenfalls ADHD+CD diagnostiziert zu werden, sich die Raten der ADHD+CD-Verwandten von ADHD-only-Probanden aber nicht von denen der Verwandten der Kontrollgruppe unterschieden. Diese Ergebnisse blieben über einen Untersuchungszeitraum von 4 Jahren konstant. (Faraone et al., 1997). Insgesamt stützen diese Ergebnisse die Hypothese, daß die Gruppe der ADHD+CD-Kinder genetisch verschieden ist und die beiden Störungen gemeinsam vererbt werden. Auch das geringe Risiko der Diagnose CD bei Verwandten von ADHD-only-Probanden spricht für einen qualitativen und nicht quantitativen Unterschied zwischen ADHD-only und ADHD+CD-diagnostizierten Personen (Doyle und Faraone, 2002).

Auswirkungen komorbider Oppositional Deficit Disorders (ODD) auf ADHD-Kinder

Auch bei der komorbiden Störung ODD sind das **familiäre Umfeld/Funktionsniveau** und daraus mit resultierend der **elterliche Erziehungsstil** Unterscheidungskriterien von reinen ADHD-Kindern:

So beschreiben Cunningham und Boyle 2002 als ein Ergebnis ihrer epidemiologischen Studie an Vorschulkindern (Vergleich der vier Gruppen reine ADHD-, ADHD+ODD-, reine ODD- und nicht gestörte Kinder), daß die Mütter der mit ODD diagnostizierten Kinder weniger Lösungen für Verhaltensprobleme ihrer Kinder vorschlugen, sich weniger geschickt in der Kindererziehung zeigten und sich darin auch weniger kompetent fühlten (auch Johnston, 1996). Es komme zu mehr negativen und weniger positiven Interaktionen zwischen den Müttern und ihren Kindern, und es herrsche ein signifikanter Zusammenhang bei dieser Komorbidität mit mütterlicher Depression und psychologischem Streß (Barkley et al., 1991), höheren elterlichen Trennungsraten (Loeber et al., 1990) und eheliche Streitigkeiten (Barkley et al., 1991; Johnston, 1996) sowie mehr alleinerziehenden Müttern (Johnston, 1996). Auch antworteten Mütter in dieser Gruppe bei Konfliktsituationen negativer als Mütter der ADHD-only- und normalen Kontrollgruppe, sogar neutrale Kommentare würden negativ beantwortet (Fletcher et al., 1996; Johnston, 1996).

Daß man die Väter von ADHD-ODD-Kindern nicht unberücksichtigt lassen darf, stellte Johnston 1996 mit dem Ergebnis fest, daß bei den Vätern der Kinder mit einem hohen Level an ODD-Symptomen im Vergleich zu Vätern von Kindern mit einem niedrigen ODD-Level oder der normalen Kontrollgruppe, die größte psychologische Verwirrung herrsche und bei beiden Elternteilen dieser Gruppe das niedrigste Selbstbewußtsein.

Die Familien der ODD-Gruppe funktionierten insgesamt schlechter als die von Kindern ohne ODD trotz Ähnlichkeiten in Struktur (Familiengröße, Verheiratetenstatus) und Ressourcen (elterliche Ausbildung, Einkommen) unter den Gruppen (Cunningham und Boyle, 2002). Als Ausdruck dieses schlechten Funktionierens der familiären Strukturen in den ODD-Gruppen (ODD und ADHD+ODD) fanden Cunningham und Boyle v.a. sehr permissive elterliche Haltungen und weniger kontrollierende Maßnahmen als bei den Gruppen mit Kindern ohne ODD-Symptome (ADHD und CG). Und dieses, obwohl die Kinder der ODD-Gruppen problematischer und weniger folgsam im Verhalten zu Hause waren. Diesen Zusammenhang zwischen permissiven elterlichen Praktiken und kindlichen DBD stellten auch DeVito und Hopkins 2001 fest.

Fletcher et al. teilen 1996 mit, daß die meisten Konflikte zwischen Eltern und ihren ADHD-Teens durch komorbides ODD zu entstehen schienen, welches ein Familien- und kein Teen-charakteristikum darstelle und interpersoneller Feindseligkeit und Irritabilität entspreche. Sie fanden in der ADHD+ODD-Gruppe ein insgesamt stärker ausgeprägtes Konfliktverhalten als in den Vergleichsgruppen reiner ADHD-Kinder und normaler Kontrollen.

Weitere Autoren, die in Studien mit älteren Kindern die familiäre Dysfunktion eher der ODD-Symptomatik als der von ADHD zuschreiben, sind Schachar und Tannock 1995, Szatmari et al. 1989, Barkley et al., 1991, 1992 und bei Studien mit Vorschulkindern Stormont-Spurgin und Zentall, 1995. ADHD-Symptome allein seien nicht mit dem schlechten Funktionieren der Familien verbunden (Cunningham und Boyle, 2002; Byrne et al., 1998; Cunningham et al., 1988; Johnston, 1996).

Weiter beschreiben Cunningham und Boyle mehr **internalisierende Probleme** in dieser Gruppe als in den Gruppen ohne ODD-Symptomatik. Internalisierende Probleme der ODD-Gruppe fanden auch Speltz et al. 1999, und Shaw et al. verbanden 1997 diese Probleme mit der familiären Dysfunktion. In früheren Studien wurden bei ADHD- und ODD-Kindern erhöhte Depressionsraten festgestellt (Byrne et al., 1998; Spieker et al., 1999).

Die soziale Eingliederung betreffend, schien die ADHD+ODD- Gruppe bei Kuhne et al. 1997 stärker sozial isoliert zu sein als die anderen Gruppen (in einem nicht-signifikanten Trend angezeigt).

Einige Unstimmigkeiten gibt es bei der Betrachtung der **akademischen Fähigkeiten** dieser komorbiden Störungsgruppe (ADHD+ODD):

Bei Kuhne et al. erreichte diese Gruppe ein relativ hohes Level an akademischem Erfolg, welches von früheren Untersuchungen abwich: Bei Faraone et al. 1991 siedelte sich die ADHD+ODD-Gruppe den akademischen Erfolg betreffend zwischen den reinen ADHD-Kindern und ADHD+CD an.

Weitere Studien zu den akademischen Fertigkeiten wurden eher mit den Vergleichsgruppen ADHD und ADHD+CD gemacht – mit widersprüchlichen Ergebnissen: Einige Autoren sahen einen zentralen Zusammenhang zwischen ADHD und akademischem Mißerfolg (z.B. Frick et al., 1991; Semrud-Clikeman et al., 1992: schwere Leseschwierigkeiten betreffend; Fergusson et al., 1993: reines ADHD ohne Komorbidität betreffend), andere, die auch Komorbiditäten untersuchten, fanden bei ADHD+CD-Kindern bessere (Stewart et al., 1981), gleich gute (Matier et al., 1992; Fergusson et al., 1993) und schlechtere (Moffitt and Henry, 1989) akademische Fähigkeiten als bei reinen ADHD-Kindern. Moffitt fand 1990 bei einem Vergleich der Gruppen ADD+Delinquenz, ADD-only, Delinquenz-only und einer normalen Kontrollgruppe für die Gruppe ADD+Delinquenz geringere Lese- und motorische Fertigkeiten sowie einen niedrigeren IQ im Alter von 5 Jahren. Für diese Untergruppe gleichfalls einen niedrigen IQ sowie erhöhte Lern- und Leseschwierigkeiten und neuropsychologische Defizite stellten Jensen et al. 1997 in ihrem Review fest. Fergusson et al. dagegen fanden 1993 nach Korrektur auf Komorbiditäten keinen prädiktiven Zusammenhang mehr zwischen CD und späteren akademischen Defiziten. Kuhne et al. erklären sich die Abweichungen ihres Ergebnisses (s.o.) von denen anderer Studien dadurch, daß bei ihnen der Typ der Komorbidität anders war (ODD) und eine Reihe, nur z.T. überschaubarer Variablen zu akademischem Erfolg beitragen. Weiter stellen sie die Überlegung

Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie:

an, daß vielleicht auch das mangelnde Interesse von ADHD+CD-Kindern an der Lesefertigkeit oder ihr ausgiebiges Schule- Schwänzen für dieses Ergebnis mit verantwortlich seien. Interessanterweise schienen sich die ADHD+ODD-Kinder in Kuhne et al.s Studie ihrer schulischen Fertigkeiten durchaus bewußt zu sein, was höhere Werte in Scores zu der eigenen Einstufung in diesem Punkt deutlich machten (nicht signifikanter Trend). ADHD+CD-Kinder weisen weiterhin erhöhte Schulsuspensionsraten auf (Barkley et al., 1990).

Auswirkungen komorbiden CD oder ODD auf ADHD-Kinder:

Beide Verhaltensstörungen bewirken bei ADHD-Kindern eine Minderung der sozialen Fertigkeiten und haben schwerwiegende negative Auswirkungen auf ihr Verhalten innerhalb ihrer Familien, was zu der Annahme führt, daß Sozialverhaltensprobleme einen großen Effekt auf die Fähigkeit haben, adäquat mit anderen Menschen umzugehen (Kuhne et al., 1997).

Bei beiden Komorbiditäten kommt es auch zu mehr gestörten Familiensituationen als bei nicht-aggressiven ADHD-Kindern (Barkley et al., 1989).

Weiter sind beide Störungsbilder mit elterlicher antisozialer Persönlichkeit, mangelhaften Erziehungspraktiken der Eltern sowie erzwungenen Eltern-Kind Interaktionen assoziiert (Faraone et al., 1991; Lahey et al., 1992; Schachar & Wachsmuth, 1990).

Auswirkungen des reinen hyperkinetischen Syndroms bzw. des hyperkinetischen Syndroms mit komorbiden Sozialstörungen auf störungsfreie Kinder

Auswirkungen reinen ADHDs auf störungsfreie Kinder

Antworten auf diese Frage stammen zumeist aus Studien, die reine ADHD-Kinder mit einer störungsfreien Kontrollgruppe verglichen:

Cunningham und Boyle stellten 2002 hierzu fest, daß Kinder mit der Diagnose ADHD die meisten Schulprobleme in ihrer Studie (s. o.) aufwiesen. Fergusson et al. fanden 1993(b), daß bei Kindern mit dem gleichen IQ das Störungsbild ADHD Probleme in ihrer Schullaufbahn vorher-sage (nach Jensen 1997). Auch Studien mit älteren Kindern/Erwachsenen schrieben akademische Probleme/Defizite eher der Diagnose ADHD als ODD zu (Kuhne et al., 1997; Marks et al., 2001) bzw. beschrieben schlechtes Abschneiden bei akademischen Aufgaben bei Vorschul-ADHD-Kindern (Lahey et al., 1998; Mariani und Barkley, 1997) sowie einen gegenüber nicht-ADHD-Kindern niedrigeren IQ (Clark et al., 2000; Carte et al., 1996; Mariani und Barkley, 1997; Melnick und Hinshaw, 1996; Schachar und Logan, 1990).

Einen wenig geschickten Umgang der ADHD-Vorschul-Kinder mit der jeweiligen Peer Gruppe fanden Alessandri (1992), DuPaul et al. (2001) und bei älteren Kindern Cunningham und Siegel

(1987). Cunningham und Boyle berichten 2002 weiterhin, daß Lehrern mehr Probleme der ADHD-Kinder bei sozialen Fertigkeiten und dem Verhalten im Klassenraum auffielen.

Bei einem Vergleich neuropsychologischer Fähigkeiten der 4 Gruppen ADHD-only, ADHD+ODD/CD, ODD/CD-only und einer normalen Kontrollgruppe stellten Clark et al. 2000 fest, daß Defizite exekutiver Funktionen spezifisch für die ADHD-Gruppe und nicht mit ODD oder CD assoziiert seien (auch Hinshaw, 1987; Leung et al., 1996; Sanson et al., 1993; Schar, 1991). Zugrundeliegende neuropsychologische Defizite bei ADHD-Kindern fanden auch Barkley et al., 1992; Grodzinsky und Diamond, 1992; Seidman et al., 1997, v. a. Schwierigkeiten der Selbstregulation (Shue und Douglas, 1992) und eine Unfähigkeit, Problemlösestrategien zu entwickeln (Sonuga-Barke et al., 1996).

Einen weiteren ADHD-Kinder von ADHD-freien Kindern abgrenzenden Faktor stellt ein größeres Ausmaß an internalisierenden Problemen bei den ADHD-Kindern dar (Lehrerurteil bei Cunningham & Boyle, 2002) und Mütter in dieser Gruppe berichten von höheren eigenen Depressionsraten (Byrne et al., 1998; Cunningham et al., 1988, 2002; Johnston, 1996).

Unklarheit herrscht in der Frage, ob reine ADHD-Kinder bzw. –Familien weniger soziale Unterstützung erfahren als die anderen komorbiden Störungsgruppen bzw. gesunde Kontrollen: Dieses wird von Cunningham et al. 1988 und DuPaul et al. 2001 bejaht, von Johnston 1996 verneint, und 2002 fanden Cunningham und Boyle dann auch keinen Unterschied mehr hinsichtlich dieser Fragestellung in ihrer epidemiologischen Studie. Hierzu stellten sie allerdings die Überlegung an, daß diese Unterschiede mit dem Alter der Hyperkinetiker, der Symptom schwere oder der verstärkten Komorbidität z.B. in klinischen Stichproben entstehen könnten. Barkley et al. hatten 1990 ein um etliches weniger stabiles familiäres Umfeld bei ADHD-Kindern im Vergleich zur normalen Kontrollgruppe gefunden.

Auswirkungen von komorbidem ADHD+ODD auf störungsfreie Kinder

Im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen leben Kinder dieser Gruppe häufiger bei alleinerziehenden Müttern (Johnston, 1996), und es gibt mehr Scheidungen und Ehetrennungen (Faraone et al., 1991).

Allgemeine Ergebnisse zu dem Zusammenhang Erziehungsstrategien und kindliches Störungsmuster:

Da in allen Studien, die sich mit diesem Thema auseinandersetzten, ein Zusammenhang zwischen permissivem elterlichen Erziehungsstil und kindlichen Störungen des Sozialverhaltens festgestellt wurde, möchte ich hier noch kurz auf eine interessante Studie von Pelham et al. 1997 zu diesem Thema eingehen: In dieser Studie wurden per Zufallsprinzip Eltern kindlichen „Schauspielern“ zugeordnet, die in der einen Gruppe externalisierende Probleme zeigen sollten, in der Vergleichsgruppe unproblematisch waren. Pelhams Ergebnis bestand darin, daß sich die

der Problemverhalten-Gruppe zugeordneten Eltern weniger erfolgreich und effektiv, dafür feindlicher, gesonnener, ängstlicher und depressiver fühlten als die Eltern in der Gruppe unproblematischer Kinder. Seine Schlußfolgerung war, daß externalisierende Probleme bei den zu betreuenden Kindern direkt zu den niedrigeren Selbsteinschätzungsscores führen könnten, die bei Eltern der ODD-Gruppe beobachtet wurden. Allerdings untersuchten Pelham et al. nur die Auswirkungen kindlichen externalisierenden Verhaltens allgemein und machten keine Unterscheidung zwischen den einzelnen externalisierenden Störungsbildern.

Cunningham und Boyle stellten 2002 neben dem schon beschriebenen weniger ausgeprägten kontrollierenden Erziehungsverhalten der Eltern in der ODD-Gruppe (s. o.) kaum weitere Unterschiede zwischen den Müttern der verschiedenen untersuchten Gruppen fest. Dieses Ergebnis, daß Mütter in verschiedenen Gruppen gleichartig auf hypothetische kindliche Probleme reagierten, deckt sich mit früheren Studien (Johnston und Behrenz, 1993; Johnston und Freeman, 1997). Mütter in allen Gruppen schlugen mehr als doppelt so häufig kontrollierende/negative als positive/präventive Lösungen für gemeinsame ADHD, ODD und CD-Probleme vor. Insgesamt wendeten die Mütter eher bestrafende als positives Verhalten verstärkende Strategien an (Cunningham und Boyle, 2002).

Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit Untersuchungen, die herausfanden, daß wenig reguliertes kindliches Verhalten eine weniger positive und kontrollierendere elterliche Antwort bewirke (Barkley et al., 1985; Barkley et Cunningham, 1979). Da bei Cunningham und Boyle die Eltern aller Gruppen mit mehr negativen Strategien auf die entsprechenden externalisierenden Verhaltensweisen reagierten, ziehen die Autoren den Schluß, daß diese elterliche Antwort nicht spezifisch für Eltern von Kindern mit ADHD- oder ODD-Symptomatik sei. Andere Eltern entwickelten ähnliche Reaktionsmuster, wenn sie mit ADHD-Kindern zu tun hätten (Byrne et al., 1998).

3.3.3 Internalisierende Störungen, Einführung

Daß auch internalisierende Störungen (Angststörungen und depressive Störungen) häufig zusammen mit ADHD auftreten, bemerkte man erst im letzten Jahrzehnt (Jensen et al., 2001).

Seither schwanken statistische Angaben zur Prävalenzrate dieser Komorbidität stark: Sie werden z.B. für epidemiologische Stichproben in der Übersicht von Marks et al. 2001 mit 13-75%, bei Jensen et al. 1997 (Review) als von 13,0%-50,8% reichend angegeben. Hierbei weisen Jensen et al. zudem auf das Ergebnis von McConaughy und Achenbach 1994 hin, daß Komorbiditätsraten in klinischen Stichproben noch einmal signifikant höher als in Bevölkerungsstichproben seien.

Einzelnen betrachtet, werden für mit ADHD diagnostizierte Kinder Komorbiditätsraten für „Mood Disorders“ (Störungen der Stimmung wie z.B. Depressionen) von 10-75% (Marks et al., 2001), für starke Depressionen bei überwiesenen ADHD-Kindern von 29% (Biederman et al., 1993 laut Marks et al., 2001) und in sowohl klinischen als auch epidemiologischen Studien für Angststörungen von ca. einem Drittel angegeben (Jensen et al. 2001; Biederman et al., 1991; Bird et al., 1990; MTA Cooperative Group, 1999a; Woolston et al., 1989). Angold et al. untersuchten 1999

das Phänomen komorbider Angststörungen von ADHD-Kindern und stellten sein reales Vorkommen und seine Unabhängigkeit von methodologischen Artefakten fest (Jensen et al., 2001).

Komorbide „Mood Disorders“ bei ADHD-Kindern betreffend, fanden gleichfalls Angold et al. 1999 heraus, daß diese prinzipiell in Assoziation mit Angststörungen aufträten. Dieses Ergebnis lieferte dann später in der MTA-Studie die Begründung, diese beiden Komorbiditäten zu einer Gruppe (ADHD+ANX) zusammenzufassen, so daß es in dieser Studie also keine Aussagen über die alleinige Komorbidität von „Mood Disorders“ gibt. Angolds Ergebnis stützend kam dieses Störungsbild in der MTA-Studie auch nur bei 2 der 579 untersuchten Kinder unabhängig von voll diagnostizierbaren Angststörungen vor und diese zwei wiesen dann zumindest eine leichte Angstproblematik auf (Jensen et al., 2001). (Auf die MTA-Studie wird später eingegangen.)

3.3.3.1 Angststörungen

In Studien zu diesem Subtypus stellten Pliska 1989 und Tannock et al. 1995 fest, daß ADHD-Kinder mit dieser Komorbidität nicht so gut auf Stimulantientherapie ansprächen oder eher Nebenwirkungen entwickelten (Tannock und Schachar, 1992). Diamond et al. sowie die MTA Cooperative Group dagegen fanden 1999 keinen Unterschied dieser Gruppe in der Ansprache auf die Stimulantientherapie, allerdings einen besonders guten Erfolg der Verhaltenstherapie (MTA Cooperative Group, 1999 - aus Jensen 2001).

Weiterhin fand Pliska 1992 in einem Vergleich der drei Gruppen ADHD-only, ADHD+ANX- und einer Kontrollgruppe heraus, daß es bei den Gruppen ADHD und ADHD+ANX zwar keinen Unterschied bei von den Eltern berichteten ODD-Symptomen gebe, allerdings ein Trend erkennbar würde, daß die ADHD-only-Gruppe mehr ODD-Symptome manifestiere als die ADHD+ANX-Gruppe (Jensen et al., 1997).

3.3.3.2 Emotionalstörungen, Depressionen (Mood disorders)

Einige Autoren spekulierten laut Marks 2001, daß die Kombination von Impulskontrollstörungen und Mood Disorders einen signifikanten Risikofaktor für einen schwereren Verlauf darstellten, doch gebe es kaum Daten, die diese Behauptung stützten. Und weder Weiss et al. 1985 noch Mannuzza et al. 1993 fanden Unterschiede in der Lebenszeit-Prävalenz von Mood Disorders zwischen ADHD-Gruppen und normalen Kontrollen (Marks et al., 2001).

3.3.4 weitere Komorbiditäten

3.3.4.1 Lernstörungen

Bei dieser Komorbidität der ADHD-Kinder berichten Marks et al. 2001 über die größte Variabilität in den statistischen Angaben zur Prävalenz, die von 9-94% reiche, bei konservativeren Methoden allerdings bei 20% liege (Hinshaw, 1992). Biederman et al. schreiben 1991 diese große Variabilität den unterschiedlichen Methoden der Gruppenbildung, verschiedenen dia-

agnostischen Kriterien und/oder Einschlusskriterien zu, die für beide Syndrome verwendet werden.

Aufgrund dieser hohen Komorbiditätsraten haben einige Forscher sich mit der Frage beschäftigt, inwieweit diese beiden Störungen überhaupt voneinander unterschieden werden können. Interessante Ergebnisse hierzu lieferten Stanford und Hynd 1994 in ihrem Vergleich der drei Gruppen ADD-Kinder (outpatients) mit bzw. ohne Hyperaktivität und Kinder mit Lernstörungen: Trotz einiger gemeinsamer Verhaltensweisen von ADD und Lernstörungskindern repräsentieren die beiden Störungsbilder nicht die gleiche Diagnose. Bei allen drei Gruppen kommen häufig Lernstörungen vor, allerdings sind die Ursachen dafür verschieden (Verhaltensstörungen/-probleme versus Aufmerksamkeitsdefizite/-probleme versus Entwicklungsstörungen). Vom Symptomprofil her wurden die ADD- Kinder mit Hyperaktivität als störender und impulsiver als die anderen beiden Gruppen beschrieben, die eher als lethargisch, scheu und tagträumerisch auffielen (Jensen et al., 1997).

Lernstörungen in Familienstudien

Faraone et al. fanden 1993(a) in einer Familienstudie zu dieser Komorbidität von ADHD zwar das größte Risiko für das Auftreten von Lernstörungen (LD – Learning Disorders) bei Verwandten von ADHD+LD diagnostizierten Probanden, stellten allerdings auch fest, daß diese beiden Störungen nicht innerhalb von Familien gemeinsam vererbt wurden, was sie als ätiologisch unabhängig voneinander auszeichnete (nach Jensen et al., 1997).

3.3.4.2 Umschriebene Entwicklungsstörungen

V. a. zu einem Teilbereich der umschriebenen Entwicklungsstörungen, den motorischen Defiziten DCD (developmental coordination disorders), gibt es Literaturangaben: Hier wird die Komorbidität von ADHD und DCD mit weniger als einem Drittel angegeben. Blondis führt 1999 aus, daß motorische Defizite bei einem Großteil hyperkinetischer Kinder beobachtbar sind: Um das Vorhandensein der echten Diagnose Umschriebener Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen und nicht nur einer Begleiterscheinung des Hyperkinetischen Syndroms genauer beurteilen zu können, müsse man die HKS-Kinder noch zu weiteren späteren Erhebungszeitpunkten daraufhin untersuchen. Denn nur so könne man feststellen, ob sich die motorischen Defizite letztendlich „auswüchsen“, wie es bei einer HKS- Begleiterscheinung der Fall wäre und die Kinder auch im sportlichen Bereich keine Defizite mehr aufwiesen, oder ob die Probleme bestehen blieben. Letzteres spräche für die „echte“ Diagnose der motorischen Störungen.

Ein Überdiagnose-Verhalten bei diesem Störungsbild – gerade bei jungen Kindern – sei also durchaus möglich.

3.3.5 Zusammenfassung der Studienergebnisse zu den Komorbiditäten der Hyperkinetiker

1. Angaben zu **Komorbiditäten** bei hyperkinetischen Kindern sind in der Literatur äußerst schwankend. Bei einem generellen Vorhandensein von Komorbiditäten bei etwa zwei Dritteln der Hyperkinetiker kann aber von eher stark gestörten und beeinträchtigten Kindern ausgegangen werden. Als komorbide Störungen kommen v.a. weitere externalisierende Störungen im Sinne der **Sozialverhaltensstörungen** vor: Hierbei wird für die beiden nach dem amerikanischen DSM-IV definierten Diagnosegruppen ODD (oppositional deficit disorder) bzw. CD (conduct disorder) jeweils eine Komorbiditätsrate von 50% bzw. 30-50% angegeben. (ODD werden nach dem DSM-IV eher bei jüngeren und CD eher bei älteren Kindern diagnostiziert, was die höhere Rate an komorbiden ODD bei einer eher jungen Diagnosegruppe wie den Hyperkinetikern erklärt. In den angelsächsischen ICD-10 entfällt eine solche weitere Unterteilung der Störungen des Sozialverhaltens, die in den USA auch generell kontrovers diskutiert wird.). Weiterhin werden hohe Komorbiditätsraten für **Entwicklungsstörungen** (DCD – developmental coordination disorder: in etwa einem Drittel), **Angststörungen** (20-25%) und **Lernstörungen** (10-25%) angegeben und auch depressive Störungen, Sprech-/Sprach- und Ticstörungen werden häufig angeführt.
2. Einige Autoren postulieren die Existenz eigenständiger, durch Komorbiditäten definierter **Subtypen der Hyperkinetiker**, wie den aggressiven und den ängstlichen Subtypus. Der **aggressive Subtypus** umfaßt dabei Hyperkinetiker mit zusätzlichen externalisierenden Störungen wie die Sozialverhaltensstörungen (ODD und/oder CD), der **ängstliche Subtypus** HKS-Kinder mit komorbiden internalisierenden Störungen wie z.B. Angststörungen.
3. Das Hyperkinetische Syndrom sowie Lernstörungen gelten beide als vererbare Störungsbilder – allerdings als unabhängig voneinander.
4. In der vorhandenen Literatur einheitlich besonders gut von den reinen HKS-Kindern abgrenzbar, ist die Gruppe der **Hyperkinetiker mit zusätzlichen Sozialverhaltensstörungen**:
 - Dieser Untergruppe werden die **höchste Symptomstärke und Aggressivität**, die höchsten Angstraten, häufigere verminderte soziale Fertigkeiten sowie eine **hohe Persistenzrate** ihres antisozialen Verhaltens und damit **schlechte Prognose** zugeordnet. Diese gilt als schlechter als bei „reinen“ Hyperkinetikern (ohne Komorbiditäten) und als bei „reinen“ Sozialverhaltensgestörten.
 - Laut Literatur weist dieser Subtyp einen **niedrigeren sozialen Status** auf als „reine“ Hyperkinetiker (ohne Sozialverhaltensstörungen).
 - Ihre **familiäre Situation** betreffend leben sie häufiger bei alleinerziehenden Eltern (v.a. Müttern), die häufiger als in den anderen Gruppen eigene Psychopathologien, psychologische Schwierigkeiten und ein niedrigeres Selbstbewußtsein aufweisen. Diese Eltern wenden eher mangelhafte und permissive Erziehungsstrategien an, und die generellen

Familiensituationen in dieser Gruppe sind häufiger gestört. In diesem Zusammenhang ist ein weiteres allgemeines Studienergebnis interessant, und zwar, daß kindliches externalisierendes Verhalten direkte negative Auswirkungen auf die Selbsteinschätzung und den Erziehungsstil der Eltern aller Kinder hat, die durch externalisierende Störungen auffallen (d.h. der reinen Hyperkinetiker, der rein im Sozialverhalten gestörten Kinder und der kombinierten Gruppe).

- Die These einer gemeinsamen Vererbung von hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens wird durch Ergebnisse aus Familienstudien gestützt.
- Studien zu den akademischen Fähigkeiten der Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen im Vergleich zu reinen HKS-Kindern kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen.

3.4 Verlauf der Störungen

3.4.1 ADHD im Verlauf:

Die Prävalenz hyperkinetischer Störungen nimmt mit dem Alter ab, allerdings zeigen weiterhin 30-80% als hyperaktiv diagnostizierte Kinder entsprechende Symptome in der Jugend und bis zu 65% noch im Erwachsenenalter (Barkeley, 1996; Weiss & Hechtman, 1993). Die Prävalenz dieses Syndroms in der Bevölkerung im Erwachsenenalter wird auf 2-7% geschätzt (Wender, 1995).

Was die Ausprägung der entsprechenden Symptome betrifft, so nimmt sie in der Jugend/dem frühen Erwachsenenalter ab, bzw. es kommt zu einer Symptomverschiebung/-änderung (Mannuzza et al., 1991; Biederman 1998): So berichten die Ergebnisse verschiedener Langzeitstudien von 10-60% der ADHD-Kinder, bei denen Symptome wie Unaufmerksamkeit, Desorganisation, Distraktivität und Impulsivität bis ins Erwachsenenalter persistieren (nach Marks et al., 2001; Weiss et al., 1985; Mannuzza et al., 1993; Mannuzza et al., 1998; Lie 1992). Weitere von erwachsenen ADHD-Diagnostizierten berichtete Symptome sind bereitwilligere Teilnahme an physisch gefährlichen Aktionen; Schwierigkeiten, zu warten, bis sie an der Reihe sind, Schwierigkeiten zuzuhören und sitzenzubleiben (nach Marks et al., 2001; Murphy und Barkley, 1996).

Hinshaw machte 1994, wie uns Nolan und Carr 2000 in ihrem Review berichten, seine Angaben zum Verlauf von ADHD-Kindern von dem jeweiligen durch die ADHD-Hauptsymptome charakterisierten Subtypus abhängig:

So beschrieb er den **erwachsenen ADHD-INA-Patienten** als jemanden, der sich in erster Linie Tätigkeiten sucht, bei denen er sich nicht lange am Stück konzentrieren muss, der gezwungen sei, sich längere Anweisungen zu notieren, da er sie sonst vergesse und bekannt dafür sei, häufig Gegenstände wie Schlüssel oder Kleidungsstücke zu verlegen.

Der **ADHD-HI-Subtypus** dagegen neige **als Erwachsener** aufgrund seiner großen Beziehungsschwierigkeiten zu häufigen Wechseln von Partnerschaften und Arbeitsplatz. In dieser Gruppe sei auch eine erhöhte Risikobereitschaft zu finden, die sich u.a. in Drogenmißbrauch (Barkley et al., 1990a; Manuzza et al., 1991b), gefährlichen Sportarten und einer erhöhten Rate und größeren Schwere von Autounfällen äußere (Wender, 1995). Es komme bei diesen Jugendlichen oft zum impulsiven Fällen von Entscheidungen ohne vorherige differenzierte Überlegung und zu Schulverweisungen (Hinshaw, 1994).

Das Zusammentreffen aller drei Hauptsymptome in der Gruppe **ADHD-C** mache es den betroffenen Jugendlichen schwer, die Erwartungen ihrer Umwelt zu erfüllen, was zu einer Reihe sekundärer akademischer und sozialer Probleme führe (Cantwell 1996; Hinshaw 1994). Diese bestünden z. B. in chronischen innerfamiliären Konfliktsituationen und generellen Beziehungs- und Anschlußschwierigkeiten bei sozialen Kontakten. Dabei seien besonders die erhöhte Risikobereitschaft und Impulsivität für eine spätere soziale Wiedereingliederung problematisch. Würden sich die Jugendlichen ihrer Schwierigkeiten der Selbstregulation und der nachfolgenden Konsequenzen bewußt, könne es laut Nolan und Carr 2000 sein, daß sie sekundär geringes Selbstbewußtsein und Depressionen entwickelten.

Diese Probleme vor Augen, ist es nicht verwunderlich, daß für einige Fälle eine sehr schlechte Prognose angegeben wird: 25-40% der ADHD-Kinder würden straffällig und zeigten antisoziales Verhalten und Drogenmißbrauch als Jugendliche oder Erwachsene - besonders Jungen mit komorbiden Verhaltensstörungen (Barkley et al., 1990a; Gittelman et al., 1985; Weiss und Hechtman, 1993) und in einer kleinen, aber signifikanten Untergruppe träten berufliche Anpassungsprobleme und Suizidversuche auf (Review von Nolan und Carr, 2000).

Weitere Daten zur **Persistenz von ADHD** liefert eine der ersten retrospektiven Studien: 1976 verglichen Borland und Heckman das psychiatrische und psychologische Ergebnis von 20 vormals mit ADHD diagnostizierten Probanden und ihrer nicht-hyperaktiven Brüder, deren mittleres Alter 30 bzw. 28 Jahre betrug. 50% der vormals mit ADHD diagnostizierten Erwachsenen (im Gegensatz zu 5% der nicht-hyperaktiven Brüder) zeigten entweder volle oder teilweise ADHD-Symptomatik. Klinische Manifestationen im Erwachsenenalter entsprachen dabei Ruhelosigkeit, Impulsivität und Konzentrationsschwierigkeiten. Diejenigen Erwachsenen mit persistierender Hyperaktivität hatten meist auch nur einen niedrigeren sozialen Status und weniger beruflichen Erfolg erreicht (nach Marks et al., 2001).

Interessant sind auch Ergebnisse von Biederman et al. (1993, 1994), die bei Erwachsenen im Gegensatz zu Stichproben bei Kindern weniger männliche Dominanz bei dem Störungsbild feststellten, Gaub et al. fanden weiterhin 1997 bei Erwachsenen eine weniger geschlechtsspezifische Ausprägung des Störungsbildes als dies bei Kindern der Fall ist.

Eine oftmals beschriebene erhöhte **Rate an Delinquenz** (s.o.) bei erwachsenen Hyperkinetikern, untersuchte Lie 1992 in einem Review auf seine Richtigkeit: Dabei stellte Lie fest, daß die zur Delinquenzrate gefundenen Unterschiede zwischen ADHD- Probanden und Kontrollgruppen wegfielen, sobald man die ADHD- Probanden in zwei Gruppen einteilte, und zwar in die Gruppen mit und ohne Verhaltens- und Erziehungsprobleme in der Kindheit. Hier hatten Hyperaktive ohne Verhaltensprobleme in der Kindheit keine erhöhte Delinquenzrate. Probanden mit einer Kindheitsgeschichte von Verhaltensproblemen hingegen waren charakterisiert durch spätere Verhaltensprobleme, CD oder eine antisoziale Persönlichkeit - unabhängig davon, ob sie zusätzlich an ADHD litten oder nicht. Bei Probanden mit komorbidem ADHD und Verhaltensproblemen in der Kindheit waren letztere für die Prognose ausschlaggebend, die schlechter war als diejenige von Patienten mit reiner CD-Diagnose. In dem Falle einer Kombination von ADHD und Delinquenz bestand auch eine erhöhte Rate folgender Gesetzesübertretungen sowie an Alkohol- und Drogenproblemen als in den Kontrollgruppen. Letzteres Ergebnis könnte laut Lie allerdings auch durch die Fallselektion von Fällen mit Schul- und Verhaltensproblemen in der Untersuchungsgruppe im Gegensatz zu Probanden ohne solche Probleme in der Kontrollgruppe zustande gekommen sein.

Zum Verlauf in der Kindheit ist zu sagen, daß ein frühes (< 6.Lebensjahr) im Gegensatz zu einem späteren Einsetzen von ADD in epidemiologischen Langzeitstudien assoziiert ist mit kognitiven Defiziten bei IQ und motorischen Fähigkeiten, geringen Lesefertigkeiten, familiären Nachteilen, komorbiden Störungen und größerer Symptomstärke im Alter von 11 Jahren sowie einem schlechteren Ergebnis im Alter von 15 Jahren (McGee et al., 1992 nach Jensen et al., 1997). Dieser Zusammenhang zwischen einem frühen Einsetzen von in diesem Falle **ADHD** und einer erhöhten Rate späterer externalisierender Komorbiditäten bestätigten auch Connor et al. für eine klinische Stichprobe (2003, auf Elternratings basierend). In der gleichen Studie fanden die Autoren für ein spätes Einsetzen der ADHD-Symptomatik eine erhöhte Rate an internalisierenden Komorbiditäten sowie, daß insgesamt höhere Komorbiditätsraten an externalisierenden wie internalisierenden Symptomen mit einer größeren ADHD-Symptomschwere assoziiert seien. Sie stellten die Vermutung an, daß externalisierende Störungen von Eltern früher bemerkt würden als internalisierende Probleme.

Mannuzza et al. fanden 1993 in einer prospektiven Langzeitstudie von 101 männlichen ADHD-Kindern im Vergleich mit gesunden Kontrollen insgesamt, daß die Assoziation von ADHD und Substanzenmißbrauch sowie antisozialen Störungen ins Erwachsenenalter fortgetragen würden, und **schlechtere Verläufe** in der Regel **durch ein frühes Einsetzen dieser beiden Assoziationen** vorhergesagt würden (nach Jensen et al., 1997). Ein erhöhtes Risiko für ein Fortbestehen der ADHD-Symptome allgemein stellten laut Biederman et al. 1996b eine positive Familienanamnese von ADHD, psychosoziale Abweichungen und Komorbidität mit Verhaltens-, Emotional- und Angststörungen dar, während Abikoff und Klein 1992 sowie Satterfield 1994

Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie:

eine schlechte Prognose bei komorbidem oppositionellen Trotzverhalten gegenüber Erwachsenen sowie feindlicher Aggression voraussagen.

Laut Nolan und Carr 2000 kommen die meisten Studien zu dem Ergebnis, daß antisoziales Verhalten im späteren Leben selten sei, wenn nicht schon früh Verhaltensstörungen vorgelegen hätten – diesen Ergebnissen stehe allerdings das New York-State-Follow up entgegen, das ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeit auch ohne vorbestehende Verhaltensstörungen feststellte (Abikoff und Klein, 1992).

3.4.2 Komorbide ODD in einer epidemiologischen ADHD-Stichprobe im Verlauf

Nach einem 4-jährigen Intervall wurden vormals mit ADHD+ODD diagnostizierte Kinder noch einmal beurteilt: Es fanden sich Raten von 57% ODD- Persistenz und von 43% ODD-Rückgang. Hierbei sagten negative elterliche Praktiken und mütterliche psychiatrische Störungen die Persistenz von ODD voraus (August et al., 1999).

3.4.3 Zusammenfassung des Verlaufs Hyperkinetischer Störungen

Prävalenz und **Symptomstärke** Hyperkinetischer Störungen **nehmen** mit dem Alter **ab**.

Im **Erwachsenenalter** lassen sich **betreffend der Hauptsymptome** der Hyperkinetiker nach DSM-IV **weiterhin Unterschiede** v.a. zwischen den beiden Gruppen des kombinierten Subtypus und hyperaktiv-impulsivem Subtypus versus den unaufmerksamen Subtypus feststellen. Diese sind allerdings schwächer ausgeprägt als im Kindesalter und hauptsächlich auf das höhere Hyperaktivitäts-/Impulsivitätslevel der beiden erstgenannten Untergruppen zurückzuführen.

Eine **besonders schlechte Prognose** haben der kombinierte Untertyp nach DSM-IV und die Gruppe der Hyperkinetiker mit **komorbiden Störungen des Sozialverhaltens**.

Unter **erwachsenen Hyperkinetikern** gibt es eine geringere männlichere Dominanz und eine **weniger geschlechtsspezifische Ausprägung** dieses Störungsbildes als bei Kindern.

In mindestens einer Studie wurden **Verhaltens- und Erziehungsprobleme in der Kindheit** als der **ausschlaggebende Faktor für die Delinquenzrate** Erwachsener allgemein angeführt, unabhängig von der zusätzlichen Diagnose Hyperkinetischer Störungen.

Ein **frühes Einsetzen Hyperkinetischer Störungen** korreliert positiv mit **späteren komorbiden externalisierenden Störungen**, ein spätes Einsetzen mit komorbiden internalisierenden Problemen.

Die **Intelligenz der Hyperkinetiker** ist **abhängig vom Zeitpunkt des Einsetzens der Hyperkinetischen Symptome**: Frühes Einsetzen ist verknüpft mit eher niedriger Intelligenz und eher

Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie:

höheren Komorbiditätsraten mit umschriebenen Entwicklungsstörungen. Letztere haben dann ihrerseits negative Auswirkungen auf die Intelligenz.

Höhere Komorbiditätsraten mit externalisierenden wie internalisierenden Störungen korrelieren positiv mit einer **größeren Symptomschwere** der Hyperkinetischen Störungen.

3.5 Ergebnisse der MTA-Langzeitstudie

3.5.1 ADHD-Hauptsymptome und jeweils verschiedene Komorbiditäten

Die folgenden Ausführungen zu dieser Fragestellung stammen aus den Ergebnissen der MTA¹-Studie (kl) von Newcorn 2001²:

Zunächst ist anzumerken, daß Kinder der ADHD- Gruppe allgemein und ungeachtet jeglicher Komorbiditäten hohe Werte in den ADHD-Hauptsymptomen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität aufweisen (gemessen im neuropsychologischen CPT(continuous performance task)-Test, was eine Möglichkeit der externen Validierung der ADHD-Diagnose bei Kindern mit komorbiden Störungen darstellt³. Allerdings setzen sich diese allgemein hohen Core-(Haupt)-Symptom-Werte in Abhängigkeit der Komorbiditäten unterschiedlich zusammen. Da in der MTA-Studie nur die vier Untergruppen reines ADHD (ADHD-only), ADHD mit Sozialverhaltensstörungen (ADHD+ODD/CD), ADHD mit Angststörungen (ADHD+ANX) und ADHD mit Sozialverhaltensstörungen und Angststörungen (ADHD+ODD/CD+ANX)⁴ untersucht wurden, stehen uns hier auch nur Angaben zu diesen Komorbiditäten zur Verfügung.

Bei allen Gruppen stellt die Unaufmerksamkeit den höchsten Wert dar, die Stärke der anderen Symptome variiert.

Untergruppe ADHD- only

Hier sind die Ergebnisse von Halperin et al. 1995 anzuführen, daß erhöhte Impulsivitätswerte nicht charakteristisch für diese Gruppe sind, sondern gleichermaßen bei nur aggressiven Kindern auftreten, unabhängig davon, ob diese zusätzlich ADHD aufweisen oder nicht. Weiter fanden Halperin und Newcorn 1998, daß Impulsivitätsfehler im CPT bei ADHD-Kindern mit und ohne Sozialstörungen (disruptive disorders) gleich hoch waren. Auch Newcorn 2001 fand gleich hohe Impulsivitätswerte im CPT bei der ADHD-only und der ADHD+ODD/CD-Gruppe.

¹ Multimodal Treatment Study Of Children With ADHD

² Die MTA-Studie selber wurde bereits in Kapitel 4.2.2.3 „Vorstellung der Multimodal Treatment Study“ ausführlich beschrieben

³ Bei ADHD mit verschiedenen Komorbiditäten taucht häufiger die Frage auf, ob ADHD überhaupt als Diagnose existiert und nicht die jeweilige Symptomatik eher durch die entsprechende Komorbidität (z.B. mit Sozialverhaltensstörungen) verursacht wird.

⁴ Nach den DSM-IV: ANX – anxiety, ODD – oppositional deficit disorder, CD – conduct disorder

Untergruppe ADHD+ODD/CD

Abweichend von den oben genannten Ergebnissen stellte sich diese Untergruppe in Eltern- und Lehrerratings (SNAP) als impulsiver als die ADHD-only- und die ADHD-ANX-Gruppe heraus, ihre impulsiven Symptome übertrafen weiterhin ihre hyperaktiven. Bei im CPT gemessenen Impulsivitätswerten wurden aber auch hier zwar hohe, allerdings nicht zur reinen ADHD-Gruppe verschiedene Werte bei ADHD+ODD/CD festgestellt. Ähnliche Ergebnisse erhielten laut Newcorn 2001 auch Oosterlaan und Sergeant 1998, Oosterlaan et al. 1998 und Schachar und Tannock 1995 bei entsprechenden Tests zur Impulskontrolle, was Grund zu der Annahme gibt, daß ADHD+ODD/CD-Kinder hohe Level objektiv meßbarer Impulsivität besitzen und diese auch in höherem Maß als bei anderen komorbiden Störungen vorhanden sind. Ob sie dabei ausgeprägter als bei der reinen ADHD-Gruppe vorhanden sind, ist strittig.

Untergruppe ADHD+ANX

Den größten Unterschied in der Symptomstärke zwischen Unaufmerksamkeit und den beiden anderen Hauptsymptomen Impulsivität und Hyperaktivität zeigte diese Untergruppe. Hier präsentierte sich die Unaufmerksamkeit als stärkstes und charakteristisches Symptom im Vergleich zu allen anderen drei untersuchten Komorbiditätsgruppen und die Impulsivität als recht schwach ausgeprägt (v.a. im Lehrerrating). Das Ergebnis, daß komorbide Angststörungen impulsive Symptome vermindern, entspricht laut Newcorn 2001 den Ergebnissen Pliskas 1989 und 1992 (hier auch große Probleme bei CPT¹-Aufgaben zur Aufmerksamkeit) sowie Halperin und Newcorns 1998, z. T. auch denen Epsteins et al., 1997. Allerdings machten in der MTA-Studie Kinder der ADHD+ANX-Gruppe nicht weniger Impulsivitäts-Fehler im CPT als Kinder der Gruppe ADHD-only.

Untergruppe ADHD+ODD/CD+ANX

Diese Gruppe war insgesamt der ADHD+ODD/CD-Gruppe sehr ähnlich und zeigte, daß Kinder mit komorbiden ODD/CD hohe Werte an Impulsivität und Hyperaktivität aufweisen - ungeachtet zusätzlich vorhandener Angststörungen. Hier verminderten diese die impulsiven Symptome also nicht. Weiterhin wird hier deutlich, daß die Zusammensetzung der Hauptsymptome sich ändert, wenn eine weitere Komorbidität hinzugefügt oder abgezogen wird. Es reicht also nicht aus, sich die Komorbiditäten nur in Zweiermodellen anzuschauen, sondern es braucht umfassendere Modelle für genaue Beschreibungen.

Halo-Effekte

Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Untersuchungen der MTA-Studie stellt die Bestätigung der Aussage dar, daß die ADHD-Hauptsymptome bei Kindern mit komorbiden Störungen im CPT² nachweislich erhöht sind und erhöhte Ratings von ADHD- Symptomen bei z.B. Kindern

¹ continuous performance task

² continuous performance task

mit Sozialstörungen nicht nur einen Halo-Effekt darstellen wie Abikoff et al. 1993 und Schachar et al. 1986 befürchteten. Es bleibt allerdings anzumerken, daß trotz allgemein erhöhter CPT-Werte bei allen komorbiden Gruppen es in allen Gruppen auch einige Kinder mit abweichenden Werten gab, was den Nutzen des CPT bei der klinischen Diagnosestellung einschränkt. Diese nur moderate Sensitivität des CPT bei der Diagnosestellung stellten laut Jensen 2001 auch Corkum und Siegel 1993 sowie Matier et al. 1995 fest.

3.5.2 Komorbiditäten von ADHD und die jeweils beste Therapie (v.a. Ergebnisse aus der MTA-Studie)

Die ausführlichsten Angaben zu dieser Thematik liefert der Artikel von Jensen et al. 2001a zu den Ergebnissen der MTA¹-Studie, in der 579 Kinder mit der Diagnose ADHD-C per Zufallsprinzip vier verschiedenen Therapieoptionen zugeordnet wurden, und zwar a) alleiniger Medikamententherapie, b) alleiniger Verhaltenstherapie, c) einer Kombination dieser beiden sowie d) der sogenannten Community Care, die einer „Gesellschaftskontrollgruppe“ entsprach und die von Seiten der Veranstalter der Studie nur Adressen von allgemeinen Hilfsangeboten der jeweiligen Kommune erhielt (siehe auch Kapitel 2.3.2.3 *Vorstellung der Multimodal Treatment Study*).

Diese Therapiegruppen wurden nach 14 Monaten evaluiert und die Ergebnisse nach den eingangs gebildeten vier Diagnosegruppen (ADHD mit Sozialverhaltensstörungen (ADHD+ODD/CD), ADHD mit Sozialverhaltensstörungen und Angststörungen (ADHD+ODD/CD+ANX), ADHD mit Angststörungen (ADHD+ANX), reines ADHD (ADHD-only))² getrennt ausgewertet.

Folgende Ergebnisse wurden in der MTA-Studie erzielt:

- Alle vier Gruppen zeigten mit der Zeit bemerkenswerte Reduktionen der ADHD-Hauptsymptome, mit Unterschieden zwischen den Gruppen, die Höhe der Reduktion und Symptomveränderungen betreffend. (siehe auch Kapitel 2.3.2.3 *Vorstellung der Multimodal Treatment Study*).
- Für andere Funktionsbereiche wie oppositionelles/aggressives Verhalten, internalisierende Störungen, soziale Fähigkeiten, Eltern-Kind-Verhältnis und akademischer Erfolg wurden nur wenige und wenn, dann geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Therapien gefunden. Nur die kombinierte Therapie schnitt hier bei einigen Faktoren geringfügig besser ab.
- In Abhängigkeit von den jeweiligen Komorbiditäten kristallisierte sich für die Gruppe ADHD+ANX die reine Verhaltenstherapie als beste Therapie heraus, für die Gruppe mit der doppelten Komorbidität ADHD+ODD/CD+ANX schnitt die kombinierte Therapie am besten ab,

¹ Multimodal Treatment Study Of Children With ADHD

² Nach den DSM-IV: ANX – anxiety, ODD – oppositional deficit disorder, CD – conduct disorder,

und die beiden Gruppen ADHD-only sowie ADHD+ODD/CD konnten am erfolgreichsten mit einer Medikamententherapie +/- Verhaltenstherapie behandelt werden. In einer zweiten Analyse, die über die Betrachtung der ADHD-Core-Symptome zur Beurteilung des Therapieerfolges hinausging, schnitt bei diesen beiden Gruppen die kombinierte Therapie etwas besser ab.

- Was die Prognose der einzelnen Komorbiditätsgruppen betrifft, so sorgten komorbide Angststörungen für eine jeweils bessere Prognose der Gruppe, in der sie vorkamen, unabhängig von zusätzlichen komorbiden ODD/CD. Die Gruppen mit komorbiden Angststörungen sprachen auf alle Therapieoptionen stärker an als die anderen beiden Gruppen. Das therapeutische Ansprechen der ADHD-only- und der ADHD+ODD/CD-Gruppen dagegen war ähnlich bezüglich klinischer Veränderungen und weniger ausgeprägt als bei den vorher genannten Gruppen. Hierbei kam es aber aufgrund der größeren Symptomschwere der ADHD+ODD/CD-Gruppe in der Ausgangssituation zu einer schlechteren Prognose für diese Gruppe. Genauer betrachtet zeigen weitere Analysen, die sich bei Therapieende ausschließlich auf absolute Werte beziehen, weiterhin grundlegende Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen im Bereich kritischer Variablen wie von Eltern berichteter Aggression, sozialer Fähigkeiten, Eltern-Kind-Beziehungen und dem Gesamtindex. Diese konsistenten Unterschiede rechtfertigen laut Jensen et al. 2001(b) die separate Klassifikation dieser beiden Gruppen.

- Zudem erhielt die einzige Untergruppe der MTA-Studie, in der eine völlige Normalisierung störender schulischer Verhaltensweisen erzielt wurde, die kombinierte Verhaltenstherapie und schloß Familien ein, die ihre negativen und ineffektiven Disziplinierungsstrategien während der Studie signifikant verbesserten. Diese Ergebnisse stützen aktuelle Analysen mit der Aussage, daß aktuelle elterliche Einstellungsänderungen und Disziplinierungsstrategien einen größeren Erfolg der kombinierten Therapie bewirken (nach Jensen et al., 2001; Hinshaw et al., 2000; Hoza et al., 2000; Wells et al., 2000). Weiter schnitt die kombinierte Therapie auch in der Untergruppe der Familien, die aufgrund ihrer schwierigen familiären Situation (z.B. arme oder alleinerziehende Eltern) eine öffentliche Assistenz erhielten, in der MTA-Studie signifikant besser ab als die Medikamententherapie

- Interessant ist weiterhin, daß die Therapieakzeptanz/Therapieeteiligung in der Medikamentengruppe das Therapieergebnis beeinflusste, d.h., daß hier eine gute Therapieakzeptanz positiv mit einem besseren Therapieergebnis korrelierte, während dieser Punkt auf die Verhaltenstherapiegruppe keinen Einfluß hatte. Dieses Ergebnis stellt eine wichtige Beobachtung zur Therapie-Compliance dar.

Aus anderen Studien ist weiterhin bekannt, daß ADHD-Kinder mit komorbiden Angststörungen oder Depressionen eher auf Antidepressiva als auf Stimulantien ansprechen (nach Jensen et al., 1997; DuPaul et al., 1994; Pliska 1987, 1989; Tannock et al., 1995) und daß Stimulantien

Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie:

eventuell Probleme noch verstärken können, wenn ADHD mit signifikanten internalisierenden Störungen oder Denkstörungen einher geht (Jensen et al., 1997).

Übrigens widerlegt das Ergebnis der MTA-Studie, daß keines der ADHD-Kinder trotz guter Verbesserungen nach den 14 intensiven Therapiemonaten die Kriterien erreichte, die zu Beginn der Studie 88% der Vergleichskinder der gleichen Klassen erfüllten, das Vorurteil, ADHD sei nur ein normales Verhalten, das von uninformierten Patienten und überforderten Lehrern erfunden wurde (Jensen et al., 2001).

3.5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der MTA-Langzeitstudie:

Im Rahmen der von dem kanadischen National Institut of Mental Health (NIH) organisierten Multimodal Treatment Study of Children With ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), kurz MTA-Studie, wurde und wird weiterhin die Langzeiteffektivität verschiedener Therapiemöglichkeiten des Hyperkinetischen Syndroms untersucht. Hierzu wurden die 579 teilnehmenden 7-9 jährigen Kinder, die alle die DSM-IV-Diagnose der Hyperkinetischen Störungen vom kombinierten Subtyp vorwiesen, anhand ihrer Komorbiditäten mit Sozialverhaltensstörungen und Angststörungen in vier Gruppen aufgeteilt:

1. reine Hyperkinetiker ohne zusätzliche Störung (**ADHD- only**)
2. Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen (**ADHD+ODD/CD – *oppositional deficit disorder/conduct disorder***)
3. Hyperkinetiker mit komorbiden Angststörungen (**ADHD+ANX – *anxiety***)
4. Hyperkinetiker mit sowohl komorbiden Sozialverhaltensstörungen als auch komorbiden Angststörungen (**ADHD+ODD/CD+ANX**)

Als mögliche Therapieformen standen

1. eine reine Medikamententherapie mit Stimulantien,
2. eine reine Verhaltenstherapie,
3. eine Kombination dieser beiden Therapieformen sowie
4. eine „Community Care“ –Gruppe

zur Verfügung.

Letztere Gruppe erhielt von seiten der Studienleitung nur eine Liste therapeutischer Möglichkeiten der jeweiligen Gemeinde und stellte die Kontrollgruppe dieser Studie dar.

Mit diesem Studienaufbau wurden nun auf verschiedenen Gebieten Ergebnisse erhoben:

Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie:

1) **Verteilung der jeweiligen DSM-IV-Hauptsymptome auf die verschiedenen, durch Komorbiditäten definierten Untergruppen:**

Bei dieser Untersuchung wurde deutlich, daß in allen vier Komorbiditäts- Gruppen **Aufmerksamkeitsdefizite das Hauptproblem** darstellen. Die **Rate impulsiver Symptomatik variiert** dann je nach Komorbidität: So weisen Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialstörungen generell einen höheren Impulsivitätslevel auf als reine Hyperkinetiker und HKS-Kinder mit komorbiden Angststörungen. Diese erhöhte Impulsivitätsrate bleibt auch in der doppelt komorbiden Gruppe (ADHD+ODD/CD+ANX) erhalten, die insgesamt der HKS-Gruppe mit nur komorbiden Sozialverhaltensstörungen sehr ähnlich ist. Dieses ist zu betonen, da allein auftretende komorbide Angststörungen die Impulsivitätsrate vermindern, dieser Effekt aber bei zusätzlichen komorbiden Sozialstörungen nicht auftritt.

2) **Therapeutische Verfahren im Vergleich**

Für einen **größeren Erfolg der Kombinierten Therapie gegenüber der reinen Medikamententherapie** sprechen u.a. bessere Erfolge der ersteren in der Untergruppe der Familien mit persönlicher Assistenz sowie die Tatsache, daß nur mit dieser Therapieform eine völlige Normalisierung störender schulischer Verhaltensweisen erzielt wurde.

Kombinierte und Verhaltenstherapie erzielten in Lehrer- und Elternratings eine signifikant höhere Akzeptanz als die reine Medikamententherapie.

Die **Verbesserung elterlichen Erziehungsverhaltens** hat entscheidenden Einfluss auf den jeweiligen Therapieerfolg.

3) **Prognosen und günstigste Therapieverfahren der einzelnen Komorbiditätsgruppen**

Alle vier Komorbiditäts- Gruppen zeigten mit der Zeit eine bemerkenswerte Reduktion der Hauptsymptome - mit Unterschieden zwischen den einzelnen Gruppen, die Höhe der Reduktion und Symptomveränderungen betreffend. Allerdings erreichte trotz guter Verbesserungen keines der untersuchten HKS-Kinder nach 14 Monaten intensiver Therapie die Kriterien, die bei Studienbeginn 88% der Vergleichskinder der gleichen Schulklassen erfüllten.

Folgende Zuordnung ergab sich für die jeweils **beste Therapie/Komorbiditäts- Gruppe**:

1. **ADHD+ANX**: reine Verhaltenstherapie
2. **ADHD+ODD/CD+ANX**: kombinierte Therapie
3. **ADHD- only** und **ADHD+ODD/CD**: Medikamententherapie +/- Verhaltenstherapie

Die **Prognose** betreffend schnitten die Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen aufgrund ihrer stärksten Symptomschwere in der Ausgangssituation am schlechtesten ab.

Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie:

Komorbide Angststörungen hingegen stellten in den jeweiligen Gruppen einen die Prognose verbessernden Faktor dar, unabhängig von der jeweiligen angewendeten Therapie.

4 ABLEITUNG DER ZU UNTERSUCHENDEN HYPOTHESEN

1. Die Hyperkinetiker im Vergleich zu allen anderen psychiatrischen Diagnosegruppen der Klinik (Gesamtanspruchnahmepopulation, GIP)

Die meisten Katamnese-Untersuchungen, die versuchen die Hyperkinetiker von anderen psychiatrischen Diagnosegruppen abzugrenzen, orientieren sich an den amerikanischen DSM-IV. Es wurde bereits ausführlich auf das Problem der Vergleichbarkeit von Daten eingegangen, die in Studien erhoben wurden, die sich auf die beiden unterschiedlichen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV stützen. Wesentliches Anliegen dieser Arbeit ist eine vergleichende Untersuchung der Hyperkinetiker mit Kindern aller psychiatrischen Diagnosegruppen (Gesamtanspruchnahmepopulation) auf Grundlage der ICD-10. Das besondere an dieser Untersuchung im Vergleich zu bisherigen Studien ist hierbei, dass es sich bei unserer Stichprobe um *klinisch* behandelte (stationär und teilstationär), schwer gestörte Kinder handelt. In fast allen vorherigen Studien wurde die jeweilige Behandlung ambulant durchgeführt. Die beiden Gruppen werden in den Bereichen sozioökonomische Angaben/Umgebungsfaktoren, Komorbiditäten, Intelligenz- und Funktionsniveau, Therapie/Kooperation und Therapieerfolg (kurzfristig wie auch langfristig) beschrieben (= „Standardvariablenkatalog“ dieser Arbeit). Bewusst wurden hierzu unterschiedliche Erhebungsinstrumente (Fragebögen, Ratingskalen, Interviews) von unterschiedlichen Personen (Therapeuten und Eltern) erhoben, die sich gegenseitig ergänzen. Folgende Hypothesen aus der Literatur, die sich an den DSM-IV-Kriterien orientiert, werden dabei mit betrachtet:

1. Die Hyperkinetiker stammen eher aus niedrigeren sozialen Schichten als alle Diagnosegruppen.
2. Hyperkinetiker weisen mehr komorbide Sozialstörungen auf als alle anderen Diagnosegruppen.
3. Hyperkinetiker weisen mehr komorbide umschriebene Entwicklungsstörungen (v.a. motorischer und schulischer Art) auf als alle anderen Diagnosegruppen.
4. Hyperkinetiker weisen mehr komorbide Angststörungen¹ auf als alle anderen Diagnosegruppen.
5. Die Hyperkinetiker haben v.a. langfristig ein schlechteres Therapieergebnis als die Kinder der GIP.
6. Hyperkinetiker erhalten deutlich häufiger medikamentöse Therapie mit Stimulantien als die Kinder in der GIP.

¹ gilt v.a. für ältere Hyperkinetiker, siehe unten Punkt 3 „Untergruppen der Hyperkinetiker“

2. Die Hyperkinetiker innerhalb der Gruppe der extraversiven Störungen

In der Literatur werden zwei große Bereiche möglicher psychiatrischer Störungen beschrieben: Internalisierende, eher nach innen gerichtete Störungen und externalisierende/extraversive, nach außen gerichtete Störungen, die die Umgebung mit beeinflussen bzw. beeinträchtigen. Zu letzteren werden neben dem Hyperkinetischen Syndrom auch die Störungen des Sozialverhaltens gezählt. Bei vielen Gemeinsamkeiten der Störungsbilder dieser Gruppe sind für Betroffene wie Behandelnde gerade die Unterschiede zwischen den Gruppen bedeutsam, um Symptomatik und Prognose möglichst gut einschätzen zu können und eine möglichst optimale individuelle Therapie zu erhalten bzw. zu vermitteln. Wie unterschiedlich das Verhältnis der einzelnen Störungsbilder zueinander eingeschätzt wird, machen die verschiedenen Einstufungen in den beiden besprochenen Klassifikationssystemen deutlich: So stellen Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen in den ICD-10 klar eine Untergruppe der Hyperkinetiker dar (F90.1), während im gleichen Fall nach den DSM-IV zwei verschiedene Störungsbilder gleichberechtigt aufeinander treffen (ADHD+ODD bzw. ADHD+CD, siehe auch die Kapitel 2.2.3.3 und 2.2.3.1 zu den ICD-10 und DSM-IV)¹. In dieser Arbeit soll nun auf Grundlage der ICD-10 untersucht werden, inwieweit sich die Gesamtgruppe der Hyperkinetiker (einschließlich F90.1, s.o.) von den beiden Gruppen mit Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92)² unterscheidet. Hierzu wurden durch Matchingverfahren Gruppen der drei Störungsbilder gebildet, die sich in Geschlecht, Altersstruktur, Therapiemodus (stationär vs. Tagesklinik) und Behandlungsdauer möglichst ähnlich sind. Für diese Gruppen wurden dann in den gleichen Bereichen Daten erhoben wie im o.g. ersten Vergleich. Aufgrund der Literatur können die folgenden Hypothesen aufgestellt werden:

1. Hyperkinetiker haben mehr Probleme und/oder umschriebene Entwicklungsstörungen im motorischen Bereich als Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens.
2. Hyperkinetiker mit zusätzlichen Störungen des Sozialverhaltens (F90.1) sind sozial weniger kompetent als Kinder der Sozialverhaltensstörungsgruppen.
3. Hyperkinetiker werden häufiger medikamentös mit Stimulantien behandelt.
4. Hyperkinetiker mit zusätzlichen Störungen des Sozialverhaltens (F90.1) haben eine schlechtere Prognose als Kinder, die nur die Diagnose der Sozialverhaltensstörung aufweisen.
5. Die Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen erzielen ein schlechteres Therapieergebnis als Kinder mit Sozialverhaltensstörungen allein.

¹ ADHD=attention deficit hyperactivity disorder, ODD=oppositional disruptive disorder, CD=conduct disorder

² F91: Störungen des Sozialverhaltens, F92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

3. Untergruppen der Hyperkinetiker

Im Rahmen der Literatur – auf Grundlage des DSM-IV - wird immer wieder auf Untergruppen der Hyperkinetiker eingegangen, deren Eigenständigkeit aufgrund unterschiedlicher Symptomatik, Prognose und Ansprechen auf verschiedene therapeutische Verfahren postuliert wird. Hierzu zählen v.a. der aggressive Subtypus mit komorbiden Sozialstörungen und der ängstliche Subtypus mit zusätzlichen Angststörungen. Weiterhin ist die Gruppe der Hyperkinetiker mit umschriebenen Entwicklungsstörungen aufgrund ihres häufigen Vorkommens interessant. In dieser Arbeit sollen nun – orientiert an der ICD-10 - die Untergruppen der Hyperkinetiker mit bzw. ohne Sozialverhaltensstörungen sowie mit bzw. ohne umschriebene Entwicklungsstörungen vergleichend untersucht werden. Auf eine Untersuchung der Gruppe der Hyperkinetiker mit bzw. ohne Angststörungen wird wegen ihres wahrscheinlich geringen Vorkommens in der Marburger Stichprobe verzichtet¹. Weiterhin wird die Gruppe der Hyperkinetiker, die in der Marburger Klinik mit Stimulantien medikamentös behandelt wurde, der Gruppe ohne diese Therapie gegenübergestellt. Auch bei diesen Gruppenvergleichen wird wieder mit den Daten des Standardvariablenkatalogs (s.o.) gearbeitet. Aus der Literatur abgeleitet, lassen sich die folgenden Hypothesen aufstellen:

Stärker gestörte Hyperkinetiker schneiden schlechter bei der Therapie ab, d.h.

1. Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen erzielen ein schlechteres Therapieergebnis als Hyperkinetiker ohne diese Komorbidität.
2. Hyperkinetiker mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen erzielen ein schlechteres Therapieergebnis als Hyperkinetiker ohne diese Komorbidität.
3. Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen werden häufiger mit Stimulantien behandelt als Hyperkinetiker ohne diese Komorbidität. (Eine Komorbidität mit Sozialverhaltensstörungen spricht eher für schwerer gestörte Kinder mit hyperaktiv-aggressivem Verhalten, welches laut Literatur mit Stimulantien therapiert werden sollte.)
4. Mit Stimulantien behandelte Hyperkinetiker erzielen ein besseres Therapieergebnis als Hyperkinetiker, die keine Stimulantientherapie erhalten.

¹ Komorbide Angststörungen bei Hyperkinetikern werden in der Literatur v.a. mit dem spät einsetzenden Hyperkinetischen Syndrom verknüpft. Bei der Marburger Stichprobe handelt es sich dagegen eher um jüngere Kinder mit früh einsetzenden Hyperkinetischen Störungen.

5 STUDIENDESIGN

5.1 Übersicht

In diesem Abschnitt soll als erstes der Aufbau unserer Studie erklärt und ein Überblick über die Zusammensetzung des verwendeten Gesamtdatensatzes der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie gegeben werden. Dazu werden die verschiedenen Erhebungszeiträume, aus denen sich dieser zusammensetzt, und die jeweils verwendeten Evaluationsinstrumente erklärt. Im Anschluß stelle ich das Marburger Routine- Evaluationsprojekt (Erhebungszeitraum 4), auf das sich meine Mitarbeit in dem Gesamtprojekt erstreckte, und die Methodik unserer Datenauswertung genauer vor und beschreibe weiter die Bildung der einzelnen Stichproben.

5.2 Studiendesign und Gesamtdatensatz

5.2.1 Vorstellung unseres Studiendesigns und des Gesamtdatensatzes der Marburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Rahmen von Qualitätssicherung und Evaluation der Behandlung wurden in der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Anfang 1992 umfassende Datensätze zu den einzelnen Patienten erhoben. Diese wurden nun in einem Gesamtdatensatz zusammengeschlossen, um einen möglichst breit angelegten Überblick über die in der Marburger Klinik geleistete Therapie sowie das jeweilige Patientengut und den jeweiligen Therapieerfolg zu erhalten.

Im Einzelnen setzt sich dieser Gesamtdatensatz aus folgenden Komponenten/Stichproben zusammen:

1. **Zeitraum 1** (1.1.1992-31.12.1997) – in diesen Zeitraum fällt die **Pilot-(Katamnese)-Studie** des Dipl.-Psychologen O. Hirsch und des Dipl.-Humanbiologen U. König, in der die später routinemäßig verwendeten Erhebungsinstrumente Telefoninterview und LISTE (s.u.) entwickelt und überprüft wurden (Patientenentlassungen zwischen 3.3.95-29.08.97)
2. **Zeitraum „Lücke“** – in dieser Zeit (1.01.-22.11.98) fand keine spezielle Untersuchung statt, so daß hier nur auf reduziertes Evaluationsmaterial zurückgegriffen werden kann
3. **Untersuchung zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen** der Doktoranden K. Aschenbroich und H. Schaumann (Zeitraum 23.11.98-31.08.99)
4. Das bislang unabgeschlossene **Großprojekt „Routine-Evaluation“** mit einer sehr breit angelegten Fragebogenbatterie und insgesamt 4 Untersuchungszeitpunkten, in das ständig mehrere Doktoranden eingebunden sind (hier ausgewerteter Zeitraum: 1.09.99-31.12.00).

Die Datenerfassung erfolgte dabei im Idealfall jeweils zu den vier Zeitpunkten

1. **Aufnahme** (persönliche Untersuchung),
2. **Entlassung** (persönliche Untersuchung),
3. 4-6 Wochen nach Entlassung (persönliche oder telefonische Nachuntersuchung: **4-6-Wochen-Katamnese**) sowie
4. 1-1,5 Jahre nach Entlassung (ebenfalls persönliche oder telefonische Erhebung: **1-1,5-Jahres-Katamnese**).

Im Rahmen unserer Studie wurden zu diesen vier Zeitpunkten jeweils folgende Gruppen verglichen:

1. **Gesamtinanspruchnahmepopulation** der Klinik ohne die Hyperkinetiker **versus F90** (Hyperkinetische Störungen)
2. **Dreiervergleich: F90** (Hyperkinetische Störungen) **versus F91** (Störungen des Sozialverhaltens) **versus F92** (Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen)
3. **F90.0/F90.8** (F90 ohne Störungen des Sozialverhaltens) **versus F90.1** (F90 mit Störungen des Sozialverhaltens)
4. **F90 ohne UE** (Umschriebene Entwicklungsstörungen) **versus F90 mit UE**
5. **F90, therapiert mit Stimulantien versus F90, therapiert ohne Stimulantien**

Einen Überblick über die Anzahl der in den einzelnen Zeiträumen erfaßten Gesamtzahl der Patienten sowie über den prozentualen Anteil der für unsere Studie interessanten Diagnosegruppen gibt Tab. 5.1:

Tab. 5.1: Anzahl aller Patienten, der Hyperkinetiker und Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens in den vier verschiedenen Zeiträumen

Zeitraum	Anzahl der Patienten**	Hyperkinetiker F90		Sozialstörungen F91 und F92	
		n	Gültige %*	n	Gültige %*
1 Zeitraum 1 (1.01.92-31.12.97)	1272	59	4.6	277	21.8
2 Zeitraum „Lücke“ (1.01.-22.11.98)	197	10	5.1	49	24.9
3 Aschenbroich/Schaumann (23.11.98-31.08.99)	211	13	6.2	49	23.2
4 Routine-Evaluationsprojekt (1.09.99-31.12.00)	388	23	5.9	88	22.7
Gesamt	2068	105	5.1	463	22.4

* der Anzahl der Patienten des jeweiligen Zeitraumes

** Jeweils nur ein Fall/Patient (Reduktionsstufe 1, s. u.) und therapeutische Aufenthalte berücksichtigt (ohne fehlende Werte, s. p.122)

5.2.2 Die Datenanzahl reduzierende Faktoren und Organisation des Gesamtdatensatzes

Unterschiedliche Erhebungsinstrumente in den einzelnen Zeiträumen

Da die routinemäßige Datenerhebung zu den oben genannten vier Evaluationszeitpunkten erst mit Beginn der „Routine-Evaluation“ im September 1999 einsetzte und in den anderen Zeiträumen nur ein Teil der späteren Standard-Instrumentenbatterie erhoben wurde, stehen uns leider nicht aus allen vier Untersuchungszeiträumen die kompletten Daten zur Verfügung.

So sind in allen vier Zeiträumen Daten aus Aufnahmeuntersuchungen, in den Zeiträumen 3 und 4 zusätzlich aus Nachuntersuchungen sowie in den Zeiträumen 3, 4 und z.T. dem Zeitraum 1 zusätzlich aus Katamnese-Untersuchungen vorhanden. Welche Instrumente dabei genau verwendet wurden, werde ich später (Kapitel 5.3.1 Erhebungsinstrumente zu den verschiedenen Zeitpunkten - Überblick) beschreiben. Hier nun eine tabellarische Übersicht über die vorhandenen Untersuchungen der 4 kombinierten Zeiträume:

Tab. 5.2: Patientenzahl und Untersuchungen je Zeitraum

Zeitraum (Aufnahmedatum) und Bezeichnung	Anzahl der Patienten*	Nachuntersu- chung vor- handen?	Katamnese vorhan- den?
1 01Jan92-31Dez97 „Pilotprojekt Hirsch/König“	1467	Nein abunt**=0	Teilweise: (Bei den Entlassungen zwischen 3.03.95 und 29.08.97 (n=260)) Katunt***=220
2 01Jan98-22Nov98 „Basisdokumentation und FBB“ = „Lücke“	212	Nein abunt**=0	Nein Katunt***=0
3 23Nov98-31Aug99 „Aschenbroich/Schaumann“	223	Ja abunt**=85	Ja Katunt***=142
4 01Sep99-31Dez00 „Routine-Evaluation“	437	Ja abunt**=293	Ja Katunt***=83
Gesamt	2339	378	445

* auf der Reduktionsstufe 1, d.h. ein Fall/Patient (diagnostische Aufenthalte und fehlende Werte noch integriert, s. u.)

abunt=Anzahl der Nachuntersuchungen *Katunt=Anzahl der Katamnesen

(leicht veränderter Auszug aus dem Skript „Stichprobenbeschreibung SUPER-Datensatz“ von U. König, 2002)

Speziell zur 1-1,5-Jahres-Katamnese, die routinemäßig ab Zeitraum 3 gestartet wurde, ist anzuführen, daß sie aus organisatorischen Gründen zunächst recht schleppend anlief. So wurden in der Anfangsphase der 1-1,5- Jahres-Katamnese leider die Daten einiger im Zeitraum 3 therapierten Patienten gar nicht erfaßt. Auf die Art und Weise unserer Datenerfassung und Schwierigkeiten dabei werde ich in Kapitel 5.3 eingehen.

5.2.3 Bildung von Reduktionsstufen

Da der Gesamtdatensatz aus mehreren voneinander unabhängigen Teilstichproben unter Verwendung z.T unterschiedlicher Evaluationsinstrumente besteht, sowie ein und derselbe Patient aufgrund eines wiederholten Klinikaufenthaltes mehrmals darin vorkommen kann, wurde dieser riesige Datensatz (bestehend aus 2910 Klinikaufhalten (Episoden) sowie 1175 Einzelvariablen pro Episode) durch die Einführung sogenannter Reduktionsstufen bereinigt.

Mit der **ersten von den insgesamt vier eingeführten Reduktionsstufen** wurde der Gesamtdatensatz zunächst auf „einen Fall pro Patient“ reduziert, wobei möglichst keine Nachuntersuchungs- und Katamnese-daten verworfen werden sollten. Dabei wurde innerhalb der PID (persönlichen Identifikationsnummer) des Patienten - also für jeden Patienten getrennt - nach vier Variablen, denen unterschiedliche Prioritäten zugeordnet wurden, sortiert: Die erste Priorität erhielt dabei das Kriterium „Abschlußuntersuchung vorhanden“ (abunt), die zweite das Kriterium „Katamnese vorhanden“ (katunt), die dritte Priorität schließlich das „vorhandene Therapeutenrating“ (beh1ja), und als viertes wurde noch nach dem Aufnahmedatum (aufdatx) geschaut.

Beispiel: Im Falle der Existenz mehrerer Datensätze zu einem Patienten wurde somit zunächst derjenige Datensatz mit dem höchsten Informationsgehalt, das heißt möglichst dem Vorhandensein aller der oben genannten Kriterien, ausgewählt. Erfüllte keiner der Datensätze alle Kriterien, so wurde als erstes derjenige mit vorhandenen Abschlußdaten, danach derjenige mit vorhandener Katamneseuntersuchung etc. ausgesucht. Für den Fall, daß alle bzw. keiner der vorhandenen Datensätze die ersten drei Kriterien erfüllten, wurde derjenige Datensatz ausgewählt, der das früheste Aufnahmedatum aufwies. Auf diese Weise entstand eine Sortierung der Datensätze eines mehrmals aufgenommenen Patienten, bei der der sogenannte „optimale“ Datensatz mit dem Wert „episod=1“ besetzt wurde. Hierbei handelte es sich dann um denjenigen Datensatz mit den meisten Informationen oder dem frühesten Aufnahmedatum. Alle anderen Datensätze dieses Patienten wurden mit dem Wert „episod=0“ belegt.

Für die weiteren Reduktionsstufen wurden jeweils zusätzlich zur Reduktionsstufe 1 vorhandene Einschlußkriterium gefordert:

- für die **Reduktionsstufe 2** das Vorhandensein eines Erfolgsratings des Therapeuten bei Behandlungsende (episod=1 and beh1ja=1)
- für die **Reduktionsstufe 3** eine vorhandene Nachuntersuchung (episod=1 and abunt=1)
- für die **Reduktionsstufe 4** eine vorhandene Katamneseuntersuchung (episod=1 and katunt=1) und

- für die **Reduktionsstufe 5** das Vorhandensein aller weiteren Untersuchungen (episod=1 and beh1ja=1 and abunt=1 and katunt=1)

(SPSS-Syntax: sort cases pid (A) abunt (D) katunt (D) beh1ja (D) aufdatx (A). A=aufsteigend, B=absteigend sortieren).

Eine Übersicht über die Reduktionsstufen und die jeweiligen Fallzahlen gibt **Tab. 5.3**:

Tab. 5.3: Anzahl aller Patienten, der Hyperkinetiker und der Kinder mit Sozialstörungen je Reduktionsstufe sowie Bedeutung der einzelnen Reduktionsstufen

Name der Reduktion	Variablenname (alle0/1)	Bedeutung	Fallzahl insg.	HKS (F90) N,gültige%*		Sozialstörungen (F91 und F92) N,gültige%*	
Redu=1	Episod (1=ausgewählte Episode)	Nur ein Fall pro Patient episod=1	2339	105	5,1%	463	22,4%
Redu=2	Beh1ja	Erfolgsrating vom Therapeuten vorhanden? episod=1 and beh1ja=1	1972	104	5,3%	433	22,0%
Redu=3	Abunt	Nachuntersuchung vorhanden? episod=1 and abunt=1	378	22	6,0%	81	22,1%
Redu=4	Katunt	Katamnese vorhanden? episod=1 and katunt=1	445	29	6,6%	86	19,6%
Redu=5	Beh1ja	Alle Untersuchungen vorhanden? Episod=1 and beh1ja=1 and abunt=1 and katunt=1	117	7	6,0%	26	22,2%

*n=271 fehlende Werte bei Redu=1, n=8 fehlende Werte bei Redu=2, n=11 fehlende Werte bei Redu=3, n=6 fehlende Werte bei Redu=4, kein fehlender Wert für Redu=5

(veränderter Auszug aus dem Skript „Stichprobenbeschreibung `SUPER-Datensatz`“ von U. König, 2002)

5.3 Datenerhebung

5.3.1 Erhebungsinstrumente zu den verschiedenen Zeitpunkten - Überblick

Wie aus Tab. 5.1 zu sehen ist, wurden die hier verwendeten Daten von einer Reihe unterschiedlicher Untersucher erhoben: im Rahmen der Aufnahme- und Entlassungsuntersuchungen waren dies v.a. die Therapeuten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg, im Rahmen der 4-6 Wochen- Nachuntersuchung (NU) und 1-1,5 Jahres- Katamnesen die jeweils namentlich erwähnten sowie weitere Doktoranden und Mitarbeiter.

Einen Überblick über die zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten in den jeweiligen Zeiträumen verwendeten Evaluationsinstrumente gibt Tab. 7.4 (siehe nächste Seite):

Anhand dieser Tabelle kann man zum einen sehr schön die Zunahme der Anzahl der Evaluationsinstrumente mit dem Fortschreiten der Forschung in den aufeinanderfolgenden Zeiträumen, zum anderen die enge Verzahnung von Entlassungs- und 4-6-Wochen-Nachuntersuchung beobachten. Bei letzterer wurden das Therapierating sowie identische Fragen zur Lebensqualität der Kinder im Rahmen des ILK-Fragebogens einmal in einer persönlichen Nachuntersuchung (Zeitraum 3) und einmal im Rahmen eines Telefoninterviews (Zeitraum 4) erhoben. Angaben dieser beiden Evaluationsarten können dabei direkt miteinander verglichen werden, wie eine Vorstudie zum Routine-Evaluationsprojekt (Pilot-(Katamnese-)Studie des Dipl.-Psychologen O.Hirsch und des Dipl.-Humanbiologen U.König, s.o.) gezeigt hat.

So wurden zum **Aufnahmezeitpunkt** folgende Evaluationsinstrumente benutzt (ab Zeitraum 3):

- Basisdokumentation
- LISTE (bei Aufnahme vom Therapeuten erstellt)
- ILK-Fragebogen (Patient, Eltern/Bezugsperson, Therapeut)
- CBCL-Fragebogen (Patient, Eltern/Bezugsperson)
- YSR-Fragebogen (Patient)
- Marburger Symptomliste (Therapeutenangaben)

Die angeführten Fragebögen wurden dabei vom zuständigen Therapeuten an Patient und Eltern ausgegeben bzw. von ihm selbst ausgefüllt und dann an die Doktoranden/Mitarbeiter des Routine- Evaluationsprojektes zur Auswertung weitergegeben.

Tab. 5.4: In den jeweiligen Zeiträumen verwendete Datenerhebungsinstrumente

	Aufnahme	Entlassung	4-6-Wochen-NU	1-1,5 Jahres- Katamnese
Zeitraum 1	Basisdoku	FBB(P,E,T) LISTE-Erstellg.		FBB (P,E) LISTE (Bp) CBCL (Bp) YSR (P)
Zeitraum 2	Basisdoku	FBB(P,E,T)		
Zeitraum 3	Basisdoku	FBB(P,E,T)	FBB (P,E)*	FBB (P,E)
	LISTE-Erstellg.	LISTE (T)	LISTE(M,V)	LISTE(Bp)
	ILK (P,E,T)		ILK (P,E)	ILK (P,E)
	CBCL (M,V)	Rating (T)	Rating(M,V)	Rating(Bp)
	YSR (P)		CBCL (Bp)	CBCL (Bp)
	MSL (T)	MSL (T)	YSR (P)	YSR (P)
Zeitraum 4	Basisdoku	FBB(P,E,T)	FBB (P,E)*	FBB (P,E)
	LISTE-Erstellg.	LISTE (T)	LISTE(Bp)	LISTE(Bp)
	ILK (P,E,T)		ILK (P,E)	ILK (P,E)
	CBCL (Bp)	Rating (T)	Rating (Bp)	Rating(Bp)
	YSR (P)		CBCL (Bp)	CBCL (Bp)
	MSL (T)	MSL (T)	YSR (P)	YSR (P)

* falls bei der Entlassungsuntersuchung keine Bögen ausgefüllt wurden

(P=Patient, E=Eltern, T=Therapeut, M=Mutter, V=Vater, Bp=Bezugsperson)

Die Instrumente bei **Entlassungs- bzw. Nachuntersuchung** waren dann folgende (ab Zeitraum 3):

- LISTE (bearbeitet von Eltern/Bezugsperson und Therapeut)
- ILK- Fragebogen (Patient, Eltern/Bezugsperson, Therapeut) - je nach Erfassungszeitraum im Rahmen eines Fragebogens oder eines Telefoninterviews erhoben
- CBCL- Fragebogen (Eltern/Bezugsperson)
- YSR- Fragebogen (Patient)
- Therapierating (Eltern/Bezugsperson, Therapeut) – je nach Erfassungszeitraum als Fragebogen oder im Rahmen der Telefon-Nachuntersuchung erfaßt
- FBB-Fragebogen (Patient, Eltern)

Im Rahmen der **1-1,5-Jahres-Katamnese** (ebenfalls ab Zeitraum 3) wurden mit Ausnahme der Therapeutenangaben zur möglichst optimalen Verlaufsbeurteilung der Kinder exakt die gleichen Instrumente von denselben Personen erhoben wie bei der Entlassung/Nachuntersuchung. Zusätzlich wurden in diesem Katamnese-Telefoninterview noch einzelne weitere Items erfragt, die weiter unten beschrieben werden und im Anhang genau nachgeschaut werden können.

5.3.2 Verwendete Instrumente

5.3.2.1 Basisdokumentation

Für alle in die Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommenen Patienten wird zu Beginn der Behandlung von den Therapeuten im Rahmen einer auf kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen abgestimmten Basisdokumentation umfangreiches Datenmaterial erhoben. Hierbei wurde während des ersten Erfassungszeitraumes (1.01.1992- 31.12.1997) mit einer älteren Version dieser Basisdokumentation gearbeitet und ab dem zweiten Erfassungszeitraum (ab 1.01.1998) eine überarbeitete „neue“ Version eingeführt, die bis heute im Gebrauch ist. Unterschiede zwischen den beiden Versionen wurden für unser Ergebnisauswertungen aufeinander abgestimmt und entsprechend umkodiert, worauf später im Rahmen der Datenauswertung eingegangen werden soll. Die beiden vollständigen Versionen können direkt im Anhang eingesehen und verglichen werden.

Insgesamt lehnt sich die neue Fassung der Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg an die von den drei Fachverbänden DGKJP/BAG/BKJPP entwickelte Allgemeine „Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (1998) an. Grundsätzlich teilt sie sich in 10 Unterpunkte auf und enthält neben persönlichen Daten und Symptomen der Kinder auch soziodemographische Daten sowie Angaben zum Modus von Aufnahme und Entlassung, zur Therapie und Weiterbehandlung. Bei der Dokumentation der Diagnose der Kinder wird dabei orientierend auf das Multiaxiale Klassifikationschema (MAS) nach Remschmidt und Schmidt (1994) zurückgegriffen.

Hier möchte ich nun die für unsere Studie relevanten **Items der aktuell verwendeten „neuen“ Basisdokumentation** genauer vorstellen:

Diese bestehen aus

- **Aufnahmedaten**
- **Alter:** kodiert durch das Geburtsdatum
- **Geschlecht:** 1=männlich, 2=weiblich
- **Therapiemodus:** 1=ambulant, 2=teilstationär, 3=stationär, 4=Konsil
- **Soziodemographischen Daten**
- **Wohnsituation:**
 - 1) wohnhaft bei Mutter
 - 2) wohnhaft bei Vater (bei 1) und 2) jeweils acht möglichen Antworten, von 1=leibliche/r Mutter/Vater reichend bis 6=Verwandter, sonstige/r Ersatzmutter/-vater sowie 8=kein/e Mutter/Vater und 9=unbekannt)
 - 3) andere Wohnsituationen (1=stationäre Jugendhilfe bis 7=kein fester Wohnsitz, 8=entfällt und 9=unbekannt → s. Basisdokumentation im Anhang)
- **Schichtzugehörigkeit:** Aufgeteilt in die beiden Gruppen Arbeitnehmer und Selbständige, innerhalb derer jeweils 5 Untergruppen gebildet wurden - genauere Angaben im Rahmen der Datenauswertung in Kapitel 5.6 Datenauswertung und im Anhang.
- **Symptomatik nach der Marburger Symptomliste:** Aufgeteilt in 22 Einzelitems, siehe Basisdokumentation im Anhang.
- **den sechs Diagnose-Achsen nach dem MAS** von Remschmidt und Schmidt (1994) (entsprechende Symptomatik muß in den letzten 6 Monaten vor der stationären Aufnahme aufgefallen sein):
 1. **Achse I: Klinisch-Psychiatrisches Syndrom:** Hier ist die Verschlüsselung aller Ziffern des Kapitels „F“ der ICD-10 möglich, mit Ausnahme von F7 Intelligenzminderung (→ Achse III) und F80 bis F83 (→ Achse II); bei Mehrfachdiagnosen wird an erster Stelle die für die klinische Behandlungsepisode wichtigste Diagnose aufgeführt:
 2. **Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen (UE):** Hier kommen die ICD-10- Ziffern F80 (UE des Sprechens und der Sprache), F81 (UE schulischer Fertigkeiten), F82 (UE motorischer Funktionen), F88 (andere UE) und F89 (nicht näher bezeichnete UE) zur Anwendung - es ist maximal eine dreifache Nennung möglich.
 3. **Achse III: Intelligenzniveau:** Kodiert in neun Stufen von 1=sehr hohe Intelligenz (IQ>129) bis 8=schwerste Intelligenzminderung (IQ<20) reichend, sowie 9=Intelligenzniveau nicht bekannt.
 4. **Achse IV: Körperliche Symptomatik:** Hier können bis zu drei somatische ICD-10- Diagnosen vergeben werden.
 5. **Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände:**
Unterteilt in insgesamt 39 mögliche Items unter den neun Überschriften:
 - 1) Abnorme intrafamiliäre Beziehungen (8 Items)

- 2) Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie (4 Items)
 - 3) Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation (1 Item)
 - 4) Abnorme Erziehungsbedingungen (5 Items)
 - 5) Abnorme unmittelbare Umgebung (5 Items)
 - 6) Akute, belastende Lebensereignisse (7 Items)
 - 7) Gesellschaftliche Belastungsfaktoren (3 Items)
 - 8) Chronische Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit (4 Items)
 - 9) Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes (4 Items). Sie werden mit 1= unzutreffend, 2= trifft zu, 8= logisch nicht möglich und 9= unbekannt kodiert.
- 6. Achse VI: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung:** Kodierung in neun Stufen von 0=hervorragende/gute soziale Anpassung bis zu 8=braucht ständige Betreuung und 9=Information fehlt
- **Daten zur Therapie:** Angaben zu den ersten 3 Punkten werden jeweils in der Anzahl der Sitzungen, aufgeteilt in 7 mögliche Angaben von 1=keine, 2=1-2 Sitzungen bis zu 7= >50 Sitzungen, gemacht:
1. **Psychotherapeutische Verfahren beim Kind:** Hierunter fallen Tiefenpsychologisch fundierte Gesprächstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Spieltherapie, Verhaltenstherapie, Klientenzentrierte Gesprächstherapie, Klientenzentrierte Spieltherapie, Entspannungsverfahren und „andere psychotherapeutische Verfahren“.
 2. **Beratungen und Behandlungen bei (Ersatz-)Eltern/Familie:** Anzuführen sind hier Eltern- und Familienberatung, Anleitende psychoedukative Eltern- und Familienarbeit, Familientherapie/Systemische Therapie, Patientenbezogene Elterntherapie (ein Elternteil oder beide), Elterngruppe und „andere Therapien“.
 3. **Weitere Therapien:** Umfassen so unterschiedliche Verfahren wie Ergo-/ Beschäftigungs-/Arbeitstherapie, Heilpädagogik, Krankengymnastik/Bewegungs-Moto-/Physiotherapie, Logopädie, Kunst-/Musiktherapie, Sensomotorisches Training/Teilleistungstraining, Ernährungsberatung und –therapie sowie wieder den Punkt „andere“.
 4. **Medikamentöse Therapie:** Hier kann bei den Angaben zwischen 10 Medikamentengruppen (z. B. Neuroleptika, Antidepressiva, Stimulantien etc.) sowie den Punkten „andere Psychopharmaka“ und „medikamentöse Behandlung gravierender somatischer Erkrankungen“ ausgewählt werden, wobei Mehrfachnennungen möglich sind. Bei allen 12 Punkten kann die Kodierung 1=keine, 2=wirksame Medikation ohne besondere Probleme, 3=mangelnde Wirkung/Therapieresistenz sowie 4=erhebliche unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen vorgenommen werden.
 5. **Soziotherapeutische Maßnahmen:** Hierunter fallen sieben mögliche Maßnahmen von 5.1 „organisatorische Maßnahmen (z. B. Suche nach geeigneten Einrichtungen; Finanzierung von Maßnahmen)“ bis 5.7 „Hausbesuche/Home-treatment“ sowie 5.8 „sonstiges“, die jeweils nur dichotomisiert mit 1=„ja, fanden statt“ und 2=„nein, fanden nicht statt“ kodiert werden können.

- **Daten zum Ende der Behandlung**
- **Entlassungsart:** 1=regulär, 2=Abbruch durch Patienten/Eltern, 3=Abbruch durch Behandler.
- **Kooperationsbereitschaft von Patient und Eltern:** Einstufung von 1=gut, 2=mässig gut, 3=schwach, 4=schlecht, 8=trifft nicht zu/entfällt (Therapeutenurteil).
- **Behandlungsergebnis**
- **Behandlungserfolgs bezüglich der Zielsymptomatik:** Kodierung von 1=völlig gebessert bis 5=verschlechtert und 9=nicht beurteilbar (Therapeutenurteil).

5.3.2.2 LISTE

Die in der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelte und nun standardmässig verwendete LISTE (**L**iste **i**ndividueller **S**ymptome zur **T**herapie**e**valuation) umfaßt einen Fragenkatalog zu individuellen Hauptsymptomen eines jeden Patienten. Diese individuellen Symptomfragen werden von dem zuständigen Therapeuten in den ersten zwei Behandlungswochen erstellt und nehmen auf die wichtigsten psychopathologischen Symptome des jeweiligen Patienten bei Beginn der Therapie Bezug. Es sollen mindestens drei und höchstens 12 dieser Fragen entworfen werden und sie müssen mit „Ja“ bzw. „Nein“ zu beantworten sein, da es bei dieser Erhebung um das Vorhandensein von Symptomen und nicht um graduelle Abstufungen der Symptomstärke geht. Um die Erhebung so objektiv wie möglich zu gestalten, ist es wichtig, konkretes, beobachtbares Verhalten zu erfragen. Weiterhin sollten technische Termini in den Fragen zugunsten eines möglichst unproblematischen Verständnisses derselben vermieden werden. Ergänzt werden diese „Ja/Nein“- Fragen bei verschiedenen Krankheitsbildern durch Fragen nach der Häufigkeit eines Symptoms (z. B. Erbrechen bei Bulimia nervosa) bzw. nach konkreten Angaben zu Körpergewicht (z. B. bei Anorexie) und Körpergrösse. Dieses geschieht vor dem Hintergrund der Frage, ob diese Angaben auffällig sind oder nicht. Bei der Erstellung dieser individuellen Symptomfragen kann von den Therapeuten auf ein Anleitungsmanual mit möglichen Formulierungen zurückgegriffen werden.

Die Beantwortung dieser Fragen wird von Therapeut und Eltern - bzw. zur besseren Vergleichbarkeit am besten von immer derselben Bezugsperson – jeweils zu Beginn und Ende der Therapie sowie zu weiteren Zeitpunkten der Verlaufskontrolle vorgenommen. Hierbei wird der individuelle Verbesserungsindex (IVI) als Indikator des Therapieerfolges verwendet. Dieser bestimmt den Prozentsatz der in der LISTE erfaßten Symptome, die zu dem jeweiligen Erhebungszeitpunkt remittiert sind.

In einer Studie mit 32 Patienten in der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie (Renschmidt und Mattejat, 2001) hat sich die LISTE als eine reliable, valide und objektive Methode zur Messung der Verbesserung individueller Psychopathologie erwiesen. Sie zeigte ausserdem eine hohe Korrelation mit der jeweiligen psychiatrischen Diagnose und einem klinischen Rating zur Behandlungsnotwendigkeit, hingegen nur einen moderaten Zusammenhang mit der Marburger Symptomliste und einer globalen Beurteilung psychosozialer Anpassung. Diese Ergeb-

nisse ließen Remschmidt und Mattejat die LISTE als eine Meßmethode für spezifische psychopathologische Aspekte und weniger als eine Methode zur Messung globaler psychosozialer Anpassung einstufen.

5.3.2.3 Beurteilung des Therapieerfolges

Daten zu dem jeweiligen Therapieerfolg der Patienten wurden im Rahmen unserer Studie durch vier verschiedene Methoden erhoben:

1. Im Rahmen der Basisdokumentation durch das oben schon beschriebene Item „Erfolg der Behandlung bezüglich der Zielsymptomatik“.
2. Bei der LISTE- Erhebung durch den ebenfalls oben beschriebenen individuellen Verbesserungsindex (Prozentuale Änderung der Symptomfragen).
3. Bei der im Zeitraum 3 von Aschenbroich und Schaumann durchgeführten persönlichen Nachuntersuchung im Rahmen eines Erhebungsbogens durch das Item „Haben sich die Probleme oder Symptome, die zur Aufnahme geführt haben, verbessert oder nicht verbessert?“, bei dem 5 Antworten möglich waren (1=völlig gebessert, 2=deutlich gebessert, 3=etwas gebessert, 4=unverändert, 5=verschlechtert).
4. Auf andere Art und Weise bei der 4-6-Wochen-Nachuntersuchung und bei der 1-1,5-Jahres-Katamnese als Teil des Telefoninterviews, und zwar durch die Frage „Wie geht es (Name der/des Patientin/Patienten) heute im Vergleich zu der Zeit als sie/er stationär aufgenommen wurde? Eher gut oder eher schlecht?“. Auch hier gab es 5 mögliche Antworten: 1=sehr gut, 2=eher gut, 3=teils-teils, 4=eher schlecht und 5=sehr schlecht.

Bereits an dieser Stelle soll kurz auf die spätere Datenauswertung eingegangen werden: Hierbei wurden das unter 3. beschriebene Item und die in Punkt 4. beschriebene Frage der telefonischen 4-6-Wochen-Nachuntersuchung zur Vereinfachung 1:1 aufeinander abgebildet, da sie beide den Behandlungserfolg in einer fünfstufigen Skala erheben.

Zur Einschätzung der Qualität der verwendeten Meßmethoden des Therapieerfolges bleibt anzuführen, daß bei einem Vergleich des individuellen Verbesserungsindex (IVI) der LISTE (Punkt 2) und dem 5-stufigen Behandlungserfolgs-Rating von Nachuntersuchung/Katamnese (Punkte 3 und 4) mit entsprechenden Expertenratings im Rahmen einer Studie zur Reliabilität und Validität katamnestischer Telefoninterviews Mattejat et al. 2001 folgende Ergebnisse erhielten: Beide Maße geben Auskunft darüber, ob eine psychiatrische Störung vorliegt und korrelieren mit der Behandlungsbedürftigkeit (gemäß Expertenrating). Sie besitzen ein hohes Maß an Retest- Reliabilität, zeigen eine hohe Korrelation zu den Expertenratings und sind gemessen an diesen als valide zu betrachten.

5.3.2.4 4-6-Wochen-Telefoninterview-Nachuntersuchung

Die Eltern aller Patienten, die ab dem 1.09.1999 aus der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie entlassen wurden, werden im Abstand von 4-6 Wochen nach Entlassung telefonisch

nachbefragt. Bei diesen Nachbefragungen handelt es sich um ein standardisiertes katamnestisches Telefoninterview, das im Rahmen der Pilotstudie in Zeitraum 1 (s.o.) in Marburg entwickelt, überprüft und für hinreichend valide und reliabel befunden wurde (vgl. Matthejat, Renschmidt et al., 2001). Es soll mit der jeweiligen Bezugsperson des ehemaligen Patienten geführt werden, bei der es sich in der Regel um die Mutter handelt, in manchen Fällen allerdings auch um den Vater oder z.B. einen Bezugsbetreuer in einer Heimeinrichtung. Vorbereitend auf das Interview müssen nicht nur organisatorische Dinge wie z.B. die Ermittlung der momentanen Adresse des ehemaligen Patienten (was sich v. a. bei der 1-1,5-Jahres-Katamnese (s.u.) trotz Einschaltung verschiedener Ämter z.T. sehr schwierig gestaltete), sondern auch sonstige Aspekte wie z. B. Warnhinweise des zuständigen Therapeuten zu Familienverhältnissen (z.B. wenn aufgrund einer schwierigen Familiensituation bestimmte Familienmitglieder nicht befragt werden sollen) geklärt werden.

Der Interview-Bogen selbst umfaßt folgende Teilbereiche:

1. **Patientendaten** (schon vor Interview-Beginn ausgefüllt: Fall-ID, Name des zuständigen Therapeuten, Name des Patienten und dessen Alter, Aufnahme- und Entlassungsdaten, gewünschter Interviewpartner, d.h. die entsprechende „Hauptbezugsperson“, und deren Adresse/Telefonnummer sowie eventuelle Warnhinweise der/des Therapeuten/Therapeuten)
2. **Allgemeine Daten zum Interview** (Datum und Dauer des Gespräches, Grund für ein eventuelles Nicht-Zustandekommen des Interviews, Namen des Interviewers und der interviewten Person sowie Angaben zu bereits verschickten oder noch zu verschickenden Fragebögen wie auch zu Mahnanrufen (s. u.))
3. **Aktuelle Lebensumstände des Patienten** (Wohnsituation, Schule, Schulabschluß)
4. Spezielle Symptomfragen im Rahmen der **LISTE** (s. o.)
5. **Behandlungserfolgs-Rating** (s. o.)
6. **Fragen zur Lebensqualität des Patienten**, aus dem **ILK- Fragebogen** entlehnt: Hier werden Ratings der Hauptbezugsperson zur schulischen, sozialen, psychischen, körperlichen und zur Gesamtentwicklung des jeweiligen Kindes/Jugendlichen erfragt (Bsp.: „Wie gut ist der Kontakt von _____ zu anderen Kinder/Jugendlichen in der Freizeit? Eher gut oder eher schlecht?“ mit jeweils 5 Antwortmöglichkeiten von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht; siehe auch Original- Fragebogen im Anhang) - Bei weiterem Bestehen der Probleme, die zum Klinikaufenthalt geführt hatten, kommen Zusatzfragen nach der von der Hauptbezugsperson eingeschätzten Belastung der Patientin/des Patienten durch diese Probleme und nach deren eigener Belastung durch dieselben zum Einsatz (auch jeweils 5-stufige Antwortskala).
7. **Fragen zum Behandlungsende** (1=mit/2=ohne ärztlichem/es Einverständnis; 1=mit/2=ohne eigenem/eigenes Einverständnis)
8. **Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit** mit dem Aufenthalt (ebenfalls 5- stufige Antwortmöglichkeit)

9. **Raum für die Äußerung spontaner Kritik** an der Behandlung (keinerlei Vorgaben zur thematischen Strukturierung dieses Unterpunktes und kein Nachfragen bei fehlenden Angaben)
10. **Abschluß des Gesamtinterviews** mit den Fragen nach dem Einverständnis mit der Zusendung weiterer Fragebögen und der Teilnahme an einer weiteren Erhebung ca. ein Jahr später. Hier hat der Interviewer nun die Möglichkeit, sonstige wichtige Informationen im „O-Ton“ des Interviewten zu vermerken und seinen subjektiven Eindruck des Gespräches die Gesprächsatmosphäre betreffend in einer weiteren 5- stufigen Skala zu vermerken.

Begonnen wurde das Interview jeweils mit der Identifikation des Anrufers als Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg, der Überprüfung des korrekten Ansprechpartners und einer standardisierten Erläuterung zum Anliegen des Anrufes. Bei Teilnahmebereitschaft des korrekten Interviewpartners wurden dann die o. g. Punkte beginnend mit Punkt 3. erfragt.

5.3.2.5 1-1,5-Jahres-Katamnese (Telefoninterview)

Die im Rahmen des Routine- Evaluationsprojektes später eingeführte 1-1,5-Jahres-Katamnese entspricht im Grunde einer erweiterten Fassung der Telefon-Nachuntersuchung, so daß hier nur auf die zusätzlichen Elemente eingegangen werden soll:

Diese bestehen im Wesentlichen aus zwei Punkten: Zum einen aus einer Erweiterung der Fragen nach den aktuellen Lebensumständen um den Unterpunkt „Arbeit“ („Was arbeitet _____ zur Zeit?“ mit 9 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten) und zum anderen aus einer zusätzlichen Rubrik, in der spätere Behandlungen erfragt werden („Hat es nach dem Aufenthalt in unserer Klinik eine Weiterbehandlung oder Nachbetreuung gegeben?“ - Bei Bejahung wird nach deren Art und Dauer in Monaten gefragt). Bei allen anderen Punkten ergibt sich nur noch der Unterschied, daß hier im Rahmen des ILK- Fragebogens handschriftlich zusätzliche Informationen zu den einzelnen Unterpunkten ergänzt werden können, um eventuell die Angaben zu der jeweiligen Rating- Skala zu präzisieren.

5.3.2.6 Weitere Instrumente

Auf alle weiteren im Rahmen der Routine- Evaluation der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie benutzten Instrumente soll hier mit Ausnahme einer kurzen Begriffserklärung nicht näher eingegangen werden, da sie für diese Arbeit aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht weiter interessant sind und in anderen Arbeiten des Gesamtprojektes ausführlich vorgestellt werden:

- **ILK** – Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Mattejat und Remschmidt, 1998).
- **CBCL** – **C**hild **B**ehavior **C**heck **L**ist (Achenbach und Edelbrock, 1983; deutsche Version Döpfner et al., 1994) und **YSR** – **Y**outh **S**elf **R**eport (Achenbach und Edelbrock, 1983): Hierbei handelt es sich um Fragebögen, die anhand einer sehr großen Anzahl von Einzelitems (138 bei der von den Eltern auszufüllenden Version (CBCL), 118 bei der Patientenversion (YSR), von denen 102 Items denen des CBCL entsprechen) den psychopa-

thologischen Befund des Patienten erfragen wollen. Aus der Summe der Einzelangaben können dabei globale Skalen wie „Internalisierung“ und „Externalisierung“, allerdings auch spezifische Symptom- Skalen wie „Aggressivität“, „Angst/Depressivität“ etc. errechnet werden.

- **MSL** – Marburger Symptomliste: Wird jeweils im Rahmen der Allgemeinen Basisdokumentation in der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie erhoben, wobei analog zur Basisdokumentation eine alte und eine neue Fassung existiert. Generell werden hiermit anhand von 93 Einzelitems in der alten und der stark reduzierten Anzahl von 22 Einzelitems in der neuen Symptomliste Symptomprofile der einzelnen Patienten erstellt.
- **FBB** – Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung: Dieser in einer Patienten-, einer Eltern- und einer Therapeutenversion existierende Fragebogen wurde in der Marburger Klinik zur allgemeinen, Diagnose- unabhängigen Evaluation psychologischer und psychiatrischer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen entwickelt (Mattejat und Renschmidt, 1993). Grundlage bei allen Beurteilergruppen bilden hierbei die zwei Hauptaspekte des Erfolges und der Akzeptanz der Behandlung.

Alle Erhebungsinstrumente finden sich in vollständiger Form im Anhang.

5.4 Marburger Routine- Evaluationsprojekt/ Eigene Beteiligung

Da meine eigene Beteiligung am Marburger Routine- Evaluationsprojekt sich hauptsächlich auf die Erhebung der Daten im Rahmen der 4-6- Wochen- Telefon-Nachuntersuchung und die entsprechende Dateneingabe erstreckte, möchte ich in diesem Abschnitt auf diesen Teilbereich des Projektes und die im Rahmen dieser Datenerhebungen entstandenen Probleme näher eingehen.

5.4.1 Arbeitsorganisation

Die telefonischen Nachuntersuchungen des Routine- Evaluationsprojektes wurden jeweils von einem wechselnden Team von Doktoranden vorgenommen, in dem routierend jeweils ein Mitglied für einige Monate die Hauptverantwortung übernahm. Zu dieser Tätigkeit gehörte das Führen eines Großteils der Interviews in diesem Zeitraum, als Hauptansprechpartner bei den wöchentlichen Team-Sitzungen zur Verfügung zu stehen, den Überblick über die Interviewsituation, die parallel stattfindende Dateneingabe sowie verschickte und bearbeitet zurückerhaltene Fragebögen zu haben. Durch die wöchentlichen Teamsitzungen mit dem Diplom-Humanbiologen U.König, der mit der Hauptorganisation und den Datenbanken dieses aufwendigen Projektes betraut war und ist, sowie durch Sitzungen mit Herrn Professor F.Mattejat selber wurde ein stetiger Informationsfluß und eine kontinuierliche Absprache bei Unstimmigkeiten und Problemen gewährleistet. In diesem Rahmen wurden auch die Instruktionen bzw. das Anwendungsmanual (siehe auch im Anhang) zur 4-6-Wochen-Nachuntersuchung beständig weiterentwickelt, um das allgemeine Vorgehen so weit wie möglich zu standardisieren. Dieses war äußerst wichtig, da die Telefoninterviews im Zeitraum September 1999 bis Dezember 2000

von insgesamt sieben verschiedenen Interviewern geführt wurden. Die im Folgenden aufgeführten Hinweise zur Durchführung der Nachuntersuchung entstammen diesen Instruktionen, und alle in diesem Abschnitt aufgeführten Daten entstammen den im Zeitraum 4 durchgeführten 4-6- Wochen- Telefon-Nachuntersuchungen auf der Reduktionsstufe 1, d. h. reduziert auf einen Fall/Patient.

5.4.2 Zeitpunkt der Telefon-Nachuntersuchung

Die Telefon-Nachuntersuchung sollte in einem Zeitraum von 4-6 Wochen nach Entlassung des Patienten erfolgen, die Eltern/Hauptbezugspersonen geben dazu in der Regel schon während des Klinik-Aufenthaltes des Patienten ihr Einverständnis, so daß ein zusätzliches Ankündigungsschreiben entfällt. Die Interview-Durchführung geschieht dann nach dem in Abschnitt 5.3.2.4 „4-6-Wochen-Telefoninterview-Nachuntersuchung“ beschriebenen Muster. Bei Nicht-Zustandekommen des Interviews, wenn z.B. niemand erreicht wurde, wurde der Fall nach weiteren 4 Wochen (zwei Monaten nach Entlassung) beendet und die Gründe, aus denen das Interview nicht stattfand, handschriftlich auf dem Interviewbogen vermerkt. Ein nicht zustandekommenes 4-6- Wochen- Interview bedeutete keinen Ausschluss von der 1-1,5- Jahres-Katamnese. Im Mittel wurden die Nachuntersuchungs- Telefoninterviews 40,61 Tage nach Entlassung geführt.

5.4.3 Befragte Personen

Grundsätzlich sollte die Hauptbezugsperson interviewt werden. War dies aber beispielsweise die Mutter und telefonisch erreichte man als erstes ein anderes, sich für gut über die damalige Behandlung und den poststationären Verlauf informiert haltendes Familienmitglied, ließen wir dieses zunächst berichten, fragten später aber dennoch explizit nach der Mutter. Dies taten wir mit der Begründung, uns ein möglichst umfassendes Bild der momentanen Verfassung des Patienten/der Patientin machen zu wollen. Es wurden generell keine Gesprächsangebote abgelehnt, und auch der ehemalige Patient konnte bei eigenem Wunsch oder auf Vorschlag der Hauptbezugsperson gerne Stellung nehmen. Hier wurden dann v. a. der Behandlungserfolg (3.3), die Therapiezufriedenheit (3.6) und die Spontane Kritik (3.7) erfragt.

Bei volljährigen Patienten sollte grundsätzlich die von Therapeuten angegebene Hauptbezugsperson befragt werden. War dieses nicht möglich, konnte auch der Patient selbst interviewt werden, wobei das Interview entsprechend umformuliert wurde. Gleichartig war das Vorgehen, wenn ein volljähriger Patient auf eigenen Wunsch aufgenommen worden war. Insgesamt wurden in 57% (n=165) der Fälle die Mutter, in 16,3% (n=47) der Fälle der Vater und in 26,6% (n=77) der Fälle eine andere Bezugsperson interviewt.

5.4.4 Vorgehen bei der Wiederaufnahme eines Patienten

Erfolgte bereits innerhalb des Zeitfensters der Telefon-Nachuntersuchung eine erneute stationäre Aufnahme des Patienten, ohne daß das Interview geführt wurde, so entfiel das Interview zunächst, um dann entsprechend vier Wochen nach erneuter Entlassung stattzufinden.

Für den Fall, daß wir das Interview bereits geführt hatten und der Patient direkt im Anschluss wieder stationär aufgenommen wurde, hielten wir jeweils bei erneuter Entlassung mit dem zuständigen Therapeuten Rücksprache, ob eine weitere Telefon-Nachuntersuchung bei diesem Patienten sinnvoll und zumutbar sei.

5.4.5 Verhalten während des Telefoninterviews

Generell bemühten sich alle Interviewer um ein freundliches, offenes und diplomatisches Verhalten. Letzteres war besonders im Falle von Verweigerungen des Interviews notwendig (s. u.). Hier versuchten wir zunächst einen anderen Telefontermin zu erhalten oder zumindest die Gründe der Verweigerung in Erfahrung zu bringen, wobei stark betont wurde, daß uns gerade auch die Kritik und Meinung unzufriedener Patienten wichtig sei, alle Daten zur weiteren Bearbeitung anonymisiert würden und entsprechende Kritik an die jeweiligen Therapeuten weitergeleitet werden würde.

Erhielten wir während des Interviews den Eindruck, daß es dem entsprechenden Patienten schlecht ging, wurde immer das Angebot gemacht, sich an den zuständigen Therapeuten wenden zu können. Unsere eigenen Position betreffend, war hier wichtig, Hilfe über die Vermittlung der Therapeuten anbieten zu können, aber deutlich zu machen, daß wir selbst keine Therapeuten waren, sondern wissenschaftliche Mitarbeiter des Evaluations-Projektes.

5.4.6 Versendung von Fragebögen

Am Schluß des Interviews stand jeweils die Frage, ob weitere Fragebögen zugeschickt werden dürften, die jeweils von den Eltern bzw. dem Patienten alleine beantwortet werden sollten. War ein Teil der Bögen bereits bei Entlassung ausgefüllt worden, entfiel deren erneute Bearbeitung; in den anderen Fällen schickten wir sie gegebenenfalls noch einmal zu.

Bei den Fragebögen handelte es sich um CBCL, YSR und ILK (die letzten beiden nur für Kinder ab 12 Jahren) sowie die FBB-Versionen für die Eltern und den Patienten, die z. T. auch schon bei Entlassung bearbeitet wurden. Die FBB-Fragebögen verschickten wir dabei nur an Eltern/Ersatzeltern und nicht an Einrichtungen/Heime und auch nur, wenn der Klinikaufenthalt des Patienten mindestens 14 Tage gedauert hatte. Ein mindestens 14-tägiger Klinikaufenthalt war weiter auch generelle Voraussetzung für die Teilnahme am Evaluations-Projekt.

5.4.7 Mahnanrufe

Wurden die versendeten Fragebögen nicht zurückgeschickt, erfolgte nach ca. 4 Wochen ein „Mahnanruf“, nach weiteren 4 Wochen schlossen wir den jeweiligen Fall ab. Solch ein Mahnanruf bestand dabei in einer freundlichen Nachfrage, ob denn die Fragebögen überhaupt angekommen seien. Wurde dieses bejaht, erkundigten wir uns nach Schwierigkeiten beim Ausfüllen und boten unsere Hilfe an. Im Falle einer Verneinung, fragten wir nach, ob wir sie noch einmal zuschicken dürften und baten um eine möglichst zügige Bearbeitung innerhalb der nächsten 14 Tage. Das Datum der Mahnanrufe wurde dabei jeweils auf dem Interviewbogen vermerkt.

5.4.8 Dateneingabe in SPSS

Die in den Interviews erhobenen Daten übertrugen wir zunächst vom Fragebogen in eine Microsoft Access-Maske, die gleichzeitig einen Überblick über die aktuelle Interviewsituation bot. D. h. sie zeigte an, welche Fragebögen schon vorlagen und welche Daten bereits erfaßt bzw. eingegeben worden waren. Später übernahmen wir die Daten in das Statistikprogramm SPSS (Version 10), in dem der beschriebene Gesamtdatensatz erstellt wurde. Hierbei mußten einige Umkodierungen vorgenommen werden, um die teils verschiedenen Instrumente aus den vier bereits beschriebenen Zeiträumen aufeinander abbilden und die entsprechenden Daten vergleichen zu können.

Dieses traf v. a. für die Alte und Neue Basisdokumentation sowie die Alte und Neue Marburger Symptomliste zu. Hier wurde jeweils eine Verschlüsselung gewählt, die sowohl für das alte als auch für das neue Erhebungsinstrument kompatibel war. Einen teilweisen Informationsverlust nahmen wir dabei zugunsten besserer Vergleichbarkeit und letztlich grösserer Fallzahlen für die Einzelitems in Kauf.

Weiterhin wurden zur besseren Übersichtlichkeit einige Variablen dichotomisiert, wobei Positivnennungen in der Regel den Wert „1“, Negativnennungen den Wert „0“ erhielten. Fehlende Werte wurden als „missings“ meist mit den Werten „9“ oder „99“ belegt.

Auf Probleme bei der Erstellung des Gesamtdatensatzes sowie auf die für diese Studie wichtigen Umkodierungen gehe ich später noch ein (Kapitel 5.6).

5.5 Schwierigkeiten bei der Interview- Durchführung

5.5.1 Interviewer- Team

Wie bereits erwähnt, wurden die Interviews von einem Interviewer-Team geführt. Im Erhebungszeitraum 4 (1.09.1999 – 31.12.2000) waren dies v. a. 5 Doktoranden, zu denen verschiedene andere, z.T. auch nur für kurze Zeiträume, dazustießen (siehe **Tab. 5.5**). Diese weiteren Personen bestanden v. a. aus an einer Mitarbeit am Projekt im Rahmen einer Dissertation interessierten Studenten oder bereits akzeptierten Doktoranden, die nach einiger Zeit dann doch ausschieden. Obwohl die Interviews durch ihre Standardisierung und die Entwicklung der dazugehörigen Instruktionen (s.o.) ein ausreichendes Maß an Vergleichbarkeit erzielten, stellte die z. T. recht hohe Fluktuation zeitweise einen beeinträchtigenden Faktor dar. Bei der späteren Dateneingabe und –auswertung ergaben sich weiterhin z. T. doppelte Arbeitsschritte, da die Koordination zwischen den einzelnen Doktoranden aufgrund von Wohnortswechseln nach abgeschlossenem Studium erschwert wurde. Insgesamt kann die Kooperation untereinander aber als äußerst zufriedenstellend bezeichnet werden und die jeweilige Dateneingabe war immer in dem vorher gesteckten Zeitrahmen möglich.

Tab. 5.5: Anzahl der Telefon- Interviews je Mitarbeiter

Interviewer	Häufigkeit	Prozentualer Anteil
UK	21	7,3%
MA	82	28,4%
BS	45	15,6%
CL	58	20,1%
FN	1	0,3%
PK	34	11,8%
DR	36	12,5%
Sonstige	11	3,8%
AB	1	0,3%
Gesamt	289	100%
Fehlend	4	
Gesamt	293	

Gilt für die 4-6-Wochen-Katamnese, Reduktionsstufe 1

5.5.2 Schlechte Erreichbarkeit der Interviewpartner

Es kam häufiger vor, daß die jeweiligen Interviewpartner nicht erreichbar waren, besonders schwierig gestaltete sich dieser Punkt in der Ferienzeit. In diesen Fällen wurde kontinuierlich - auch zu verschiedenen Tageszeiten und an unterschiedlichen Wochentagen - weiter versucht, die entsprechende Person zu erreichen, gegebenenfalls die Telefonnummer noch einmal kontrolliert. War es selbst nach wiederholten Versuchen nicht möglich, mit der gewünschten Person zu sprechen, wurde der Fall nach Ablauf der Frist geschlossen. Einige Fälle gingen auf diese Art und Weise besonders in der Ferienzeit durch die Kombination eines langsamen Datenflusses in der KJP und der schlechten Erreichbarkeit der Interviewpartner in den Sommerferien verloren. Zu beachten ist hierbei, daß das Zeitfenster unserer Nachuntersuchung nur 5 Wochen beträgt bei einer Länge der Sommerferien von 6 Wochen.

5.5.3 Mißtrauen gegenüber dem Interviewer/Verweigerung des Interviews

Gelegentlich, v. a. bei Anrufen in Heimen/Einrichtungen, bei denen wir den jeweiligen Bezugsbetreuer/die Bezugsbetreuerin interviewen wollten, wurde sehr skeptisch auf unsere Anrufe reagiert und deren Seriösität infrage gestellt. Hierfür zeigten wir Verständnis und boten verschiedene Lösungsmöglichkeiten an: Bei Unsicherheit, ob der Anruf tatsächlich aus der Klinik komme, konnten die Interviewpartner sich entweder kurz über die Zentrale zu uns weiterverbinden lassen und wir riefen dann wieder zurück oder uns unter unserer Universitätsnummer selber anrufen. Manchmal half auch eine Erinnerung an die in der Regel bei Aufnahme des Kindes in die KJP unterschriebene Einverständniserklärung mit der Datenerhebung. Eine weitere Möglichkeit stellte eine zusätzliche Bestätigung der Existenz des Projektes per Brief oder Fax der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg dar. Alternativ konnten ein Gespräch mit dem Projektleiter oder eine schriftliche Kurzinformation, die das Projekt beschrieb, angeboten wer-

den. Letztere Verfahrensweisen kamen v. a. bei Telefonaten mit Einrichtungen/Heimen zum Einsatz. Hier gab es auch häufiger die Konstellation, daß der entsprechende Betreuer unsicher war, ob er das Interview führen dürfe (Datenschutz, Teamstruktur etc.), und um Zeit bat, um in der nächsten Team- Besprechung Rücksprache zu halten. In diesen Fällen nahmen wir nach der entsprechenden Team-Besprechung erneut Kontakt auf.

5.5.4 Weiterleitung von Patientendaten

V. a. zu Beginn des Evaluationsprojektes ging die Datenweitergabe von den Therapeuten zu den Mitarbeitern des Projektes im Besonderen der LISTE-Symptomfragen, des Enlassungsdatums und der entsprechenden Warnhinweise eher langsam vonstatten. Die Folge hiervon war, daß in einigen Fällen Patientendaten erst zum Ende des 5 wöchigen Zeitfensters der Telefon-Nachuntersuchung vorlagen und so Zeitdruck und die Gefahr der Fristüberschreitung bestanden. Letzteres v. a. bei zusätzlicher schlechter Erreichbarkeit des jeweiligen Interviewpartners. Dieses Anfangsproblem wurde aber im weiteren Projektverlauf derart optimiert, daß alle notwendigen Daten meist rechtzeitig vorlagen.

5.5.5 Wechselnde Wohnsituation der Patientin/des Patienten

Bei Kindern, die vor und nach dem Aufenthalt in der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie in verschiedenen Einrichtungen oder bei verschiedenen (Pflege-)familien untergebracht waren, gestaltete sich die Beantwortung der Fragen zu Therapiezufriedenheit und Behandlungserfolg im Sinne eines prä- post- Vergleiches sehr schwierig. Denn entweder kannte der jeweilige Interviewpartner die Situation vor der Behandlung nicht oder der entsprechend angerufene Betreuer der Einrichtung, in der das Kind vor der Therapie untergebracht war, war über dessen Zustand nach dem klinischen Aufenthalt nicht informiert. D. h. beiden fehlten die Vergleichswerte. In diesen Fällen wurde zumindest versucht, den aktuellen Zustand möglichst genau zu erfragen, um so wenigstens einen Eindruck des poststationären Befindens des Kindes/Jugendlichen zu erhalten.

5.5.6 Aussagen zum Schulbesuch

Bei Beendigung der Behandlung zu Beginn oder während der Schulferien konnten Fragen, die den Schulbesuch oder das Meistern schulischer Leistungsanforderungen betrafen, nur unsicher oder auch gar nicht beantwortet werden, da das Kind/der Jugendliche noch nicht wieder in die Schule gegangen war. Der Grund für die fehlende Aussage wurde jeweils im Fragebogen vermerkt.

5.5.7 Schwierigkeiten, sich festzulegen

Einige Interviewpartner hatten Schwierigkeiten, sich bei der Beurteilung der erfragten Punkte auf einen Wert der Ratingskala festzulegen, d. h. sie wollten z. B. in einem Teilbereich der Frage mit „eher gut“, in einem anderen Teilbereich mit „eher schlecht“ antworten. In diesen Fällen entschieden wir uns für den mittleren Wert der Werte- Skala („teil-teils“) und ergänzten

die Unterpunkte mit dem jeweilig anderen zugeordneten Wert handschriftlich (Bsp.: Beantwortung der Frage „Wie gut kann sich _____ alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)? Eher gut oder eher schlecht?“ mit „teils- teils“ und Ergänzung von Bereichen, in denen er/sie sich gut bzw. schlecht selbst beschäftigen kann.).

5.5.8 Ausschweifigkeit des Interviewten

Antwortete ein Interviewpartner generell sehr ausschweifend, ließen wir ihn aussprechen und bedankten uns für die Informationen, die für uns sehr wichtig seien. Gleichzeitig wiesen wir ihn aber auch auf den begrenzten Zeitrahmen hin, der uns zur Verfügung stand und in dem wir möglichst viele verschiedene Informationen sammeln wollten. In solch extremen Fällen versuchten wir also vorsichtig, die Antworten des Interviewpartners während des Gespräches ein wenig zu strukturieren.

5.5.9 „Top of the head“-Phänomen

Dieses Phänomen tritt ein, wenn ein Gesprächspartner sich unter scheinbarem Zeitdruck fühlt, unter dem das erste, das dem Befragten einfällt, geäußert wird. Um dieses und auch eine Abwehrhaltung der Befragten bei zu schnell aufeinander folgenden Fragen zu vermeiden, räumten wir den Interviewpartnern insgesamt genügend Zeit für das Interview ein. Nur bei zu extremen Ausschweifungen (s.o.) wiesen wir vorsichtig auf den Zeitfaktor hin.

5.5.10 Gesprächspausen

In einigen Gesprächspausen, die bei uns z. B. durch das Hinzufügen handschriftlicher Notizen zu den Skalen- Angaben entstanden, verspürten einige Interviewpartner Unsicherheit. Diese wurde im weiteren Verlauf der Erhebungen im Vorhinein umgangen, indem während des Interviews eventuell entstehende Pausen eben mit diesem Umstand erklärt wurden.

5.5.11 Zusammenstellung der Gesamt-Datenbank/Umkodierung und Abbildung der verschiedenen Erhebungsinstrumente aufeinander

Insgesamt stellte sich die Abbildung der einzelnen Instrumente aufeinander und die Zusammenstellung des Gesamtdatensatzes als um einiges aufwendiger als erwartet heraus, so daß die eigentliche Auswertung zeitlich verzögert begonnen werden mußte. Dafür wurden im voraus schon durch entsprechend genaues Arbeiten und Diskussionen, die einzelnen Umkodierungen betreffend, viele mögliche Fehlerquellen umgangen und ein verlässlicher und für die weitere Auswertung komfortabler Gesamtdatensatz erstellt.

5.6 Datenauswertung

5.6.1 Reduktionsstufen

Durch die in Kapitel 5.2.3 bereits beschriebene Definition von Reduktionsstufen wurde der Gesamtdatensatz bereinigt und eine gewisse Ordnung und bessere Übersichtlichkeit erzielt.

5.6.2 Auswahl der Patienten für die Vergleichsstichproben

Wie man **Tab. 5.6** entnehmen kann, ist die Anzahl der HKS- Patienten auf der Reduktionsstufe 1 am höchsten und reduziert sich bei der Reduktionsstufe 2 (zusätzlich vorhandenes Therapeutenrating zum Therapieerfolg) nur um einen Patienten. Um nun eine möglichst große Fall- und Datenzahl für unsere Erhebung zu erhalten, wählten wir die Reduktionsstufe 2 für unsere Vergleiche aus. Weiterhin in der Tabelle dargestellt sind die entsprechenden Vergleichszahlen für die Gruppen der Kinder/Jugendlichen mit Sozialstörungen (F91 und F92), aus denen durch das nachfolgend beschriebene Matchingverfahren Vergleichsgruppen für die Diagnosegruppe der Hyperkinetiker gebildet wurden.

Tab. 5.6: Verteilung der für diese Studie interessanten Diagnosegruppen auf die verschiedenen Reduktionsstufen

Diagnose	Redu 1		Redu 2		Redu 3		Redu 4		Redu 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HKS	105	5,1	104	5,3	22	6,0	29	6,6	7	6,0
F91	271	13,1	248	12,6	43	11,7	51	11,6	14	12,0
F92	192	9,3	185	9,4	38	10,4	35	8,0	12	10,3
Weitere Gruppen	1498	72,5	1425	72,6	264	71,9	324	73,8	84	71,8
Gesamt *	2066	100	1962	100	367	100	439	100	117	100
Fehlende	273		10		11		6			
Gesamt	2339		1972		378		445			

* ohne fehlende Werte

5.6.3 Bildung der Vergleichsstichproben von Kindern der Diagnosegruppen F90, F91, F92

Matchingverfahren

Das Matchingverfahren stellt ein Paarbildungsverfahren dar mit dem Ziel, jedem Patienten der zu untersuchenden Gruppe einen entsprechenden Partner der Vergleichsgruppe(n) zuzuordnen, der ersterem in möglichst vielen vorher bestimmten Kriterien gleicht. Durch diese Gleichsetzung einiger Eigenschaften können z. B. verschiedene Diagnosegruppen unter größtmögli-

cher Reduktion weiterer für etwaige Gruppenunterschiede verantwortlicher Parameter verglichen werden.

In dieser Studie wurden in einem ersten Schritt entsprechende Partner für die Hyperkinetiker (F90) zum einen aus der Diagnosegruppe der Kinder mit reinen Störungen des Sozialverhaltens (F91), zum anderen aus der Gruppe der Kinder mit Kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) gesucht:

1. Matchingliste: F90 – F91
2. Matchingliste: F90 – F92

In einem zweiten Schritt wurden dann Drillinge gebildet, die aus dem jeweilig zugrunde liegenden Patienten der F90- Gruppe und den ihm in den einzelnen Matchinglisten mit den Diagnosegruppen F91 und F92 zugeordneten Partnern bestanden, also:

3. Matchingliste: F90 – F91 – F92.

Bsp.: Wurde dem F90- Patienten mit der Fallnummer (FNR) 13 in der 1. Matchingliste der F91- Patient mit der FNR 1864 und in der 2. Matchingliste der F92- Patient FNR 1916 zugeordnet, so kam in der dritten Matchingliste der Drilling F90 (FNR 13) – F91 (FNR 1864) – F92 (FNR 1916) zustande.

Anhand der folgenden Kriterien, in denen die Patienten möglichst übereinstimmen sollten, wurde dabei die Auswahl der Matchingpartner vorgenommen:

1. Alter
2. Geschlecht
3. Therapiemodus (stationär – SK/Tagesklinik – ST)
4. Behandlungsdauer

Um diese Kriterien quantifizierbar zu machen, wurde ein einfaches Punktesystem entwickelt:

Tab. 5.7: Punktevergabesystem für die Matchinglisten

Matching-Kriterium		Anzahl der Punkte
Alter	Gleich	1
	+/- ein Jahr	0,5
	Differenz > ein Jahr	0
Geschlecht	Gleich	1
	verschieden	0
Therapiemodus (TK,ST)	Gleich	1
	Verschieden	0
Behandlungsdauer	Bei sonst gleicher Punktezahl Vorzug des Matchingpartners mit der ähnlicheren Behandlungsdauer	

Die so vergebenen Punktwerte wurden zu einem Summenwert von maximal 3 Punkten bei voller Übereinstimmung und minimal 0 Punkten bei fehlender Übereinstimmung aufaddiert. Hierbei ergaben sich folgende Punktwerte in den einzelnen Matchinglisten:

Tab. 5.8: Erreichte Punktezahlen je Matchinglisten

Punkteanzahl	Matchingliste 1		Matchingliste 2	
	F90 vs. F91		F90 vs. F92	
	n	Gültige %	n	Gültige %
3 Punkte	65	62,5%	54	51,9%
2,5 Punkte	24	23,1%	38	36,5%
2 Punkte	12	11,5%	8	7,7%
1,5 Punkte	3	2,9%	4	3,9%
Gesamtzahl der Paare	104	100%	104	100%

Durch die Anwendung dieser Matchingverfahren zur Drillingsbildung sowie die Konzentration auf männliche HKS-Patienten wurde die Gesamtzahl der F90-Patienten auf der Reduktionsstufe 2 (n=104, s.o.) weiter reduziert:

1. Bei insgesamt nur drei weiblichen Patienten innerhalb der Diagnosegruppe F90 entschlossen wir uns, nur die männlichen Patienten in diese Untersuchung aufzunehmen. So konnten Einflußfaktoren, die durch unterschiedliches Geschlecht entstehen, ausgeschlossen werden. Diese Geschlechtsunterschiede hätten wir bei der kleinen Fallzahl von n=3 Mädchen ohnehin nicht weiter untersuchen können. Somit reduzierte sich die Gruppe der F90-Patienten bereits um n=3 Patienten auf n=101.
2. Bei einem Patienten der Diagnosegruppe F90 (HKS) fehlten mehrere zentrale Angaben der Basisdokumentation, so daß er ebenfalls aus der Auswertung ausgeschlossen wurde (n=100).
3. Da innerhalb der 100 gematchten Paare in der Diagnosegruppen F91 für 7 HKS-Patienten und bei den F92-Kindern für 2 HKS-Patienten nur weibliche Vergleichspartner gefunden werden konnten, reduzierten sich die Drillinge auf insgesamt n=91.

Das Fehlen von fünf 5-6 jährigen Matchingpartnern in der F92-Gruppe, die wie die F91-Gruppe eine insgesamt ältere Population als die Hyperkinetiker aufwies (mittleres Alter auf Reduktionsstufe 2: F90 9,62 Jahre (Median 9 J.), F91 12,25 Jahre (Median 13 J.), F92 11,76 Jahre (Median 12 J.)), wurde durch den Einschluß von fünf Patienten des passenden Alters aus der Diagnosegruppe F93 kompensiert.¹

¹ Hierbei wurden innerhalb der F93-Gruppe (Emotionale Störungen des Kindesalters) anhand der Symptomliste passende Kinder mit besonders ausgeprägten dissozialen und aggressiven Symptomen ausgewählt. Somit waren sie den F92-Kindern (Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen) durchaus vergleichbar. Die entsprechenden Kriterien dazu waren in der neuen Symptomliste: sym1=4 or sym1=3 AND/OR sym2=4 or sym2=3, in der alten Symptomliste: sym5i1, sym5i10, sym5i11, sym5i2, sym5i3, sym5i4, sym5i6, sym5i8, sym5i9=2 (ausgeprägt/häufig) bei möglichst vielen der hier angegebenen Items. Siehe auch Anhang.)

5.6.4 Bildung von Untergruppen der Hyperkinetiker

5.6.4.1 HKS mit/ohne Sozialstörungen

In dieser Untergruppe werden die Hyperkinetiker mit Sozialstörungen (F90.1) mit denjenigen ohne Sozialstörungen (F90.0, F90.8, F90.9) verglichen. Hierfür wurde im SPSS-Datensatz eine neue Variable „dia11mos“ (MAS- **Diagnose Achse 1 mit/ohne Sozialstörungen**) gebildet, in deren dichotomisiertem Wertebereich die Diagnose F90.1 den Wert 1 und die Diagnosen F90.0, F90.8 und F90.9 den Wert 0 erhielten.

5.6.4.2 HKS mit/ohne Umschriebene Entwicklungsstörungen

Das gleiche Vorgehen wurde zum Vergleich der Hyperkinetiker mit und ohne Umschriebene Entwicklungsstörungen (UE) angewendet. Hier wurde die neue Variable mit „dia21moe“ betitelt (MAS- **Diagnose Achse 2 mit/ohne UE**) und erhielt - ebenfalls dichotomisiert – bei Vorhandensein Umschriebener Entwicklungsstörungen den Wert 1, bei Fehlen derselben den Wert 0 zugeordnet.

5.6.4.3 HKS mit/ohne Stimulantientherapie

Vergleichbares geschah, um die Gruppe der Hyperkinetiker betreffend ihrer Therapieform zu vergleichen: Hier wurde allerdings die bereits existierende dichotomisierte Variable I3i5 verwendet, die die Gabe von Stimulantien anzeigt und im positiven Fall den Wert 1, im negativen den Wert 0 erhält.

5.6.4.4 Bildung von 4 Untergruppen der Hyperkinetiker

Zusätzlich wurden die HKS-Kinder (n=91) weiter in die vier folgenden, für die Auswertung besonders interessanten Gruppen eingeteilt:

1. Hyperkinetiker ohne Sozialstörungen und ohne UE, „reine Hyperkinetiker“, (n=18),
2. Hyperkinetiker mit Sozialstörungen, aber ohne UE (n=35),
3. Hyperkinetiker ohne Sozialstörungen, aber mit UE (n=11) und
4. Hyperkinetiker mit beiden zusätzlichen Störungen (n=27)

Dieser Ansatz wurde allerdings aufgrund zu kleiner Fallzahlen, die sich bei der Auswertung ergaben (s.o.), nicht weiterverfolgt.

5.6.5 Standardvariablenkatalog

Der folgende Standardvariablenkatalog setzt sich aus den Variablen zusammen, die bei allen genannten Gruppen ausgewertet wurden. Eine Ausnahme hiervon bilden nur die Diagnostischen Achsen in den jeweiligen HKS-Untergruppen, die für die F90-Kinder bereits im Rahmen der anderen Gruppenvergleiche ausführlich betrachtet werden und deren erneute Analyse im Rahmen der Untergruppenvergleiche somit keinen weiteren Sinn macht.

Tab. 5.9: Standardvariablenkatalog

Inhaltlicher Bereich	Evaluationsinstrument	Variablenlabel	Variable
Soziodemographische Angaben/ Umgebungsfaktoren:	Basisdokumentation	<ul style="list-style-type: none"> - Alter in Jahren - Geschlecht - Soziale Schicht - Wohnsituation 	<ul style="list-style-type: none"> - altj - auf3 - soz10 - soz1*soz2 = wohnhaft bei Mutter*wohnhaft bei Vater
Diagnostische Achsen nach dem MAS, orientiert an den ICD-10:	Basisdokumentation	<ul style="list-style-type: none"> - Achse I: Klinisch-Psychiatrisches Syndrom - Achse II: Umschr. Entwicklungsstörungen - Achse III: IQ - Achse IV: Körperliche Symptomatik - Achse V: Anzahl belastender psychosozialer Umstände für Familienkinder - Achse VI: Psychosoziale Anpassung 	<ul style="list-style-type: none"> - dia11-dia12 - dia21-dia23 - dia3 - dia41-dia42 - psychsoz - soz1=1 or soz1=2 and soz2=1 or soz2=2 - dia6
Therapie/Kooperation:	Basisdokumentation	<ul style="list-style-type: none"> - Therapiemodus Behandlungsdauer in Tagen (behdau) - Entlassungsart - Medikamentöse Therapie: - verschiedene Substanzgruppen: - Antikonvulsiva - Neuroleptika - Thymoleptika - Tranquilizer 	<ul style="list-style-type: none"> - fntyp → Tagesklinik (ST) und stationäre Therapie (SK) - end2 - l3i1 - l3i2 - l3i3 - l3i4

Inhaltlicher Bereich	Evaluationsinstrument	Variablenlabel	Variable
Therapie/Kooperation:		<ul style="list-style-type: none"> - Stimulantien - Andere - Psychotherapie: - Psychotherapeutische Verfahren auf das Kind bezogen - Beratungen und Behandlungen auf die Eltern bezogen - weitere Therapien zusammengefaßt - Soziotherapeutische Maßnahmen - Kooperationsbereitschaft des Patienten - Kooperationsbereitschaft der Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> - l3i5 - i3i8 - thkomp1 - thkomp2 - thkomp3 - thkomp 5 - end4 - end3
Therapieerfolg:	LISTE Basisdokumentation Telefoninterview-NU: Telefoninterview-Katamnese:	<ul style="list-style-type: none"> - prozentuale Änderung der Symptomfragen zwischen Aufnahme und Entlassung im Eltern- und Therapeutenrating sowie zwischen Aufnahme und Katamnese im Elternrating - Erfolg der Behandlung bezüglich der Ziel-symptomatik - Behandlungserfolg - Behandlungserfolg 	<ul style="list-style-type: none"> - proze - prozt - prozk - beh1 - heutn - heutk

5.6.6 Umkodierung zur gemeinsamen Abbildung der Alten und Neuen Basisdokumentation

Um die in den beiden verschiedenen Basisdokumentationen gesammelten Daten gemeinsam auswerten zu können, mußte zunächst ein gemeinsames Abbildungsschema erstellt werden, welches ich hier orientierend beschreiben möchte. Zum ganz detaillierten Vergleich verweise ich auf den Anhang, in dem beide Dokumentationen im Original zu finden sind. Insgesamt wurde mit Ausnahme der Angaben zur Medikamentösen Therapie die Alte Basisdokumentation an die Neue angepaßt:

1. Soziodemographische Angaben/ Umgebungsfaktoren:

Soziale Schicht: Die in der neuen Basisdokumentation getrennt abgebildeten Gruppen Arbeitnehmer und Selbständige mit jeweils 5 Einstufungen faßten wir auf gleicher Ebene in 5 nun kombinierten Einstufungen zusammen (D.h. jeweils 1 und 6 wurden zusammen auf dem neuen Punkt 1; 2 und 7 zusammen auf dem neuen Punkt 2 etc. abgebildet. Bsp.: Gemeinsame Abbildung von 1="ungelernte/angelernte Arbeiter" zusammen mit 6="kleinste Selbständige/ambulantes Gewerbe" auf dem Punkt 1... bis 5="leitende Angestellte/Beamte im höheren Dienst" zusammen mit 10="Akademiker/freie Berufe/größere Unternehmer" auf dem Punkt 5). Die hiervon verschiedene Einteilung der Alten Basisdokumentation wurde wie folgt ergänzt: 1="ungelernte Arbeiter" und 2="angelernte Arbeiter/Landwirte bis 9 ha" wurden auf 1 (s.o.) umkodiert, 3="Facharbeiter", 4="einfache Angestellte und Beamte, Vorarbeiter, Landwirte mit 20 bis 49 ha" auf die 2 (s.o.), 5="mittlere Angestellte und Beamte/Selbständige bis ein Mitarbeiter" auf die 3 (s.o.), 6="gehobene Angestellte und Beamte/Selbständige mit 2-9 Mitarbeitern" auf die 4 und 7="freie Berufe/höhere Angestellte und Beamte/Selbständige mit mehr als 10 Mitarbeitern" auf die 5 (s.o.). Werte wie „entfällt“, „unbekannt“, „nicht beurteilbar“ wurden als „missings“ kodiert. Bei der in der Alten Basisdokumentation nach Vater und Mutter getrennt erfragten sozialen Schicht verwendeten wir jeweils die höhere. Die insgesamt hohe Anzahl der „missings“ (fehlende Werte) kommt durch die nicht in einer Familie wohnhaften Kinder zustande.

Wohnsituation: Hier wurden die jeweils 8 verschiedenen möglichen Angaben zur Wohnsituation bei Mutter (soz1) bzw. Vater (soz2) in der Neuen Basisdokumentation vereinfachend zu 3 möglichen Werten zusammengefaßt: wohnhaft bei 1=leiblicher Mutter bzw. Vater, 2=nicht leiblicher Mutter bzw. Vater und 3=nicht bei Mutter bzw. Vater wohnhaft. Die Items der Alten Basisdokumentation ergänzten wir jeweils inhaltlich passend. In meiner Auswertung habe ich Kreuztabellen dieser Angaben erstellt (soz1*soz2) und dann die Unterteilung in Familienkinder bei zwei/einem Elternteil und bei leiblichen oder nicht leiblichen Eltern bzw. nicht in Familie wohnhaft getroffen.

2. Diagnostische Achsen nach dem MAS, orientiert an den ICD-10:

Achse VI - Psychosoziale Anpassung: Diese diagnostische Achse wurde in der Neuen Basisdokumentation in der KJP- Marburg das erste Mal untersucht, so daß hier aus der Alten Basisdokumentation kein Datenmaterial zur Verfügung steht, was die entsprechend höhere Anzahl der „missings“ erklärt.

3. Therapie/Kooperation:

Entlassungsart: Hier bildeten wir die Angaben aus der Alten Basisdokumentation auf die neue ab: Und zwar wurden 1=„Entlassung mit ärztlichem Einverständnis“ auf 1=„regulär“ und weiter 2=„gegen ärztliches Einverständnis/Abbruch der stationären Therapie“, 3=„aus stationärer Behandlung entwichen“, 4=„ambulante Behandlung abgebrochen“ sowie 5=„aus Tagesstätte weggeblieben“ auf 2=„vorzeitige Beendigung der Behandlung durch Patienten/Eltern“ abgebildet. Da es in der Alten Basisdokumentation keine Entsprechung des Items 3=„vorzeitige Beendigung der Behandlung durch Behandler“ gibt, sind die Ergebnisse zu diesem Punkt in der Auswertung wahrscheinlich nach unten verfälscht, was bei deren Interpretation zu beachten ist. (Bei aber fast identischen Anteilen der einzelnen hier verglichenen Diagnosegruppen an Neuer bzw. Alter Basisdokumentation wird der Gruppenvergleich nicht beeinträchtigt.) Die Werte der Alten Basisdokumentation 6=„verstorben“, 7=„Wohnungswechsel/Umzug“ und 8=„andere“ wurden als fehlende Werte in die Neue Dokumentation übernommen.

Medikamentöse Therapie: Bei diesem Item stellte sich das Problem, daß die Angaben in der Alten Basisdokumentation sehr vereinfachend waren: Zum einen wurden nur 5 Substanzgruppen konkret erfragt, weitere wurden unter dem Punkt „andere“ zusammengefaßt, zum anderen waren stark vereinfachend nur die dichotomisierten Werteangaben 1=„ja, wurde durchgeführt“ und 0=„nein, wurde nicht durchgeführt“ möglich. Die wesentlich ausführlicheren Angaben der Neuen Basisdokumentation (siehe Anhang) mußten wir somit zugunsten der Vergleichbarkeit hierauf reduzieren.

Psychotherapie allgemein: Hierunter fallen allgemein die drei Bereiche 1) auf das Kind bezogene Psychotherapeutische Verfahren, 2) auf die Eltern bezogene Beratungen und Behandlungen sowie 3) zusammengefaßte weitere Therapien. Bei den Angaben zu diesen Verfahren war dann wiederum die Alte Basisdokumentation genauer: Im Gegensatz zur Neuen Dokumentation unterschied sie bei den Werteangaben in Einzel- und Gruppenbehandlungen und gab die genaue Anzahl der jeweiligen Sitzungen an. Letztere wurde in der Neuen Basisdokumentation in 7 verschiedene Wertebereiche eingeteilt: 1=keine, 2=1-2 Sitzungen, 3=3-5 Sitzungen, 4=6-10 Sitzungen, 5=11-25 Sitzungen, 6=26-50 Sitzungen sowie 7=>50 Sitzungen. Bei der gemeinsamen Abbildung der beiden Basisdokumentationen machten wir diese Zusammenfassung des Wertebereiches der Neuen Basisdokumentation dann wieder rückgängig, indem wir die Mittel-

werte der jeweiligen Bereiche verwendeten sowie nach Absprache mit der Dipl.-Statistikerin K. Wolf-Ostermann die Angabe von 65 Sitzungen für den letzten Bereich von 7=>50 Sitzungen.

Psychotherapeutische Verfahren auf das Kind bezogen: Zur Vereinfachung der Angaben sowie durch inhaltlich nicht genau aufeinander abbildbare Unterteilung der angewendeten Therapieverfahren, wurden die auf das Kind bezogenen psychotherapeutischen Verfahren alle in einem Punkt zusammengefaßt. In beiden Dokumentationen sind hier allerdings sowohl analytische und verhaltenstherapeutische Verfahren als auch Spieltherapie, Gesprächstherapie und Entspannungsverfahren enthalten (genaue Angaben siehe Basisdokumentationen im Anhang).

Beratungen und Behandlungen auf die Eltern bezogen: Auch bei dieser Angabe war eine 1:1-Abbildung der beiden Dokumentationen nicht möglich, so daß ebenfalls die einzelnen Therapieverfahren zusammengefaßt wurden: Diese stellten bei der Alten Basisdokumentation allgemeine Beratungs- und Aufklärungsgespräche, Kriseninterventionen, gezielte Beeinflussung des Erziehungsverhaltens, Elterntherapie, Familiensitzungen und „andere“, bei der Neuen Basisdokumentation Eltern- und Familienberatung, Anleitende psychoedukative Eltern-/Familienarbeit, Familientherapie/Systemische Therapie, Patientenbezogene Elterntherapie, Elterngruppen sowie auch den Punkt „andere“ dar.

weitere Therapien zusammengefaßt: Gleichfalls mehrere Therapieverfahren zusammenfassend fließen hier aus der Alten Basisdokumentation Sozialtherapeutische Verfahren (Arbeits-therapie und Beschäftigungstherapie), Übungsbehandlungen (Psychomotorische Übungsbehandlungen, Wahrnehmungstrainings, Legasthenietherapie und andere Übungsbehandlungen bei Teilleistungsstörungen), Stimm- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie Krankengymnastik mit ein. Bei der Neuen Basisdokumentation findet man inhaltlich ähnlich auch die Verfahren Ergo-/Beschäftigungs-/Arbeitstherapie, Krankengymnastik/Bewegungs-/Mototherapie, Logopädie und Sensomotorisches Training/Teilleistungstraining sowie abweichend Heilpädagogik, Kunst-/Musiktherapie, Ernährungsberatung und –therapie und den Punkt „andere“.

Soziotherapeutische Maßnahmen: Da hier in der Neuen Basisdokumentation nur in 1=“fanden statt“ und 0=“fanden nicht statt“ unterschieden wird, wurde die in der Alten Basisdokumentation angeführte Anzahl der jeweiligen Beratungen und Kontakte in diesem Bereich daran angeglichen. Dieser vereinfachte Wertebereich ist bei Angaben zu diesem Punkt auch sinnvoller, da es mehr um eine Vernetzung der einzelnen Institutionen geht und die Anzahl der jeweiligen Gespräche nicht weiter aussagekräftig ist – wichtiger ist, ob überhaupt ein Kontakt/ein Einbeziehen besteht. In diese Rubrik fallen in beiden Basisdokumentationen Beratungen von Heimen, Schulen, sozialen Diensten, Kontakte mit Ärzten/Kliniken/psychosozialen Einrichtungen/Ämtern/Behörden (mit z.T. unterschiedlicher inhaltlicher Gliederung) und in der Neuen Basisdokumentation, die inhaltlich präziser gegliedert ist, zusätzlich Einstufungen wie

Organisatorische Maßnahmen (z.B. Suche nach geeigneten Einrichtungen; Finanzierung von Maßnahmen), Helferkonferenz/Teilnahme an Hilfeplangesprächen, Beratungen von anderen Therapeuten, Hausbesuche/Home-Treatment und „sonstiges“.

In beiden Basisdokumentationen einheitlich angegebene Items, bei denen somit keine Umkodierung nötig war:

- **Alter in Jahren**
- **Geschlecht**
- **Achse I - Klinisch-Psychiatrisches Syndrom nach ICD-10**
- **Achse II - Umschr. Entwicklungsstörungen nach ICD-10**
- **Achse III – IQ:** jeweils in 8 verschiedene Stufen unterteilt (siehe Anhang), die von mir zur Vereinfachung in die drei Bereiche überdurchschnittliche Intelligenz (IQ>114), durchschnittliche Intelligenz (IQ 85-114) und unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ<85) zusammengefaßt wurden.
- **Achse IV - Körperliche Symptomatik nach ICD-10**
- **Achse V - Anzahl belastender psychosozialer Umstände für Familienkinder:** Aufgrund der hohen Itemzahl von jeweils 39 möglichen Angaben wurde hier zur Vereinfachung und besseren Beurteilung der Gesamtbelastung durch psychosoziale Umstände die Summenvariable psychsoz gebildet (Syntax im Anhang zu finden). Diese wurde dann nur bei den Familienkindern ausgewertet, die als mindestens bei einem Elternteil wohnhaft definiert wurden – unabhängig davon, ob es sich um ein leibliches Elternteil handelt (soz1=1 or soz1=2 and soz2=1 or soz2=2). Bei dem Dreier-Diagnose-Gruppenvergleich habe ich detaillierter noch eine inhaltliche Auswertung angeschlossen, um bei sehr ähnlicher psychosozialer Belastung ein Abweichen inhaltlicher Art der 3 Gruppen auszuschließen.
- **Therapiemodus Behandlungsdauer in Tagen (behdau)**
- **Kooperationsbereitschaft des Patienten**
- **Kooperationsbereitschaft der Eltern**
- **Erfolg der Behandlung bezüglich der Zielsymptomatik**

5.6.7 Angaben zum Therapieerfolg

LISTE

Prozentuale Änderung der Symptomfragen zwischen **Aufnahme und Entlassung** im Elternrating (proze) und Therapeutenrating (prozt) sowie zwischen **Aufnahme und Katamnese** im Elternrating (prozk): In den drei oben genannten Items proze, prozt und prozk fließen jeweils die Daten aller Zeiträume, in denen diese Variablen erhoben wurden, zusammen. D.h. es liegen für prozt und proze Daten aus den Zeiträumen 3 (Abschlußuntersuchung Aschenbroich/Schaumann) und

4 (Marburger Routine-Evaluationsprojekt) vor. Dieses entspricht 34,6% der HKS- und 29,6% der zusammengefaßten F91- und F92- Patienten aller Zeiträume. Die Variable prozk wurde zusätzlich zu den beiden oben genannten Zeiträumen in einem Teilabschnitt des Zeitraumes 1 (Pilotstudie Hirsch/König)¹ erhoben, was etwa 47,6% der HKS- und 35,8% der F91- und 40,1% F92- Patienten aller Zeiträume bedeutet. Bei der Auswertung wurden dann zur besseren Vergleichbarkeit die Mittelwerte der jeweiligen Prozentualen Änderung der Symptomfragen der einzelnen Patientengruppen berechnet und verglichen.

Telefoninterview-NU:

Behandlungserfolg: Diese Variable wurde in allen Telefonnachuntersuchungen erhoben (d.h. im Marburger Therapieevaluationsprojekt, Zeitraum 4) sowie in der persönlichen Nachuntersuchung des Zeitraumes 3 von Aschenbroich/Schaumann, was wieder 34,6% der Hyperkinetiker und 29,6% der zusammengefaßten Sozialstörungsgruppe entspricht.

Telefoninterview-Katamnese:

Behandlungserfolg: Da die Telefon-Katamnese in den Zeiträumen 1, 3 und 4 stattgefunden hat, liegen Angaben zum hier erfragten Behandlungserfolg auch aus diesen drei Untersuchungszeiträumen vor (Prozentualer Anzahl der Items an den einzelnen Gruppen s.o.).

5.7 Auswahl der Stichproben

An dieser Stelle möchte ich auf die verschiedenen, in Kapitel 5.2 im Rahmen der Übersicht bereits erwähnten Stichproben, die für diese Studie gebildet wurden, näher eingehen: Es werden zunächst die Einschlusskriterien für die Aufnahme in die Studie dargestellt, danach wird die Ausgangsstichprobe der Hyperkinetiker in einem detaillierten Vergleich mit dem gesamten Patientenkollektiv (Gesamtinanspruchnahme-Population – GIP) des Beobachtungszeitraumes beschrieben und in zwei weiteren Schritten wird zum einen kurz auf die beiden Vergleichsstichproben des beschriebenen Dreiervergleichs (F91, F92) und zum anderen auf die jeweiligen Unterstichproben der Hyperkinetiker (HKS+/-Sozialstörungen, HKS+/-UE, HKS+/-Stimulantientherapie) eingegangen.

5.7.1 Einschlusskriterien für die Aufnahme in die Stichproben dieser Studie

Ausgangspunkt dieser Studie waren zunächst 105 Patienten (Reduktionsstufe 1), die in dem Gesamtzeitraum 1.01.1992 bis 31.12.2000 zur Therapie des Hyperkinetischen Syndroms in der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellig wurden. Diese Zahl reduzierte sich durch die für den Vergleich mit den zwei weiteren psychiatrischen Diagnosegruppen F91 und F92

¹ Katamneseerhebung bei den zwischen dem 3.03.95 und 29.08.1997 entlassenen Patienten - hier wurden die LISTE-Fragen im Gegensatz zu den späteren Erhebungszeiträumen erst bei Entlassung des Patienten vom Therapeuten erstellt.

angewendeten Matchingverfahren (siehe Kapitel 7.6.3.1) sowie die Einschlußkriterien (s. u.) auf $n=91$ HKS- Patienten. Hierbei setzte sich die Gesamtstichprobe aus Patienten der vier bereits beschriebenen Beobachtungszeiträume (siehe Kapitel 5.2.1) mit ihren verschiedenen Datenerhebungsinstrumenten zusammen (siehe Kapitel 5.3.1 ff.). Die Einschlußkriterien waren im Einzelnen:

- Patienten stammen aus einem der vier geschilderten Datenerhebungszeiträume, aus denen sich der Gesamtdatensatz der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) zusammensetzt (Sicherstellung vergleichbarer bzw. aufeinander abbildbarer Erhebungsinstrumente).
- Patienten sind männlich (Methodische Gründe: In die Marburger KJP aufgenommene Patienten mit der Diagnose HKS waren fast ausschließlich männlich).
- Patienten wurden zu therapeutischen Zwecken aufgenommen (Hierdurch Ausschluß von Durchgangsfällen und Patienten, die nur zu diagnostischen Zwecken aufgenommen wurden und bei denen daher keinerlei Aussagen über die Therapie möglich wären.).
- Schriftliche Einverständniserklärung aller Familienmitglieder mit der Datenerhebung vor der Untersuchung.
- Keine Wiederaufnahme in die KJP innerhalb des Zeitfensters der telefonischen/persönlichen Nachuntersuchung (In diesen Fällen fand die Nachuntersuchung erst nach einer erneuten Entlassung statt, da der poststationäre Verlauf erhoben werden sollte.).
- Aufnahme von Patienten der Reduktionsstufe 2 (siehe Kapitel 5.2.2.2) (Methodische Gründe: Größte Anzahl von HKS-Patienten auf dieser Reduktionsstufe und Ausschluss mehrerer Fälle/Patient sowie vorhandenes Therapeutenerfolgsrating.).

5.7.2 Stichprobenbeschreibung der HKS- Ausgangsstichprobe im Vergleich mit der Gesamtinanspruchnahme- Population der Marburger KJP

In der sich hier anschließenden Beschreibung wurde auf die Ausgangsstichprobe auf der Reduktionsstufe 2¹ zurückgegriffen ($n=104$), die noch weibliche Patienten enthält, um einen Gesamtüberblick über die Gruppe der in die Marburger KJP aufgenommenen Hyperkinetiker zu bieten. Die durch Matchingverfahren weiter reduzierte Gruppe der Hyperkinetiker ($n=91$) wird im weiteren Vergleich der Störungsgruppen untereinander noch hinreichend beschrieben werden. Alle Angaben zur Gesamtinanspruchnahme-Population (GIP) werden aufgrund einer breiteren Abbildung auf der bereinigten Reduktionsstufe 1 dargestellt, wobei sich eine Anzahl von $n=1961$ Patienten ergibt, wenn man bei der Gesamtzahl der Fälle die Hyperkinetiker, Durchgangsfälle und die Fälle ohne Diagnose außer acht läßt (siehe Kapitel 5.7.2.2). Alle hier aufgeführten Daten können im Rahmen vollständiger Tabellen im Anhang nachgesehen werden.

¹ alle weiteren Vergleiche finden auf dieser Reduktionsstufe statt und der Unterschied zwischen Reduktionsstufe 1 und 2 beträgt nur $n=1$ Patient

5.7.2.1 Alter bei Aufnahme, Geschlecht, Therapiedauer und –modus, Entlassungsart

In der Stichprobe der Hyperkinetiker befanden sich 101 Jungen (97,1%) und 3 Mädchen (2,9%), wobei das Überwiegen der Jungen gerade in klinischen Populationen den Angaben der Literatur entspricht. In der GIP hingegen war das **Geschlechterverhältnis** mit Jungen: Mädchen = 929 (47,4%): 1032 (52,6%) nahezu ausgeglichen.

Der **Altersdurchschnitt** der GIP lag mit 13,84 Jahren deutlich höher als bei den Hyperkinetikern (9,62 Jahre), bei denen sich der Altersbereich auf 5 bis 15 Jahre im Gegensatz zur GIP (1 bis 23 Jahre) erstreckte. Zur Altersverteilung siehe **Tab. 5.10**:

Tab. 5.10: Altersverteilung aller Patienten und der Hyperkinetiker

Alter in Jahren	Alle Patienten		HKS	
	Häufigkeit	Gültige %	Häufigkeit	Gültige %
1-5 Jahre	31	1,7	2	1,9
6-17 Jahre	1729	88,0	102	98,1
18-20 Jahre	189	9,7	0	0
21-23 Jahre	12	0,6	0	0
gesamt	1961	100,0	104	100,0

In beiden Gruppen wurden die jüngeren Patienten dabei vorwiegend tagesklinisch behandelt, was an **Tab. 5.11** nachvollzogen werden kann.

Tab. 5.11: Durchschnittsalter aller Patienten und der Hyperkinetiker

Altersverteilung		n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in Jahren, insgesamt	Alle Patienten	1961	1	23	13,84	3,40
	HKS	104	5	15	9,62	2,64
Alter, Tagesklinik	Alle Patienten	131	5	16	9,26	2,32
	HKS	24	6	13	8,79	1,79
Alter, stationär	Alle Patienten	1830	1	23	14,17	3,23
	HKS	80	5	15	9,88	2,80

Die **Behandlungsdauer** der Hyperkinetiker erstreckte sich durchschnittlich auf einen Zeitraum von 90,6 Tagen (ca. 13 Wochen) mit einem Minimum von 5 und einem Maximum von 330 Tagen (ca. 47 Wochen). In der GIP kam es zu dem kürzeren durchschnittlichen Gesamtaufent-

halt von 73,03 Tagen (ca. 10 Wochen), hier reichte die Behandlungsspanne von 0 Tagen¹ bis zu 485 Tagen (ca. 69 Wochen, geringere Std.-abw. als bei HKS, siehe **Tab. 5.12**).

Von den Hyperkinetikern wurden dabei 76,9% (n=80) der Patienten stationär behandelt, in der GIP mit 93,3% (n=1830) der Kinder und Jugendlichen deutlich mehr (**Therapiemodus**). In beiden Gruppen waren die stationären Aufenthalte insgesamt 3-4x kürzer als die tagesklinischen, wobei es bei der stationären Therapie in der GIP zu einer - verglichen mit den Hyperkinetikern - sehr breiten Streuung kam. Hier wird wahrscheinlich gerade bei der stationären Therapie die Verschiedenartigkeit der Diagnosegruppen deutlich, die bei den Angaben zur gesamten Behandlungsdauer erstaunlich ausgeglichen wird. Einen Überblick über die gesamte und nach dem jeweiligen Therapiemodus aufgeschlüsselte Behandlungsdauer gibt **Tab. 5.12**:

Tab. 5.12: Behandlungsdauer aller Patienten und der Hyperkinetiker

Behandlungsdauer		n	Minimum	Maximum	Mittelwert	S*
Behandlungsdauer, insgesamt	Alle Patienten	1961	0	485	73,03	69,40
	HKS	104	5,0	330,0	90,6	78,9
Behandlungsdauer, Tagesklinik	Alle Patienten	131	2	381	181,65	78,93
	HKS	24	32	330	207,25	76,99
Behandlungsdauer, stationär	Alle Patienten	1830	0	485	65,25	61,74
	HKS	80	5	195	55,61	31,93

*Standardabweichung

Zur **Entlassungsart** ist anzuführen, daß die Hyperkinetiker eher regulär aus der Behandlung entlassen wurden als die Patienten der GIP: 95,2% (n=99) vs. 86,7% (n=1684), wobei die Behandlungsabbrüche in beiden Gruppen eher von seiten der Eltern/Patienten als von seiten der Therapeuten herrührten.

¹ Hier handelt es sich z. B. um Kinder, die dann doch keine Behandlung wünschten oder die eher gegen ihre eigene Überzeugung in die KJP gebracht wurden.

5.7.2.2 Diagnosen, Intelligenz- und Funktionsniveau

Wie in **Tab. 5.13** ersichtlich, wurden im Studienzeitraum nahezu alle auf **Achse I des MAS** möglichen **Diagnosen** in der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen und behandelt. Zur besseren Übersichtlichkeit wurden diese in 19 Diagnosegruppen eingeteilt. Hierbei überwogen eindeutig die zusammengefassten Störungen des Sozialverhaltens (F91 und F92) mit 23,6% der Fälle und die Anorexien mit 12,5%. Weiterhin häufig waren Schizophrene Patienten (8,9%), Anpassungsstörungen (8,5%) und Neurotische Störungen (7,6%).

Tab. 5.13: Erstdiagnosen aller Patienten

Alle Patienten – Erstdiagnose	Häufigkeit	Gültige Prozente
1 Organische Störungen F0	18	0,9
2 Drogenstörungen F1	83	4,2
3 Schizophrenie F2	174	8,9
4 Affektive Störungen F3	73	3,7
5 Anpassungsstörungen F43	166	8,5
6 Neurotische Störungen F4 ohne F43	150	7,6
7 Anorexien F50.0 und F50.1	246	12,5
8 Bulimie F50.2 und F50.3	66	3,4
9 Andere Essstörungen F50.4	21	1,1
10 Persönlichkeitsstörungen F60 ohne 62-69	92	4,7
11 Tiefgreifende Entw. Störungen F84.	62	3,2
13 Störung des Sozialverhaltens F91 und F92	463	23,6
14 Emotionalstörung F93	136	6,9
15 Störung der soz. Funktionen F94	59	3,0
16 TICs F95	19	1,0
17 Sonstige Verhaltensstörungen F98	45	2,3
18 Sonstige Diagnosen	17	0,9
19 Keine Diagnose (Durchuntersuchung)	71	3,6
Gesamt	1961	100,0
Durchgangsfälle ¹	273	
12 Hyperkinetisches Syndrom	105	
Noch fehlende Werte bis 2339 (HKS)	2234	

¹ z. B. Aufnahme zu Schlafentzugs-EEG, CT, Gutachten-Erstellung

In der Stichprobe der Hyperkinetiker überwiegen eindeutig die Patienten mit komorbiden Störungen des Sozialverhaltens (67,3%), siehe **Tab. 5.14** zur Stichprobenzusammensetzung:

Tab. 5.14: Erstdiagnosen der Hyperkinetiker

Hyperkinetiker - Erstdiagnose		HKS	
		n	Gültige %
9000	Hyperkinetische Störungen	31	29,8
9010	Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens	70	67,3
9080	Hyperkinetische Störungen - sonstige	2	1,9
9090	Hyperkinetische Störungen – nicht näher bezeichnet	1	1,0
Gesamt		104	100,0

Die Häufigkeit von **Komorbiditäten** betreffend ergab sich kein bedeutender Unterschied zwischen der Ausgangsstichprobe und der GIP, in beiden Gruppen wurde bei etwa 25% der Patienten eine zweite und bei 1-2% der Patienten eine dritte Diagnose im Sinne der MAS-Achse I gestellt.

Bei der Analyse gleichzeitig auftretender **Umschriebener Entwicklungsstörungen**, werden diese in der Gruppe der Hyperkinetiker mit 44,2% bei mindestens einer Nennung fast doppelt so häufig angegeben wie in der Gesamtanspruchnahmepopulation (25,2%). – Ein hoher Anteil an einer unspezifisch als „Lernstörung“ bezeichneten Komorbidität bzw. an spezifischen motorischen Entwicklungsstörungen findet sich auch in der Literatur (vgl. Kapitel 5.3.4.1 und 5.3.4.2). Es überwiegen dabei bei 24 Kindern (23,1%) der Hyperkinetischen Gruppe zusätzliche Störungen der motorischen Funktionen, gefolgt von Störungen schulischer Fertigkeiten bei 14 Kindern (13,5%) und Sprech- und Sprachstörungen bei 8 Kindern (7,7%). In der GIP ergibt sich keine so eindeutige Abstufung der einzelnen Störungsbereiche: Hier sind die Störungen schulischer Fertigkeiten und der motorischen Funktionen mit jeweils etwa 6,5% am häufigsten, gefolgt von den Sprech- und Sprachstörungen bei nur 3,8% der Kinder. Bei der zwei- und dreifachen Nennung Umschriebener Entwicklungsstörungen ergeben sich dann keine größeren Unterschiede mehr zwischen den Gruppen (zweifache Nennung bei etwa 6% der Kinder, dreifache bei ca. 1,5%).

Hinsichtlich des **Intelligenzniveaus** schnitten die Hyperkinetiker etwas schlechter ab als die GIP: In dieser Gruppe erzielten nur 11,5% der Kinder (n=12) überdurchschnittliche IQ- Werte von >114 im Gegensatz zu 15,5% (n=301) in der GIP. Die Angaben zu den durchschnittlichen IQ- werten hielten sich dagegen die Waage. Eine Übersicht gibt **Tab. 5.15**:

Tab. 5.15: Intelligenzniveau aller Patienten und der Hyperkinetiker

Intelligenzniveau	IQ	Alle Patienten		HKS	
		n	%	n	%
Überdurchschnittlich	> 114	301	15,5	12	11,5
Durchschnittlich	85 -114	1159	59,8	61	58,7
Unterdurchschnittlich	< 85	479	24,7	31	29,8
Gesamt		1939*	100,0	104	100,0

* n=1961, d.h. 22 (1,1%) fehlende Werte

Zusätzliche **Körperlicher Symptomatik** ist bei den Hyperkinetikern und in der GIP nahezu gleich häufig vorhanden: bei den HKS- Kinder in 20,17%, in der GIP in 17,8% der Fälle.

Einen Eindruck der **psychosozialen Anpassung** der Hyperkinetiker vermittelt **Tab. 5.16**. Hier schneiden diese im Vergleich mit der Gesamtheit der anderen psychiatrischen Diagnosen – wie auch andere Studien berichten - eindeutig schlechter ab:

Tab. 5.16: Psychosoziale Anpassung aller Patienten und der Hyperkinetiker

Psychosoziale Anpassung	Alle Patienten		HKS	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Hervorragende/gute soziale Anpassung	17	0,9	0	0,0
Befriedigende soziale Anpassung/ leichte soziale Beeinträchtigung	606	31,0	16	15,4
Mäßige/ deutliche soziale Beeinträchtigung	993	50,7	72	69,2
deutliche und übergreifende/ tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung	285	14,5	13	12,5
Braucht beträchtliche Betreuung/ Braucht ständige Betreuung	56	2,8	3	2,9
Gesamt	1957*	100,0	104	100,0

n=4 (0,2%) fehlende Werte bei einer Gesamtstichprobe von n=1961

5.7.2.3 Herkunftsfamilien

Zu Beginn der Behandlung wurde im Rahmen der Basisdokumentation eine Einschätzung des **sozioökonomischen Status** der Herkunftsfamilie der Patienten vorgenommen. Hierbei wurde die jeweilige Schichtzugehörigkeit anhand der Art der Berufstätigkeit (in Anlehnung an Kleining und Moore, 1968) des "sozial höhergestellten Elternteils" vorgenommen. Es ergab sich folgende Übersicht:

Tab. 5.17: Schichtzugehörigkeit aller Patienten und der Hyperkinetiker

Schichtzugehörigkeit	Alle Patienten		HKS	
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Häufigkeit	Gültige Prozente
Un-/angelernte Arbeiter, kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe	160	12,4	15	19,5
Facharbeiter/Gesellen, einfache Angestellte, kleine selbständige Gewerbetreibende	493	38,2	33	42,9
Meister, mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst, selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (kleine Betriebe)	288	22,3	13	16,9
Höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, selbständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (große Betriebe)	143	11,1	7	9,1
Leitende Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer	208	16,1	9	11,7
Gesamt*	1292*	100,0	77**	100,0

* n=1961, d.h. 669 (34,1%) fehlende Werte; ** n=77, d.h. 27 fehlende Werte (26%)

Zu sehen ist hier, daß die Hyperkinetiker im Vergleich zu der GIP eher aus niedrigeren sozialen Schichten stammen (unterste beiden Schichten: 62,4% der HKS- Patienten vs. 50,6% der GIP-Patienten).

Dabei konnte die **Wohnsituation** der Hyperkinetiker betreffend festgestellt werden, daß diese eher in Familien (93,2% der Kinder bei HKS vs. 79,4% der Patienten der GIP) (auch eher in Pflegefamilien, s.u.) und häufiger bei alleinerziehenden Müttern (s.u.) wohnen als Kinder/Jugendliche der GIP. Die genauen Angaben hierzu finden sich in **Tab. 5.18**:

Tab. 5.18: Wohnsituation aller Patienten und der Hyperkinetiker

Wohnsituation		Alle Patienten		HKS	
		n	%	n	%
Familienkinder mit zwei Elternteilen	Beide Eltern leiblich	838	43,2	39	37,8
	Ein Elternteil leiblich	258	13,3	15	14,6
	Pflegefamilie	105	5,4	12	11,7
Alleinerziehender Elternteil	Mutter	311	16,0	29	28,2
	Vater	30	1,5	1	0,9
Nicht in Familie wohnhaft		400	20,6	7	6,8
Gesamt		1942**	100	103*	100

*n=1 fehlender Wert

**n=1961, d.h. 19 (1%) fehlende Werte

Weiter betrachteten wir zum Punkt der Herkunftsfamilien **assozierte abnorme psychosozial belastende Umstände** für Familienkinder in beiden Gruppen, wobei deren durchschnittliche Anzahl bei den Hyperkinetikern mit 3,57 etwas größer war als in der GIP mit 3,18. Bei den Hyperkinetikern bewegte sich dabei die Spanne zwischen 0 und 17 angegebenen Faktoren (Std.-abw. 3,17), innerhalb der GIP zwischen 0 und 19 mit einer niedrigeren Streuung von 2,72. Somit können die Hyperkinetiker als geringfügig stärker und weniger einheitlich psychosozial belastet bezeichnet werden.

5.7.2.4 Daten zur Therapie

Auf die Kopfdaten der Therapie (Entlassungsart, Therapiedauer und –modus) wurde bereits in Kapitel 5.7.2.1 eingegangen, so daß hier zu den therapeutischen Verfahren, die angewendet wurden sowie Kooperationsbereitschaft und Therapieerfolg Stellung genommen werden soll:

Bei der Anwendung der verschiedenen **psychotherapeutischen Verfahren** ergaben sich zwischen der Gruppe der Hyperkinetiker und der GIP keinerlei nennenswerte Unterschiede. Die einzelnen Verfahren der drei Bereiche psychotherapeutischen Verfahren, die sich auf das Kind

beziehen, Beratungen und Behandlungen, die die Eltern betreffen, und "weitere Therapien" wurden in nahezu gleichem Umfang angewendet. Einzig die Streuung im Bereich zusammengefaßter "weiterer Therapien" war bei der GIP um ca. 6 Sitzungen größer.

Der **therapeutische Medikamenteneinsatz** hingegen ist bei den Hyperkinetikern vergleichsweise stark ausgeprägt: In 77% der Fälle (n=82) werden Medikamente, v.a. Stimulantien (62,5%; n=65), an zweiter Stelle Neuroleptika (21,2%; n=22) und an dritter Thymoleptika (8,7%; n=9) eingesetzt. Zum Vergleich die Daten der GIP: Medikamenteneinsatz in 40% der Fälle (n=798); bei 22,9% aller Kinder an erster Stelle der Einsatz von Neuroleptika, bei 12,1% an zweiter Stelle von Thymoleptika, die bei den Hyperkinetikern an dritter Stelle aufgeführt sind. Die Reihenfolge des Einsatzes der verschiedenen Substanzen ist in beiden Gruppen also gleich, wobei bei den Hyperkinetikern die Stimulantien als Standardmedikation dieses Störungsbildes an erster Stelle zusätzlich verabreicht werden. Bei dem weiteren Medikamenteneinsatz kann dann von einer ähnlichen Verteilung ausgegangen werden (siehe auch Tabelle 1.21 im Anhang).

Soziotherapeutische Maßnahmen dagegen wurden bei den Hyperkinetikern im Vergleich zur GIP eher weniger durchgeführt: Bei 19,2% (n=20) der Hyperkinetiker vs. 35,6% (n=687) der GIP.

Zur Einordnung der **Kooperationsbereitschaft** der Hyperkinetiker ist anzuführen, daß sich hier sowohl Eltern als auch Kinder kooperativer als in der GIP zeigen: Bei 88,3% (n=91) der Eltern (vs. 81,2%; n=1517 der GIP) und bei 86,1% (n=87) der Patienten (vs. 80,5%; n=1477 der GIP) kann die Kooperation als gut/mäßig gut bezeichnet werden.

Bezüglich des **Behandlungserfolges** ergeben die verschiedenen angewendeten Messverfahren auch unterschiedliche Ergebnisse: So zeigt am ehesten die Erhebungsmethode der LISTE-Fragen (Prozentuale Änderung der Symptomfragen) Unterschiede zwischen den Hyperkinetikern und der GIP auf: Hier schneidet die GIP im Therapeutenrating des Behandlungsendes (%-Besserung der GIP 58,0% vs. 48,1% bei den Hyperkinetikern) sowie im Elternrating der Katamnese (%-Besserung der GIP 58,7% vs. 45,0% bei den Hyperkinetikern; weiter auch im Elternrating der telefonischen 1-1,5 Jahres- Katamnese 2% mehr "gebesserte" Patienten in der GIP als bei den Hyperkinetikern) sichtbar besser ab als die Hyperkinetiker. Diese erzielten dafür im Elternrating bei der Entlassung etwas bessere Werte als die GIP (%-Besserung der HKS-Patienten 55,5% vs. 52,9% in der GIP). Letzteres Ergebnis stimmt mit dem der telefonischen Nachuntersuchung überein (72,2% "gebesserte" Hyperkinetiker im Elternrating im Vgl. zu 69,2% in der GIP). Allerdings liegen diesem Rating nur recht kleine Fallzahlen von n=247 (12,6% der GIP) und n=18 (17,3% der Hyperkinetiker) zugrunde. Bei den Hyperkinetikern läßt sich also im Vergleich zu dem Therapieergebnis aller Patienten der Marburger KJP ein tendenziell besseres Abschneiden in den Elternratings am Behandlungsende (etwas besserer Kurz-

zeit-Erfolg), allerdings ein schlechteres Abschneiden im Therapeutenrating zum gleichen Zeitpunkt und in den Eltern-Ratings der Langzeit-Katamnese-Untersuchung beobachten (schlechterer Langzeiterfolg).

5.7.3 Vorstellung der beiden Vergleichsstichproben des Dreiervergleiches F90–F91–F92

Auf die Verfahrensweise zur Bildung des Dreier- Diagnosegruppen-Vergleiches F90–F91–F92 wurde bereits ausführlich in Kapitel 5.6.3.1 eingegangen. Auch die Aufteilung der Ursprungsgruppen auf die verschiedenen Reduktionsstufen wurde bereits dargestellt (siehe Kapitel 5.6.2). An dieser Stelle soll nun kurz auf die Verteilung der drei Ausgangsgruppen auf die verschiedenen Erhebungszeiträume sowie die Zusammensetzung der einzelnen Vergleichsgruppen eingegangen werden, um eine bessere Einordnung der später dargestellten Ergebnisse zu ermöglichen. Alle weiteren Vergleiche finden sich dann in zusammengefaßter Form im Kapitel "Ergebnisse" und im Rahmen ausführlicher Tabellen im Anhang.

Die drei Ausgangsgruppen des Dreier- Vergleiches verteilen sich wie in der folgenden Tabelle dargestellt auf die vier Erhebungszeiträume:

Tabelle zur Verteilung der für diese Arbeit interessanten Diagnosegruppen auf die verschiedenen Untersuchungs-Zeiträume (Abbildung auf Grundlage der Reduktionsstufe 1):

Tab. 5.19: Anzahl der für diese Studie interessante Diagnosegruppen pro Zeitraum

Diagnose- gruppe	Zeitraum 1 (72 Monate)		Zeitraum 2 (ca.11 Mon.)		Zeitraum 3 (ca. 9 Mon.)		Zeitraum 4 (16 Monate)		Gesamt (108Monate)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HKS	59	4,6	10	5,1	13	6,2	23	5,9	105	5,1
F91	161	12,6	34	17,3	31	14,7	45	11,7	271	13,1
F92	116	9,1	15	7,6	18	8,5	43	11,1	192	9,3
Weitere Gruppen	935	73,6	138	70,0	149	70,6	276	71,3	1498	72,5
Gesamt*	1271	100	197	100	211	100	387	100	2066	100
Fehlende	196		15		12		50		273	
Gesamt	1467		212		223		437		2339	

* ohne fehlende Werte

Die meisten Patienten stammen dabei in allen drei Gruppen aus dem ersten und längsten Erhebungszeitraum, wobei der prozentuale Anteil an den Gesamtpatienten bei den Hyperkineti-

kern im Zeitraum 3, bei der F91-Gruppe in Zeitraum 2 und bei den F92- Patienten im vierten Zeitraum am größten ist. Die F91-Gruppe ist dabei in allen Zeiträumen am häufigsten vertreten. Umgerechnet auf eine durchschnittliche Patientenanzahl/Monat in der Marburger KJP ergeben sich folgende Werte:

Tab. 5.20: Durchschnittliche Patientenanzahl pro Monat

Zeitraum	Durchschnittliche Patientenanzahl/Monat		
	HKS	F91	F92
ZR 1	0,8	2,2	1,6
ZR 2	0,9	3,1	1,4
ZR 3	1,4	3,4	2,0
ZR 4	1,4	2,8	2,7

Hier wird bei den Hyperkinetikern und der F92-Diagnosegruppe eine Patientenzunahme mit der Zeit deutlich, während die Patientenzahlen der F91-Gruppe im dritten Zeitraum ihren Höhepunkt erreichen und danach wieder abfallen. Insgesamt gehen die Angaben zur durchschnittlichen Patientenanzahl/Monat allerdings nicht über einen Unterschied von 1,2 Patienten/Monat hinaus, was eine relativ stabile Anwesenheit der einzelnen Diagnosegruppen in der Marburger KJP bedeutet. Dennoch geben diese wenigen Angaben bereits einen kleinen Eindruck, daß durch die verschiedenen Erhebungszeiträume der Daten sowie jeweils unterschiedliche Patientenkollektive in der Marburger KJP unterschiedliche weitere Faktoren die hier erhobenen Daten beeinflussen konnten. Diese können in diesem Rahmen nicht alle untersucht werden, ihr Vorhandensein muß aber bei der Beurteilung der folgenden Ergebnisse mit berücksichtigt werden.

Die durch die Matchingverfahren erzielten Gruppen setzen sich wie folgt zusammen:

Tab. 5.21: Zusammensetzung der durch die Matchingverfahren gebildeten Gruppen

ICD-10	Hauptdiagnose	HKS		F 91		F92*	
		n	gültige %	n	gültige %	n	gültige %
9000	Hyperkinetische Störungen	27	29,7				
9010	Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens	62	68,1				
9080	Hyperkinetische Störungen -Sonstige	2	2,2				
9100	Störungen des Sozialverhaltens			14	15,4		
9110	- bei fehlenden sozialen Bindungen			29	31,9		
9120	- bei vorhandenen sozialen Bindungen			25	27,5		
9130	- mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten			20	22,0		
9180	- sonstige			1	1,1		
9190	- nicht näher bezeichnete			2	2,2		
9200	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen					36	39,6
9220						1	1,1
9280	- sonstige					44	48,4
9290	- nicht näher bezeichnete					6	6,6
9310	Phobische Störung des Kindesalters					1	1,1
9330	- mit Geschwisterrivalität					2	2,2
9380	- sonstige					1	1,1
	Gesamt	91	100	91	100	91	100

* Einschluß der 4 Fälle aus F93 wurde in Kapitel 5.6.3.1 „Matchingverfahren“ bereits beschrieben

5.7.4 Vorstellung der Unterstichproben der Hyperkinetiker

Die durch das Matchingverfahren gebildete Gruppe der n=91 Hyperkinetiker wurde durch die Bildung und den Vergleich verschiedener Untergruppen (siehe auch Kapitel 5.6.4) detaillierter untersucht:

5.7.4.1 HKS mit/ohne Sozialstörungen

Bei dieser Unterteilung wurden n=62 (68,1%) der Hyperkinetiker mit der Diagnose F90.1 (HKS mit Sozialstörungen) n=29 (31,9%) der Hyperkinetiker ohne Sozialstörungen (F90.0, F90.8, F90.9) gegenübergestellt.

5.7.4.2 HKS mit/ohne Umschriebene Entwicklungsstörungen

Das gleiche geschah mit n=39 (42,9%) der HKS-Kinder mit Umschriebenen Entwicklungsstörungen versus n=52 (57,1%) der HKS-Patienten ohne zusätzliche Umschriebene Entwicklungsstörungen.

5.7.4.3 HKS mit/ohne Stimulantientherapie

Und als letztes wurde die HKS-Gruppe aufgrund des therapeutischen Kriteriums der Anwendung von Stimulantien unterteilt. Hierbei ergab sich eine Gruppe aus n=57 (62,6%) Patienten, die Stimulantien erhielt, sowie eine nicht mit dieser Medikamentengruppe medizierte Vergleichsgruppe von n=34 (37,4%) Patienten.

Tab. 5.1: Anzahl aller Patienten, der Hyperkinetiker und Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens in den vier verschiedenen Zeiträumen.....	102
Tab. 5.2: Patientenzahl und Untersuchungen je Zeitraum.....	103
Tab. 5.3: Anzahl aller Patienten, der Hyperkinetiker und der Kinder mit Sozialstörungen je Reduktionsstufe sowie Bedeutung der einzelnen Reduktionsstufen	105
Tab. 5.4: In den jeweiligen Zeiträumen verwendete Datenerhebungsinstrumente	107
Tab. 5.5: Anzahl der Telefon- Interviews je Mitarbeiter	119
Tab. 5.6: Verteilung der für diese Studie interessanten Diagnosegruppen auf die verschiedenen Reduktionsstufen	122
Tab. 5.7: Punktevergabesystem für die Matchinglisten	123
Tab. 5.8: Erreichte Punktezahlen je Matchinglisten.....	124
Tab. 5.9: Standardvariablenkatalog.....	126
Tab. 5.10: Altersverteilung aller Patienten und der Hyperkinetiker	134
Tab. 5.11: Durchschnittsalter aller Patienten und der Hyperkinetiker.....	134
Tab. 5.12: Behandlungsdauer aller Patienten und der Hyperkinetiker	135
Tab. 5.13: Erstdiagnosen aller Patienten	136
Tab. 5.14: Erstdiagnosen der Hyperkinetiker	137
Tab. 5.15: Intelligenzniveau aller Patienten und der Hyperkinetiker.....	138
Tab. 5.16: Psychosoziale Anpassung aller Patienten und der Hyperkinetiker	138
Tab. 5.17: Schichtzugehörigkeit aller Patienten und der Hyperkinetiker	139
Tab. 5.18: Wohnsituation aller Patienten und der Hyperkinetiker.....	140
Tab. 5.19: Anzahl der für diese Studie interessante Diagnosegruppen pro Zeitraum	142
Tab. 5.20: Durchschnittliche Patientenanzwesenheit pro Monat.....	143
Tab. 5.21: Zusammensetzung der durch die Matchingverfahren gebildeten Gruppen...	144

6 ERGEBNISSE – HYPOTHESENPRÜFUNG

6.1 Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Bei den hier formulierten Hypothesen handelt es sich um Arbeitshypothesen, die mit den entsprechenden statistischen (Null-)Hypothesen verglichen werden.

Die Testung erfolgte zu einem **nominalen Testniveau von $\alpha=5\%$** , und im Wesentlichen wurden zwei statistische Tests verwendet:

- a) Zum einen der **Chi Quadrat-Homogenitätstest** als Test auf die Homogenität zweier Teilpopulationen. Hier besagt die statistische Nullhypothese, daß die Verteilungen der beiden Teilpopulationen homogen sind.
- b) Zum anderen der **t-Test für zwei unabhängige Stichproben** als Test auf Lageunterschiede (Gleichheit der Erwartungswerte), bei dem die statistische Nullhypothese besagt, daß sich die Werte „im Mittel“ nicht unterscheiden.

Probleme tauchen bei diesen Tests v.a. bei sehr kleinen Fallzahlen auf, worauf später bei den Untergruppenvergleichen eingegangen wird.

Im Folgenden werden der statistischen Testung jeweils die explorativ-deskriptiven Ergebnisse vorausgeschickt.

6.2 Hypothesen zum Vergleich der HYPERKINETIKER mit allen anderen psychiatrischen Diagnosegruppen (GESAMTINANSPRUCHNAHMEPOPULATION, GIP)

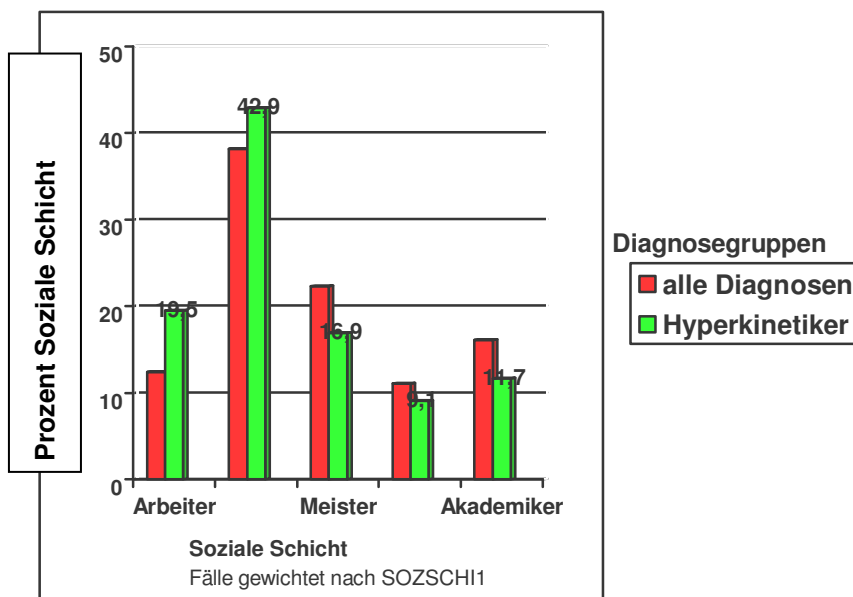
1. Die Hyperkinetiker stammen eher aus niedrigeren sozialen Schichten als alle anderen Diagnosegruppen.

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich sozioökonomische Angaben/Umgebungsfaktoren:

HKS-Kinder stammen aus niedrigeren sozialen Schichten im Vergleich zur GIP (obere beiden Schichten: 20,8% vs. 27,2%; untere beiden Schichten: 62,4% vs. 50,6%).	Siehe Anhang Tab.1.5
---	----------------------

Abb. 6.1: Verteilung der Hyperkinetiker und aller Patienten auf die verschiedenen sozialen Schichten



Bei einem errechneten p-Wert von $p=0,453$ im **Chi Quadrat-Homogenitätstest** stellt die oben genannte Hypothese lediglich eine beobachtete Tendenz ohne statistische Signifikanz dar. Auch bei einer weiteren Testung nach Zusammenfassung der jeweils obersten und untersten beiden sozialen Schichten - und somit nur noch insgesamt drei verschiedenen sozialen Schichten – bleibt diese beobachtete Tendenz mit einem p-Wert von $p=0,323$ (siehe Anhang Tab1.5) nicht signifikant.

2. Die Hyperkinetiker haben mehr komorbide Sozialstörungen als alle anderen Diagnosegruppen.

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau:

Die Hyperkinetiker weisen deutlich mehr komorbide Störungen des Sozialverhaltens auf als alle anderen Diagnosegruppen (Diagnose F90.1 bei 88,6% der HKS-Kinder ¹ vs. F91 als Zweitdiagnose bei 8,8% in der GIP).	Siehe Anhang Tab. 1.12
---	------------------------

¹ Orientiert an der Einteilung der DSM-IV, in der komorbide Sozialverhaltensstörungen bei den Hyperkinetikern als Zweitdiagnose gelten.

Nach Testung im **Chi Quadrat-Homogenitätstest** und einem errechneten p-Wert von $p < 0,0001$ (siehe Anhang Tab 1.12) kann im Falle dieser Hypothese die statistische Nullhypothese verworfen und obige Arbeitshypothese angenommen werden.

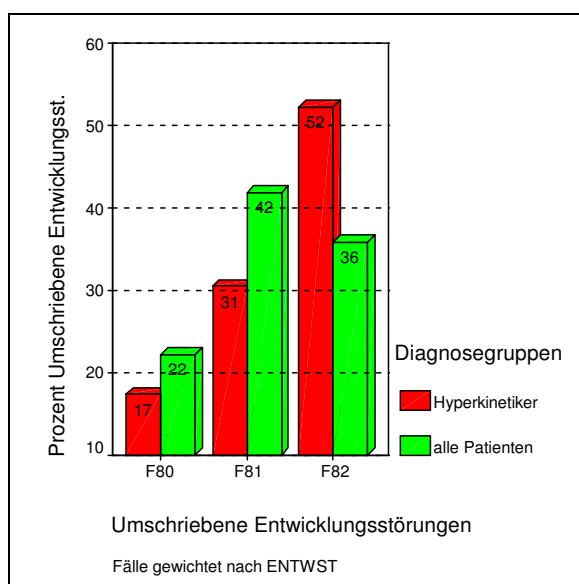
3. Die Hyperkinetiker weisen mehr umschriebene Entwicklungsstörungen (v.a. motorischer und schulischer Art) auf als alle anderen Diagnosegruppen.

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau:

HKS-Kinder weisen eine höhere Rate zusätzlicher Umschriebener Entwicklungsstörungen auf als Kinder der GIP (alle UE zusammengenommen: HKS: 44,2% vs. GIP: 25,2%). Nach den verschiedenen UE aufgeteilt, ergibt sich folgendes Ergebnis: 10% (5,6%) aller HKS (GIP)- Kinder weisen Sprech- und Sprachstörungen, 17,5% (10,6%) Störungen schulischer Fertigkeiten, 30% (9%) Störungen motorischer Funktionen auf.	Siehe Anhang Tab. 1.13 Tab. 1.14
--	-------------------------------------

Abb. 6.2: Aufteilung aller Patienten und der Hyperkinetiker, die komorbide umschriebene Entwicklungsstörungen (UE) aufweisen, auf die verschiedenen Bereiche der UE¹



Die oben genannte Hypothese kann nach statistischer Testung mit dem **Chi Quadrat-Homogenitätstest** bei einem errechneten p-Wert von $p = 0,081$ (siehe Anhang Tab.1.14) als

¹ F80=Umschriebene Entwicklungsstörungen (UE) des Sprechens und der Sprache, F81=UE schulischer Fertigkeiten, F82=UE der motorischen Funktionen

statistisch knapp nicht signifikant bezeichnet werden, sondern stellt eine beobachtete Tendenz dar. Die statistische Nullhypothese kann somit hier nicht verworfen werden.

4. Die Hyperkinetiker erzielen v.a. langfristig einen schlechteren Therapieerfolg als alle anderen Diagnosegruppen.

Testung der verschiedenen Maße zum Therapieerfolg:

a) Prozentuale Veränderung der Symptomatik

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Therapieerfolg:

<p>Prozentuale Änderung der Symptomatik</p> <p>Ende der Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hier schneidet die GIP im Therapeutenurteil im Mittel etwas besser ab als die Hyperkinetiker (58,02% vs. 48,13% bei S=28,53 vs. 22,04), im Elternurteil dagegen sind die Hyperkinetiker minimal besser (55,51% vs. 52,89%). <p>Katamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In diesem Elternurteil liegt nun die GIP deutlich vor den Hyperkinetikern (58,74% vs. 44,95%). 	<p>Siehe Anhang Tab. 1.26</p>
--	-------------------------------

b) Therapieerfolgsratings

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Therapieerfolg:

<p>Behandlungsende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutenurteil, Erfolg der Behandlung bezüglich der Zielsymptomatik: Hier schneiden die Kinder der GIP etwas besser ab als die Hyperkinetiker (völlig gebessert: 6,1% der GIP, 0% der Hyperkinetiker). - Elternrating, Behandlungserfolg, Telefon-Nachuntersuchung: Minimal mehr HKS-Kinder werden als gebessert bezeichnet als Kinder der GIP (72,2% vs. 69,2%). <p>1-1,5 Jahres-Katamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elternrating, Behandlungserfolg, Telefoninterview-Katamnese: Hier schneidet die GIP minimal besser mit 77% gebesserten Kindern vs. 75% bei den Hyperkinetikern ab. 	<p>Siehe Anhang Tab. 1.27 Tab. 1.28 Tab. 1.29</p>
---	---

Abb. 6.3: Behandlungserfolg bzgl. der Zielsymptomatik, Therapeutenrating am Behandlungsende (beh1)

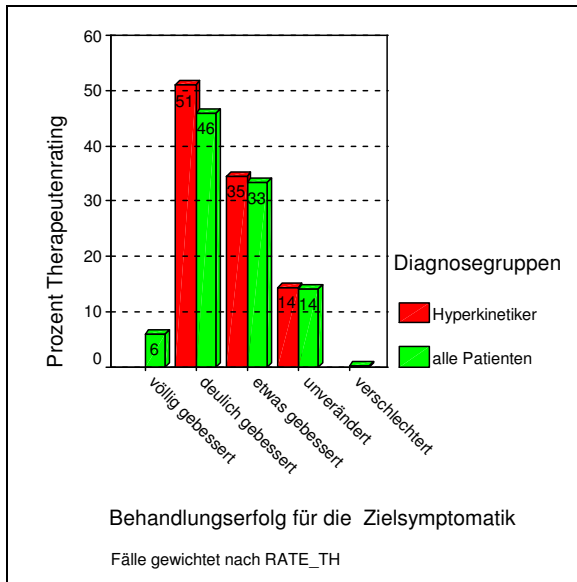


Abb. 6.4: Behandlungserfolg, Elternrating bei Behandlungsende (heutn)

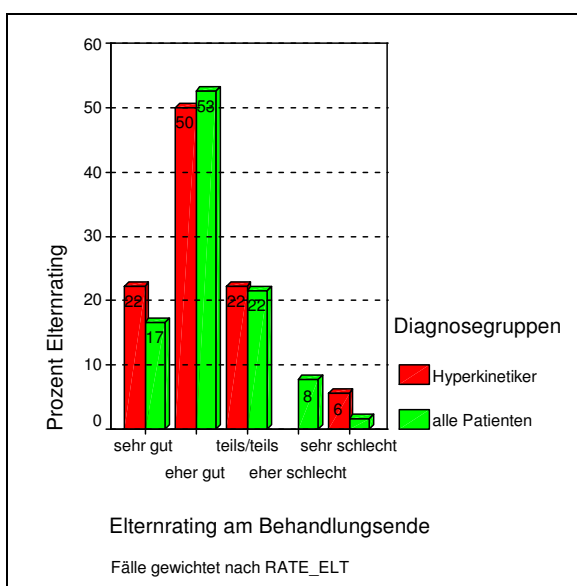
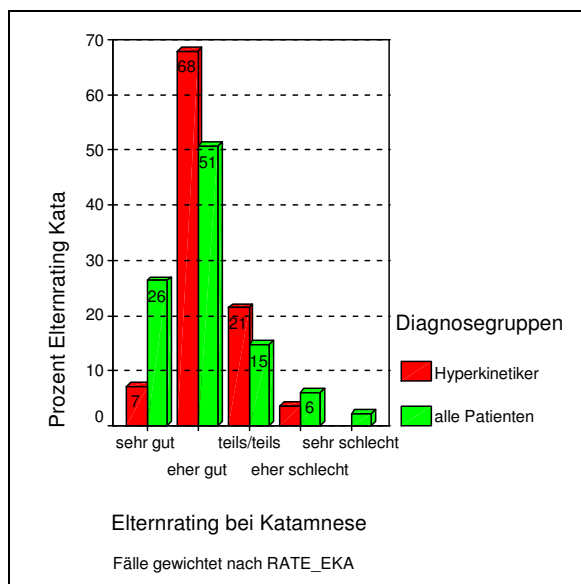


Abb. 6.5: Behandlungserfolg, Elternrating bei der 1-1,5 Jahres-Katamnese (heutk)



Auf das Therapeutenrating bei Behandlungsende bezogen kann oben genannte Hypothese nach statistischer Testung mit dem **Chi Quadrat-Homogenitätstest** bei einem errechneten p-Wert von $p=0,177$ (siehe Anhang Tab. 1.27) nicht als signifikant bezeichnet werden. In den Elternratings bei Behandlungsende und zum Zeitpunkt der 1-1,5 Jahres-Katamnese sind die erzielten Ergebnisse allerdings signifikant: Bei einem p-Wert von $p=0,027$ (siehe Anhang Tab. 1.28) für die Testung der Ergebnisse der Elternratings bei Behandlungsende und einem p-Wert von $p=0,001$ (siehe Anhang Tab. 1.29) für die Elternratings zum Katamnesezeitpunkt kann die statistische Nullhypothese hier verworfen und der oben genannte Gruppenunterschied zum Katamnesezeitpunkt angenommen werden. Bei Behandlungsende stellt sich dieser Gruppenunterschied allerdings genau invers dar: hier schneiden die Hyperkinetiker signifikant besser ab. Bei der Interpretation zu beachten ist hierbei, daß bei der Testung der Elternratings am Behandlungsende 4 Zellen (40%) und zum Katamnesezeitpunkt 2 Zellen (20%) eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 aufweisen, wodurch die Cochran-Bedingungen (Cochran, 1954)¹ nicht erfüllt sind.

5. Die Hyperkinetiker erhalten häufiger Stimulantientherapie als alle anderen Diagnosegruppen

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Therapie/Kooperation:

HKS-Kinder wurden insgesamt wesentlich häufiger mediziert als die GIP (77,9% vs. 40,7%) und während die GIP- Kinder eigentlich keine Stimulantien erhielten, stellten diese bei HKS das häufigste Medikament dar (0,9% vs. 62,5%), dafür bekam die GIP etwas häufiger Thymoleptika (12,1% vs. 8,7%) und „andere“ Medikamente (5% vs. 0).	Siehe Anhang Tab. 1.21
--	------------------------

¹ Cochran, W.G. (1954), Some methods for strengthening the common X²-tests. Biometrics, 10, 417-451.

Bei dieser Fragestellung kommt nach Absprache mit der Diplom-Statistikerin Frau Dr. Karin Wolf-Ostermann ein weiterer Test zum Einsatz, der allein die Häufigkeit der angewendeten Stimulantientherapie in den beiden Gruppen untersucht. Hierbei handelt es sich um einen Test auf Binominalverteilung. Der Prozentwert der angewendeten Stimulantientherapie aller Patienten (0,9%) fungiert hier als „theoretischer“ Testanteil, der Prozentwert für HKS (62,5%) ist der empirische Vergleichswert. Bei einem errechneten p-Wert von $p < 0,001$ (siehe Anhang Tab. 1.21) sind diese Werte klar voneinander verschieden.

6.3 Hypothesen zum Vergleich der HYPERKINETIKER mit den Gruppen der SOZIALVERHALTENSSTÖRUNGEN (F91,F92)

Die Hypothesen zu diesem Gruppenvergleich wurden allesamt statistisch geprüft, indem die beiden Diagnosegruppen der Kinder mit Sozialverhaltensstörungen zu einer Gesamtgruppe zusammengefaßt und den Hyperkinetikern gegenübergestellt wurden.

1. Die Hyperkinetiker weisen mehr umschriebene Entwicklungsstörungen auf, v.a. im motorischen Bereich.

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau:

<p>HKS weisen insgesamt am häufigsten zusätzliche Umschriebene Entwicklungsstörungen auf (mindestens eine Nennung: HKS(54,2%) > F91(48,5%) > F92(43,7%), dieses v. a. im Bereich der Störungen motorischer Funktionen (HKS>F92 und F91: 48,7% > 38,7% und 37,5%), wohingegen HKS-Kinder weniger Störungen schulischer Fertigkeiten zeigen als die beiden Sozialstörungsgruppen (F91 und F92>HKS: 46,9% und 45,1%> 33,4%) und alle drei Gruppen im Bereich des Sprechens und der Sprache annähernd gleich beeinträchtigt sind (HKS 17,9%>F92 16,2%>F91 15,6%).</p>	<p>Siehe im Anhang Tab. 2.10 Tab. 2.11</p>
---	--

Testet man diese Beobachtung, indem man die Gruppen F91 und F92 als Sozialverhaltensstörungsgruppen zusammenfasst und den Hyperkinetikern gegenüberstellt, mit dem **Chi Quadrat-Homogenitätstest**, lässt sich die Nullhypothese mit einem errechneten p-Wert von 0,158 (siehe Anhang Tab. 2.11) nicht verwerfen. D.h. der beobachtete Unterschied stellt eine Tendenz ohne statistische Signifikanz dar.

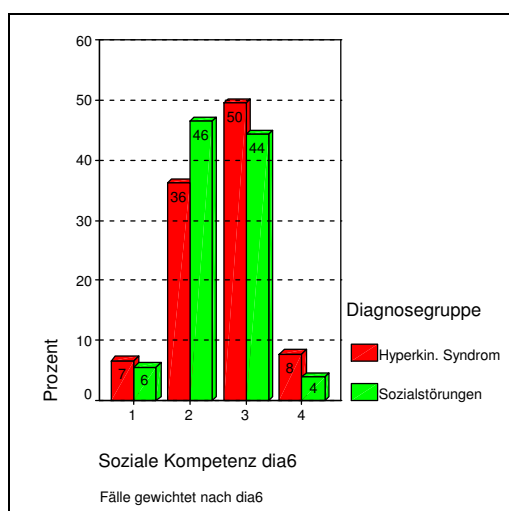
2. Die Hyperkinetiker sind sozial weniger kompetent als Kinder der Sozialverhaltensstörungsgruppen.¹

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich soziodemographische Angaben/Umgebungsfaktoren:

<p>Die Gruppe der Hyperkinetiker weist hier die niedrigste soziale Kompetenz auf (Diagnostische Achse VI - MAS): So erzielen weniger Hyperkinetiker bessere Werte im Bereich dieser Diagnostischen Achse während die anderen beiden Gruppen in diesem Bereich relativ gleich abschneiden (leichte/mäßige soz. Beeinträchtigung: HKS < F91 < F92 → 36,3% < 45,5% und 47,3%). Die schlechteren Werte der Diagnostischen Achse VI werden von ähnlich vielen Hyperkinetikern und Kindern mit der Diagnose F92 erzielt und nur von sehr wenigen F91-Kindern (tiefgreifende soz. Beeinträchtigung: HKS und F92 > F91 → 7,7% und 6,6% > 1,1%) Die F91- Gruppe schneidet insgesamt am besten ab.</p>	<p>Siehe im Anhang Tab. 2.15</p>
---	----------------------------------

Abb. 6.6: Soziale Kompetenz (Diagnose-Achse VI des MAS), Gruppenvergleich zwischen den Hyperkinetikern und des Sozialverhaltensstörungs-Gruppen



(1=befriedigende soziale Anpassung, 2=leichte/mäßige soziale Beeinträchtigung, 3=deutliche/übergreifende soziale Beeinträchtigung, 4=tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung/braucht beträchtliche Betreuung)

Diese oben beschriebenen deskriptiv-explorativ analysierten Gruppenunterschiede können mit der statistischen Testung mit dem **Chi Quadrat-Homogenitätstest** bei einem errechneten p-Wert von p=0,397 (siehe Anhang Tab. 2.15) nicht bestätigt werden und stellen somit lediglich beobachtete Tendenzen dar.

¹ Diese Hypothese begründet sich in unserer Stichprobe v.a. auch darauf, dass etwa 70% der Hyperkinetiker komorbide Sozialverhaltensstörungen aufweisen und dieser komorbiden Gruppe in der Literatur die schlechteste soziale Kompetenz zugeordnet wird.

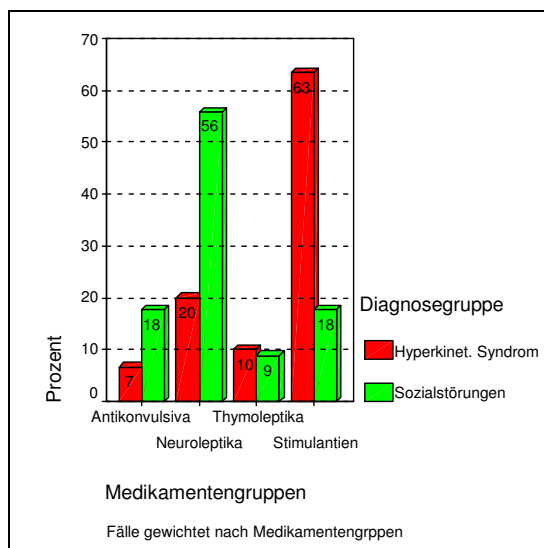
3. Hyperkinetiker erhalten häufiger eine medikamentöse Therapie mit Stimulantien als Kinder der Sozialverhaltensstörungsgruppen.

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Therapie/Kooperation:

<p>- HKS ist die am stärksten medizierte Gruppe (Häufigkeit des Medikamenteneinsatzes insg.: HKS>F92, F91), wobei bei HKS an erster Stelle <i>Stimulantien</i> eingesetzt wurden (62,6% vs. 4,8% F91 und 2,3% F92) und erst an zweiter Stelle <i>Neuroleptika</i>, die bei den anderen beiden Gruppen am meisten verwendet wurden. Trotzdem ist auch deren Einsatz im Gruppenvergleich bei der HKS- Gruppe am größten: 19,8% HKS >11,4% F92 >10,7% F91</p>	<p>Siehe Anhang Tab. 2.23</p>
---	-------------------------------

Abb. 6.7: Medikationsrate mit vier verschiedenen Medikamentengruppen der Hyperkinetiker und der zusammengefaßten Sozialverhaltensgruppe



Bei der statistischen Testung mit dem **Chi Quadrat-Homogenitätstest** kann die Nullhypothese bei einem errechneten p-Wert von $p < 0,001$ (siehe Anhang Tab. 2.23) verworfen werden. Somit sind die oben beschriebenen und in Abb. 6.7 veranschaulichten Gruppenunterschiede signifikant.

4. Die Hyperkinetiker erzielen einen schlechteren Therapieerfolg als die Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens¹.

a) Prozentuale Veränderung der Symptomatik

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Therapieerfolg:

<p>Sowohl bei Entlassung als auch bei Katamnese liegen die Werte aller drei Gruppen unter denen der Gesamtanspruchnahmepopulation (GIP) (Angaben zur GIP: Prozentuale Symptomveränderung der GIP im Therapeutenurteil – bei Entlassung: 58%; im Elternurteil – bei Entlassung: 55,5%; im Elternurteil – bei Katamnese: 58,7%).</p>	<p>Siehe Anhang</p>
<p>Bei Entlassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HKS-Kinder schneiden im Mittel im Therapeuten- und Elternurteil minimal besser ab als die anderen beiden Gruppen, die im Therapeutenurteil (prozt) nahezu gleich (%- Veränderung: HKS 48,69% vs. F92 46,98%, F91 46,04%), im Elternurteil (proze) in der Abstufung F91>F92 (%- Veränderung: HKS (50,06)> F91 (47,5%)>F92 (39,88%)) beurteilt werden. Hier sind die Eltern der F92-Gruppe kritischer als die Therapeuten (%- Veränderung: F92 (Therapeuten) 46,98% vs. F92 (Eltern) 39,88%). 	<p>Tab. 2.28 Tab. 2.29</p>
<p>Bei Katamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hier schneiden die Hyperkinetiker nun im Elternurteil (prozk) am schlechtesten ab – sogar schlechter als bei Entlassung – und die F91-Gruppe am besten. Die Ergebnisse der F92-Gruppe liegen zwischen den beiden anderen (%- Veränderung F91>F92>HKS → 56,46%>50,81%>44,65%). 	<p>Tab. 2.30</p>

Diese deskriptiv-explorativ angestellten Analysen lassen sich durch statistische Tests nicht durch ein signifikantes Ergebnis erhärten: So wurde im **klassischen t-Test für zwei unabhängige Stichproben** für die Gruppengegenüberstellung des Therapeutenurteils (prozt) bei Entlassung bei der prozentualen Veränderung der Symptomfragen ein p-Wert von über $p=0,729$ (siehe Anhang Tab. 2.28) errechnet. Somit muß die statistische Nullhypothese, die für eine Gleichheit der Erwartungswerte spricht, beibehalten werden.

Die p-Werte in den anderen Gegenüberstellungen sind nicht mehr ganz so hoch, doch auch hier bleibt die Nullhypothese bestehen: So wurde bei der prozentualen Veränderung der Symptomatik zwischen Aufnahme und Entlassung (Elternurteil, proze) ein p-Wert von $p=0,400$

¹ Diese Hypothese entsteht bei unserer Stichprobe v.a. dadurch, dass etwa 70% der Hyperkinetiker die kombinierte Diagnose F90.1 (HKS mit komorbiden Störungen des Sozialverhaltens) aufweisen, der in der Literatur eine schlechtere Prognose sowohl im Vergleich mit den „reinen“ Hyperkinetikern (ohne diese Komorbidität) als auch im Vergleich mit den „rein“ Sozialverhaltens-gestörten Kindern (ohne Komorbidität mit HKS) zugeordnet wird.

(siehe Anhang Tab. 2.29) erhoben, bei gleichem Item nun für den Zeitraum zwischen Aufnahme und 1-1,5 Jahres-Katamnese (Elternurteil, prozk) von $p=0,298$ (siehe Anhang Tab. 2.30). In den dargestellten Boxplots werden die fehlenden Lageunterschiede veranschaulicht:

Abb. 6.8: Prozentuale Veränderung der Symptomatik zwischen Aufnahme und Entlassung (Therapeutenrating, Variable prozt)

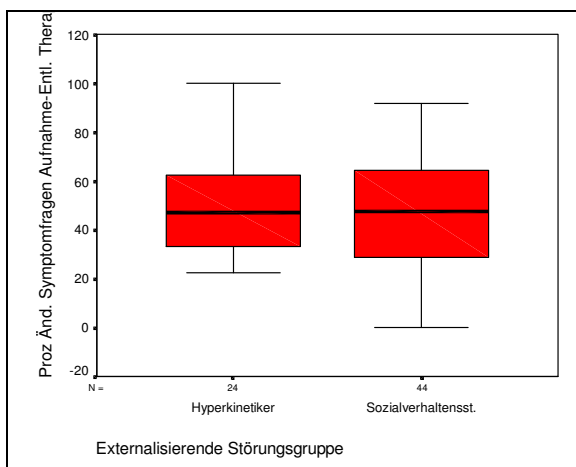


Abb. 6.9: Prozentuale Veränderung der Symptomatik zwischen Aufnahme und Entlassung (Elternrating, Variable proze)

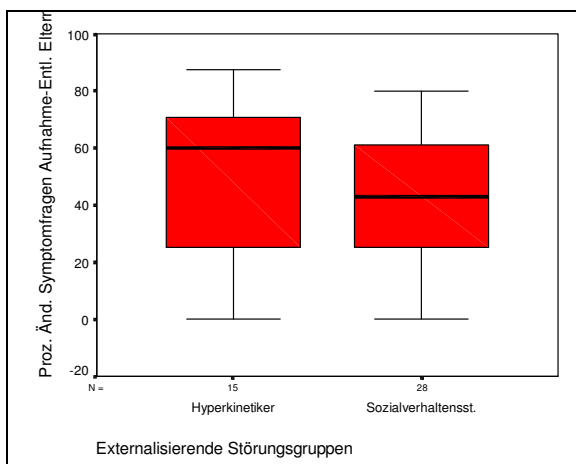
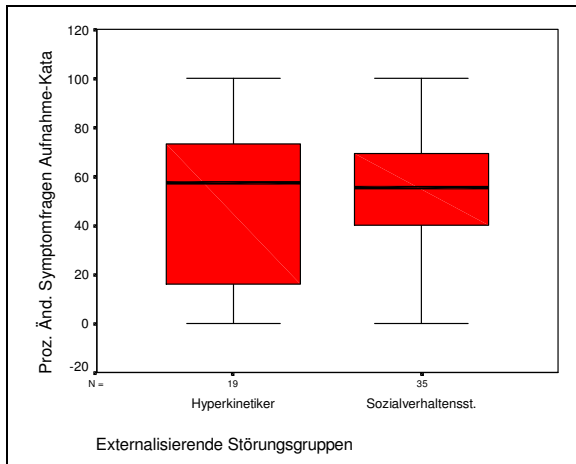


Abb. 6.10: Prozentuale Veränderung der Symptomatik zwischen Aufnahme und 1-1,5 Jahres-Katamnese (Elternrating, Variable prozk)



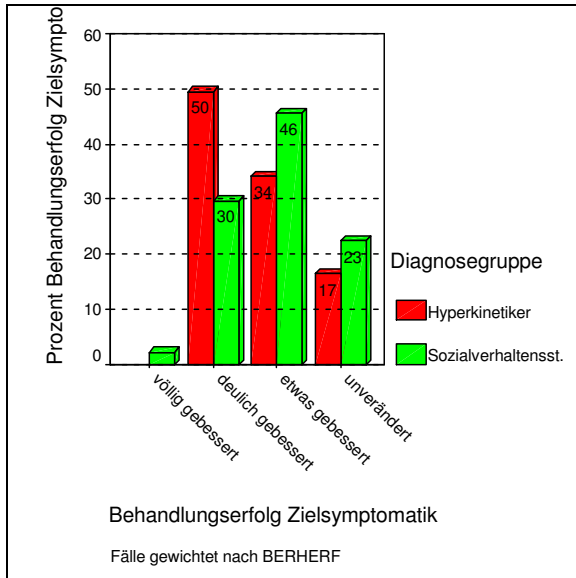
b) Therapieerfolgsratings

Deskriptiv-explorativ ergeben sich folgende Ergebnisse:

<p>Behandlungsende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutenurteil, Erfolg der Behandlung bezüglich der Zielsymptomatik: Abstufung in diesem Therapeutenrating GIP>HKS>F92>F91 (völlig/deutlich gebessert: 52%>49,5%>38,5%>25,3%). - Elternrating, Behandlungserfolg (Telefon-Nachuntersuchung): In diesem Elternrating schneidet die F92-Gruppe nun im Gegensatz zu den Symptomfragenänderungen am besten ab (gebessert: F92>HKS>F91>GIP → 81,8%>76,9%>70%>69,2%) (Cave: wenig gültige Werte: F92: n=11, HKS: n=13, F91: n=9 → z. B. F91: n=9 → 9,9% von n=91, GIP: n=247 → 12,6% von n=1961). 	<p>Siehe Anhang Tab. 2.31</p> <p>Tab. 2.32</p>
<p>1-1,5 Jahres-Katamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elternrating, Behandlungserfolg (Telefon-Katamnese): Hier im Elternrating stellt sich - genau wie bei der prozentualen Symptomveränderung zu diesem Zeitpunkt - die F91-Gruppe am besten, die HKS-Kinder nun allerdings besser als die F92- Gruppe dar (gebessert: F91>GIP>HKS> F92 → 86,7%>77%>72,8%>68,3%) (auch hier wenig gültige Wert: HKS: n=22 → 24,18% von n=91; F91 und F92 zusammen: n=34 → 18,68% von n=182).. 	<p>Tab. 2.33</p>

b.1) Therapeutenrating

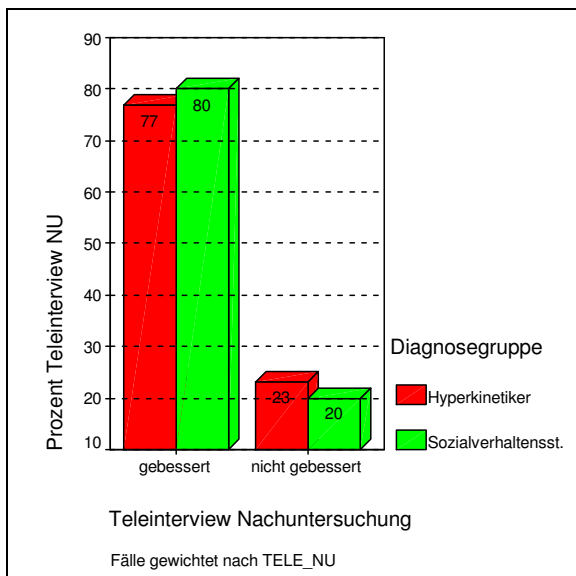
Abb. 6.11: Behandlungserfolg bzgl. der Zielsymptomatik, Therapeutenrating bei Behandlungsende (beh1)



b.2) Elternrating

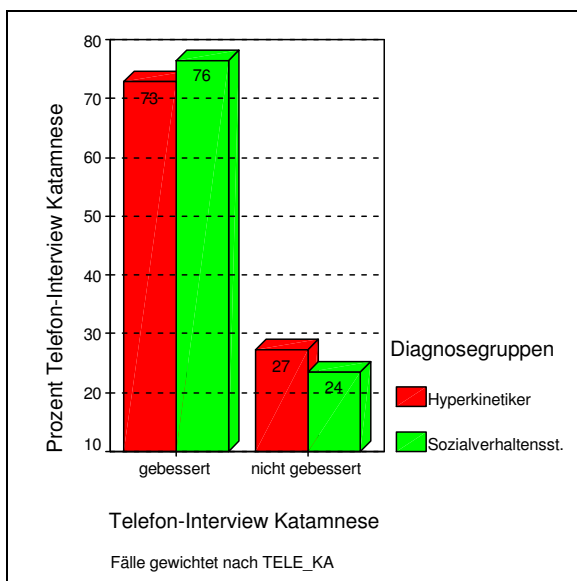
b.2.1) bei Entlassung

Abb. 6.12: Behandlungserfolg, Elternrating bei Behandlungsende (heutn)



b.2.2) bei der 1-1,5-Jahres- Katamnese

Abb. 6.13: Behandlungserfolg, Elternrating bei Katamnese (heutk)



Bei den Therapieerfolgratings weist bei der Testung mit dem **Chi Quadrat-Homogenitätstest** allein die Testung des Therapeutenratings bei Behandlungsende ein signifikantes Ergebnis mit einem p-Wert von $p=0,015$ (siehe Anhang Tab. 2.31) auf. Bei den beiden Elternratings kann bei einem p-Wert von $p=0,731$ (siehe Anhang Tab. 2.32) für die Angaben bei Behandlungsende und von $p=0,746$ (siehe Anhang Tab. 2.33) zum Katamnesezeitpunkt die statistische Nullhypothese nicht verworfen werden. Für die Interpretation dieser Ergebnisse sind die im deskriptiven Abschnitt (s.o.) erwähnten niedrigen Fallzahlen zu beachten.

5. Die Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen erzielen ein schlechteres Therapieergebnis als Kinder mit Sozialverhaltensstörungen allein.

a) Prozentuale Veränderung der Symptomatik

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Therapieerfolg:

Hier ergeben sich bei den beiden Gruppen zum Behandlungsende annähernd gleiche Werte, zum Zeitpunkt der 1-1,5 Jahres-Katamnese schneiden die Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialstörungen etwas schlechter ab: Bei Ende der Behandlung:	Siehe Anhang
- Die Therapeuten schätzen die prozentuale Veränderung der Symptomatik bei beiden Gruppen gleich hoch ein (Mittelwert: 46,53% (S=26,78) ¹ bei den Sozi-	Tab. 2.28

¹ S= Standardabweichung

<p>alstörungen-Gruppen (F91/F92) bzw. Mittelwert: 46,53% bei HKS+Sozialst.(S=20,41) (Fallzahlen: Sozialstörungsgruppe: n=44 →24,2% von n=182; HKS: n=20 → 32,3% von n=62).</p> <p>- Bei den Eltern schneiden die Hyperkinetiker mit Sozialstörungen minimal besser ab als die F91/F92-Kinder (Prozentuale Veränderung der Symptomatik bei HKS+Sozst. im Mittel: 46,18% mit S=29,63, bei F91/F92: 43,15% mit S=23,99) (Fallzahlen: Sozialstörungsgruppe: n=28 →15,4% von n=182; HKS: n=12 → 19,4% von n=62).</p>	<p>Tab. 2.29</p>
<p>Bei Katamnese:</p> <p>- 1-1,5 Jahre nach Entlassung erzielen die Sozialstörungsgruppen etwas bessere Ergebnisse als die mit Sozialstörungen komorbiden Hyperkinetiker (prozentualen Veränderung der Symptomatik F91/F92 im Mittel: 53,39% mit S=27,20 versus HKS+Sozst.: 48,49% mit S=34,34) (Fallzahlen: Sozialstörungsgruppe: n=35 →19,2% von n=182; HKS: n=16 → 25,8% von n=62).</p>	<p>Tab. 2.30</p>

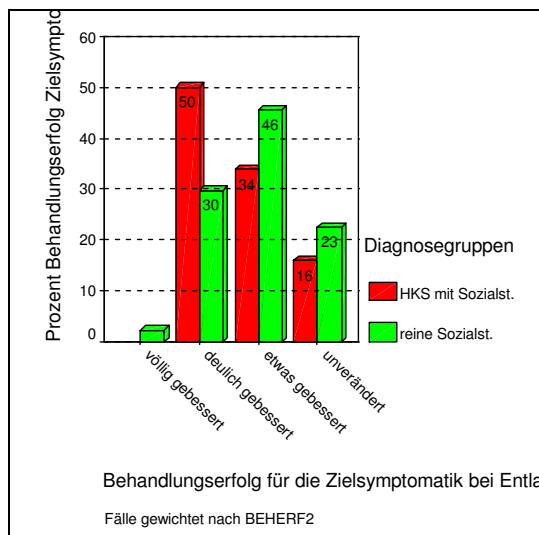
Bei schon sehr eindeutigen deskriptiven Ergebnissen wurde an dieser Stelle auf eine zusätzliche statistische Testung verzichtet.

b) Therapieerfolgsratings

<p>Behandlungsende:</p> <p>- Therapeutenurteil, Erfolg der Behandlung bezüglich der Zielsymptomatik: HKS mit Sozialverhaltensstörungen (Sozst.) schneiden hier bei den höheren Skalenwerten deutlich besser ab als die Sozialverhaltensstörungen-Gruppen (F91/F92): völlig/deutlich gebessert: 50,0% vs. 31,87%, bei den niedrigeren sind sich beide Gruppen recht gleich: gebessert: 77,47% bei den Sozialverhaltensstörungen, 83,9% bei den Hyperkinetikern.</p> <p>- Elternrating, Behandlungserfolg (Telefon-Nachuntersuchung): Hier werden die Sozialverhaltensstörungen-Gruppen etwas besser eingeschätzt als die mit Sozialverhaltensstörungen komorbiden Hyperkinetiker (gebessert: 80% bei F91/F92; 72,7% bei HKS+Sozst.) bei allerdings relativ niedrigen Fallzahlen (F91/F92: n=20 → 11% von n=182 vs. HKS+Sozst.: n=11 → 17,7% von n=62).</p>	<p>Siehe Anhang Tab. 2.34</p> <p>Tab. 2.35</p>
<p>1-1,5 Jahres-Katamnese:</p> <p>- Elternrating, Behandlungserfolg (Telefon-Katamnese): Hier schneiden - bei einer nun größeren Anzahl gültiger Werte – beide Gruppen annähernd gleich ab: als „gebessert“ geltende Kinder der Sozialverhaltensstörungen-Gruppen: 76,47% vs. Kinder mit HKS+Sozst.: 77,8% bei n=34 → 18,7% von n=182 und n=18 → 29,0% von n=62 (Gültige Werte: HKS+Sozst.: n=18 → 29,0% von n=62, Sozialstörungsgruppen: n=34 → 18,7% von n=182).</p>	<p>Tab. 2.36</p>

b.1) Therapeutenrating

Abb. 6.14: Behandlungserfolg bzgl. der Zielsymptomatik, Therapeutenrating bei Behandlungsende (beh1), Hyperkinetiker mit Sozialstörungen verglichen mit alleinigen sozialverhaltensgestörten Kindern



Hier kann bei einem errechneten p-Wert von $p=0,012$ (siehe Anhang Tab. 2.34) im **Chi Quadrat-Homogenitätstest** das Ergebnis, daß Hyperkinetiker mit zusätzlichen Sozialverhaltensstörungen einen *besseren* Behandlungserfolg zum Behandlungsende hin zeigen (Therapeutenrating) - entgegen der oben genannten entgegengesetzten Hypothese - als statistisch signifikant bezeichnet werden.

b.2) Elternratings

In beiden Elternratings (bei Behandlungsende und bei Katamnese) kann nach Testung mit dem **Chi Quadrat-Homogenitätstest** die statistische Nullhypothese nicht verworfen werden: Bei den Ergebnissen des Elternratings zu Behandlungsende errechnet sich ein p-Wert von $p=0,317$ (siehe Anhang Tab. 2.35), bei den Ergebnissen zum Katamnesezeitpunkt von $p=0,867$ (siehe Anhang Tab. 2.36). Somit widerspricht die statistische Testung nicht der Nullhypothese, durch die eine Homogenität der Gruppen angenommen wird. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muß allerdings die kleine Fallzahl berücksichtigt werden (Genauere Angaben siehe „Deskriptive Ergebnisse“).

6.4 Hypothesen zu den Untergruppenvergleichen

8.4.1 Verwertbarkeit/Interpretation der verwendeten Testverfahren

Gerade bei den Untergruppenvergleichen stellt sich innerhalb unserer Studie das Problem sehr kleiner Fallzahlen bei einigen Maßen zur Evaluation des Therapieerfolges. Dieses sind v.a. die Untergruppen der Hyperkinetiker ohne Sozialverhaltensstörungen, der Hyperkinetiker ohne umschriebene Entwicklungsstörungen und der Hyperkinetiker, die nicht mit Stimulantien therapiert wurden.

piert wurden. Die betroffenen Evaluationsinstrumente sind v.a. die prozentuale Veränderung der Symptomfragen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten und die Telefonratings im Rahmen der 4-6-Wochen-Katamnese/Nachuntersuchung und der 1-1,5 Jahres-Katamnese. Bei den verwendeten statistischen Überprüfungsmethoden kommt es hierdurch zu folgenden Problemen:

Der für Häufigkeitsvergleiche (Kontingenztafeln) standardmäßig angewendete **Chi Quadrat-Homogenitätstest** ist ein Test unter Verwendung einer stetigen Verteilung, der hier auf diskrete Daten angewendet wird. Dadurch können dann zu geringe theoretische Zellbesetzungen (erwartete Häufigkeiten) zu Problemen führen. Kleine Fallzahlen bedeuten in der Regel, daß in zu vielen Zeilen der jeweiligen Ausgabe-Tabelle eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 auftritt, so daß die Cochran-Bedingungen (Cochran, 1954)¹ nicht erfüllt sind. Dieses muß bei der jeweiligen Interpretation berücksichtigt werden. In diesen Fällen müssten für eine exaktere Analyse speziell für kleine Fallzahlen ausgelegte statistische Tests verwendet werden. Da dieses den Rahmen der vorliegenden, in erster Linie deskriptiv-explorativen Arbeit sprengen würde, wird hier auf eine solch genaue Analyse verzichtet.

Auf kleine Fallzahlen wird im Folgenden durch einen entsprechenden Hinweis jeweils aufmerksam gemacht; die genaue Verteilung der Daten kann im Anhang in den entsprechenden Tabellen, auf die jeweils verwiesen wird, nachgeschaut werden. In Fällen, in denen bei besonders kleinen Fallzahlen die statistische Testung wegen der nachfolgenden Interpretationsschwierigkeiten keinerlei zusätzliche Information liefern würde, wurde konsequenterweise ganz darauf verzichtet.

1. Hypothese: Die Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen erzielen einen schlechteren Therapieerfolg als die Hyperkinetiker ohne Sozialverhaltensstörungen.

Testung der verschiedenen Maße zum Therapieerfolg

a) Prozentuale Veränderung der Symptomatik

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

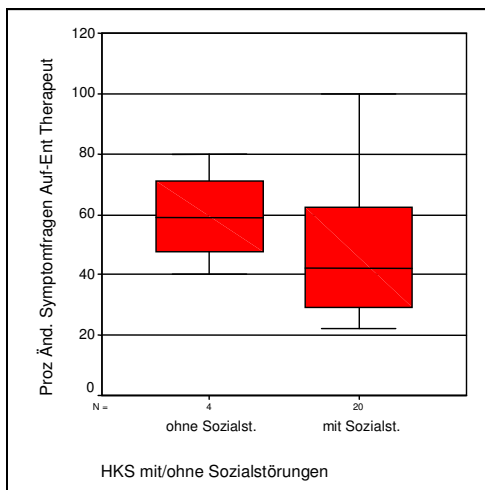
Bereich Therapieerfolg:

<p>Prozentuale Veränderung der Symptomatik</p> <p>Sowohl bei Entlassung als auch bei Katamnese erzielen die Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen eine prozentuale Symptomverbesserung von knapp 50%. Ein Vergleich mit den HKS-Kindern ohne diese zusätzliche Störung ist aufgrund sehr kleiner Fallzahlen nur bedingt möglich.</p> <p>Bei Entlassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HKS mit Sozialverhaltensstörungen (Sozst.) schneiden im Therapeuten- (prozt) wie im Elternurteil (proze) mit einer Prozentualen Veränderungsrate ihrer Symptomatik von knapp 50% ab (Therapeutenurteil: 46,5%, Elternurteil 	<p>Siehe Anhang Tab.3.23</p>
---	------------------------------

¹ Cochran, W.G. (1954). *Some methods for strengthening the common χ^2 -tests*. Biometrics, 10, 417-451

<p>46,18%). Diese Angaben können aufgrund zu kleiner Fallzahlen (n=3 bzw. n=4) leider nicht mit der Gruppe der „reinen“ Hyperkinetiker (HKS ohne komorbide Sozst.) verglichen werden.</p> <p>Bei Katamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auch hier erzielen die HKS-Kinder mit Sozialverhaltensstörungen im Elternurteil (prozk) eine Symptom- Veränderungsrate von knapp 50% (48.49%), die Fallzahl der „reinen“ HKS- Gruppe ist wieder zu klein (n=3). 	
--	--

Abb. 6.15: Prozentuale Veränderung der Symptomatik am Behandlungsende (Therapeutenurteil, Variable prozt)



In diesem Fall wurde die statistische Testung trotz der sehr kleinen Fallzahlen einmal beispielhaft durchgeführt, um anhand der erzielten Grafiken die problematische Interpretation dieser Daten zu verdeutlichen:

Bei Vorgabe eines nominalen Signifikanzniveaus von $\alpha=5\%$ können Lageunterschiede im **t-Test für zwei unabhängige Stichproben** zwischen den jeweiligen hier untersuchten Gruppierungen nicht bestätigt werden. Allerdings werden Streuungsunterschiede sichtbar, d.h. bei der HKS-Gruppe ohne Sozialverhaltensstörungen liegen die einzelnen Einschätzungen für die Änderung der Symptomatik näher beieinander, die Gruppe erscheint homogener. Bei Fallzahlen von n=3 und n=4 sind diese Beobachtungen jedoch nicht interpretierbar, da nicht repräsentativ.

Abb. 6.16: Prozentuale Veränderung der Symptomatik am Behandlungsende (Elternurteil, Variable proze)

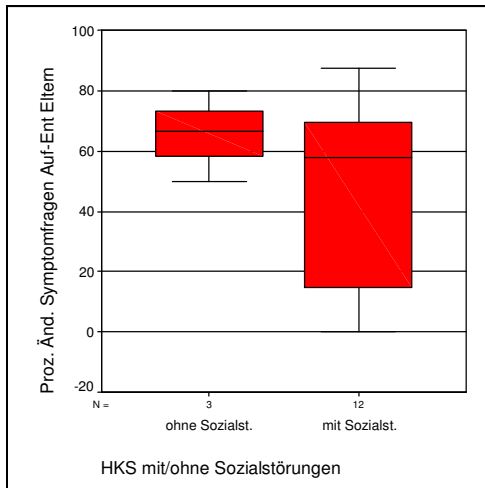
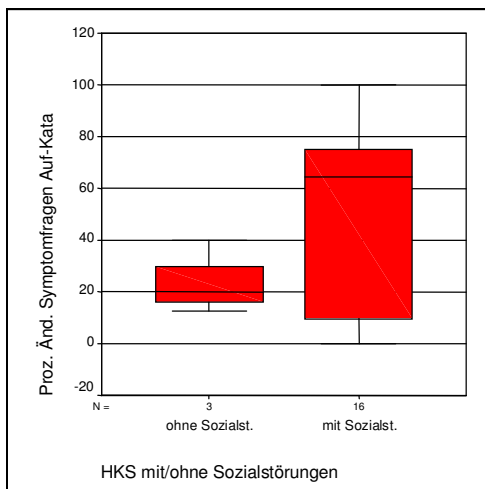


Abb. 6.17: Prozentuale Veränderung der Symptomatik bei der 1-1,5 Jahres-Katamnese (Elternurteil, Variable prozk)



b) Therapieerfolgsratings

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

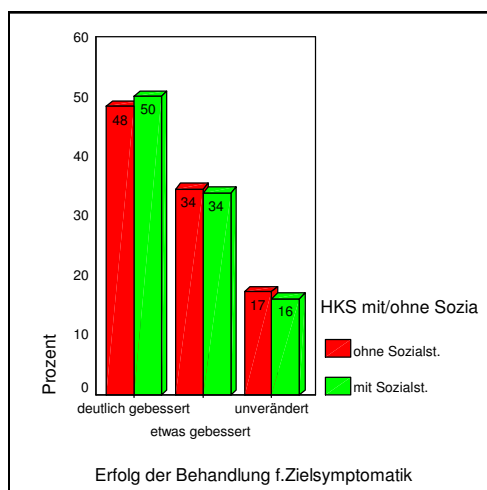
Bereich Therapieerfolg:

<p>Bei Entlassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutenrating, Behandlungserfolg bezüglich der Zielsymptomatik (beh1): Beide Gruppen erzielen hier nahezu gleiche Ergebnisse (deutlich gebessert: HKS mit Sozst.: 48,3% vs. HKS ohne Sozst.: 50,0%). <p>Elternratings, allgemein: Aufgrund der in den Elternratings (zu den Zeitpunkten des Behandlungsendes (heutn) und der Katamnese (heutk)) zu kleiner Fallzahlen (n=2-4 für die Gruppe HKS ohne Sozialstörungen), kann hier wieder kein Grup-</p>	<p>Siehe Anhang Tab. 3.24</p>
---	-------------------------------

<p>penvergleich vorgenommen werden (bzw. muß dieser mit äußerster Vorsicht interpretiert werden).</p>	
<p>- Elternrating, Behandlungserfolg (Telefon-Nachuntersuchung, heutn): 72,7% der Hyperkinetiker mit Sozst. gelten als gebessert (n=11 gültige Werte → 17,7% von n=62)</p>	Tab. 3.25
<p>Bei 1-1,5 Jahres-Katamnese:</p>	
<p>- Elternrating, Behandlungserfolg, (Telefon-Katamnese, heutk): Gut drei Viertel der HKS-Kinder mit Sozst. (77,8%) gelten als gebessert (leichte Verbesserung im Vergleich zum Zeitpunkt des Behandlungsendes) (n=18 gültige Werte → 29,3% von n=62).</p>	Tab. 3.26

b.1) Therapeutenrating bei Entlassung (beh1)

Abb. 6.18: Erfolg der Behandlung bezüglich der Zielsymptomatik bei Entlassung (Therapeutenrating)



Bei einem errechneten p-Wert von 0,986 (siehe Anhang Tab. 3.24) im **Chi Quadrat- Homogenitätstest** kann hier die Nullhypothese, die für eine Homogenität der Gruppen spricht, nicht verworfen werden.

b.2) Elternrating

Hier stellt sich wieder das Problem der kleinen Fallzahlen: So weisen bei der Rechnung zum Therapieerfolg bei Entlassung 7 Zellen (87,5%) und bei der 1-1,5 Jahres-Katamnese 3 Zellen (75%) eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 auf, wodurch die Cochran-Bedingung (Cochran, 1954) nicht erfüllt ist. Dieses ist bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse zu berücksichtigen.

b.2.1) bei Entlassung (heutn)

Bei der Testung auf Homogenität mit dem **Chi Quadrat-Homogenitätstest** der beiden Vergleichsgruppen bezüglich des Therapieerfolges bei Entlassung (heutn, Elternrating), kann

die Nullhypothese aufgrund eines errechneten p-Wertes von 0,688 (siehe Anhang Tab. 3.25) nicht verworfen werden.

b.2.2) bei der 1-1,5-Jahres- Katamnese (heutk_g)

Bei Testung des Behandlungserfolges zum Zeitpunkt der 1-1,5 Jahres-Katamnese (Therapieerfolgsrating der Eltern, Variable heutk_g) mit dem **Chi Quadrat-Homogenitätstest** kann bei einem errechneten p-Wert von 0,541 (siehe Anhang Tab. 3.26) die Nullhypothese für eine Homogenität der beiden Gruppen nicht verworfen werden.

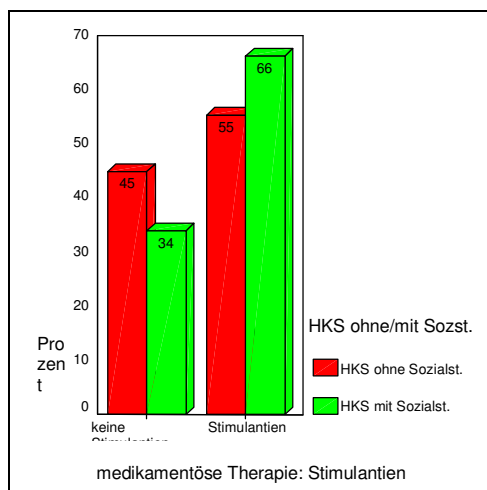
2. Hypothese: Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialstörungen (Sozst.) werden häufiger mit Stimulantien behandelt als Hyperkinetiker ohne diese Komorbidität.

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Therapie/Kooperation:

HKS mit Sozst. erhalten etwas mehr Stimulantien (66,1% vs. 55,2%) und mehr Neuroleptika (22,6% vs. 13,8%), dafür weniger Thymoleptika (6,5% vs. 17,2%) als HKS ohne Sozst., HKS ohne Sozst. werden insgesamt weniger häufig mediziert (69,0% vs. 83,9%).	Siehe Anhang Tab.3.18
--	-----------------------

Abb. 6.19: Anteil der mit Stimulantien therapierten Kinder an den Gruppen der Hyperkinetiker mit und ohne komorbide Sozialverhaltensstörungen



Bei einem im **Chi Quadrat-Homogenitätstest** errechneten p-Wert von 0,357 (siehe Anhang Tab. 3.18) kann die Nullhypothese hier nicht verworfen werden, d.h. obige substanzwissenschaftliche Hypothese bestätigt sich in der statistischen Testung nicht. In der graphischen Darstellung lässt sich allerdings in der komorbiden Gruppe eine stärkere Tendenz zur Stimulantientherapie erkennen als in der von Sozialverhaltensstörungen freien Gruppe.

3. Die Hyperkinetiker mit umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) erzielen einen schlechteren Therapieerfolg als die Hyperkinetiker ohne diese Komorbidität.

Aufgrund kleiner Fallzahlen¹ und jeweils sehr unterschiedlicher Ausfallsraten innerhalb der beiden hier verglichenen Untergruppen wurden bei dieser Hypothese lediglich die Ergebnisse des Therapeutenratings zum Behandlungsende statistisch getestet, da hier keine fehlenden Werte vorliegen. Die Ergebnisse der anderen Instrumente zur Messung des Therapieerfolges können hier deskriptiv sowie mit den genauen Angaben in den jeweiligen Tabellen im Anhang nachvollzogen werden.

Ergebnisbeschreibung der verschiedenen Maße zum Therapieerfolg:

a) Prozentuale Veränderung der Symptomatik

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Therapieerfolg:

<p>Entlassung sowie 1-1,5 Jahres-Katamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HKS-Kinder mit UE schneiden zu beiden Zeitpunkten im Therapeuten (prozt)- und Elternurteil (proze) etwas besser ab als HKS-Kinder ohne UE (Aufnahme-Entlassung: Elternurteil: %- Änderung der Symptomatik: 52,6% vs. 46,25% mit S=29,54 vs. S=27,87; Therapeutenurteil: 51,72% vs. 44,44% mit S=21,95 vs. S=17,41), wobei die Beurteilung von Eltern und Therapeuten am Behandlungsende nahezu gleich ausfällt. - Der Gruppenunterschied bei der Prozentualen Veränderung der Symptomatik sowie auch die Streuung der einzelnen Angaben zwischen HKS mit und ohne UE sind zum Zeitpunkt der Katamnese im Elternurteil (prozk) am größten (%-Änderung der Symptomfragen: HKS+UE: 52,78% vs. HKS-UE: 39,9% mit S=36,22 vs. S=31,6). 	<p>Siehe Anhang Tab. 4.23</p>
---	-------------------------------

c) Therapieerfolgsratings

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Therapieerfolg:

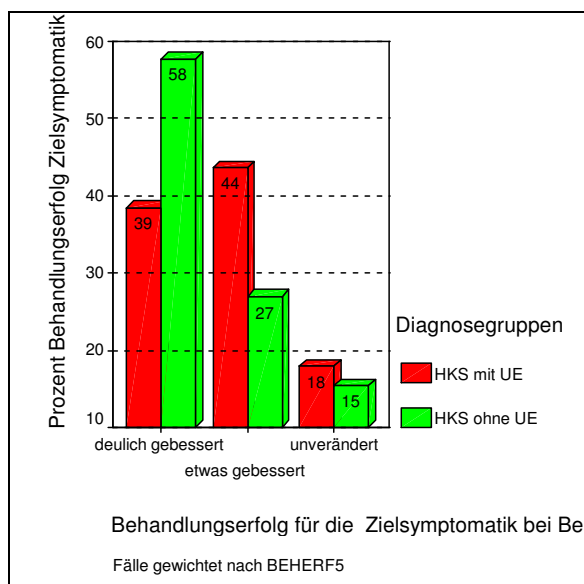
<p>Behandlungsende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutenurteil, Erfolg der Behandlung bezüglich der Zielsymptomatik: HKS ohne UE schneiden hier besser ab als HKS mit UE (völlig/deutlich gebessert: 57,7% vs. 38,5%). - Elternrating, Behandlungserfolg, Telefon-Nachuntersuchung: Bei HKS ohne UE gelten mehr Kinder als gebessert als bei HKS mit UE (100% vs. 62,5%) bei allerdings sehr niedrigen Fallzahlen (n=5 → 9,6% von n=52 bei HKS ohne 	<p>Siehe Anhang Tab. 4.24 Tab. 4.25</p>
--	---

¹ n=5 bis n=15 für HKS mit bzw. ohne Umschriebene Entwicklungsstörungen

<p>UE vs. n=8 → 20,5% von n=39 bei HKS mit UE).</p> <p>1-1,5 Jahres-Katamnese:</p> <p>- Elternrating, Behandlungserfolg, Telefoninterview-Katamnese: Hier schneiden im Gegensatz zu den Ergebnissen bei Entlassung/Nachuntersuchung die Hyperkinetiker mit UE besser ab als die Vergleichsgruppe (gebessert: 85,7% vs. 66,6%) bei nun größerer Fallzahl für HKS ohne UE und kleinerer für HKS mit UE als bei der NU (HKS ohne UE: n=15 → 28,8% vs. HKS mit UE: n=7 → 17,9%).</p>	<p>Tab. 4.26</p>
---	------------------

b.1) Therapeutenrating

Abb. 6.20: Behandlungserfolg bzgl. der Zielsymptomatik, Therapeutenrating bei Behandlungsende, HKS mit versus ohne umschriebene Entwicklungsstörungen (UE)



Bei einem errechneten p-Wert von $p=0,019$ (siehe Anhang Tab. 4.24) im **Chi Quadrat-Homogenitätstest** kann hier die oben genannte Arbeitshypothese als statistisch signifikant bezeichnet werden. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist jedoch bei inhaltlich sehr ähnlichen getesteten Items (deutlich gebessert – etwas gebessert – unverändert) Vorsicht geboten - hier sollte nicht überinterpretiert werden.

4. Hyperkinetiker, die mit Stimulantien behandelt wurden, erzielen ein besseres Therapieergebnis als nicht mit Stimulantien behandelte Hyperkinetiker.

Auch bei dieser Hypothese des Untergruppenvergleichs HKS+/-Stimulantientherapie wurden aufgrund kleiner Fallzahlen¹ und der jeweils sehr unterschiedlichen Ausfallsraten innerhalb der beiden hier verglichenen Untergruppen lediglich Einzelergebnisse statistisch getestet: Das Therapeutenrating zum Behandlungsende, da hier keine fehlenden Werte vorkommen, sowie

¹ n=1 bis n=18

das Elternrating zum Katamnesezeitpunkt, bei dem sowohl eine akzeptable Fallzahl sowie fast gleiche Ausfallraten vorliegen. Die Ergebnisse der anderen Instrumente zur Messung des Therapieerfolges können hier wieder deskriptiv sowie mit den genauen Angaben in den jeweiligen Tabellen im Anhang nachvollzogen werden.

Testung der verschiedenen Maße zum Therapieerfolg:

a) Prozentuale Veränderung der Symptomatik

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bereich Therapieerfolg:

<p>Ende der Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HKS ohne Stimulantientherapie schneiden im Therapeutenurteil (prozt) besser ab als HKS mit Stimulantien (57,08% vs. 45,9%; aber Cave: In der Gruppe HKS ohne Stt sind die Ausfallraten auch wesentlich höher!¹), HKS mit Stt werden von Eltern (proze) und Therapeuten (prozt) etwa gleich beurteilt (%-Veränderung der Symptomatik: Eltern: 49,65% vs. Therapeuten:45,89%), für HKS ohne Stt im Elternurteil kann aufgrund zu kleiner Fallzahlen keine Aussage gemacht werden (nur n=3 gültige Werte). <p>1-1,5 Jahres-Katamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elternurteil (prozk): Nun schneiden HKS mit Stt besser ab als HKS ohne Stt (46,61% vs. 41,28%) und nur geringfügig schlechter als bei Ende der Behandlung (46,61% vs. 49,65% im Elternurteil) – im Gegensatz zu HKS ohne Stt (Abfall von 51,67% auf 41,28% im Elternurteil) 	<p>Siehe Anhang Tab. 5.24</p>
---	-------------------------------

d) Therapieerfolgsratings

Deskriptiv ergeben sich folgende Ergebnisse:

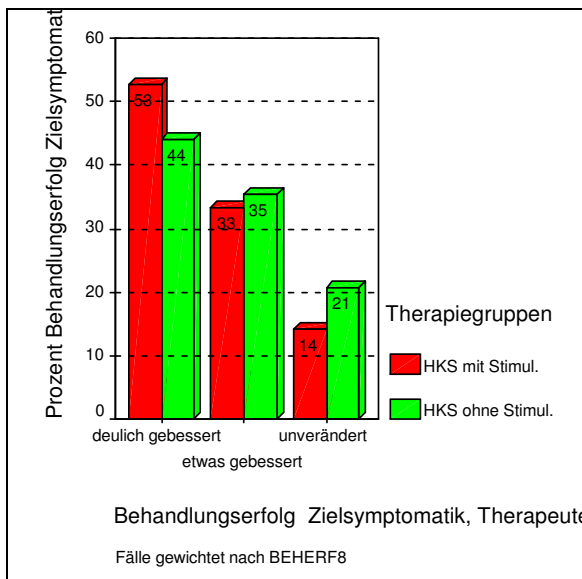
Bereich Therapieerfolg:

<p>Behandlungsende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutenrating, Erfolg der Behandlung bzgl. der Zielsymptomatik: Bei HKS-Kinder mit Stt wird ein etwas größerer Erfolg erreicht als bei HKS-Kindern ohne Stt (gebessert: 85,9% vs. 79,4%). - Elternrating, Behandlungserfolg (Telefoninterview-NU): 75% der Hyperkinetiker mit Stt gelten als gebessert, über HKS ohne Stt kann aufgrund kleiner Fallzahl keine Aussage gemacht werden (n=1). <p>1-1,5 Jahres-Katamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elternrating, Behandlungserfolg (Telefoninterview-Katamnese): Die Hyperkinetiker mit Stt weisen einen größeren Erfolg auf als HKS ohne Stt (gebessert: 78,6% vs. 62,5%) (Gültige Wert hier n=8 → 23,5% für HKS ohne Stt und n=14 → 24,6% für HKS mit Stt). 	<p>Siehe Anhang Tab. 5.25 Tab. 5.26 Tab. 5.27</p>
---	---

¹ Fallzahlen: HKS mit Stt: n=18 → 31,6% von n=57, HKS ohne Stt: n=6 → 17,6% von n=34

b.1) Therapeutenrating

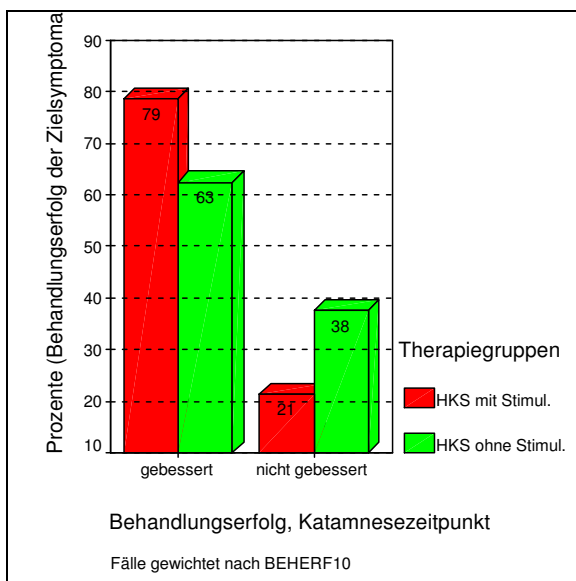
Abb. 6.21: Behandlungserfolg bzgl. der Zielsymptomatik, Behandlungsende, Therapeutenrating, HKS mit versus ohne Stimulantientherapie



Hier kann die Nullhypothese nach Testung mit dem **Chi Quadrat-Homogenitätstest** bei einem errechneten p-Wert von $p=0,340$ (siehe Anhang Tab. 5.25) nicht verworfen werden. Die statistische Prüfung spricht für eine Gleichheit der getesteten Gruppen.

b.2.2) bei der 1-1,5-Jahres- Katamnese

Abb. 6.22: Behandlungserfolg, Katamnese, Elternrating, HKS mit versus ohne Stimulantientherapie



Hier kann nach statistischer Prüfung mit dem Chi Quadrat-Homogenitätstest bei einem $p=0,013$ (siehe Anhang Tab. 5.27) die Nullhypothese verworfen werden und eine Ungleichheit der Gruppen im Sinne der Arbeitshypothese angenommen werden.

Abb. 6.1: Verteilung der Hyperkinetiker und aller Patienten auf die verschiedenen sozialen Schichten	148
Abb. 6.2: Aufteilung aller Patienten und der Hyperkinetiker, die komorbide umschriebene Entwicklungsstörungen (UE) aufweisen, auf die verschiedenen Bereiche der UE	149
Abb. 6.3: Behandlungserfolg bzgl. der Zielsymptomatik, Therapeutenrating am Behandlungsende (beh1).....	151
Abb. 6.4: Behandlungserfolg, Elternrating bei Behandlungsende (heutn).....	151
Abb. 6.5: Behandlungserfolg, Elternrating bei der 1-1,5 Jahres-Katamnese (heutk)	152
Abb. 6.6: Soziale Kompetenz (Diagnose-Achse VI des MAS), Gruppenvergleich zwischen den Hyperkinetikern und des Sozialverhaltensstörungen-Gruppen.....	154
Abb. 6.7: Medikationsrate mit vier verschiedenen Medikamentengruppen der Hyperkinetiker und der zusammengefaßten Sozialverhaltensgruppe	155
Abb. 6.8: Prozentuale Veränderung der Symptomatik zwischen Aufnahme und Entlassung (Therapeutenrating, Variable prozt).....	157
Abb. 6.9: Prozentuale Veränderung der Symptomatik zwischen Aufnahme und Entlassung (Elternrating, Variable proze)	157
Abb. 6.10: Prozentuale Veränderung der Symptomatik zwischen Aufnahme und 1-1,5 Jahres-Katamnese (Elternrating, Variable prozk).....	158
Abb. 6.11: Behandlungserfolg bzgl. der Zielsymptomatik, Therapeutenrating bei Behandlungsende (beh1).....	159
Abb. 6.12: Behandlungserfolg, Elternrating bei Behandlungsende (heutn).....	159
Abb. 6.13: Behandlungserfolg, Elternrating bei Katamnese (heutk).....	160
Abb. 6.14: Behandlungserfolg bzgl. der Zielsymptomatik, Therapeutenrating bei Behandlungsende (beh1), Hyperkinetiker mit Sozialstörungen verglichen mit alleinigen sozialverhaltensgestörten Kindern.....	162
Abb. 6.15: Prozentuale Veränderung der Symptomatik am Behandlungsende (Therapeutenurteil, Variable prozt)	164
Abb. 6.16: Prozentuale Veränderung der Symptomatik am Behandlungsende (Elternurteil, Variable proze).....	165
Abb. 6.17: Prozentuale Veränderung der Symptomatik bei der 1-1,5 Jahres-Katamnese (Elternurteil, Variable prozk).....	165
Abb. 6.18: Erfolg der Behandlung bezüglich der Zielsymptomatik bei Entlassung (Therapeutenrating)	166
Abb. 6.19: Anteil der mit Stimulantien therapierten Kinder an den Gruppen der Hyperkinetiker mit und ohne komorbide Sozialverhaltensstörungen.....	167
Abb. 6.20: Behandlungserfolg bzgl. der Zielsymptomatik, Therapeutenrating bei Behandlungsende, HKS mit versus ohne umschriebene Entwicklungsstörungen (UE)....	167
Abb. 6.21: Behandlungserfolg bzgl. der Zielsymptomatik, Behandlungsende, Therapeutenrating, HKS mit versus ohne Stimulantientherapie	167
Abb. 6.22: Behandlungserfolg, Katamnese, Elternrating, HKS mit versus ohne Stimulantientherapie	167

7 ERGEBNISSE – EXPLORATIV – DESKRIPTIV

7.1 Gesamtanspruchnahmepopulation (GIP) versus HKS (F90)

	Gesamtanspruchnahmepopulation (GIP) versus HKS (F90) ¹		siehe im Anhang
Sozio-demographische Angaben/Umgebungsfaktoren	Altersverteilung:	- Die Kinder der GIP sind im Mittel älter als die Hyperkinetiker (13,84J. vs. 9,62 J.; alle HKS-Kinder unter 17J. vs. 10.3% der GIP zwischen 18-23J.), v.a. bei der stationären Therapie (14,17J. vs. 9,88J.).	Tab. 1.1 Tab. 1.2
	Geschlechtsverteilung:	- Während die Geschlechtsverteilung bei der GIP annähernd ausgeglichen ist (47,4% männliche vs. 52,6% weibliche Kinder), besteht die Gruppe der Hyperkinetiker fast nur aus Jungen (97,1% Jungen vs. 2,9% Mädchen).	Tab. 1.3
	Soziale Schicht:	- Siehe Kapitel ERGEBNISSE - HYPOTHESEN-PRÜFUNG.	Tab. 1.5
	Wohnsituation:	- In der GIP gibt es mehr Kinder, die nicht in einer Familie wohnen als bei HKS (20,6% vs. 6,8%), von den HKS- Familienkindern leben dagegen mehr bei einer alleinerziehenden Mutter (30,2% vs. 20,2%) oder in einer Pflegefamilie (12,5% vs. 6,8%), während GIP- Familienkinder eher bei beiden leiblichen Elternteilen wohnen (54,3% vs. 40,6%).	Tab.1.4
	Anzahl belastender psychosozialer Umstände:	- HKS haben im Mittel etwas mehr unter belastenden psychosozialen Umständen zu leiden als die GIP (3,57 vs. 3,18 bei S=3,17 vs. S=2,72).	Tab.1.6
Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau	Komorbidität:	- Die Zweitdiagnosen der GIP verteilen sich insgesamt auf mehr verschiedene Störungen als die der Hyperkinetiker.	Tab. 1.12
		- Bei beiden Gruppen (bei HKS allerdings jeweils häufiger als bei der GIP) hervorstechende Störungen sind Störungen des Sozialverhal-	Tab. 1.12

¹ Gesamtanspruchnahmepopul.: n=2066-105=1961, n=104 Hyperkinetiker, da dieses die Anzahl auf Redu=2, auf der alles weitere gerechnet wurde; gerechtfertigt, da nur 1 Patient Differenz

		Gesamtinanspruchnahmepopulation (GIP) versus HKS (F90)¹	siehe im Anhang
	<p>IQ:</p> <p>Psychosoziale Anpassung:</p>	<p>tens (Diagnose F90.1 bei 67,3% aller Hyperkinetiker vs. 5,9% in der GIP), Enuresis (32% der Hyperkinetiker mit Komorbiditäten, orientiert an den ICD-10, vs. 11,3% der Kinder mit Komorbiditäten in der GIP), Emotionale Störungen des Kindesalters (12% bei HKS vs. 6,2% in der GIP).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Gegensatz zu HKS weitere häufige Zweitdiagnosen in der GIP (in abnehmender Häufigkeit): Spezifische Persönlichkeitsstörungen (7,7% vs. 4% bei HKS), Eßstörungen (6,2% vs. 0% bei HKS), Störungen des Sozialverhaltens (5,9% - diese sind allerdings bei etwa zwei Dritteln der Hyperkinetiker in der Diagnose F90.1 enthalten), Affektive Störungen (v. a. depressive Episoden) (8,2% vs. 0% bei HKS). - Bei den Hyperkinetikern im Gegensatz zu der GIP häufige Zweitdiagnosen: Stottern (12% vs. 1,4% in der GIP), Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (12% vs. 2% in der GIP). - Zu komorbiden Sozialstörungen und umschriebenen Entwicklungsstörungen siehe auch Kapitel ERGEBNISSE – HYPOTHESEN-PRÜFUNG. - HKS-Kinder sind etwas weniger intelligent als die GIP (überdurchschnittliche Intelligenz: 11,5% vs. 15,5%). - HKS-Kinder sind stärker sozial beeinträchtigt als Kinder der GIP (mäßige und deutliche soziale Beeinträchtigung: 69,2% vs. 50,7%). 	<p>Tab. 1.8</p> <p>Tab. 1.10</p> <p>Tab.1.10</p> <p>Tab.1.12</p> <p>Tab.1.10</p> <p>Tab. 1.13</p> <p>Tab. 1.14</p> <p>Tab. 1.16</p> <p>Tab. 1.17</p>
Therapie/Kooperation	<p>Therapiemodus:</p> <p>Behandlungsdauer in Tagen:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HKS-Kinder werden häufiger tagesklinisch behandelt als Kinder der GIP (23,1% vs. 6,7%). - Die Gesamtheit der HKS-Kinder beansprucht eine längere Behandlungsdauer als die GIP (90,6d im Mittel vs. 73,03d bei S=78,9 vs. 69,4), dieses v.a. in der Tagesklinik (207,25d vs. 181,65d), wohingegen sie auf Station – einheitlicher als die GIP - sogar kürzer behandelt werden (55,61d vs. 65,25d bei S=31,93 vs. 61,74). 	<p>Tab. 1.18</p> <p>Tab. 1.19</p>

	Gesamtinanspruchnahmepopulation (GIP) versus HKS (F90)¹		siehe im Anhang
	Entlassungsart:	- Bei den HKS-Kindern kam es zu weniger Therapieabbrüchen als bei der GIP (4,8% vs. 13,2%).	Tab. 1.20
	Medikamentöse Therapie:	- HKS-Kinder wurden insgesamt wesentlich häufiger mediziert als die GIP (77,9% vs. 40,7%) und während die GIP- Kinder eigentlich keine Stimulanzien erhielten, stellten diese bei HKS das häufigste Medikament dar (0,9% vs. 62,5%), dafür bekam die GIP etwas häufiger Thymoleptika (12,1% vs. 8,7%) und „andere“ Medikamente (5% vs. 0).	Tab. 1.21
	Psychotherapie in Anzahl der Sitzungen / Umfeldbezogene Maßnahmen:	- Eltern der HKS-Gruppe erhielten geringfügig mehr Beratungen und Behandlungen (7,92 vs. 6,54) sowie die HKS- Familien etwas weniger Funktionelle Übungsbehandlungen (24,98 vs. 28,51 bei S=22,26 vs. S=29,22), dafür aber häufiger Umfeldbezogene Maßnahmen (80,8% vs. 64,4%).	Tab. 1.22
	Kooperation/Patient:	- Die Kooperationsbereitschaft der HKS-Kinder ist etwas größer als die der GIP (86,1% vs. 80,5%).	Tab. 1.24
	Kooperation/Eltern	- Auch die HKS- Eltern sind kooperativer als die der GIP (88,3% vs. 81,2%).	Tab. 1.25
Therapieerfolg	%-Änderung der Symptomfragen:	- siehe Kapitel ERGEBNISSE – HYPOTHESEN-PRÜFUNG.	Tab. 1.26 Tab. 1.28 Tab.1.29

Keine/wenige Unterschiede¹ fanden sich bei:

- der Anzahl von psychotherapeutischen Verfahren für das Kind
- dem Erfolg der Behandlung bezüglich der Zielsymptomatik
- ähnlich häufige Zweitdiagnose: Ticstörungen (8% bei HKS vs. 6,5% in der GIP)
- der Anzahl zusätzlicher Körperlicher Störungen

¹ In die Tabellen wurden jeweils nur deutlichere Unterschiede aufgenommen, um sie möglichst übersichtlich zu halten. Die detaillierten Ergebnisse im Ganzen können im Anhang nachvollzogen werden.

Vorstellung der wichtigsten und deutlichsten Unterschiede der Hyperkinetiker (HKS) im Vergleich zur Gesamtinanspruchnahmepopulation (GIP) der Klinik

Die **Soziodemographische Angaben** und **Umgebungsfaktoren** betreffend sind die Hyperkinetiker im Verhältnis zur GIP **jünger** und es handelt sich bei ihnen im Gegensatz zur GIP fast ausschließlich nur um **Jungen**. Sie stammen eher aus **niedrigeren sozialen Schichten** (statistisch nicht bestätigte Tendenz) und leben **häufiger in Familien** als die Patienten der GIP, die oft anderweitig (z. B. in Heimen) untergebracht sind. Von den HKS- Familienkindern leben mehr Kinder bei **alleinerziehenden Müttern** und in **Pflegefamilien**, während Familienkinder der GIP-Gruppe eher bei beiden leiblichen Elternteilen wohnen. Die Anzahl der **psychosozialen Belastungen** (gemäß Achse V MAS) sind bei Hyperkinetikern **ähnlich (minimal stärker) ausgeprägt** wie in der GIP.

Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau:

Bei den **Zweitdiagnosen** unterscheiden sich die Hyperkinetiker von der GIP in folgender Weise:

Die wichtigsten und häufigsten Zweitdiagnosen bei **Hyperkinetikern** sind **Sozialverhaltensstörungen**, **Entwicklungsstörungen**¹ und **Enuresis**. Weiter werden bei den Hyperkinetikern häufig Stottern, Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sowie Enuresis als Zweitdiagnosen genannt.

In der **GIP** hingegen finden sich bei den Zweitdiagnosen keine solchen Häufungen; die Zweitdiagnosen sind auf **mehr und unterschiedliche Diagnosen verteilt**. Darüberhinaus sind die Hyperkinetiker im Durchschnitt etwas **weniger intelligent** (Diagnostische Achse III MAS) und ihre **soziale Kompetenz ist etwas stärker beeinträchtigt** als bei den Kindern der GIP (Diagnostische Achse VI MAS).

Therapie/Kooperation

HKS-Kinder erhalten **deutlich häufiger** eine medikamentöse Behandlung als die GIP- Kinder, v. a. mit **Stimulantien** (statistisch bestätigtes Ergebnis). Weiterhin werden Hyperkinetische Kinder eher etwas **länger** und **eher tagesklinisch behandelt** als die Kinder der GIP und **brechen etwas weniger häufig die Therapie ab**.

Die Familien der Hyperkinetiker erhielten **etwas mehr Umfeldbezogene therapeutische Maßnahmen** als die Familien der GIP.

¹ Die beobachteten Tendenzen, daß Hyperkinetiker mehr komorbide Sozialverhaltensstörungen sowie mehr umschriebene Entwicklungsstörungen aufweisen als alle anderen Diagnosegruppen, können nach statistischer Testung als signifikante Ergebnisse bezeichnet werden.

Therapieerfolg

Bei den verschiedenen Maßen zur Erfassung des Therapieerfolges am **Behandlungsende** (Prozentuale Symptomveränderung; Erfolgsratings durch Therapeuten und Eltern) ergeben sich **insgesamt gesehen nur sehr geringe Unterschiede** zwischen den Hyperkinetikern und der GIP- Gruppe: Beide Gruppen schneiden bei Eltern wie Therapeuten, die Veränderung der Symptomatik betreffend, sehr ähnlich ab und auch im Therapeutenrating kann kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied festgestellt werden. Lediglich im Elternrating schneidet die Gruppe der Hyperkinetiker statistisch bestätigt schlechter ab als die GIP, wobei dieses Ergebnis aufgrund nicht erfüllter Cochran-Bedingungen mit Vorsicht interpretiert werden muß.

Zum Zeitpunkt der Katamnese erzielt die **Gruppe der Hyperkinetiker** allerdings bei der prozentualen Veränderung der Symptomatik (hier Elternurteil) ein deutlich schlechteres Ergebnis als die GIP und schneidet im Elternrating statistisch bestätigt im Vergleich **signifikant schlechter** ab.

7.2 Vergleich der Hyperkinetiker (F90) Störungen des Sozialverhaltens (F91/F92)¹

	3er Stichprobenvergleich HKS–F91–F92 Redu=2, jeweils n=91 Kinder		Siehe im Anhang
Sozio-demographische Angaben/Umgebungsfaktoren	Altersverteilung:	- Obwohl das Alter der Kinder eines der Matchingkriterien war, ist die F92-Gruppe im Mittel etwas älter als die beiden anderen, da es weniger sehr junge Kinder in der GIP mit dieser Diagnose gab (10,3J.F92 vs. 9,99J. F91 und 9,82J. HKS).	Tab. 2.1
	Soziale Schicht:	- F91-Kinder kommen aus niedrigeren sozialen Schichten als Kinder der anderen beiden Störungsbilder (unterste beiden Schichten: 81,4% F91 vs. 65,7% F92 bzw. 57,3% HKS). - Bei HKS kommen mehr Kinder aus den höheren sozialen Schichten (oberste beiden Schichten: HKS (23,5%) > F92 (16,4%) > F91 (8,6%)).	Tab. 2.3
	Wohnsituation:	- Im Vergleich zur GIP wohnen bei allen drei Gruppe überdurchschnittlich viele Kinder bei einer alleinerziehenden Mutter (HKS>F91>F92>GIP →	Tab. 2.2

¹ F90: Hyperkinetische Störungen, F91: Störungen des Sozialverhaltens, F92: Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen

3er Stichprobenvergleich HKS–F91–F92		Siehe im Anhang
Redu=2, jeweils n=91 Kinder		
Anzahl belastender psychosozialer Umstände:	<p>25,3%>23,1%>19,8%>16%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - F91 lebt am ehesten bei zwei Elternteilen (F91>HKS,F92; 69,2%>66%, 65,9%). - Bei HKS leben die Kinder, die bei zwei Elternteilen wohnen, ca. doppelt so häufig in Pflegefamilien als in den anderen beiden Gruppen (HKS:13,2% vs. F91:7,6%, F92: 6,6%). - Bei F92 wohnen etwas mehr Kinder nicht in einer Familie als bei HKS und F91 (9,9% vs. 7,6% und 6,6%). - HKS-Kinder sind im Mittel am wenigsten psychosozial belastet (HKS<F92<F91 → 3,57<4,28<4,36) bei quasi gleicher S bei HKS und F91 (ca. 3,18) und geringster Streuung bei F92 (S=2,6). - Bezeichnet man, um eine bessere Vergleichbarkeit zu erzielen, die höchste vorkommende Anzahl psychosozialer Belastungsfaktoren mit 100% (dies sind n=371 bei F91), so werden in der F92-Gruppe 94,6% und in der HKS-Gruppe 80,8% dieser Anzahl an Belastungsfaktoren genannt. - Qualitativ heben sich dabei die beiden Sozialstörungsgruppen durch häufigere Nennungen familiär bedingter Belastungsfaktoren von der HKS-Gruppe ab, in der häufiger Belastungsfaktoren aus dem schulischen Bereich genannt werden.* 	<p>Tab. 2.4</p> <p>Tab. 2.5</p> <p>Tab. 2.6</p>
Komorbidity, Intelligenz- und Funktionsniveau:	<p>Komorbidity:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F92 zeigen die meisten Nebendiagnosen: F92 (33%)>F91 und HKS (je 24,2%). - Zu zusätzliche Umschriebene Entwicklungsstörungen siehe Kapitel ERGEBNISSE – HYPOTHESENPRÜFUNG. - Die Hyperkinetiker grenzen sich weiter durch die zusätzlichen Komorbiditäten Stottern (HKS: 13,6% vs. F92: 3,3%; F91: 0%) sowie Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (HKS: 9,1%; F91/F92 je 0%) von den F91- und F92- 	<p>Tab. 2.8</p> <p>Tab. 2.10</p> <p>Tab. 2.11</p> <p>Tab. 2.9</p>

		3er Stichprobenvergleich HKS–F91–F92 Redu=2, jeweils n=91 Kinder	Siehe im Anhang
	IQ:	Gruppen ab. - HKS sind am intelligentesten, Abstufung: HKS>F92>F91 (überdurchschnittlicher IQ: 13,2%>9,9%>2,2.	Tab. 2.14
	Psychosoziale Anpassung/ Soziale Kompetenz:	- siehe Kapitel ERGEBNISSE - HYPOTHESENPRÜFUNG.	Tab. 2.15
Therapie/ Kooperation	Therapiemodus:	- Bei F92 wurden mehr Kinder als bei den beiden anderen Gruppen in der Tagesklinik behandelt (F92: 29,7% vs. HKS: 20,9% und F91: 16,5%).	Tab. 2.17
	Behandlungsdauer in Tagen:	- insgesamt: Abstufung im Mittel F91<HKS<F92 (69,8d<87,47d<97,89d) bei ähnlicher Streuung für HKS und F92 (ca. 81) und geringerer für F91 (69,8). (Die Behandlungsdauer war bei den Matchingkriterien das letzte und größte Kriterium).	Tab. 2.18
		- stationär: Auch hier F91 am kürzesten behandelt, die anderen beiden aber etwa gleich lang (45,66d F91<54,3d HKS; 55,28d F92) bei auch etwa gleicher S für HKS und F92 (ca.32) und geringerer für F91.	Tab. 2.20
		- Tagesklinik: Hier deutlich längere Behandlungsdauer der HKS-Gruppe im Vergleich zu den beiden anderen; wieder F91 am kürzesten therapiert (F91<F92<HKS → 192,13d <198,89d<213,16d) bei S=F91<F92<HKS → 49,23<75,9<83,45).	Tab. 2.19
	Entlassungsart:	- Anzahl der Therapieabbrüche: F91>HKS>F92 → 7,3%>4,9%>2,4%, dabei mehr Abbrüche durch Patienten/Eltern als durch den Therapeuten.	Tab. 2.21 Tab. 2.22
	Medikamentöse Therapie:	- siehe Kapitel ERGEBNISSE - HYPOTHESENPRÜFUNG.	Tab. 2.23
	Psychotherapie in Anzahl der Sitzun-	- F91 erhielten im Mittel etwas weniger kindzentrierte Psychotherapie als die anderen	Tab. 2.24

3er Stichprobenvergleich HKS–F91–F92		Siehe im Anhang
Redu=2, jeweils n=91 Kinder		
gen:	beiden Gruppen: 14,0 h F91 vs. 18,68 h F92 und 19,26 h HKS (bei auch geringster S für F91: 10,47<13,55 F92<19,29 HKS); auch erhielt diese Gruppe weniger Funktionelle Übungsbehandlungen als die beiden Vergleichsgruppen (20,97h F91 vs. 24,27h HKS und 25,15h F92 bei geringster S für F91: 16,98 F91< 18,67 F92 < 23,13 HKS).	Tab. 2.26
Kooperation, Patient:	- HKS- Patienten zeigten sich am kooperativsten (gute/mäßig gute Koop.: HKS (85,3%)>F92 (81,8%)>F91 (78,4%).	Tab. 2.27
Kooperation, Eltern:	- Eltern der HKS-Kinder zeigten sich kooperativer als Eltern der anderen beiden Gruppen (gute/mäßig gute Koop.: HKS> F91, F92 → 88%>77,6%; 77,3%.	
Therapieerfolg	- siehe Kapitel ERGEBNISSE - HYPOTHESENPRÜFUNG.	Tab. 2.28 bis Tab. 2.33

***Zusatzinformation qualitativer Art zu dem Unterpunkt der Anzahl belastender psychosozialer Umstände:**

- Die **beiden Gruppen mit Störungen des Sozialverhaltens grenzen sich deutlich** durch die häufigere Nennung folgender **Items von der HKS-Gruppe ab** (geordnet nach abnehmendem Abstand zu der Anzahl der Nennungen bei HKS):
 1. inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation (F92>F91)
 2. unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung (F91>F92)
 3. Mangel an Wärme in der Eltern- Kind- Beziehung (F91>F92)
 4. Ablehnung/Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind (F91=F92)
 5. Psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils (F92>F91)
 6. Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen (F91>F92)
- Weiter kommt es in der **F91-Gruppe** deutlich häufiger zu der Nennung „Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt“ als in den beiden anderen Gruppen
- Bei den **Hyperkinetiker** werden im Gegensatz zu den Sozialstörungsgruppen häufiger Belastungsfaktoren genannt, die den schulischen Bereich betreffen:
 1. Allgemeine Unruhe in der Schule/Arbeitssituation
 2. Abnorme Streitbedingungen mit Schülern/Mitarbeitern

Keine/wenige Unterschiede fanden sich bei

- der Wohnsituation bei einem alleinerziehenden Elternteil (HKS 26,4% > F91 24,2%, F92 24,2%)
- der Zweitnennung beim Klinisch-Psychiatrischen Syndrom: häufigste Nennung aller Gruppen war die Enuresis, zweithäufigste bei den Hyperkinetikern das Stottern, bei F92 die Ticstörungen und bei F91 Enkopresis sowie Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
- der Häufigkeit der Körperlichen Symptomatik (vorhanden bei: HKS(16,5%)>F91(15,4%)>F92 (14,3%) - diese besteht bei F91 und F92 am häufigsten in Endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, bei HKS eher in Augenkrankheiten und Epilepsien)
- der Anzahl von Beratungen und Behandlungen der Eltern (F91<HKS<F92 -> 6,36h<6,96h<7,7h bei einer Standardabweichung um 7 bei allen 3 Gruppen)
- der Häufigkeit der durchgeführten Umfeld-bezogenen Maßnahmen
- der Art und Intensität der medikamentösen Therapie bei F91 und F92
- dem Therapiemodus von HKS und F91 (ca. 80% stationär und 20% TK)
- der Kooperationsbereitschaft des Patienten (gute/mäßig gute Koop.:HKS>F92>F91 → 85,3%>81,8%>78,4%)
- der Kooperationsbereitschaft der Eltern der F91- und F92-Gruppen

7.2.1 Vorstellung der wichtigsten und deutlichsten Unterschiede der Hyperkinetiker (HKS) im Vergleich zu den beiden Diagnosegruppen mit Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92)¹

Soziodemographische Angaben/ Umgebungsfaktoren:

Die Gruppe der Hyperkinetiker stammt eher aus **höheren sozialen Schichten**. Bezüglich der Familienverhältnisse zeigen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen Hyperkinetikern und den beiden Gruppen mit Störungen des Sozialverhaltens außer einem Hinweis, daß Hyperkinetiker **häufiger in Pflegefamilien** wohnen.

Weiterhin leben die Hyperkinetiker im Vergleich zu den beiden Gruppen mit Störungen des Sozialverhaltens unter günstigeren psychosozialen Bedingungen, d.h. sie sind **weniger psychosozial belastet** (Diagnostische Achse V des MAS).

Wenn man sich nun die psychosozialen Belastungen des MAS Diagnostische Achse V genauer betrachtet, zeigt sich folgender Hinweis: Bei den Hyperkinetikern handelt es sich eher um **Belastungen schulischer Art**, bei den Gruppen mit Störungen des Sozialverhaltens eher um Probleme familiärer Art.

¹ F91: Störungen des Sozialverhaltens, F92 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen

Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau:

Hyperkinetische Kinder weisen etwas **häufiger** zusätzliche **Umschriebene Entwicklungsstörungen** auf als die beiden anderen Diagnosegruppen. Betrachtet man sich jetzt die Zusammensetzung dieser zusätzlichen Umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) genauer, so handelt es sich bei den Hyperkinetikern tendenziell eher um **UE motorischer Funktionen**, bei den Gruppen mit Störungen des Sozialverhaltens eher um UE schulischer Fertigkeiten (statistisch nicht signifikante Tendenz).

Weiterhin haben die Hyperkinetiker im Vergleich zu den Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens durchschnittlich einen eher **höheren IQ**. Und im Vergleich mit den beiden anderen Diagnosegruppen weisen die Hyperkinetiker eine eher **niedrigere soziale Kompetenz** auf (Diagnostische Achse VI des MAS; statistisch nicht signifikante Tendenz).

Therapie/ Kooperation:

Die Gruppe der hyperkinetischen Kinder wird innerhalb der Gruppe der extraversiven Diagnosegruppen **am häufigsten medikamentös behandelt**, und dieses v. a. mit **Stimulantien** (statistisch signifikantes Ergebnis).

Weiterhin grenzen sich die Hyperkinetiker durch eine **deutlich größere Inhomogenität bei der jeweiligen Anzahl stattgefundener Sitzungen/Stunden** in kindzentrierten psychotherapeutischen Verfahren wie auch funktionellen Übungsbehandlungen von den beiden anderen Gruppen ab.

In der Gruppe der Hyperkinetiker zeigen Eltern wie auch Kinder während der Behandlung eine **geringfügig höhere Kooperationsbereitschaft**.

Therapieerfolg:

Insgesamt betrachtet erzielen die Hyperkinetiker kurzzeitig eher bessere und langfristig eher schlechtere Ergebnisse in den verschiedenen Maßen zur Messung des Therapieerfolges:

Zum Behandlungsende schneiden die **Hyperkinetiker** bei der **Prozentualen Veränderung der Symptomatik** sowohl bei den Therapeuten- als auch bei den Elternangaben **etwas besser** ab als die Kinder aus den Gruppen mit Störungen des Sozialverhaltens (statistisch nicht signifikante Tendenzen). Allerdings sind die Gruppenunterschiede hier, besonders bei den Therapeutenangaben, nur ziemlich klein.

Beim **Rating** des Behandlungserfolges durch Therapeuten bzw. Eltern zeigt sich Folgendes: **Im Therapeutenurteil** schneiden die **Hyperkinetiker deutlich besser** ab als die beiden anderen Gruppen (statistisch signifikantes Ergebnis). Im Elternrating liegen uns leider zu kleine Fallzahlen vor, so daß wir hier keine deutliche Aussage treffen können¹.

¹ Bei dem Versuch einer statistischen Testung trotz sehr kleiner Fallzahlen konnte kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied festgestellt werden.

Langzeit- Katamnese- Zeitpunkt: Bei der **Prozentualen Symptomveränderung** schneiden die **Hyperkinetiker eher schlechter** ab als die beiden anderen Gruppen (statistisch nicht signifikante Tendenz). Im **Elternrating** ist die Tendenz eher **uneinheitlich**: Hier liegen die Hyperkinetiker bei der Einschätzung des Behandlungserfolges zwischen den beiden Sozialstörungsgruppen. Bei der statistischen Testung kann hier zwischen den Hyperkinetikern und der zusammengefassten Gruppe der Kinder mit Sozialverhaltensstörungen kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied festgestellt werden.

Bei einer etwas genaueren Untersuchung zum Therapieerfolg - der Gegenüberstellung nur der mit Sozialverhaltensstörungen komorbiden, schwerer gestörten Gruppe der Hyperkinetiker im Vergleich mit der zusammengefassten Gruppe der Sozialverhaltensstörungen-Kinder (F91/92) - wurde folgendes Ergebnis erzielt:

Bei den **Ratings zum Behandlungserfolg** konnte ein besseres Abschneiden der Hyperkinetiker bei Behandlungsende im Therapeutenrating statistisch bestätigt werden. In den Elternratings ergaben sich zu beiden Erhebungszeitpunkten dagegen keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede¹.

7.2.2 Interessante Nebenbefunde: Unterschiede zwischen den beiden Gruppen mit Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92)

Die Gruppe der **reinen Sozialstörungen- Kinder (F91)** unterscheidet sich von den kombiniert sozial- und emotional- gestörten Kindern folgendermaßen:

Zunächst stammt diese Gruppe aus **niedrigeren sozialen Schichten**, weist allerdings **wesentlich weniger Komorbiditäten** auf als die F92-Kinder². Weiter werden die F91-Kinder **häufiger stationär** und **deutlich kürzer** behandelt als die F92-Gruppe, brechen auch etwas häufiger die Therapie ab. Psychotherapeutische Verfahren betreffend, erhalten sie sowohl **etwas weniger Kindzentrierte Verfahren** als auch **etwas weniger Funktionelle Übungsbehandlungen** als die F92-Gruppe.

Zum jeweiligen **Therapieerfolg** ist anzuführen, daß die **F91-Kinder v. a. bei Katamnese deutlich besser** abschneiden als die F92-Gruppe, und auch als die Hyperkinetiker. Zu diesem Erhebungszeitpunkt sind die Angaben aus den verschiedenen Therapie- Evaluationsmaßen der Eltern (Prozentuale Veränderung der Symptomatik, Elternrating) einheitlich.

¹ Hier erfolgte die statistische Testung wieder trotz recht kleiner Fallzahlen, weswegen das Ergebnis vorsichtig interpretiert werden muss (siehe auch Kapitel „Ergebnisse - Hypothesenprüfung“: 4. Hypothese, b) Therapieerfolgsratings).

² Dieses ist v.a. der Fall, wenn man die DSM-IV- Klassifikation zugrunde legt, die Komorbide Sozial- und Emotionalstörungen nicht wie die ICD-10 als eine einzige, sondern als zwei eigenständige Diagnosen auffaßt.

7.3 Vergleich von zwei Untergruppen der Hyperkinetiker (HKS)

7.3.1 HKS mit komorbiden Sozialstörungen (HKS+Sozst.) vs. HKS ohne Sozialstörungen (HKS-Sozst. = „reine“ Hyperkinetiker)

	Untergruppe HKS+/-Sozialstörungen (Sozst.) (n=62 Kinder mit und n=29 Kinder ohne Sozialstörungen)		Siehe im Anhang
Sozio-demographische Angaben/Umgebungs-faktoren	Soziale Schicht:	- HKS- Patienten ohne Sozialstörungen sind heterogener auf die sozialen Schichten verteilt, sie sind jeweils zahlreicher v.a. in den beiden obersten, aber auch den zwei untersten sozialen Schichten vertreten zulasten der Mittelschicht (in den beiden unterer Schichten: 68,2% vs. 52,2%, Mittelschicht: 4,5% vs. 26,1%; in den beiden oberen Schichten: 27,3% vs. 21,8%)	Tab. 3.5
	Wohnsituation:	- HKS-Kinder ohne Sozialstörungen wohnen häufiger bei zwei Elternteilen (76,8% vs. 61,3% bei HKS mit Sozst.), von denen auch mehr die leiblichen Eltern sind (44,9% vs. 35,5% bei HKS mit Sozialstörungen) - HKS-Kinder mit Sozialstörungen leben häufiger bei alleinerziehenden Müttern (29,0% vs. 17,2%)	Tab. 3.3
	Anzahl belastender psychosozialer Umstände:	- HKS ohne Sozst. sind weniger psychosozial belastet (im Mittel 3,35 vs. 3,70) als HKS mit Sozst. allerdings mit einer größeren Streuung (S=3,84 vs. S=2,93), bei der Unterteilung stationäre Therapie vs. Tagesklinik sind auf Station HKS mit Sozst. stärker psychosozial belastet (m=3,91 vs. m=3,44), in der Tagesklinik HKS ohne Sozst.: m=3,13 vs. m=2,82	Tab. 3.4
Komorbidi-tät, Intelligenz- und Funktions-niveau:	Komorbidi-tät:	- HKS-Kinder mit Sozst. weisen eine deutlich höhere Komorbiditätsrate auf als Hyperkinetiker ohne Sozst. (Zweitdiagnose: 100% vs. 20,7% bei HKS ohne Sozst.) ¹	Tab. 3.8
		- HKS-Kinder ohne Sozst. haben häufiger	Tab. 3.11

¹ Diese Werte kommen zustande, wenn man sich an den amerikanischen DSM-IV orientiert, die die Einzeldiagnose F90.1 (HKS +Sozst.) als zwei eigenständige Diagnosen auffassen. An den ICD-10 orientiert, fällt der Unterschied zwischen den Gruppen mit einer Komorbiditätsrate von 25,8% für die HKS-Kinder +Sozst. vs. 20,7% für die „reinen“ Hyperkinetiker deutlich geringer aus.

	Untergruppe HKS+/-Sozialstörungen (Sozst.) (n=62 Kinder mit und n=29 Kinder ohne Sozialstörungen)		Siehe im Anhang
	IQ:	- zusätzliche Körperliche Symptomatik als HKS-Kinder mit Sozst. (24,1% vs. 12,9%) - HKS-Kinder mit Sozialstörungen sind intelligenter als HKS-Kinder ohne Sozialstörungen (überdurchschnittlicher IQ: 16,1% vs. 6,9%)	Tab. 3.12 Tab. 3.13 Tab. 3.14
	Psychosoziale Anpassung/Soziale Kompetenz:	- HKS-Kinder ohne Sozialstörungen sind besser psychosozial angepasst als diejenigen mit Sozialstörungen (hervorragende/gute/befriedigende soziale Anpassung: 13,8% vs. 3,2%)	Tab. 3.15
Therapie/Kooperation	Therapiemodus	- Hyperkinetiker mit Sozialstörungen wurden häufiger stationär behandelt als Hyperkinetiker ohne Sozialstörungen (82,3% vs. 72,4%)	
	Behandlungsdauer in Tagen:	- HKS-Kinder ohne Sozialstörungen wurden durchschnittlich länger behandelt als Hyperkinetiker mit Sozialstörungen (m=94,9d vs. 84.0d), dieses v. a. auf der Station (m=58,3d vs. M=52,7d) – in der Tagesklinik dauerte die Therapie der HKS-Kinder mit Sozst. länger und ca. 3-4x so lang wie auf der Station (m=229,4d vs. M=190,9d)	Tab. 3.16
	Medikamentöse Therapie:	- siehe Kapitel „ERGEBNISSE - HYPOTHESENPRÜFUNGEN“	Tab. 3.18
	Psychotherapie in Anzahl Sitzungen/ Umfeldbezogene Maßnahmen:	- Bei HKS ohne Sozst. wurden mehr Funktionelle Übungsbehandlungen (im Mittel 29,6h vs. 21,6h bei auch größerer S: S=30,68 vs. S=18,02) sowie mehr Umfeldbezogene Maßnahmen als bei HKS mit Sozst. durchgeführt (86,2% vs. 75,8%)	Tab. 3.19
	Kooperation/Patient:	- HKS-Kinder ohne Sozialstörungen zeigten sich kooperativer als Hyperkinetiker mit Sozialstörungen (gut/mäßig gute Koop.: 92,9% vs. 81,7%)	Tab. 3.21
	Kooperation/Eltern:	- In der Tagesklinik kooperieren die Eltern von HKS mit Sozst. besser als diejenigen der HKS-Kinder ohne Sozst. (gute/mäßige Koop.: 90,9% vs. 77,5%)	Tab. 3.22

	Untergruppe HKS+/-Sozialstörungen (Sozst.) (n=62 Kinder mit und n=29 Kinder ohne Sozialstörungen)		Siehe im Anhang
Therapieerfolg		- siehe Kapitel „ERGEBNISSE - HYPOTHESENPRÜFUNGEN“	Tab. 3.23 bis Tab. 3.26

Keine/wenige Unterschiede bei:

- der Altersverteilung
- Anzahl zusätzlicher Umschriebener Entwicklungsstörungen
- Bei HKS ohne Sozst. wurden etwas weniger psychotherapeutische Verfahren für das Kind (im Mittel 16,52h vs. 18,37h bei auch kleinerer S: S=15 vs. S=21,02), dafür aber etwas mehr Elternberatungen und –behandlungen (im Mittel 7,79h vs. 6,56h) als bei HKS mit Sozst. durchgeführt
- Kooperation der Eltern
- beim Erfolg der Behandlung bezüglich der Zielsymptomatik (Therapeutenrating) bei dem Vergleich HKS mit/ohne Sozialstörungen
- bei der Anzahl der Therapieabbrüche

HKS mit komorbiden Sozialstörungen (HKS+Sozst.) im Vergleich zu HKS ohne Sozialstörungen (HKS-Sozst. = „reine“ Hyperkinetiker), deutlichste und wichtigste Unterschiede

Als einziger erwähnenswerter Unterschied zwischen den beiden angeführten Gruppen zu dem Bereich **Soziodemographische Angaben/ Umgebungsfaktoren** ist zu nennen, daß Familienkinder (d.h. Kinder, die nicht in Heimen oder sonstigen Einrichtungen wohnen) der Hyperkinetiker mit Sozialstörungen **häufiger bei alleinerziehenden Müttern leben**, während „reine“ Hyperkinetiker häufiger bei zwei leiblichen Elternteilen wohnen.

Weiter weisen Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen eine insgesamt **höhere Komorbiditätsrate**¹ mit weiteren psychischen Störungen auf und sind tendenziell **intelligenter** als die reinen Hyperkinetiker. Auch zeigen sie eine **etwas geringere soziale Kompetenz** (Diagnostische Achse VI des MAS).

Zudem werden HKS-Kinder mit komorbiden Sozialstörungen **etwas häufiger stationär** und durchschnittlich **etwas länger** als die reinen Hyperkinetiker **behandelt**. Sie erhalten **etwas häufiger eine medikamentöse Therapie** (statistisch nicht signifikante Beobachtung), v. a. mit

¹ Diese höhere Komorbiditätsrate wird besonders deutlich, wenn man sich an den amerikanischen DSM-IV orientiert und die Einzeldiagnose F90.1 der ICD-10 (HKS+Sozst.) als zwei eigenständige Diagnosen wertet.

Stimulantien. Weiterhin werden bei ihnen **etwas weniger Funktionelle Übungsbehandlungen** und **etwas weniger Umfeldbezogene Maßnahmen** durchgeführt. Während der Behandlung zeigen sich die Patienten der komorbiden Gruppe **etwas weniger kooperativ** als die „reinen“ HKS-Kinder.

Therapieerfolg:

Beim Therapeutenrating zum **Erfolg bzgl. der Zielsymptomatik am Behandlungsende** schneiden die **beiden Vergleichsgruppen etwa gleich ab** (durch statistische Testung bestätigtes Ergebnis): gut 80% der Patienten werden als gebessert eingestuft, etwa 50% als deutlich gebessert.

Bei allen anderen Maßen zur Erhebung des Therapieerfolges sind die Fallzahlen der Gruppe der „reinen“ Hyperkinetiker so klein, so daß wir nur mit Problemen *Vergleiche* zwischen diesen und den HKS-Kindern mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen anstellen können¹.

Ende der Behandlung:

- Zur Gruppe der **Hyperkinetiker mit Sozialstörungen** *allein* ist anzuführen, daß die Prozentuale Veränderung ihrer Symptomatik **am Behandlungsende** von Therapeuten und Eltern gleich gut mit einer durchschnittlichen Symptomverbesserung von knapp 50% eingeschätzt wird und im
- Elternrating knapp 73% der Kinder als gebessert eingestuft werden.

Langzeit- Katamnese- Zeitpunkt:

- Zum **Zeitpunkt der Langzeit- Katamnese** sind diese Angaben in den Elternratings **stabil**, sogar ein wenig verbessert (nun gut $\frac{3}{4}$ „gebesserte“ Kinder). Bei diesem Ergebnis muß allerdings bei der Interpretation wieder die hohe Ausfallsrate mit einbezogen werden.

¹ Bei dem Versuch einer statistischen Testung trotz sehr kleiner Fallzahlen können Lageunterschiede im t-Test für zwei unabhängige Stichproben zwischen den beiden Gruppen für die Maße der prozentualen Veränderung der Symptomatik nicht bestätigt werden. Auch kann für die Elternratings kein signifikanter Gruppenunterschied erhoben werden.

7.3.2 HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) vs. HKS ohne umschriebene Entwicklungsstörungen (UE)

	Untergruppe HKS+/-umschriebene Entwicklungsstörungen (UE) (n=38 (41,8%) Kinder mit und n=53 (58,2%) Kinder ohne Umschriebene Entwicklungsstörungen) ¹	Siehe im Anhang
Sozio-demographische Angaben	<p>Altersverteilung: - HKS mit UE sind im Mittel etwas jünger als HKS ohne UE (9,49 vs. 10,08).</p> <p>Soziale Schicht: - HKS ohne UE stammen aus höherer sozialer Schicht als HKS mit UE (oberste beiden Schichten: 28% vs. 16%).</p> <p>Wohnsituation: - HKS- Familienkinder (nicht in Heimen oder Institutionen wohnhaft) mit UE leben häufiger bei alleinerziehenden Müttern (34,3% vs. 22,4% bei HKS ohne UE) während HKS ohne UE eher bei zwei Elternteilen leben (HKS ohne UE: 71,2% vs. HKS mit UE: 59%).</p> <p>- Von den Hyperkinetiker, die bei zwei Elternteilen leben, wohnen die HKS-Kinder mit UE seltener bei nur einem leiblichen Elternteil als die Hyperkinetiker ohne UE (HKS mit UE:10,3% vs. HKS ohne UE: 17,3%).</p> <p>Anzahl belastender psychosozialer Umstände: - HKS ohne UE sind im Mittel weniger psychosozial belastet bei einer geringeren Standardabweichung als HKS mit UE (3,24 vs. 4,03 bei S=2,8 vs. S=3,69).</p>	<p>Tab. 4.1</p> <p>Tab. 4.2</p> <p>Tab. 4.5</p> <p>Tab. 4.3</p> <p>Tab. 4.4</p>
Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau:	<p>IQ: - HKS-Kinder mit UE sind weniger intelligenter als HKS-Kinder ohne UE (unterdurchschnittlicher IQ: 41,1% vs. 21,1%).</p> <p>Psychosoziale Anpassung/ soziale Kompetenz: - Erst im Bereich der deutlicher sozial beeinträchtigten Kinder ergeben sich größere Unterschiede zwischen den beiden Gruppen: bei den HKS-Kindern mit UE sind mehr Kinder deutlich und übergreifend (55,8% vs. 41,0%) sowie tiefgreifend/schwerwiegend sozial beeinträchtigt und brauchen beträchtliche Betreuung (15,4% vs. 1,9%).</p>	<p>Tab. 4.13</p> <p>Tab. 4.14</p> <p>Tab. 4.15</p>

¹ Aufteilung der Entwicklungsstörungen in der HKS+UE- Gruppe: UE des Sprechens/der Sprache (F80): 17,8% < UE schulischer Fähigkeiten (F81): 33,6% < UE der motorischen Funktionen (F82): 48,6%

	Untergruppe HKS+/-umschriebene Entwicklungsstörungen (UE) (n=38 (41,8%) Kinder mit und n=53 (58,2%) Kinder ohne Umschriebene Entwicklungsstörungen) ¹	Siehe im Anhang
Therapie/Kooperation	Behandlungsdauer in Tagen:	- HKS-Kinder ohne UE wurden im Mittel etwas länger behandelt als HKS-Kinder mit UE (94,71d vs. 77,82d allerdings bei S=88,67 vs. S=67,22), dieses zeigte sich v.a. in der Tagesklinik (223,17d vs. 196,0d bei S=92,72 vs. S=67,72). Tab. 4.16
	Medikamentöse Therapie:	- HKS mit UE werden etwas häufiger mediziert als HKS ohne UE (81,6% vs. 77,4%), dieses „mehr“ an Medikamenten verteilt sich allerdings gleichmäßig auf die verschiedenen Substanzgruppen. Tab. 4.18
	Psychotherapie in Anzahl Sitzungen:	- HKS ohne UE erhalten im Mittel etwas mehr Kindzentrierte psychotherapeutische Verfahren (20,98h vs. 16,97h bei S=23,67 vs. S=10,98), allerdings etwas weniger Funktionelle Übungsbehandlungen (22,98h vs. 25,82h bei S=15,5 vs. S=30,06). Tab. 4.19
	Kooperation/Patient:	- HKS-Kinder ohne UE kooperierten besser als HKS-Kinder mit UE (gute/mäßige Koop.: 90% vs. 79%), dieses v.a. bei stationärer Therapie (gute/mäßige Koop.: 87,1% vs. 73,3%). Tab. 4.21
	Kooperation/Eltern:	- Eltern von Kindern ohne UE kooperierten besser als von Kindern mit UE (gute/mäßige Koop.: 94,2% vs. 79,5%). Tab. 4.22
Therapieerfolg	- siehe Kapitel „ERGEBNISSE - HYPOTHESENPRÜFUNGEN“. Tab. 4.23 bis Tab. 4.26	

Keine/wenige Unterschiede fanden sich bei:

- der Komorbidität (Vorkommen einer zweiten Diagnose bei 25,6% bei HKS mit UE bzw. 23,1% bei HKS ohne UE), fast identischer Anteil an HKS mit Sozst. in den beiden Gruppen (67,3% bei HKS ohne UE vs. 69,2% bei HKS mit UE)
- der Häufigkeit zusätzlicher Körperlicher Symptome (15,4% bei HKS mit UE vs. 17,3% bei HKS ohne UE)
- der psychosozialen Anpassung in den Bereichen der gut und befriedigend angepassten und leicht und mäßig beeinträchtigten Kinder

- dem gewählten Therapiemodus
- der Anzahl der Therapieabbrüche, Entlassungsart
- der prozentualen Verteilung der Medikation auf verschiedene Substanzgruppen, hier bei beiden Gruppen die Stimulanzen mit ca. 63% an erster Stelle
- den psychotherapeutischen Verfahren Beratungen und Behandlungen zusammengefasst: HKS mit UE im Mittel 6,46 vs. HKS ohne UE 7,33 (bei S=6,15 vs. S=7,07)
- der Durchführung Umfeld- bezogener Maßnahmen
- dem inhaltlichen Ergebnis der Prozentualen Änderung der Symptomfragen (HKS mit UE schnitten immer besser ab)
- den Angaben zur Prozentualen Änderung der Symptomfragen zwischen Therapeuten- und Elternrating

HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) vs. HKS ohne umschriebene Entwicklungsstörungen (UE), deutlichste und wichtigste Unterschiede

Soziodemographische Angaben/ Umgebungsfaktoren:

Die Hyperkinetiker mit UE sind durchschnittlich etwas **jünger** als HKS-Kinder ohne UE. Familienkinder dieser Gruppe, d. h. Kinder, die nicht in Heimen oder sonstigen Einrichtungen leben, wohnen **häufiger bei alleinerziehenden Müttern**, während HKS- Familienkinder ohne UE eher bei zwei Elternteilen leben, von denen häufiger eines oder beide nicht leiblich sind (Pflegefamilien). Weiterhin stammen die Hyperkinetiker mit UE aus **niedrigeren sozialen Schichten** und **leben häufiger unter größeren psychosozial belastenden Bedingungen** (Diagnostische Achse V des MAS) als Hyperkinetiker ohne diese Komorbidität.

Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau:

Hyperkinetiker mit UE sind eher **weniger intelligent** als HKS-Kinder ohne UE und weisen eine **eher niedrigere soziale Kompetenz** auf (Diagnostische Achse VI des MAS) als die Vergleichsgruppe.

Therapie/ Kooperation:

HKS-Kinder wie auch **Eltern** der Gruppe mit UE **kooperieren etwas schlechter** während der Therapie.

Therapieerfolg:

Insgesamt betrachtet schneiden die beiden Vergleichsgruppen zum Ende der Behandlung recht gleich ab, in der Langzeit- Katamnese sind die Ergebnisse der Hyperkinetiker mit komorbiden UE etwas besser. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist allerdings aufgrund der hohen Ausfallraten Vorsicht geboten.

- **Zum Entlassungszeitpunkt** geben die Therapeuten bei der **Veränderung der Symptomatik minimal bessere Werte für die Gruppe der Hyperkinetiker mit komorbiden UE** an. Im Elternurteil werden den Hyperkinetikern mit UE gleich hohe Symptomveränderungsraten wie im Therapeutenurteil zugeschrieben, ein Vergleich mit den HKS-Kindern ohne UE ist hier aufgrund zu kleiner Fallzahlen problematisch. Versucht man sich dennoch an einer statistischen Testung, ergeben sich hier keine signifikanten Gruppenunterschiede¹.
- Bei den **Therapieerfolgsratings** schneiden nun im Therapeutenrating die **Hyperkinetiker mit UE etwas schlechter** ab als die Gruppe ohne UE (statistisch signifikantes Ergebnis), das Elternrating kann aufgrund zu kleiner Fallzahlen leider nicht verwertet werden.
- **Katamnese:** Zu diesem Erhebungszeitpunkt schneiden in allen Erhebungsinstrumenten zum Therapieerfolg (Elternurteil der Prozentualen Veränderung der Symptomatik, Elternrating zum Therapieerfolg) die **Hyperkinetiker mit UE etwas besser ab als die Vergleichsgruppe** (statistisch signifikantes Ergebnis im Elternrating). Allerdings liegen diesen Ergebnissen wieder **sehr kleine Fallzahlen**, v.a. für die Gruppe der Hyperkinetiker mit UE zugrunde.

7.3.3 HKS mit Stimulantientherapie (Stt) vs. HKS ohne Stimulantientherapie (Stt):

	Untergruppe HKS+/-Stimulantientherapie (Stt) (n=34 ohne Stimulantien, n=57 mit Stimulantien)		Siehe im Anhang
Sozio-demographische Angaben	Soziale Schicht:	- HKS-Kinder ohne Stimulantientherapie stammen aus höherer sozialer Schicht als HKS-Kinder mit Stt (oberste beiden Schichten: 34,7% vs. 17,8%; unterste beiden Schichten: 39,1% vs. 66,6%)	Tab. 5.5
	Wohnsituation:	- HKS- Familienkinder (nicht in Heimen etc. wohnhaft) mit Stt, die bei zwei Elternteilen wohnen, leben häufiger bei nur einem leiblichen Elternteil als HKS ohne Stt (HKS+Stt: 26,3% vs. HKS-Stt: 13,6%) sowie weniger häufig in Pflegefamilien (HKS+Stt:15,8% vs. HKS-Stt: 27,3%); - HKS- Familienkinder ohne Stt leben etwas häufiger bei alleinerziehenden Müttern als HKS-Kinder mit Stt (HKS-Stt: 31,25% vs.	Tab. 5.3

¹ Siehe auch Kapitel „Ergebnisse – Hypothesenprüfung“: Hypothesen zu den Untergruppen, Hypothese 3, b) Therapieerfolgsratings.

Untergruppe HKS+/-Stimulantientherapie (Stt) (n=34 ohne Stimulantien, n=57 mit Stimulantien)		Siehe im Anhang	
	Anzahl belastender psychosozialer Umstände:	<p>HKS+Stt: 25,0%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stationäre HKS-Kinder sind in beiden Gruppen stärker belastet als Kinder in der Tagesklinik 	Tab. 5.4
Komorbidity, Intelligenz- und Funktionsniveau:	Komorbidity:	<ul style="list-style-type: none"> - HKS mit Stt haben etwas häufiger komorbide Sozialstörungen (Diagnose F90.1: 71,9% vs. 61,8%) - HKS ohne Stt haben häufiger von Sozialstörungen verschiedene Zweitdiagnosen (38,2% vs. 15,8%) - Betrachtet man sich die Aufteilung der in beiden Gruppen insgesamt etwa gleich häufigen UE, so ist zu beobachten, daß HKS-Kinder mit zusätzlichen UE schulischer Fertigkeiten (HKS+Stt.:21% vs. HKS-Stt.: 13,6%) sowie motorischer Funktionen (HKS+Stt.: 30,2% vs. HKS-Stt.: 20,7%) tendenziell etwas eher mit Stimulantien behandelt werden als HKS-Kinder mit zusätzlichen Sprech-/Sprachstörungen (HKS+Stt.: 4,6% vs. HKS-Stt: 17,0%). 	<p>Tab. 5.8</p> <p>Tab. 5.8</p> <p>Tab. 5.9</p>
	Psychosoziale Anpassung/ soziale Kompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> - HKS ohne Stt sind etwas schlechter sozial angepasst als HKS mit Stt (tiefgreifende/schwerwiegende soziale Beeinträchtigung, braucht ständige Betreuung: 11,8% vs. 5,3%). 	Tab. 5.15
Therapie/ Kooperation	Therapiemodus: Behandlungsdauer:	<ul style="list-style-type: none"> - HKS ohne Stt werden häufiger stationär behandelt als HKS mit Stt (88,2% vs. 73,7%) - HKS mit St werden im Mittel fast doppelt so lang behandelt mit einer höheren Streuung in der Behandlungsdauer als HKS ohne St (im Mittel: 105,1d vs. 58,0d bei S=89,23 vs. 51,06) – Hierbei ist der Unterschied in der Tagesklinik deutlicher als bei stationärer Therapie. 	Tab. 5.16
	Medikamentöse Therapie:	<ul style="list-style-type: none"> - HKS ohne St bekommen häufiger von Stimulantien verschiedene Medikamenten als HKS mit St ein weiteres von Stimulantien ver- 	<p>Tab. 5.18</p> <p>Tab. 5.19</p>

	Untergruppe HKS+/-Stimulantientherapie (Stt) (n=34 ohne Stimulantien, n=57 mit Stimulantien)		Siehe im Anhang
	Psychotherapie in Anzahl Sitzungen:	- verschiedenes Medikament erhalten (andere Medikation: 44,1% vs. 22,8%), darunter mehr Antikonvulsiva (11,8%vs. 3,5%), mehr Thy-moleptika (17,6% vs. 5,3%) und mehr Neuro-leptika (23,5% vs. 17,5%) - HKS mit Stt erhalten im Mittel etwas mehr Kindzentrierte psychotherapeutische Verfah-ren (21,89h vs. 14,53h mit einer größeren Streuung: S=22,2 vs. S=11,35) und minimal mehr Funktionelle Übungsbehandlungen (25,14h vs. 22,52; hier mit geringerer Streu-ung: S=19,34 vs. 29,67)	Tab. 5.20
	Umfeldbezo-gene Maß-nahmen:	- Bei HKS mit Stt werden etwas häufiger Umfeldbezogene Maßnahmen durchgeführt als bei HKS ohne Stt (82,5% vs. 73,5%)	Tab. 5.21
	Kooperati-on/Patient:	- HKS-Kinder ohne St kooperieren besser als HKS-Kinder mit St (gute/mäßige Koop.: 93,9% vs. 80,0%), dieser Unterschied zeigt sich v. a. auf der Station (gute/mäßige Ko-operation: HKS ohne Stt: 93,1% vs. HKS mit Stt: 72,5%)	Tab. 5.22
Therapie-erfolg		- siehe Kapitel „ERGEBNISSE - HYPOTHE-SENPRÜFUNGEN“	Tab. 24 bis Tab. 27

Keine/wenige Unterschiede bei:

- Wohnsituation: HKS mit Stt leben etwas häufiger bei zwei Elternteilen als HKS ohne Stt (66,6% vs. 64,7%)
- Anzahl belastender psychosozialer Umstände für Familienkinder (HKS ohne Stt 3,63 vs. HKS mit Stt 3,56)
- Zusätzliche Körperliche Symptomatik (vorhanden: HKS mit Stt 15,8% vs HKS ohne Stt: 17,6%)
- IQ
- Anzahl der Behandlungsabbrüche
- Kooperation der Eltern unabhängig vom Therapiemodus (gute/mäßig gute Koop.: HKS mit Stt: 87,7% vs. HKS ohne Stt: 88,3%)
- Prozentuale Änderung Symptomfragen: HKS mit Stt in allen Ratings stabil (ca. 46%)
- Umschriebene Entwicklungsstörungen (mindestens eine Nennung: HKS mit Stt: 55,8% vs. HKS ohne Stt: 51,7%)

HKS mit Stimulantientherapie (Stt) vs. HKS ohne Stimulantientherapie (Stt), deutlichste und wichtigste Unterschiede

Soziodemographische Angaben/ Umgebungsfaktoren:

Familienkinder¹ der Stimulantientherapie- Gruppe, die bei zwei Elternteilen wohnen, leben tendenziell häufiger **bei nur einem leiblichen Elternteil** und **weniger häufig in Pflegefamilien** als HKS-Kinder ohne Stimulantientherapie. Weiterhin stammen Hyperkinetiker der Stimulantientherapie- Gruppe aus **niedrigeren sozialen Schichten** als die HKS-Kinder aus der Stimulantien- freien Gruppe.

Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau:

Hyperkinetiker mit Stimulantientherapie weisen **etwas häufiger komorbide Sozialstörungen** auf, wohingegen in der Vergleichsgruppe Zweitdiagnosen wie Enuresis und Stottern häufiger sind. Betrachtet man sich die Aufteilung der in beiden Gruppen insgesamt etwa gleich häufigen **Umschriebenen Entwicklungsstörungen**, so ist zu beobachten, daß **HKS-Kinder mit zusätzlichen UE schulischer Fertigkeiten sowie motorischer Funktionen eher mit Stimulantien behandelt werden** als HKS-Kinder mit zusätzlichen Sprech-/ Sprachstörungen.

Therapie/Kooperation:

Hyperkinetische Patienten der Stimulantientherapie- Gruppe sind im Mittel während der Therapie **etwas weniger kooperativ** als Hyperkinetiker der Vergleichsgruppe. Weiter werden HKS-Kinder der Stimulantientherapie- Gruppe **etwas häufiger tagesklinisch** behandelt als Kinder der Vergleichsgruppe und erhalten weniger von Stimulantien verschiedene Medikamente.

HKS-Kinder mit Stt werden im Mittel **deutlich länger behandelt** und erhalten **etwas mehr Sitzungen kindzentrierter psychotherapeutischer Verfahren** sowie **etwas häufiger Umfeldbezogene Maßnahmen**.

Therapieerfolg:

Der Therapieerfolg wird **zum Behandlungsende** von den Therapeuten **uneinheitlich** eingestuft (bei den Elternangaben ist die Schwundrate zu diesem Zeitpunkt zu hoch für eindeutige Aussagen), zum **Katamnese- Zeitpunkt** schneidet die **Stimulantientherapie- Gruppe** in den Elternurteilen **einheitlich etwas besser** ab:

Ende der Behandlung:

- In der **Prozentualen Veränderung der Symptomatik** schneiden hier die Hyperkinetiker mit Stimulantientherapie bei den Therapeuten etwas schlechter ab als die Vergleichsgruppe. Im Elternurteil fällt die Einstufung der Stimulantien-Gruppe nahezu gleich aus - ein Vergleich mit der HKS-Gruppe ohne Stimulantien kann aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht angestellt

¹ d.h. nicht in Heimen oder Institutionen wohnhafte Kinder

werden (Auch bei der Beurteilung des Therapeutenurteils ist aus diesem Grund Vorsicht geboten.).

- Im **Therapeutenrating zum Behandlungserfolg** schneidet nun die **Stimulantientherapie-Gruppe etwas besser** ab (statistisch nicht bestätigte Tendenz), im Elternrating kann aufgrund kleiner Fallzahlen wieder kein Gruppenvergleich vorgenommen werden. Allerdings bewerten die Eltern den Therapieerfolg der Stimulantiengruppe an sich etwas schlechter als die Therapeuten¹.

Katamnese:

- Zu diesem Zeitpunkt sind die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsinstrumenten (Prozentuale Veränderung der Symptomatik, Therapieerfolgsrating, jeweils im Elternurteil) bei der **Stimulantiengruppe einheitlich besser** als bei der Vergleichsgruppe (statistisch signifikantes Ergebnis) und können im Vergleich mit den Werten zu Therapieende als **stabil** bezeichnet werden - wobei auch hier für die Gruppe HKS ohne Stt nur recht kleine Fallzahlen vorliegen.

¹ Bei einer statistischen Testung trotz kleiner Fallzahlen schneidet die Gruppe der Hyperkinetiker mit Stimulantientherapie signifikant besser ab als die Vergleichsgruppe. Die Interpretation dieses Ergebnisses ist aufgrund der kleinen Fallzahlen allerdings problematisch.

8 DISKUSSION

Die im Folgenden diskutierten Ergebnisse stellen in der Mehrzahl beobachtete Tendenzen dar. Wurden einzelne Fragestellungen statistisch getestet, so wird dieses jeweils explizit erwähnt. In diesem Kapitel wird häufig nur allgemein auf die „Ergebnisse/Angaben der Literatur“ hingewiesen. Diese können in den entsprechenden Zusammenfassungen der Literaturergebnisse wie auch den jeweiligen ausführlichen Darstellungen in den Kapiteln 2 „Hyperkinetische Störungen – Theoretischer und Empirischer Hintergrund“ sowie 3 „Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie“ nachgelesen werden.

8.1 Betrachtung der Hyperkinetiker im Vergleich mit allen anderen Störungsgruppen der Gesamtinanspruchnahmepopulation (GIP)

Die bei unserer hyperkinetischen Stichprobe gefundenen Angaben zu **Alter** und **Geschlecht** entsprechen genau den Angaben der Literatur

Unsere rein deskriptiven Befunde, daß Hyperkinetiker eher aus **niedrigeren sozialen Schichten** stammen als die Kinder der GIP (durch statistische Testung nicht bestätigte Tendenz), weichen von der Literatur über repräsentative Stichproben ab. Dieses hängt wahrscheinlich mit der speziellen Auswahl von klinischen Fällen zusammen.

Daß die **Hyperkinetiker häufiger in Familien** leben als die Patienten der GIP, ist wahrscheinlich ein ganz spezifischer Befund für die klinische Inanspruchnahmepopulation der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie: Hier kommen viele Patienten, z. B. Schizophrene, aus Heimen zur klinischen Behandlung, wodurch die Prozentzahl der nicht in Familien wohnhaften Kinder innerhalb der GIP in die Höhe getrieben wird. Somit sagt dieser Befund mit großer Wahrscheinlichkeit mehr über die spezifische Zusammensetzung der Marburger GIP als über die hyperkinetischen Kinder aus.

Hingegen entspricht der Befund, daß die Hyperkinetiker relativ häufig bei **alleinerziehenden Müttern und in Pflegefamilien** leben, den Angaben der Literatur. In der Literatur wird diese Wohnsituation (wohnhaft bei alleinerziehenden Müttern und in Pflegefamilien) besonders für die HKS-Kinder mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen beschrieben und häufig mit mehr elterlichen Psychopathologien, einem verminderten elterlichen Selbstbewußtsein sowie mit mehr gestörten Familiensituationen in Verbindung gebracht. Diese Angaben sind vergleichbar mit der bei unserer Untersuchung gefundenen **höheren Belastung durch psychosoziale Faktoren** der Hyperkinetiker im Vergleich zur GIP.

Unsere Ergebnisse bezüglich der **Zweitdiagnosen** der Hyperkinetiker entsprechen sehr gut den Angaben der Literatur, d. h. in der Literatur wie auch in unseren Ergebnissen kommen bei den Hyperkinetikern die Zweitdiagnosen komorbide **Sozialverhaltensstörungen** und **Umschriebene Entwicklungsstörungen** häufiger als bei allen anderen Diagnosegruppen vor (statistisch bestätigtes Ergebnis).

Aufgrund der sehr genauen und differenzierten Diagnosemöglichkeit mit dem Multiaxialen Klassifikationssystem (MAS) in der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie können diese Ergebnisse hier noch genauer spezifiziert und herausgearbeitet werden als das in der Regel in der Literatur geschieht: So finden wir bei den Hyperkinetikern sehr viele Umschriebene Entwicklungsstörungen vor. Hauptbereich dieser Umschriebenen Entwicklungsstörungen sind dabei die Störungen motorischer Funktionen. Darüber hinaus finden sich noch weitere komorbide Störungen von HKS, die mit Umschriebenen Entwicklungsstörungen assoziiert sind, wie z. B. **Enuresis** oder „**Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**“ (z. B. reaktive Bindungsstörung des Kindesalters usw.).

Eine häufige Komorbidität mit **Angststörungen**, die in der Literatur v.a. für Kinder mit spät einsetzendem HKS angegeben wird, können wir mit unserer Studie **nicht bestätigen**. Dieses läßt sich mit dem jungen Durchschnittsalter unserer Hyperkinetiker erklären: So finden sich in unserer Stichprobe v.a. Kinder, bei denen das Hyperkinetische Syndrom früh einsetzte, bzw. Kinder mit später einsetzendem HKS, die allerdings das Alter des Auftretens komorbider Angststörungen noch nicht erreicht haben.

Unser Befund einer etwas höheren **Intelligenz** der Hyperkinetiker im Vergleich mit anderen psychiatrischen Diagnosen reiht sich ein in die widersprüchlichen Literaturangaben zu diesem Punkt.

Therapienmodus und –dauer:

Das Ergebnis unserer Studie, daß die Hyperkinetiker in der Marburger KJP durchschnittlich eine etwas **längere Behandlungsdauer** als die mit ihnen verglichenen Diagnosegruppen aufweisen, hängt mit ihrer **häufigeren tagesklinischen** Behandlung zusammen. Der Befund ihrer häufigeren tagesklinischen Behandlung ist einleuchtend, da die Gruppe der Hyperkinetiker im Durchschnitt jünger ist und hier eine stationäre Therapie nach Möglichkeit vermieden wird. Zudem sind die Hyperkinetiker Kinder, die in der Schule oft auffallen, und solche Kinder werden besonders häufig in der Tagesklinik behandelt, in der ähnliche Bedingungen wie in der Schule herrschen. Dieser teilstationäre Therapiemodus kommt der in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie¹ für die Hyperkinetiker am ehesten empfohlenen ambulanten Therapieform sehr nahe und zeigt, daß die Marburger The-

¹ Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Dt. Ärzte Verlag, Köln 2000

rapie der Hyperkinetiker in diesem Punkt mit den Empfehlungen der Leitlinien sehr gut übereinstimmt.

Auch die im Vergleich mit der GIP hohe **Medikationsrate** der Hyperkinetiker mit **Stimulantien** sowie die **hohe Anzahl Umfeldbezogener therapeutischer Maßnahmen** entsprechen den Therapieempfehlungen der Leitlinien.

Therapieerfolg:

Durchschnittlich fällt der **Therapieerfolg der beiden Gruppen bei Entlassung sehr ähnlich** aus, sowohl bei den Angaben zur Veränderung der Symptomatik als auch in den Therapieerfolgsratings (statistisch bestätigtes Ergebnis). Lediglich im Elternrating schneidet hier die GIP statistisch bestätigt besser ab als die Gruppe der Hyperkinetiker – wobei dieses Ergebnis aufgrund nicht erfüllter Cochran-Bedingungen¹ vorsichtig zu interpretieren ist.

Zum Zeitpunkt der 1-1,5-Jahres- Katamnese hingegen schneidet die **Gruppe der Hyperkinetiker** in den Elternurteilen sowohl bei der Veränderung der Symptomatik als auch im Therapieerfolgsrating **schlechter** ab als alle anderen Diagnosegruppen (durch statistische Testung bestätigtes Ergebnis).

Somit scheinen die Hyperkinetiker, den kurzfristigen Therapieerfolg betreffend, nicht besonders von anderen psychiatrischen Diagnose-Gruppen abzuweichen. Hier haben sie also durchschnittlich weder eine besonders günstige noch besonders ungünstige Prognose im Vergleich zu allen anderen psychischen Störungen.

Wenn man nun aber die Ergebnisse der Langzeit-Katamnese betrachtet, so schneiden die Hyperkinetiker durchschnittlich ungünstiger ab als die Kinder der Gesamtanspruchnahmepopulation. Diesem Befund liegt wahrscheinlich zugrunde, daß das Hyperkinetische Syndrom letztendlich eine chronische Erkrankung mit organischer Ursache darstellt, bei der zwar viele Symptome gemildert werden können, ein Restbestand an Symptomatik aber bleibt. Diese Ergebnisse werden von der Literatur bestätigt, in der ebenfalls die Langzeitprognose dieses Störungsbildes im Vergleich zu vielen anderen psychischen Störungsbildern als problematisch angesehen wird.

Zusammenfassend stimmen also unsere Ergebnisse zu Alter, Geschlecht, der Wohnsituation bei alleinerziehenden Müttern, den häufigsten Zweitdiagnosen (Störungen des Sozialverhaltens, Umschriebene Entwicklungsstörungen), den einzelnen Therapieverfahren sowie dem Therapieerfolg mit den in der Literatur erhobenen Befunden überein (siehe Zusammenfassungen im Kapitel 3 „Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD“).

¹ siehe Kapitel 5.2 „Ergebnisse – Hypothesenprüfung“, 1.2 Hypothesen zum Vergleich der Hyperkinetiker mit allen anderen psychiatrischen Diagnosegruppen

Einige Befunde kommen dagegen mit großer Wahrscheinlichkeit durch die spezielle klinische Population der Marburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zustande: Eine im Vergleich zur GIP häufigere Wohnsituation der Hyperkinetiker in Familien sowie ihre tendenziell häufigere Herkunft aus niedrigeren sozialen Schichten.

Wieder andere Ergebnisse weichen von den allgemeinen Literaturergebnissen ab: Hier zu nennen sind hauptsächlich die bei uns zusätzlich erhobenen Zweitdiagnosen wie Enuresis und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend bzw. die in der Literatur angegebenen Komorbiditäten, die wir nicht bestätigen konnten (Angststörungen). Die in der Marburger Klinik vorwiegend tagesklinische und häufig medikamentöse Therapie mit Stimulantien wie auch die hohe Anzahl Umfeld-bezogener therapeutischer Maßnahmen lehnen sich eng an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie an.

8.2 Stellung der Hyperkinetiker (F90=HKS) innerhalb der Gruppe der extraversiven Störungsbilder (HKS und Störungen des Sozialverhaltens: F91, F92)

Der Befund, daß die Hyperkinetiker eher aus **höheren sozialen Schichten** stammen, entspricht den Angaben der Literatur, wohingegen das Ergebnis, daß in der Teilgruppe der Kinder, die bei zwei Elternteilen wohnen, die HKS-Kinder im Vergleich zu sozialgestörten Kindern **häufiger in Pflegefamilien** leben, schwer zu interpretieren ist. Hier spielen wahrscheinlich verschiedene Prozesse eine Rolle, die die Organisation des Versorgungssystems und des Jugendhilfesystems betreffen. Da dieser Befund nicht eindeutig zu interpretieren ist, die Unterschiede zwischen den Hyperkinetikern und den sozialverhaltensgestörten Kindern zudem auch nicht besonders ausgeprägt sind, möchte ich hierauf nicht weiter eingehen.

Weiter stellten wir fest, daß Hyperkinetiker unter **weniger belastenden Umgebungsfaktoren** (Diagnostische Achse V des MAS) zu leiden haben als sozialverhaltensgestörte Kinder und diese belastenden Faktoren bei den HKS-Kindern **eher schulischer Art**, bei den F91- und F92-Kindern eher familiärer Art sind, was exakt den Angaben der Literatur entspricht.

Zudem stimmen die beobachteten Tendenzen **häufigerer Umschriebener Entwicklungsstörungen (UE)** für die Gruppe der Hyperkinetiker, und hier v.a. **UE motorischer Funktionen**¹, mit den allgemeinen Literaturergebnissen überein. Der Befund, daß die HKS-Gruppe **etwas weniger UE schulischer Fertigkeiten** aufweist als die Sozialverhaltensstörungsgruppen, läßt sich

¹ Diese beobachteten Tendenzen konnten allerdings bei der statistischen Testung nicht als signifikante Unterschiede bestätigt werden.

am wahrscheinlichsten durch weitere Literaturergebnisse erklären: So ist für die Gruppe der Sozialverhaltensgestörten eine besonders hohe Komorbiditätsrate mit UE schulischer Fertigkeiten (v.a. Legasthenie) bekannt: Legastheniehäufigkeit unter Strafgefangenen z.B. von 33% bei einer Häufigkeit von 4% unter Kindern des zweiten Schuljahres (Nissen, 1976)¹. Aufgrund Beobachtungen dieser Art kann man davon ausgehen, daß Entwicklungsstörungen wie z.B. die Lese/Rechtschreibstörung (Legasthenie) oftmals zu Minderwertigkeitsgefühlen führen, die diese Kinder dann sekundär mit aggressiven und/oder dissozialen Verhaltensweisen auszugleichen versuchen.

Der für die **Hyperkinetiker** gefundene **höhere IQ** im Vergleich mit den Gruppen der Störungen des Sozialverhaltens reiht sich ein in eine Reihe **widersprüchlicher Literaturangaben** zu diesem Punkt. In unserer Untersuchung ist er mit großer Wahrscheinlichkeit durch die im Vergleich mit den Sozialverhaltensstörungs-Gruppen niedrigere Komorbiditätsrate der Hyperkinetiker mit UE schulischer Fertigkeiten mitbegründet.

Somit können wir mit unserer Studie den in der Literatur recht einheitlich aufgeführten Zusammenhang zwischen akademischen Defiziten und dem Hyperkinetischen Syndrom nicht bestätigen, wobei sich die Definition akademischer Defizite insgesamt uneinheitlich gestaltet, was einen solchen Vergleich erschwert. Weiter ist zu bedenken, daß es sich gerade auch bei den externalisierenden Störungsgruppen, die in die Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen werden, um entsprechend schwer gestörte Patienten handelt (bei den Dissozialen z.B. viele Zwangseinweisungen und Kriseninterventionen). Die Untersuchungen der allgemeinen Literatur hingegen beschäftigten sich meist mit geringer gestörten Kindern und Jugendlichen.

Die Tendenz einer **niedrigeren sozialen Kompetenz** (Diagnostische Achse VI des MAS) der Hyperkinetiker, wie wir sie in unserer Untersuchung beobachtet haben², wird in der Literatur v.a. für die doppelt gestörte Gruppe der HKS-Kinder mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen beschrieben, zu der allerdings knapp 70% unserer HKS-Gruppe gehören. Somit stützen unsere Erhebungen die Ergebnisse der Literatur in diesem Punkt. Andersherum betrachtet, hält wahrscheinlich aufgrund dieses nur ca. 70%igen Anteils der doppelt gestörten Gruppe an unserer Gesamtpopulation der Hyperkinetiker dieser beobachtete Unterschied der statistischen Prüfung nicht stand.

Ebenfalls aufgrund dieses knapp 70% betragenden Anteils an Hyperkinetikern mit komorbiden Sozialstörungen an der Gesamt- HKS-Gruppe, leuchtet unser weiteres, statistisch geprüft und als signifikant bestätigtes Ergebnis einer **häufigen Stimulantientherapie** in dieser Gruppe ein:

¹ Nissen, G.: Dissozialität und Verwahrlosung. In: Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag, 1976, S. 82–94.

² Diese Tendenz läßt sich in der statistischen Testung allerdings nicht durch Signifikanz bestätigen.

Die Stimulantientherapie gilt gerade für HKS-Kinder mit v.a. hyperkinetischer und/oder aggressiv-oppositioneller Symptomatik als Therapie der Wahl (siehe Leitlinien der Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie¹ sowie Kapitel 5 „Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD“). Hier stimmen also die Therapeutischen Maßnahmen der Marburger KJP gut mit den Therapieempfehlungen der Leitlinien überein. Zu dem prozentualen Anteil der mit Stimulantien therapierten Kinder in der Marburger Klinik wird im Rahmen der Ergebnisdiskussion der Stimulantientherapie-Untergruppe noch ausführlicher Stellung genommen.

Die vergleichsweise **große Streuung der Anzahl der Sitzungen an kindzentrierten psychotherapeutischen Verfahren und funktionellen Übungsbehandlungen** innerhalb der Gruppe der Hyperkinetiker spricht für eine gewisse Inhomogenität dieser Gruppe, den Bedarf an diesen therapeutischen Verfahren betreffend. Durch diese Inhomogenität unterscheiden sich die Hyperkinetiker zudem von den Gruppen mit Störungen des Sozialverhaltens. Ähnliches berichtet die Literatur, die gerade für die Therapie hyperkinetischer Kinder die Notwendigkeit äußerst individuell abgestimmter Therapiezusammensetzungen betont und innerhalb der Gruppe der Hyperkinetiker das Vorkommen verschiedener Subtypen postuliert, die sich u.a. auch in ihrem Ansprechen auf jeweils verschiedene Therapieverfahren unterscheiden.

Die **geringfügig höhere Kooperationsbereitschaft** sowohl der Eltern als auch der Kinder in der HKS-Gruppe liegt wahrscheinlich am ehesten darin begründet, daß in dieser Gruppe eine größere Einsicht herrscht, daß eine Therapie notwendig ist. Aufgrund ihrer im Gruppenvergleich höheren Intelligenz sind den hyperkinetischen Kinder ihre Defizite, die sich v.a. auch im schulischen Bereich zeigen, eher bewußt, und auch die Eltern, die vergleichsweise aus höheren sozialen Schichten stammen, dürften einer Therapie gegenüber eher positiv eingestellt sein. Diese Thesen werden von Literaturergebnissen gestützt.

Den **Therapieerfolg** betreffend, schneiden die Hyperkinetiker in unserer Studie **kurzfristig** (bei Behandlungsende/Nachuntersuchung) **tendenziell besser** ab als die Sozialverhaltensstörungsgruppen, wobei hier nur eines der vier Therapieevaluationsmaße einen statistisch signifikanten Gruppenunterschied aufweist (Behandlungserfolg im Therapeutenrating). Die restlichen Instrumente zeigen lediglich beobachtbare Tendenzen auf.

Längerfristig (bei der 1-1,5 Jahres-katamnese) dagegen sind die Therapieergebnisse der Hyperkinetiker **tendenziell schlechter** als die der Vergleichsgruppen, wobei keines der evaluierten Maße hier mit statistischer Signifikanz einen Gruppenunterschied aufzeigt².

Somit **können insgesamt die Unterschiede im Therapieerfolg zwischen den beiden Gruppen nur als geringfügig betrachtet werden.** (Und das einzig statistisch signifikante Ergebnis

¹ Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Dt. Ärzte Verlag, Köln 2000

² Die Interpretation dieser Ergebnisse ist allerdings aufgrund kleiner zugrunde liegender Fallzahlen problematisch.

fällt widersprüchlich zu unserer Arbeitshypothese aus. - Hierbei handelt es sich allerdings um ein sehr kurzfristiges Behandlungsergebnis (Behandlungsende bzw. 4-6-Wochen-Nachuntersuchung), unsere Hypothese stützte sich hingegen v.a. auf die Langzeitdaten der Literatur.).

Trotz der fehlenden statistischen Signifikanz eines Gruppenunterschiedes ist die hier beobachtete, v.a. langfristig schlechtere Tendenz ernst zu nehmen, und weist wahrscheinlich - wie auch schon im Vergleich mit der GIP - darauf hin, daß es sich bei den Hyperkinetischen Störungen um ein chronisches Störungsbild handelt. D. h. bei den Hyperkinetikern sind keine Kinder dabei, die völlig gesund werden, während bei allen anderen Störungen immer auch Kinder dabei sind, bei denen die jeweilige Störung komplett remittiert, wie wir aus anderen Untersuchungen wissen.

Zusammenfassend handelt es sich somit bei der Stichprobe der Hyperkinetiker in unserer Untersuchung um eine typische, in der Literatur beschriebene Gruppe mit dieser Diagnose, die sich innerhalb der extraversiven Störungsbilder von den beiden Gruppen der sozialverhaltensgestörten Kinder abgrenzt: durch ihre Herkunft aus eher höheren sozialen Schichten, durch eher weniger belastende Umgebungsfaktoren, die eher schulischer als familiärer Art wie bei den Sozialverhaltensstörungen sind, durch eine eher höhere Komorbiditätsrate mit Umschriebenen Entwicklungsstörungen, v.a. motorischer Art, durch eine eher niedrigere soziale Kompetenz, durch eine häufigere Behandlung mit Stimulantien und eine höhere Inhomogenität die Therapie betreffend. Lediglich der Befund unserer Untersuchung, daß die Hyperkinetischen Kinder, die bei zwei Elternteilen leben, etwas häufiger in Pflegefamilien wohnen, ist schwer zu interpretieren.

8.2.1 Spezielle Betrachtung: Vergleich des Therapieerfolges der Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialstörungen mit den reinen Sozialstörungsgruppen

Die aufgrund anderer Studienergebnisse aufgestellte Hypothese, daß im besonderen die Hyperkinetiker mit zusätzlichen Sozialverhaltensstörungen den Therapieerfolg betreffend schlechter abschneiden würden als die Kinder mit reinen Sozialverhaltensstörungen, können wir mit unseren Studienergebnissen nicht bestätigen. Das einzige statistisch signifikante Ergebnis zu der Frage des Therapieerfolges dieser beiden Vergleichsgruppen liefert das Therapeutenrating zum **Ende der Behandlung**, bei dem – entgegen unserer Erwartung - allerdings die **Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen besser abschneiden als Kinder mit reinen Sozialverhaltensstörungen. Bei allen anderen erhobenen Therapieerfolgs-Maßen schneiden beide Gruppen annähernd gleich ab** - wobei die einzelnen Werte hier allerdings noch näher beieinander liegen als bei dem Vergleich der Gesamtgruppe der Hyperkinetiker mit

den Sozialverhaltensstörungsgruppen (s.o., mit Ausnahme des Elternratings zum Behandlungsende)¹.

Dem **kurzfristig besseren Therapieerfolg der mit Sozialverhaltensstörungen komorbiden Gruppe der Hyperkinetiker** liegt mit großer Wahrscheinlichkeit eine höhere Therapiemotivation dieser Störungsgruppe zugrunde, die auch in der Literatur beschrieben wird. So sind Kinder dieser Störungsgruppe bekannt dafür, daß sie sich selber durch ihre Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit beeinträchtigt und benachteiligt fühlen, die komorbiden Sozialstörungen dann eher sekundär als Kompensationsmechanismen auftreten. Von daher sind hier die Patienten selbst oft an einer Therapie interessiert. Bei allerdings nicht konsequenter ambulanter Weiterführung und Betreuung kann ein unter stationären und klar strukturierten Bedingungen erzielt therapeutisches Ergebnis nur schwer beibehalten werden. Hierher rührt wahrscheinlich das schlechtere Ergebnis in der 1-1,5-Jahres-Katamnese. Diese Hypothesen müßten allerdings zu ihrer Verifikation in Studien zur Therapiemotivation bzw. zur genauen Erhebung der jeweiligen Weiterbehandlungen der Patienten und deren jeweiligen Erfolgsraten weiterverfolgt werden.

Anders stellt sich die Situation der oftmals durch Zwangseinweisungen und/oder zur Krisenintervention aufgenommenen Patienten der **Gruppe der Sozialverhaltensstörungen** dar: Hier gestaltet sich ein primär therapeutischer Ansatz aufgrund dieser anderen Voraussetzungen (v.a. stationäre Aufnahme gegen den Willen des Patienten) deutlich schwieriger, was wiederum das schlechtere Kurzzeitergebnis dieser Gruppe erklärt. (Überlegungen zum Abschneiden hinsichtlich des Therapieerfolges dieser Gruppe in der 1-1,5-Jahres-Katamnese siehe Abschnitt 8.2.2)

8.2.2 Interessante Nebenbefunde: Unterschiede zwischen den beiden Sozialstörungsgruppen F91 und F92²

Die Herkunft der F91-Gruppe aus **niedrigeren sozialen Schichten** entspricht den Angaben der Literatur, ihre **niedrigere Komorbiditätsrate** ergibt sich aus der jeweiligen Definition der Vergleichsgruppen in dieser Untersuchung³.

Zu der im Vergleich mit der F92-Gruppe kurzen Behandlungsdauer der F91-Gruppe ist anzuführen, daß gerade diese Diagnose-Gruppe in der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie in der

¹ Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sind die recht hohen Ausfallsquoten dieser Erhebungsmaße, v.a. bei den Elternratings, zu beachten.

² F91=Störung des Sozialverhaltens, F92=Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

³ Dies trifft v.a. dann zu, wenn man die DSM-IV-Klassifikation zugrunde legt, die die Komorbiden Sozial- und Emotionalstörungen (F92) nicht wie die ICD-10 als eine einzige, sondern als zwei eigenständige

Regel nur anbehandelt werden kann und zur Weiterbehandlung in andere Hilfseinrichtungen/-maßnahmen überwiesen wird. Eine stationäre Aufnahme erfolgt hier überhaupt nur in Situationen akuter Eigen- oder Fremdgefährdung - auch als Zwangseinweisung - bzw., wenn durch eine vorherige weniger intensive Versorgung keine Symptom-Verbesserung erreicht werden konnte. Dieses Vorgehen entspricht den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie¹. Die genannten Empfehlungen gelten zwar gleichermaßen für die F92-Gruppe, die eine deutlich längere Behandlungsdauer aufweist, bei der aber aufgrund der ihr eigenen komorbiden Emotionalstörungen im Anschluß an die Einweisung eher eine therapeutische Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung besteht.

Die **etwas häufigeren Therapieabbrüche** in der F91-Gruppe hängen wahrscheinlich mit ihren schlechteren sozioökonomischen Ausgangsbedingungen sowie mit dem Vorherrschen der Symptomatik der Sozialverhaltensstörungen in dieser Gruppe zusammen, die bei den F92-Kindern wahrscheinlich öfter von den Emotionalstörungen überlagert werden.

Diese im Vordergrund stehende Symptomatik der Sozialverhaltensstörungen führt mit großer Wahrscheinlichkeit auch zu der **geringeren Anzahl kindzentrierter Therapieverfahren und Funktioneller Übungsbehandlungen** bei den F91-Kindern. Da diese in der mit Emotionalstörungen komorbiden F92-Gruppe wahrscheinlich nicht so hervortreten, könnte es hier einfacher und wirkungsvoller sein, spezifische kindzentrierte Verfahren und Übungsbehandlungen anzuwenden.

Interessant ist das Ergebnis, daß bei den verschiedenen Erhebungsinstrumenten (jeweils Elternurteile) **bei der Langzeit- Katamnese die Gruppe der Kinder mit reinen Störungen des Sozialverhaltens** im Vergleich der drei extraversiven Störungsbilder HKS, F91 und F92 **am besten abschneidet**. Eine mögliche Begründung für das bessere Ergebnis der F91-Gruppe gegenüber den F92-Kindern könnte sein, daß die F92-Gruppe durch ihre höhere Komorbiditätsrate stärker gestört und damit langfristig schwerer behandelbar ist. Dieses Ergebnis müßte allerdings noch eingehend in weiteren Untersuchungen nachgeprüft werden. Zur Einordnung dieses Befundes wichtig ist die Tatsache, daß bei der F91-Gruppe zum Katamnese-Zeitpunkt die Ausschöpfungsquote am geringsten ist. D.h., hier liegen uns die wenigsten Informationen aus Elternratings vor. Sehr wahrscheinlich ist, daß gerade in dieser Gruppe nur noch die Familien erreicht wurden, in denen die Kinder ein relativ gutes therapeutisches Ergebnis erzielten und unter relativ günstigen Bedingungen leben im Vergleich zu den anderen Gruppen. Unsere

Diagnosen auffaßt. Nach dieser Klassifikation hätte die F92-Gruppe definitionsgemäß schon eine Zweitdiagnose-Rate von 100%

¹ Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Dt. Ärzte Verlag, Köln, 2000

Vergleiche zum Therapieerfolg müssen also mit äußerster Vorsicht betrachtet werden. Es sind jeweils starke Ausfallraten vorhanden, die auch nicht bei allen Gruppen gleich ausfallen.

8.3 Gesamteinordnung der Hyperkinetiker im Vergleich zu allen anderen psychiatrischen Störungsgruppen (GIP) und den anderen extraversiven Störungsbildern (Störungen des Sozialverhaltens)

Die Ergebnisse des Vergleiches der Hyperkinetiker mit der GIP scheinen auf den ersten Blick teilweise den Ergebnissen der Einstufung der HKS-Kinder innerhalb der Gruppe der externalisierenden Störungen (F90=HKS, F91, F92) zu widersprechen: Z.B. haben die Hyperkinetiker im Vergleich zur GIP tendenziell eher eine niedrigere Intelligenz, stammen aus niedrigeren sozialen Schichten, leben unter eher stärker belastenden psychosozialen Umständen (Diagnostische Achse V MAS) und weisen mehr zusätzliche Umschriebene Entwicklungsstörungen auf als die GIP - im Vergleich der externalisierenden Störungsgruppen untereinander schneiden sie allerdings in diesen Punkten tendenziell besser ab als die anderen beiden Diagnosegruppen. Die Hyperkinetiker grenzen sich innerhalb der Gruppe der extraversiven Störungen also durchaus von den Störungen des Sozialverhaltens ab.

In anderen Punkten hingegen weichen die Hyperkinetiker von der GIP in gleicher Art und Weise ab wie von den anderen extraversiven Störungsgruppen: Hierunter fallen ihre niedrigere soziale Kompetenz, ihre höhere Komorbiditätsrate mit Stottern und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sowie die bei ihnen sehr häufig angewendete Stimulantientherapie.

Somit stellen z.B. die Punkte Intelligenz, soziale Schicht, assoziierte psychosozial belastende Umstände (Diagnostische Achse V MAS), Komorbiditätsrate mit Stottern, Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sowie mit zusätzlichen umschriebenen Entwicklungsstörungen wie auch die Häufigkeit der medikamentösen Therapie mit Stimulantien in unserer Studie in ihrer jeweiligen Ausprägung Faktoren dar, die für die Gruppe der Hyperkinetiker spezifisch sind und sie sowohl von der GIP als auch von den anderen externalisierenden Störungsgruppen abgrenzen. Neu hinzugekommen sind hier im Vergleich zur gängigen Literatur die Punkte der ersten beiden angeführten Komorbiditäten.

Die **Gruppe der extraversiven Störungen im Ganzen** unterscheidet sich v. a. durch ihre Hauptdiagnose Sozialstörungen bzw. ihre hohe Komorbiditätsrate mit denselben, ihre häufige Wohnsituation bei alleinerziehenden Müttern, ihre insgesamt stärkere psychosoziale Belastung (Diagnostische Achse V des MAS) und Herkunft aus niedrigeren sozialen Schichten, ihre niedrigere Intelligenz sowie ihre höhere Komorbiditätsrate mit zusätzlichen Umschriebenen Entwicklungsstörungen (bei Hyperkinetikern tendenziell etwas stärker ausgeprägt und eher motorischer

Art als bei den anderen Gruppen) und Enuresis von den anderen psychiatrischen Diagnosegruppen der Marburger Kinder-/Jugendpsychiatrie.

Insgesamt betrachtet reiht sich die Gruppe der Hyperkinetiker also ein in die Gesamtgruppe der extraversiven Störungsbilder, in der sie allerdings aufgrund der oben beschriebenen Punkte eine Sonderrolle einnimmt.

8.4 Untergruppenvergleiche der Hyperkinetiker

8.4.1 HKS mit komorbiden Sozialstörungen (HKS+Sozst.) versus HKS ohne Sozialstörungen (HKS ohne Sozst. = „reine“ Hyperkinetiker)

Die Befunde, daß Hyperkinetiker mit Sozialstörungen häufiger bei **alleinerziehenden Müttern** leben, eine **höhere Komorbiditätsrate** und **etwas schlechtere soziale Kompetenz** (Diagnostische Achse VI des MAS) aufweisen, entsprechen exakt den Angaben der Literatur.

Weiterhin reiht sich die bei den HKS-Kindern mit Sozialverhaltensstörungen gefundene tendenziell **höhere Intelligenz** in die widersprüchlichen Angaben der Literatur ein, wenn man die dort erhobenen Ergebnisse zu der Gruppe der Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen betrachtet.

Nähert man sich diesem Punkt, indem man die Einteilung der Hyperkinetiker nach ihren Hauptsymptomen im Sinne der DSM-IV zugrunde legt, ergibt sich folgendes Ergebnis: Da unsere „reinen“ Hyperkinetiker keine Komorbidität mit Sozialstörungen aufweisen, entsprechen sie am ehesten dem inattentiven Subtyp der Hyperkinetiker nach den DSM-IV, der diese Komorbidität gleichfalls nicht aufweist. Für diesen Subtyp wird in der Literatur einheitlich eine im Vergleich der verschiedenen Subtypen niedrigere Intelligenz angegeben, was unserem Ergebnis entspricht.

Betrachtet man nun unsere Ergebnisse zur **Therapie** der Hyperkinetiker, so entspricht der Befund, daß HKS-Kinder mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen häufiger eine **stationäre Therapie** erhalten als die „reinen“ Hyperkinetiker, sehr schön den Indikationen der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie¹ Diese geben als Indikation für eine stationäre Therapie z.B. HKS- Fälle mit schwer ausgeprägten komorbiden Störungen (wie z.B. Störungen des Sozialverhaltens) sowie besonders schwer ausgeprägte hyperkinetische Symptomatik etc. an. Daß diese schweren Fälle in der Regel auch eine **länge-**

¹ Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Dt. Ärzte Verlag, Köln 2000

re Behandlungsdauer benötigen, wie wir sie für diese Untergruppe erhoben haben, leuchtet ein.

Die bei unserer Gruppe der **Hyperkinetikern mit Sozialverhaltensstörungen tendenziell häufiger angewendete medikamentöse Therapie** (durch statistische Testung nicht als signifikant bestätigt) und die **geringere Anzahl Funktioneller Übungsbehandlungen**, die sie erhielten, läßt sich gut durch die jeweiligen Behandlungsschwerpunkte der beiden Gruppen erklären: So treffen bei den HKS-Kindern mit zusätzlichen Sozialverhaltensstörungen gleich zwei Indikationen für die Stimulantientherapie zusammen. Und gerade diese mit Sozialverhaltensstörungen komorbide Gruppe wird laut den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (s.o.) und laut der aktuellen Literatur am besten mit einer Kombination aus Stimulantientherapie und Psychotherapeutischen Verfahren behandelt (wobei funktionelle Übungsbehandlungen hier nicht so stark zum Einsatz kommen). Dieses Vorgehen spiegelt sich in der Tendenz in unseren Ergebnissen genau wieder.

In der Vergleichsgruppe der „reinen“ **Hyperkinetiker** hingegen werden wahrscheinlich die in beiden Gruppen gleichermaßen vorhandenen zusätzlichen Umschriebenen Entwicklungsstörungen stärker deutlich, da sie nicht von einer weiteren, stärker auffallenden Störung überlagert werden. Diesem Umstand könnte nun durch eine höhere Anzahl speziell auf diese Entwicklungsstörungen abgestimmte Funktionelle Übungsbehandlungen Rechnung getragen werden¹. Hier entspricht das Therapeutische Vorgehen in der Marburger KJP also gut den Vorgaben aus Leitlinien und Literatur. Allerdings konnte die beobachtete Tendenz einer etwas häufiger angewendeten medikamentösen Therapie für die mit Sozialverhaltensstörungen komorbide Gruppe der Hyperkinetiker in unserer Studie durch die statistische Testung nicht bestätigt werden. Somit ist die in der Literatur beschriebene und in den Leitlinien empfohlene höhere Medikationsrate stärker hyperaktiv-aggressiver Kinder in unserer klinischen, schwer gestörten Population der Hyperkinetiker zwar tendenziell vorhanden, allerdings nicht besonders ausgeprägt. Auf dieses Ergebnis wird im Rahmen der Untergruppen der Hyperkinetiker, die mit bzw. ohne Stimulantien behandelt wurden, noch näher eingegangen.

Die in unserer Untersuchung für die Hyperkinetiker mit Sozialverhaltensstörungen erhobenen **etwas geringeren Umfeld-bezogenen Maßnahmen** lassen sich nicht weiter erklären.

Unser weiterer Befund, daß sich hyperkinetische Patienten mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen **etwas weniger kooperativ** zeigen als „reine“ Hyperkinetiker, leuchtet aufgrund der Symptomatik der komorbiden Störung ein.

Den **Therapieerfolg** betreffend können wir das sehr einheitlich in der Literatur geschilderte schlechtere Ergebnis der Gruppe der HKS-Kinder mit zusätzlichen Sozialverhaltensstörungen

¹ Diese Hypothese müßte in weiteren Untersuchungen anhand des Symptomprofils der beiden Untergruppen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

im Vergleich zu den „reinen“ Hyperkinetikern nicht bestätigen: In unserem Therapeutenrating am **Behandlungsende** schneiden (statistisch getestet und bestätigt) **beide Gruppen gleich ab**. Da dieses Rating allerdings das einzige darstellt, mit dem uns überhaupt unproblematisch ein Gruppenvergleich möglich ist (bei allen anderen Erhebungsinstrumenten liegen uns für beide Erhebungszeitpunkte für die Gruppe der Hyperkinetiker ohne Sozialverhaltensstörungen nur sehr kleine Fallzahlen vor), sollte es als Hinweis verstanden und nicht überbewertet werden¹.

Die **Ergebnisse der HKS-Gruppe mit komorbiden Sozialstörungen alleine** können in unserer Untersuchung aufgrund verschiedener angewandeter Meßparameter (Prozentuale Veränderung der Symptomatik im Eltern- und Therapeutenurteil, Therapie-Erfolgsratings von Eltern und Therapeuten) als **stabil** und bei einer durchschnittlichen Symptomverbesserung von etwa 50% (Eltern- und Therapeutenurteile) sowie etwa $\frac{3}{4}$ als „gebessert“ (Elternratings) eingestuft Patienten bei Behandlungsende und zum Langzeit-Katamnese-Zeitpunkt (1-1,5-Jahres-Katamnese) als gerade für diese schwer gestörte Diagnosegruppe im Vergleich mit der gängigen Literatur als **sehr gut** eingestuft werden.

Somit entspricht in dieser Untersuchung die Gruppe unserer **Hyperkinetiker mit Sozialverhaltensstörungen** in den Bereichen Wohnsituation (häufig bei alleinerziehenden Müttern), Komorbiditätsrate (eher höher als die der „reinen“ Hyperkinetiker), sozialer Kompetenz (eher geringer ausgeprägt) sowie Intelligenz (eher höher als bei den „reinen“ HKS-Kindern) einer typischen, in der Literatur beschriebenen Untergruppe der Hyperkinetiker dieser Art.

Mit Ausnahme der für diese Gruppe geringeren Umfeldbezogenen Maßnahmen können all unsere Befunde zu Therapiemodus (häufigere Behandlung in der Tagesklinik), Behandlungsdauer (eher länger) und Therapieverfahren (häufigere Stimulantientherapie und weniger funktionelle Übungsbehandlungen) durch den entsprechenden Schwerpunkt der Symptomatik (s.o.) bzw. die Therapie- Empfehlungen aus Leitlinien und Literatur (siehe oben und Kapitel 3 „Spezielle aktuelle Fragestellungen zu HKS/ADHD: Untergruppen, Komorbiditäten, Verlauf und Therapie“) erklärt werden. Das gleich gute Abschneiden der beiden hier untersuchten Gruppen am Behandlungsende sowie das zufriedenstellende und stabile Kurz- wie auch Langzeit-Ergebnis der Gruppe der HKS-Kinder mit Sozialverhaltensstörungen widerspricht der in der Literatur einheitlich für diese Untergruppe beschriebenen schlechten Prognose.

¹ Bei dem Versuch einer statistischen Testung auf Homogenität der Gruppen in dem Bereich Therapieerfolg – den sehr geringen Fallzahlen zum Trotz - können zu keinem Zeitpunkt und bei keinem Erhebungsinstrument signifikante Gruppenunterschiede im Therapieerfolg festgestellt werden. Aufgrund eben der kleinen Fallzahlen sollte aber auch dieses Ergebnis mit Vorsicht betrachtet werden.

8.4.2 HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne umschriebene Entwicklungsstörungen (UE):

Die meisten der in unserer Studie zwischen den Untergruppen der Hyperkinetiker mit und ohne umschriebene Entwicklungsstörungen gefundenen Unterschiede sind nicht überraschend und ergeben sich aus der Art der zusätzlichen Komorbidität:

So ist die mit UE komorbide Gruppe im Durchschnitt etwas **jünger** als die Vergleichsgruppe, da umschriebene Entwicklungsstörungen sehr früh bei Kindern auffallen - gerade bei einer Kombination mit HKS – und früh professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird, sei es zur Abklärung der auftretenden Probleme, die die Eltern nicht einschätzen können, oder zu therapeutischen Zwecken. Erwartungsgemäß weisen diese Kinder weiter einen **niedrigeren IQ** auf, zeigen eine deutlich **niedrigere soziale Kompetenz** (Diagnostische Achse VI des MAS) und eine **schlechtere Kooperation** während der Therapie.

Die gleichfalls erhobene **schlechtere Kooperation der Eltern**¹ in dieser Gruppe während der Therapie sowie ihre Herkunft aus eher **niedrigen sozialen Schichten** leuchtet ein, wenn man sich die in der Literatur beschriebene Vererbbarkeit der Lernstörungen² allgemein, zu denen auch die UE zählen, bewußt macht. So kann man auch bei den Eltern der Hyperkinetiker mit UE von einer erhöhten Rate umschriebener Entwicklungsstörungen ausgehen. Diese sind einer guten Ausbildung und damit einem guten Arbeitsplatz, einem konstruktiv unterstützenden sozialen Netz und somit der Erzielung eines höheren sozialen Status eher abträglich. Dieser Punkt sowie die Wohnsituation bei **alleinerziehenden Müttern**, die in der Literatur generell mit größeren psychosozialen Belastungen verknüpft ist, sind mit großer Wahrscheinlichkeit wichtige Gründe für die **größere Anzahl belastender psychosozialer Faktoren** in der Gruppe der Hyperkinetiker mit zusätzlichen UE.

Somit stellt die Gruppe der Hyperkinetiker mit komorbiden UE insgesamt die stärker gestörte Untergruppe im Vergleich mit HKS-Kindern ohne diese Komorbidität dar.

Hält man sich dieses Ergebnis der stärkeren Belastung/Störung der **HKS-Gruppe mit UE** zugrunde, wundert man sich über deren deskriptiv **gutes Abschneiden v.a. in der Langzeit-Katamnese** im Vergleich zu den Hyperkinetikern ohne UE. Doch auch hier - wie schon bei der Gruppe der Kinder mit „reinen“ Sozialverhaltensstörungen (F91) im Vergleich der sozialverhaltensgestörten Kinder (F91, F92) mit den Hyperkinetikern – ist die wahrscheinlichste Erklärung, daß es zu einer **positiven Auswahl der Teilnehmer in der Langzeit- Katamnese-Untersuchung** gekommen ist; d.h., daß gerade die „besseren“ Eltern, deren Kinder unter

¹ In ca. einem Drittel handelt es sich hier um alleinerziehende Mütter.

² Allerdings werden Lernstörungen und HKS laut Literatur unabhängig voneinander vererbt.

vergleichsweise guten Bedingungen leben und die sich selbst eher in die Therapie mit eingebracht haben, an der Katamnese-Untersuchung teilgenommen haben¹.

Das einzige wegen vollständiger Fallzahlen bedenkenlos statistisch testbare und interpretierbare Ergebnis bei der Betrachtung des Therapieerfolges, nämlich das signifikant bessere Ergebnis der Gruppe der HKS-Kinder ohne UE bei Behandlungsende im Therapeutenrating, entspricht unserer Arbeitshypothese. Abweichend verhalten sich dagegen die deskriptiven Ergebnisse der prozentualen Veränderung der Symptomatik zu beiden Zeitpunkten, die allerdings aufgrund nur geringer Gruppenunterschiede zwischen den Untergruppen der Hyperkinetiker mit und ohne UE, kleiner Fallzahlen sowie ungleicher Ausfallsquoten nicht überinterpretiert werden sollten.

8.4.3 HKS mit Stimulantientherapie (Stt) versus HKS ohne Stimulantientherapie (Stt)

Der Befund, daß bei zwei Elternteilen wohnhafte HKS-Kinder, die Stimulantientherapie erhalten, **tendenziell eher bei nur einem leiblichen Elternteil** und eher **weniger in Pflegefamilien** leben, ist schwer zu interpretieren: Einerseits könnte die höhere Medikationsrate von HKS-Kindern, die nur bei einem leiblichen Elternteil leben, einen Hinweis auf stärker gestörte Kinder in dieser Wohnsituation darstellen. Andererseits werden stärker gestörte Kinder im Rahmen der Jugendhilfemaßnahmen etc. normalerweise eher an Pflegefamilien vermittelt, in denen aber laut unseren Ergebnissen weniger Kinder eine Stimulantientherapie erhalten. - Erklärungsversuche dieser Ergebnisse erweisen sich als rein spekulativ und bei insgesamt nicht besonders ausgeprägten Gruppenunterschieden in diesen Punkten sollen diese nicht weiter verfolgt werden.

Weiter sprechen die Befunde, daß in der HKS-Gruppe mit Stimulantientherapie mehr Kinder aus **niedrigeren sozialen Schichten** stammen, **häufiger komorbide Sozialstörungen** sowie **häufiger UE motorischer Funktionen** und **schulischer Fertigkeiten** aufweisen als in der Vergleichsgruppe dafür, daß die Stimulantientherapie-Gruppe insgesamt stärker gestört ist, und zwar eher in Bereichen, die den hyperaktiv-impulsiven Symptomen des hyperkinetischen Syndroms entsprechen.

Für diesen hyperaktiv-impulsiven Subtyp gibt die amerikanische Literatur die höchste Medikationsrate an, wobei die amerikanischen Medikationsgewohnheiten nicht direkt mit den deutschen z. B. verglichen werden können. Auch in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird allerdings die Stimulantientherapie für schwere Auffälligkeiten „hyperkinetisch(er) oder oppositionell(er)/aggressiv(er) (external(er))“ Art empfohlen¹. Somit entspricht das Medikationsverhalten der Marburger KJP gut den Leitlinien (s. o.) und geht in die gleiche Richtung wie Ergebnisse der amerikanischen Literatur.

¹ Hierfür spricht auch die vergleichsweise größere Ausfallsquote dieser Gruppe.

Bedenkt man nun aber die Tatsache, daß in der Regel – auch gemäß der Leitlinien – nur die schweren, therapieresistenten Fälle der Hyperkinetiker eine stationäre Therapie erhalten sollten, weichen einige unserer Studienergebnisse von den Erwartungen ab:

So werden nur etwa 62% der Gesamtgruppe der Hyperkinetiker in Marburg mit Stimulantien behandelt, womit die Marburger Medikationsrate unter den Literaturangaben zur allgemeinen Ansprechrate auf die Stimulantienmedikation liegt (70-75%)² und auch in **der Gruppe der Hyperkinetiker ohne Stimulantientherapie weisen immerhin knapp 62% der Kinder komorbide Sozialstörungen** auf. Bei dieser Komorbidität ist normalerweise oppositionelles/aggressives Verhalten vorhanden, welches laut Leitlinien am besten mit Stimulantien therapiert würde (s.o.). Genau dies ist in der HKS-Gruppe ohne Stimulantientherapie nun aber definitionsgemäß nicht der Fall. Nach Diskussion mit den klinisch tätigen Ärzten der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt hierfür die Summe der folgenden Erklärungen in betracht:

1. Die Eltern verweigern eine medikamentöse Behandlung generell oder speziell mit Stimulantien.
2. Die Stimulantien werden von den Kindern nicht vertragen (häufige Nebenwirkungen in der Marburger Klinik: schwerer Appetitmangel und Tic-Störungen).
3. In Doppelblindversuchen hat sich bei den einzelnen Patienten gezeigt, daß die Stimulantien nicht oder nicht ausreichend wirksam sind (Non-Responder)³.

Unser Ergebnis, daß die Hyperkinetiker in der Stimulantientherapie-Gruppe während der Therapie tendenziell eher **etwas weniger kooperativ** sind, kann gut mit einer hier stärkeren Ausprägung des Störungsbildes zusammenhängen.

Der Befund einer größeren Anzahl stattgefundener **Sitzungen Kind-zentrierter psychotherapeutischer Verfahren** sowie **etwas häufigerer Umfeld-bezogener Maßnahmen** der HKS-Kinder mit Stimulantientherapie muß vor dem Hintergrund ihrer im Mittel fast doppelt so langen Behandlungsdauer im Vergleich zu der Gruppe ohne Stimulantientherapie beurteilt werden. Denn vor diesem Hintergrund hat die Stimulantientherapie-Gruppe über die Zeit verteilt eine geringere Anzahl dieser Verfahren erhalten. Dieses Ergebnis leuchtet bei der Betrachtung der verschiedenen Schwerpunkte der Symptomatik in den beiden Gruppen ein, besonders, wenn man von einer geringeren Ausprägung der hyperaktiven und aggressiven Symptomatik, dafür stärkeren Gewichtung der UE wie der Emotionalstörungen in der Gruppe ohne Stimulantienthe-

¹ Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Dt. Ärzte Verlag, Köln 2000

² siehe Kapitel 4.3.1.1 „Pharmakotherapie“

³ In einem stationären Therapiesetting wie in der Marburger Klinik können solche Untersuchungen sehr gut durchgeführt werden, eine solche Testung wird auch in der Literatur vor Therapiebeginn empfohlen (z.B. Clarke et al., 2002).

rapie ausgeht. Diese Annahmen müßten anhand detaillierter Untersuchungen der Symptomatik/des Symptomprofils dieser beiden Gruppen bestätigt oder verworfen werden.

Der **häufigere tagesklinische Behandlungsmodus** der Stimulantientherapie-Gruppe wird aufgrund dieser Medikamente mit großer Wahrscheinlichkeit erst möglich und entspricht den Empfehlungen der Leitlinien. In direktem Zusammenhang damit steht die im Vergleich mit der Stimulantientherapie-freien Gruppe **deutlich längere Behandlungsdauer**. Bei dieser teilstationären Therapie wird versucht, langfristiger zu therapieren und nicht nur die Therapie möglichst effizient einzuleiten, wie dieses meist bei der stationären Therapie der Fall ist.

Die Beurteilung des **Therapieerfolges** der beiden Gruppen gestaltet sich aufgrund kleiner Fallzahlen, v.a. in der Gruppe der HKS-Kinder ohne Stimulantientherapie, recht schwierig:

Dem tendenziell besseren Abschneiden der HKS-Gruppe ohne Stimulantientherapie am **Behandlungsende** (Therapeutenurteil zur Veränderung der Symptomatik – allerdings Cave wegen sehr unterschiedlicher Ausfallsraten in den beiden Vergleichsgruppen) stehen zum gleichen Zeitpunkt tendenziell schlechtere Wert für die gleiche Gruppe im Therapeutenrating sowie im Elternurteil zur Symptomatikveränderung entgegen. Hierbei wurde die vorhandene Tendenz im Therapeutenrating statistisch als nicht signifikant getestet. **Somit kann hier nicht von einem deutlichen Gruppenunterschied ausgegangen werden.**

Einheitlich dagegen ist die **Tendenz eines besseren Abschneidens der Stimulantiengruppe zum Katamnese-Zeitpunkt** mit gegenüber dem Behandlungsende stabilem Therapieerfolg.

Insgesamt wird der in der Literatur angegebene gute Therapieerfolg der Stimulantientherapie in unserer Studie zwar deutlich, stellt sich allerdings zumindest kurzfristig nicht so stark heraus wie man aufgrund der Literaturangaben vermuten könnte. Langfristig lässt sich ein besseres Abschneiden der Stimulantiengruppe schon eher bestätigen (v.a. im Elternrating zum Katamnesezeitpunkt), wobei an dieser Stelle allerdings noch einmal auf unsere recht hohen Ausfallsquoten hingewiesen sei.

Zusammenfassend kann man somit bei der Gruppe der in der Marburger KJP **mit Stimulanzien behandelten HKS-Kinder** von eher stärker gestörten Kindern mit eher hyperaktiv-impulsiver Symptomatik, häufigen komorbiden Sozialverhaltensstörungen und typischen hyperkinetischen Schwierigkeiten im motorischen und schulischen Bereich ausgehen. Diese werden gemäß den Empfehlungen der Leitlinien und gemäß dem Schwerpunkt ihrer Symptomatik eher tagesklinisch behandelt, was erwartungsgemäß eine längere Behandlungsdauer in Anspruch nimmt. Den Therapieerfolg dieser Gruppe betreffend, kann ihr – im Sinne der Ergebnisse der Literatur - ein gutes und über die zwei Erhebungszeiträume stabiles Ergebnis bescheinigt werden – wobei in unserer Studie hier eher das längerfristige Ergebnis überzeugt (1-1,5 Jahres-Katamnese).

Die Gruppe der **Hyperkinetiker ohne Stimulantientherapie** betreffend, müßten Annahmen zu einem anderen Symptomschwerpunkt als in der Stimulantientherapiegruppe (aufgrund einer

hohen Komorbiditätsrate mit Enuresis und Stottern), die unsere weiteren Befunde zu dieser Gruppe erklären würden, mit einer detaillierten Untersuchung der Symptomatik überprüft werden.

8.5 Zusammenfassende Beurteilung der Gruppe der Hyperkinetiker

Zusammenfassend stellen die Untergruppen unserer Studie HKS mit komorbiden Sozialstörungen (Sozst.), HKS mit zusätzlichen Umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE), HKS mit Stimulantientherapie allesamt typische, in der Literatur beschriebene Teilgruppen der Gesamtgruppe der Hyperkinetiker dar. Die zu den einzelnen Untergruppen erhobenen Befunde lassen sich durch den jeweiligen Schwerpunkt der Symptomatik, therapeutische Aspekte auch durch Empfehlungen aus den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und/oder Literatur erklären.

Einzig das in unseren Ergebnissen recht gute Langzeit- Abschneiden sowohl der HKS-Gruppe mit Sozialstörungen als auch der Hyperkinetiker mit zusätzlichen UE ist unerwartet. Obwohl diese Befunde in den sehr hohen Ausfallsquoten in den entsprechenden Erhebungsinstrumenten (jeweils LISTE- Erhebung zur Prozentualen Veränderung der Symptomatik und Therapieerfolgsratings der Eltern)¹, die in den verschiedenen Untergruppe zudem unterschiedlich stark ausfallen, sowie v.a. auch in einer Positivauswahl der Studienteilnehmer begründet liegen können, sind sie ernst zu nehmen und in weiteren Studien genauer nachzuprüfen: Z.B. eine inhaltliche Prüfung in der Gruppe HKS mit/ohne UE, ob der zusätzliche (und vorherrschende?) Schwerpunkt der Symptomatik im Bereich der umschriebenen Entwicklungsstörungen letztendlich zu einer besseren Therapierbarkeit dieser HKS-Kinder führt.

Weiterhin ist der Anteil von 62% mit Stimulantien medizierter Kinder an der Gruppe der Hyperkinetiker im Vergleich mit den Literaturangaben (70-75% Responder) eher gering, was wahrscheinlich am ehesten durch die in Deutschland besonders kritische Haltung gegenüber dieser Medikation und damit ihre Ablehnung durch die Eltern zustande kommen dürfte. Doch auch diese Hypothese gilt es nachzuprüfen.

¹ In dem Untergruppenvergleich der HKS-Kindern mit/ohne Sozialstörungen sind die gültigen Werte der Hyperkinetiker ohne Sozialstörungen in allen Therapieevaluationsinstrumenten (Ausnahme: Erfolgsrating des Therapeuten am Behandlungsende) so klein, daß gar kein Gruppenvergleich mit der stärker gestörten Gruppe (HKS+Sozst.) angestellt werden kann.

9 ZUSAMMENFASSUNG

Berichtet wird über eine **empirische Katamnese-/Follow-up-Untersuchung** einer **klinisch** (stationär und teilstationär) behandelten Stichprobe mit der Diagnose **F90/Hyperkinetisches Syndrom** von **104 Patienten**. Die Patientenstichprobe wurde aus den gesamt in den **neun Jahren 1.01.1992–31.12.2000** in die Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommenen Patienten zusammengestellt und **deskriptiv und explorativ vergleichend mit weiteren Gruppen des gleichen Zeitraumes betrachtet**: Zum einen mit der Gesamtheit aller im gleichen Zeitraum in die Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommenen Diagnosegruppen (**Gesamtinanspruchnahmepopulation-GIP**), zum anderen innerhalb der Gruppe der **extraversiven Störungsbilder** (Hyperkinetisches Syndrom (F90) und Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92)). Hieran wurden verschiedene **Untergruppenvergleiche der Hyperkinetiker** angeschlossen. Einige ausgewählte Hypothesen wurden statistisch überprüft.

Die **verwendeten Daten** stammen aus der allgemeinen Basisdokumentation sowie aus weiterführenden Erhebungen im Rahmen der Qualitäts-Evaluation der Klinik. Es gab **vier Zeitpunkte, an denen Daten erhoben wurden**: Anfang und Ende der Behandlung, 4-6 Wochen (4-6-Wochen-Katamnese/Nachuntersuchung) und 1-1,5 Jahre (1-1,5Jahres-Katamnese) nach Entlassung der Patienten. Die **Evaluationsinstrumente der Katamneseuntersuchungen** waren jeweils in Vorstudien im Rahmen der Qualitäts-Evaluation in der Marburger Klinik entwickelt und getestet worden. Sie bestanden aus Telefoninterviews sowie der LISTE (Liste individueller Symptome zur Therapieevaluation)-Methodik zur Evaluation des Therapieerfolges. Insgesamt wurden Daten zu soziodemographischen Angaben/Umgebungsfaktoren, Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau, Therapie/Kooperation und Therapieerfolg erhoben.

Der Gesamtdatensatz aus dem neunjährigen Zeitraum wurde anhand von **fünf Reduktionsstufen** bereinigt: Die erste reduzierte die insgesamt 2910 stattgefundenen Episoden (Kliniksauenthalte) auf „einen Fall pro Patient“, die weiteren gliederten den Gesamtdatensatz anhand der jeweils durchgeführten Erhebungen/vorhandenen Daten. In den verschiedenen Erhebungszeiträumen verwendete alte und neue Fassungen des gleichen Erhebungsinstrumentes wurden durch **Umkodierungen** aufeinander abgebildet. **Für den Vergleich der Hyperkinetiker mit den beiden anderen extraversiven Diagnosegruppen** der Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92) wurden **durch Matchingverfahren gleich große Gruppen von je 91 männlichen Patienten** der drei Störungsgruppen **gebildet**. Kriterien für die Auswahl der Matchingpartner stellten Geschlecht, Alter, Therapiemodus (stationär/teilstationär) sowie die Behandlungsdauer dar. Die **drei durchgeführten Untergruppenvergleiche der Hyperkinetiker** betrachteten 1) Hyperkinetiker mit versus ohne komorbide Sozialverhaltensstörungen, 2) Hyperkinetiker mit versus ohne komorbide umschriebene Entwicklungsstörungen und 3) Hyperkinetiker mit versus ohne erhaltene Stimulantientherapie.

Im Vergleich zur Gesamtinanspruchnahmepopulation (GIP) der Marburger Klinik stellt die Gruppe der Hyperkinetiker eine typische, in der Literatur beschriebene Stichprobe dieser Diagnosegruppe dar - als einzige Abweichung wurde bei uns zusätzlich eine hohe Komorbiditätsrate mit Enuresis (Einnässen) und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend gefunden. Bei den verschiedenen Maßen zur Erhebung des Therapieerfolges gelten zum Behandlungsende in beiden Gruppen jeweils 70-85% der Kinder als „gebessert“, die Ergebnisse zu diesem Zeitpunkt stellen sich aber insgesamt widersprüchlich dar: Während sowohl bei den Eltern- als auch bei den Therapeutenangaben jeweils ein Erhebungsinstrument keinen signifikanten Gruppenunterschied ergibt, stellt sich bei den Therapeutenurteilen zur Symptomveränderung die GIP, in den Elternratings die Gruppe der Hyperkinetiker signifikant besser dar. Im Gegensatz dazu sind die Ergebnisse der 1-1,5 Jahres-Katamnese eindeutig: Hier schneidet die Gesamtinanspruchnahmepopulation besser ab.

Auch die **Betrachtung der Hyperkinetiker innerhalb der Gruppe der extravertierten Störungsbilder** fällt erwartungsgemäß aus: Trotz einiger Gemeinsamkeiten der drei extravertierten Störungsgruppen (im Vergleich zur GIP bei allen drei Gruppen vorhanden: Hauptdiagnose Sozialverhaltensstörungen bzw. hohe Komorbiditätsrate mit denselben, häufige Wohnsituation bei alleinerziehenden Müttern, eher starke psychosoziale Belastung (Diagnostische Achse V des MAS), Herkunft aus eher niedrigen sozialen Schichten, eher geringere Intelligenz sowie hohe Komorbiditätsrate mit Umschriebenen Entwicklungsstörungen) grenzen sich die Hyperkinetiker dennoch von den Sozialverhaltensstörungen ab (Herkunft aus vergleichsweise höheren sozialen Schichten; eher weniger psychosoziale Belastungsfaktoren, v.a. schulischer Art; häufigere umschriebene Entwicklungsstörungen, v.a. motorischer Art; niedrigere soziale Kompetenz). Den Therapieerfolg betreffend, schneiden alle drei Gruppen sehr ähnlich ab. Ein interessanter Nebenbefund dieses Vergleiches besteht in dem sehr guten Langzeit-Ergebnis der Sozialverhaltensstörungsgruppe F91, für die in der Literatur in der Regel eine problematische Prognose berichtet wird.

Die **Befunde der Untergruppenvergleiche** stimmen gleichfalls gut mit der bestehenden Literatur überein, nur die Ergebnisse zum Therapieerfolg weichen etwas zum Positiven ab: So erzielen die jeweils stärker gestörten Untergruppen der Hyperkinetiker mit Sozialverhaltensstörungen bzw. zusätzlichen umschriebenen Entwicklungsstörungen gute und stabile Kurz- wie auch Langzeitergebnisse (z. B. erzielen die Hyperkinetiker mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen kurz- wie langfristig eine durchschnittliche Symptomverbesserung von etwa 50% und ca. 75% dieser Gruppe werden in den Ratings als „gebessert“ eingestuft). Allerdings kam es bei diesen Erhebungen zu starke Ausfallquoten, und eine Positivauswahl der teilnehmenden Interviewpartner ist wahrscheinlich. Zudem ist ein Vergleich des Therapieerfolges mit der jeweilig schwächer gestörten Untergruppe aufgrund zu kleiner Fallzahlen meist unmöglich. Die im Rahmen des Untergruppenvergleiches der Hyperkinetiker mit versus ohne Stimulantientherapie erhobene niedrige Medikationsrate der schwerer gestörten Hyperkinetiker (z.B. mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen) weicht von den höheren Angaben der Literatur ab.

10 Literaturverzeichnis

Abikoff, H., M. Courtney, et al. "Teachers' ratings of disruptive behaviors: the influence of halo effects." Journal of Abnormal Child Psychology, 1993 Oct; 21(5): 519-33.

Abikoff, H. and R. G. Klein (1992). "Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: comorbidity and implications for treatment." Journal of consulting and clinical psychology 60(6): 881-92.

Achenbach, T. M., C. T. Howell, et al. "Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: I. Cross-informant syndromes." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1995 Mar; 34(3): 336-47.

Achenbach, T. M., C. T. Howell, et al. "Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: II. Signs of disturbance." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1995 Apr; 34(4): 488-98.

Alessandri, S. M. (1992). "Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers." Journal of Abnormal Child Psychology 20(3): 289-302.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington DC.

American Psychiatric Association (1996). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association (1994)/ dt. Bearb. u. Einf. von Henning Sass; Red. Koordination: Isabell Houbon. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle, Hogrefe-Verlag.

Anastopoulos, A. D., T. L. Shelton, et al. "Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning." Journal of Abnormal Child Psychology, 1993 Oct; 21(5): 581-96.

Anderson, J. C., S. Williams, et al. (1987). "DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population." Archives of general psychiatry 44(1): 69-76.

Angold, A., E. J. Costello, et al. "Comorbidity." Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1999 Jan; 40(1): 57-87.

Asay, T. P. and T. L. Dimperio (1991). Outcome of children treated in psychiatric hospitals (pp.21-29). In: Mirin, S. M.; Gossett, J. T.; Grob, M. C.: Psychiatric treatment: Advances in outcome research. Washington DC, American Psychiatric Press.

August, G. J., G. M. Realmuto, et al. (1999). "Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 38(10): 1262-1270.

Barkley, R. A., G. Grodzinsky, et al. "Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: a review and research report." Journal of Abnormal Child Psychology. 1992 Apr; 20(2): 163-88.

Barkley, R. A. and C. E. Cunningham (1979). "The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children." Archives of General Psychiatry 36(2): 201-208.

Barkley, R. A., J. Karlsson, et al. (1985). "Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: Effects of two dose levels of Ritalin." Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 26(5): 705-715.

Literaturverzeichnis

- Barkley, R. A., M. Fischer, et al. (1990). "The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29(4): 546-57.
- Barkley, R. A. (1990). Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. New York, Guilford Press.
- Barkley, R. A., M. Fischer, et al. (1991). "The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology." Journal of child psychology and psychiatry, and Allied Disciplines 32(2): 233-55.
- Barkley, R. A., G. DuPaul, et al. (1991). "Attention deficit disorder with and without hyperactivity: clinical response to three dose levels of methylphenidate." Pediatrics 87(4): 519-31.
- Barkley, R. A., A. D. Anastopoulos, et al. (1992). "Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Mother^adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology." Journal of Abnormal Child Psychology 20(3): 263-288.
- Barkley, R. A. (1996). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Mash, E. J.; Barkley, R. A.: Child Psychopathology. New York, Guilford Press.
- Baumgaertel, A. "Alternative and controversial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder." Pediatric Clinics of North America 1999 Oct; 46(5): 977-92.
- Baumgaertel, A., M. L. Wolraich, et al. "Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1995 May; 34(5): 629-38.
- Befera, M. S. and R. A. Barkley (1985). "Hyperactive and normal girls and boys: mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology." Journal of child psychology and psychiatry, and Allied Disciplines 26(3): 439-52.
- Biederman, J., S. V. Faraone, et al. "Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples." Archives of General Psychiatry 1992 Sep; 49(9): 728-38.
- Biederman, J. "Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective." Journal of Clinical Psychiatry. 1998; 59 Suppl 7: 4-16.
- Biederman, J., S. V. Faraone, et al. "Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder." Psychiatry Research. 1994 Jul; 53(1): 13-29.
- Biederman, J., S. V. Faraone, et al. "Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder." American Journal of Psychiatry. 1993 Dec; 150(12): 1792-8.
- Biederman, J., J. Newcorn, et al. (1991). "Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders." American Journal of Psychiatry, The 148(5): 564-77.
- Bird, H. R., G. Canino, et al. (1988). "Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures." Archives of general psychiatry 45(12): 1120-6.
- Bird, H. R., M. S. Gould, et al. (1990). "The comorbidity of ADHD in a community sample of children aged 6 through 16 years." Journal of Child and Family Studies 3: 365-378.

Literaturverzeichnis

- Blanz, B. and M. H. Schmidt (2000). "Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry." Journal of child psychology and psychiatry, and Allied Disciplines 41(6): 703-12.
- Blondis, T. A. "Motor disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder." Pediatric Clinics of North America 1999 Oct; 46(5): 899-913, vi-vii.
- Blotcky, M. J., T. L. Dimperio, et al. (1984). "Follow-up of children treated in psychiatric hospitals: a review of studies." American journal of psychiatry, The 141(12): 1499-507.
- Borland, B. L. and H. K. Heckman "Hyperactive boys and their brothers. A 25-year follow-up study." Archives of General Psychiatry. 1976 Jun; 33(6): 669-75.
- Brühl, B., M. Döpfner, et al. (2000). "Der Fremdbeobachtungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) - Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien." Kindheit und Entwicklung 9(115-125).
- Byrne, J. M., N. A. DeWolfe, et al. (1998). "Assessment of attention-deficit hyperactivity disorder in preschoolers." Child Neuropsychology 4(1): 49-66.
- Cantwell, D. P. (1994). Therapeutic management of attention deficit hyperactivity disorder: Participant workbook. New York, Guilford Press.
- Cantwell, D. P. (1995). Child psychiatry: introduction and overview. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI, Kaplan HI, Sadock BJ (pp.2151-2154). Baltimore, Williams & Wilkins.
- Carte, E. T., J. T. Nigg, et al. "Neuropsychological functioning, motor speed, and language processing in boys with and without ADHD." Journal of Abnormal Child Psychology. 1996 Aug; 24(4): 481-98.
- Clark, C., M. Prior, et al. "Do executive function deficits differentiate between adolescents with ADHD and oppositional defiant/conduct disorder? A neuropsychological study using the Six Elements Test and Hayling Sentence Completion Test." Journal of Abnormal Child Psychology. 2000 Oct; 28(5): 403-14.
- Clarke, A., R. Barry, et al. (2002). "EEG differences between good and poor responders to methylphenidate and dexamphetamine in children with attention-deficit/hyperactivity disorder." Clinical Neurophysiology. 113(2): 194-205.
- Cochran, W. (1954). "Some methods for strengthening the common X_2 -tests." Biometrics 10: 417-451.
- Cohen, N. J. and K. Minde (1983). "The 'hyperactive syndrome' in kindergarten children: comparison of children with pervasive and situational symptoms." Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 24(3): 443-55.
- Cohen, P., J. Cohen, et al. (1993). "An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age- and gender-specific prevalence." Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 34(6): 851-867.
- Corkum, P. V. and L. S. Siegel "Is the Continuous Performance Task a valuable research tool for use with children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder?" Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines. 1993 Oct; 34(7): 1217-39.
- Crijnen, A. A., T. M. Achenbach, et al. (1999). "Problems reported by parents of children in multiple cultures: the Child Behavior Checklist syndrome constructs." American Journal of Psychiatry, The 156(4): 569-74.
- Cunningham, C. E. and L. S. Siegel (1987). "Peer interactions of normal and attention-deficit-disordered boys during free-play, cooperative task, and simulated classroom situations." Journal of Abnormal Child Psychology 15(2): 247-268.

Literaturverzeichnis

- Cunningham, C. E., B. B. Bennes, et al. (1988). "Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADHD children." Journal of Clinical Child Psychology 17(2): 169-177.
- Cunningham, C. E. (1999). "In the wake of the MTA: Charting a new course for the study and treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder." Canadian Journal of Psychiatry 44: 999-1006.
- Cunningham, C. E. and M. H. Boyle (2002). "Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates." Journal of Abnormal Child Psychology 30(6): 555-569.
- Deimel, W., G. Schulte-Korne, et al. "Welchen Nutzen haben die Conners-Lehrer-Fragebogen für die klinische Forschung und Praxis?" Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 1997 Aug; 25(3): 174-86.
- DeVito, C. and J. Hopkins (2001). "Attachment, parenting, and marital dissatisfaction as predictors of disruptive behavior in preschoolers." Development and Psychopathology 13(2): 215-231.
- Diamond, R., R. Tannock, et al. (1999). "Response to methylphenidate in children with ADHD and comorbid anxiety." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 38: 402-409.
- Doyle, A. E. and S. V. Faraone "Familial links between attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder, and bipolar disorder." Current Psychiatry Reports 2002 Apr; 4(2): 146-52.
- Döpfner, M., W. Berner, et al. (1993). Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV). Weinheim, Beltz-Verlag.
- Döpfner, M. and G. Lehmkuhl (1998). Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). Bern, Huber-Verlag.
- Döpfner, M., W. Berner, et al. (1998). Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D): Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden. Göttingen, Hogrefe-Verlag.
- Döpfner, M. (2000). "Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens." Verhaltenstherapie(10): 89-100.
- Döpfner, M., J. Frölich, et al. (2000). Hyperkinetische Störungen. Göttingen, Hogrefe.
- Duggan (2000). "Managing ADHD in general practice. N of 1 trials can help!" Australian Family Physician 29(12): 1205-9.
- Dulcan, M. (1997). "Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36(10 Suppl): 85S-121S.
- DuPaul, G. J., R. A. Barkley, et al. "Response of children with ADHD to methylphenidate: interaction with internalizing symptoms." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1994 Jul-Aug; 33(6): 894-903.
- DuPaul, G. J., K. E. McGoey, et al. (2001). "Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 40(5): 508-515.
- Eiraldi, R. B., T. J. Power, et al. "Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder among 6- to 12-year-old children." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997 Apr; 36(4): 503-14.

Literaturverzeichnis

Epstein, J. N., N. A. Goldberg, et al. (1997). "The effects of anxiety on continuous performance test functioning in an ADHD clinic sample." Journal of Attention Disorders. 2: 45-52.

Faraone, S. V., J. Biederman, et al. "Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: results from a family genetic study." American Journal of Psychiatry. 1993 Jun; 150(6): 891-5.

Faraone, S. V., J. Biederman, et al. "Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients." Psychological Medicine 1991 Feb; 21(1): 109-21.

Faraone, S. V., J. Biederman, et al. (1991). "Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients." Psychological Medicine 21(1): 109-21.

Faraone, S. V., J. Biederman, et al. (1993). "Segregation analysis of attention deficit disorder." Psychiatric Genetics 2: 257-275.

Faraone, S. V., J. Biederman, et al. (1998). "Psychiatric, neuropsychological, and psychological features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinical referred sample." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 37: 185-193.

Fergusson, D. M., L. J. Horwood, et al. (1993). "The effects of conduct disorder and attention deficit in middle childhood on offending and scholastic ability at age 13." Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 34(6): 899-916.

Fletcher, K. E. (1996). "A Sequential Analysis of Mother-Adolescent Interactions of ADHD, ADHD/ODD, and Normal Teenagers During Neutral and Conflict Discussion." Journal of Abnorm Child Psychology 24(3): 271-297.

Frick, P. J., R. W. Kamphaus, et al. (1991). "Academic underachievement and the disruptive behavior disorders." Journal of Consulting and Clinical psychology 59(2): 289-94.

Gabel, S. and R. Shindlecker (1990). "Parental substance abuse and suspected child abuse/maltreatment predict outcome in children's inpatient treatment." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29(6): 919-24.

Gadow, K. D., E. E. Nolan, et al. "Comparison of attention-deficit/hyperactivity disorder symptom subtypes in Ukrainian schoolchildren." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 2000 Dec; 39(12): 1520-7.

Gaub, M. and C. L. Carlson "Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population." Journal of Abnormal Child Psychology. 1997 Apr; 25(2): 103-11.

Gaub, M. and C. L. Carlson "Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 1997 Aug; 36(8): 1036-45.

Goldstein, S. and M. Goldstein (1990). Managing attention disorders in children: a guide for practitioners. New York, Wiley.

Gordon, N. (1999). "Attention deficit hyperactivity disorder: Possible causes and treatment." International Journal of Clinical Practice 53(7): 524-528.

Gossett, J. T., J. M. Lewis, et al. (1983). To find a way: The outcome of hospital treatment of disturbed adolescents. New York, Brunner/Mazel.

Literaturverzeichnis

Grodzinsky, G. M. and R. Diamond (1992). "Frontal lobe functioning in boys with attention-deficit hyperactivity disorder." Developmental Neuropsychology 8: 427-445.

Halperin, J. M., J. H. Newcorn, et al. "Impulsivity and the initiation of fights in children with disruptive behavior disorders." Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1995 Oct; 36(7): 1199-211.

Halperin, J. M. and J. H. Newcorn (1998). Impulsivity and Aggression in boys with ADHD. In: Neurobiology of Aggression and Impulsivity. Maes, M.; Coccaro, E. (pp.47-61). West Sussex, England, Wiley.

Handen, B., H. Feldman, et al. (1999). "Efficacy of methylphenidate among preschool children with developmental disabilities and ADHD." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 38(7): 805-12.

Herrero, M. E., L. Hechtman, et al. (1994). "Antisocial disorders in hyperactive subjects from childhood to adulthood: predictive factors and characterization of subgroups." American Journal of Orthopsychiatry. The 64(4): 510-21.

Hinshaw, S. P., E. B. Owens, et al. "Family processes and treatment outcome in the MTA: negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment." Journal of Abnormal Child Psychology. 2000 Dec; 28(6): 555-68.

Hinshaw, S. P. "Academic underachievement, attention deficits, and aggression: comorbidity and implications for intervention." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1992 Dec; 60(6): 893-903.

Hinshaw, S. P. (1987). "On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology." Psychological Bulletin 101(3): 443-63.

Hoagwood, K., K. J. Kelleher, et al. (2000). "Treatment services for children with ADHD: a national perspective." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 39(2): 198-206.

Hoza, B., J. S. Owens, et al. "Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder." Journal of Abnormal Child Psychology. 2000 Dec; 28(6): 569-83.

Jadad, A. R. (1990). "The treatment of Attention-deficit hyperactivity disorder: an annotated bibliography and critical appraisal of published systematic reviews and metaanalyses." Canadian Journal of Psychiatry; Revue canadienne de psychiatrie 44(10): 1025-35.

Jaffa, T. and C. Stott (1999). "Do inpatients on adolescent units recover? A study of outcome and acceptability of treatment." European Child and Adolescent Psychiatry 8(4): 292-300.

Jensen, P. S., S. P. Hinshaw, et al. "Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers." J-Dev-Behav-Pediatr. 2001 Feb; 22(1): 60-73.

Jensen, P. S., S. P. Hinshaw, et al. "ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001 Feb; 40(2): 147-58.

Jensen, P. S., D. Martin, et al. (1997). "Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36(8): 1065-79.

Johnston, C. and K. Behrenz (1993). "Childrearing discussions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of aggressive-defiant behavior." Canadian Journal of School Psychology 9(1), Spec Issue: 53-65.

Literaturverzeichnis

Johnston, C. (1996). "Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior." Journal of Abnormal Child Psychology 24(1): 85-104.

Johnston, C. and W. Freeman (1997). "Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and children with attention deficit-hyperactivity disorder." Journal of Consulting and Clinical Psychology 65(4): 636-645.

Karow, T. and R. Lang (2000). Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Bergisch-Gladbach, Druckerei F. Hansen.

Kazdin, A. E. (1993). "Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research." Developmental Psychopathology 5: 277-310.

Klassen, A., A. Miller, et al. (1999). "Attention-deficit hyperactivity disorder in children and youth: a quantitative systematic review of the efficacy of different management strategies." Canadian Journal of Psychiatry; Revue canadienne de psychiatrie 44(10): 1007-16.

Krause, K. H., J. Krause, et al. (1998). "Das hyperkinetische Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) des Erwachsenenalters." Nervenarzt, Der 69(7): 543-56.

Kuhne, M., R. Schachar, et al. (1997). "Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36(12): 1715-1725.

Lahey, B. B., R. Loeber, et al. "Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence." Journal of Abnormal Psychology. 1995 Feb; 104(1): 83-93.

Lahey, B. B., J. C. Piacentini, et al. (1988). "Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 27(2): 163-70.

Lahey, B. B., R. Loeber, et al. (1992). "Oppositional defiant and conduct disorders: issues to be resolved for DSM-IV." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 31(3): 539-46.

Lahey, B. B. (1992). "Oppositional defiant and conduct disorders: Issues to be resolved for DSM-IV." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 31(3): 539-546.

Lalonde, J., A. Turgay, et al. "Attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and comorbid disruptive behaviour disorders in a child and adolescent mental health clinic." Canadian Journal of Psychiatry. 1998 Aug; 43(6): 623-8.

Lavigne, J. V., C. Cicchetti, et al. "Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001 Dec; 40(12): 1393-400.

Lavigne, J. V., R. Arend, et al. "Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1998 Dec; 37(12): 1246-54.

Lavigne, J. V., R. Arend, et al. "Psychiatric disorders with onset in the preschool years: II. Correlates and predictors of stable case status." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1998 Dec; 37(12): 1255-61.

Lehmkuhl, G., M. Doepfner, et al. "Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern." Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 1998; 26(2): 83-96.

Literaturverzeichnis

Leung, P. W., T. P. Ho, et al. "Separation and comorbidity of hyperactivity and conduct disturbance in Chinese schoolboys." Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1996 Oct; 37(7): 841-53.

Leung, P. W. and K. J. Connolly "Distractibility in hyperactive and conduct-disordered children." Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1996 Mar; 37(3): 305-12.

Lie, N. (1992). "Follow-ups of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a review." Acta Psychiatr Scand Suppl 368: 1-40.

Loeber, R. (1990). "Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency." Clinical Psychology Review 10: 1-41.

Loney, J. and J. E. Langhouse (1979). "A four-fold model for subgrouping the hyperkinetic child." Psychiatry and Human Development 9(3): 153-159.

Loney, J., J. Kramer, et al. (1981). The hyperactive child grows up: predictors of symptoms, delinquency and achievement at follow-up. In: Gadow, K.D.; Loney, J.; eds. Boulder, C.O.: Psychosocial Aspects of Drug Treatment for Hyperactivity, Westview Press.

Mannuzza, S., R. G. Klein, et al. "Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up." American Journal of Psychiatry. 1998 Apr; 155(4): 493-8.

Mannuzza, S., R. G. Klein, et al. "Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status." Archives of General Psychiatry. 1993 Jul; 50(7): 565-76.

Mannuzza, S. (1991). "Hyperactive boys almost grown up: V. Replication of psychiatric status." Archives of General Psychiatry 48: 77-83.

Mariani, M. A. and R. A. Barkley (1997). "Neuropsychological and academic functioning in preschool boys with attention deficit hyperactivity disorder." Developmental Neuropsychology 13(1): 111-129.

Mariani, M. and R. A. Barkley (1997). "Neuropsychological and academic functioning in preschool boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder." Developmental Neuropsychology 13: 111-129.

Marks, D. J., J. H. Newcorn, et al. (2001). "Comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder." Annals of the New York Academy of Sciences 931: 216-38.

Matier, K., J. M. Halperin, et al. (1992). "Methylphenidate response in aggressive and nonaggressive ADHD children: distinctions on laboratory measures of symptoms." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 31(2): 219-25.

Matier, K., N. Perachio, et al. (1995). "Differential diagnosis of ADHD: are objective measures of attention, impulsivity and activity level helpful?" Child Neuropsychology 1: 118-127.

Mattejat, F. and H. Remschmidt "The List of Individual Symptoms for Therapy Evaluation (LISTE)--an efficient method for individualized outcome assessment." European Child and Adolescence Psychiatry. 2001; 10 Suppl 1: 146-58.

Mattejat, F., O. Hirsch, et al. "Die Nutzung von Telefoninterviews für die Qualitätssicherung und Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Literaturübersicht und empirische Ergebnisse zur Teilnahmequote und zu möglichen Stichprobenverzerrungen." Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2003 Feb; 31(1): 17-34.

McBride, M. (1988). "An individual double-blind crossover trial for assessing methylphenidate response in children with attention deficit disorder." Journal of Paediatrics 113(1 Pt 1): 137-45.

Literaturverzeichnis

- McBurnett, K., L. J. Pfiffner, et al. "Experimental cross-validation of DSM-IV types of attention-deficit/hyperactivity disorder." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 1999 Jan; 38(1): 17-24.
- Mellor, D. J., S. P. Storer, et al. (1996). "Attention deficit hyperactivity disorder: perceptions, practice and politics." Journal of Paediatrics and Child Health 32(3): 218-22.
- Melnick, S. M. and S. P. Hinshaw "What they want and what they get: the social goals of boys with ADHD and comparison boys." Journal of Abnormal Child Psychology. 1996 Apr; 24(2): 169-85.
- Moffitt, T. E. and B. Henry (1989). "Neuropsychological assessment of executive functions in self-reported delinquents." Developmental Psychopathology 1: 105-118.
- Morgan, A. E., G. W. Hynd, et al. "Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: relationship to previous DSM diagnoses/subtype differences." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 1996 Mar; 35(3): 325-33.
- Morrison, J. R. and M. A. Steward (1973). "The Psychiatric studies of legal families of adopted hyperactive children." Archives of General Psychiatry 28: 888-891.
- MTA (1999). "14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder." Archives of General Psychiatry 56: 1073-1086.
- Murphy, K. and R. A. Barkley "Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments." Comprehensive Psychiatry. 1996 Nov-Dec; 37(6): 393-401.
- Murphy, K. R., R. A. Barkley, et al. "Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history." Journal of Nervous and Mental Disease 2002 Mar; 190(3): 147-57.
- Nagel-Hiemke, M., B. Berg, et al. (1984). "The influence of methylphenidate on the sympathoadrenal reactivity in children diagnosed as hyperactive." Klinische Pädiatrie 196(2): 78-82.
- Newcorn, J. H., J. M. Halperin, et al. "Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 2001 Feb; 40(2): 137-46.
- Nolan, E. E., K. D. Gadow, et al. "Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 2001 Feb; 40(2): 241-9.
- Nolan, M. and A. Carr (2000). Attention deficit disorder. What works in children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families. New York: Routledge.
- Oosterlaan, J., G. D. Logan, et al. "Response inhibition in AD/HD, CD, comorbid AD/HD + CD, anxious, and control children: a meta-analysis of studies with the stop task." Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1998 Mar; 39(3): 411-25.
- Oosterlaan, J. and J. A. Sergeant "Response inhibition and response re-engagement in attention-deficit/hyperactivity disorder, disruptive, anxious and normal children." Behavioural Brain Research. 1998 Jul; 94(1): 33-43.
- Paternite, C. E., J. Loney, et al. (1996). "A preliminary validation of subtypes of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder." Journal of Attention Disorders 1: 70-86.
- Paule, M. G. (2000). "Attention-deficit hyperactivity disorder: characteristics, interventions and models." Neurotoxicology and Teratology 22(5): 631-651.

Literaturverzeichnis

- Pelham, W. E., A. R. Lang, et al. (1997). "Effects of deviant child behavior on parental distress and alcohol consumption in laboratory interactions." Journal of Abnormal Child Psychology 25(5): 413-424.
- Pelham, W. E., Jr., T. Wheeler, et al. (1998). "Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder." Journal of Clinical Child Psychology 27(2): 190-205.
- Petermann, F., U. Petermann, 2000: "Aggressionsdiagnostik/Kompendium Psychodiagnostik." Verlag H. Huber, ISBN: 3-8017-1421-7.
- Pfeiffer, S. I. and S. C. Strzelecki "Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: a review of outcome studies." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29(6): 847-53.
- Pianta, R. C. and J. Castaldi (1989). "Stability of internalizing symptoms from kindergarten to first grade and factors related to instability." Developmental Psychopathology 1: 305-316.
- Pianta, R. C. and C. B. Caldwell (1990). "Stability of externalizing symptoms from kindergarten to first grade and factors related to instability." Developmental Psychopathology 2(246-258).
- Pliszka, S. R. "Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and overanxious disorder." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1992 Mar; 31(2): 197-203.
- Pliszka, S. R. "Tricyclic antidepressants in the treatment of children with attention deficit disorder." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1987 Mar; 26(2): 127-32.
- Pliszka, S. R. "Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant response in ADHD." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1989 Nov; 28(6): 882-7.
- Pliszka, S. R. "Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant response in ADHD." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1989 Nov; 28(6): 882-7.
- Pliszka, S. R. "Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and overanxious disorder." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1992 Mar; 31(2): 197-203.
- Reeves, J. C., J. S. Werry, et al. (1987). "Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children: II. Clinical characteristics." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 26(2): 144-55.
- Remschmidt, H., O. Hirsch, et al. "Reliabilität und Validität von telefonisch erhobenen Evaluationsmassen." Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2003 Feb; 31(1): 35-49.
- Remschmidt, H. and M. H. Schmidt "Multiaxiales Klassifikationsschema fuer psychische Stoerungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO."
- Remschmidt, H. and R. Walter (1990). "Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung." Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie 18(3): 121-32.
- Remschmidt, H. and M. H. Schmidt (1994). "Multiaxiale Klassifikation nach ICD-10." Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie 22(1): 3-4.
- Richman, N., J. Stevenson, et al. (1982). Preschool to School: A Behavioral Study. London, Academic Press.
- Sanson, A., D. Smart, et al. "Precursors of hyperactivity and aggression." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1993 Nov; 32(6): 1207-16.

Literaturverzeichnis

- Satterfield, J., J. Swanson, et al. (1994). "Prediction of antisocial behavior in attention-deficit hyperactivity disorder boys from aggression/defiance scores." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33(2): 185-90.
- Schachar, R. "Childhood hyperactivity." Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1991 Jan; 32(1): 155-91.
- Schachar, R. and R. Tannock "Test of four hypotheses for the comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and conduct disorder." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1995 May; 34(5): 639-48.
- Schachar, R., S. Sandberg, et al. "Agreement between teachers' ratings and observations of hyperactivity, inattentiveness, and defiance." Journal of Abnormal Child Psychology. 1986 Jun; 14(2): 331-45.
- Schachar, R., M. Rutter, et al. (1981). "The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: implications for syndrome definition." Journal of child psychology and psychiatry, and Allied Disciplines 22(4): 375-92.
- Schachar, R. and R. Wachsmuth (1990). "Oppositional disorder in children: a validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children." Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 31(7): 1089-102.
- Schachar, R., R. Tannock, et al. (1995). "Deficient inhibitory control in attention deficit hyperactivity disorder." Journal of Abnormal Child Psychology 23: 411-437.
- Schneider, S., S. Unnewehr, et al. (1998). Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest, Springer-Verlag.
- Searight, H. R. and A. L. McLaren (1998). "ADHD: The Medicalisation of Misbehavior." Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 5(4): 467-493.
- Seidman, L. J., J. Biederman, et al. "Toward defining a neuropsychology of attention deficit-hyperactivity disorder: performance of children and adolescents from a large clinically referred sample." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997 Feb; 65(1): 150-60.
- Semrud-Clikeman, M., J. Biederman, et al. (1992). "Comorbidity between ADDH and learning disability: a review and report in a clinically referred sample." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 31(3): 439-48.
- Shaw, D. S., K. Keenan, et al. (1997). "Antecedents of preschool childrens`internalizing problems: A longitudinal study of low-income families." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36: 1760-1767.
- Shue, K. L. and V. I. Douglas (1992). "Attention deficit hyperactivity disorder and the frontal lobe syndrome." Brain and cognition 20(1): 104-24.
- Sonuga-Barke, E. J., E. Williams, et al. "Hyperactivity and delay aversion. III: The effect on cognitive style of imposing delay after errors." Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1996 Feb; 37(2): 189-94.
- Sourander, A., T. Keikkilae, et al. (1995). "Follow-up of short-term child psychiatric inpatient treatment." Nordic Journal of Psychiatry 49(2): 95-101.
- Speltz, M. L., J. McClellan, et al. "Preschool boys with oppositional defiant disorder: clinical presentation and diagnostic change." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1999 Jul; 38(7): 838-45.

Literaturverzeichnis

- Spieker, S. J., N. C. Larson, et al. (1999). "Developmental trajectories of disruptive behavior problems in preschool children of adolescent mothers." Child Development 70(2): 443-458.
- Stanford, L. D. and G. W. Hynd "Congruence of behavioral symptomatology in children with ADD/H, ADD/WO, and learning disabilities." Journal of Learning Disabilities 1994 Apr; 27(4): 243-53.
- Steinhausen, H. C. (2000): „Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“, 2. Auflage, Kohlhammer Verlag.
- Stewart, M. A., C. Cummings, et al. (1981). "The overlap between hyperactive and unsocialized aggressive children." Journal of Child Psychology and Psychiatry 22: 35-45.
- Stomont-Spurgin, M. and S. S. Zentall (1995). "Contributing factors in the manifestation of aggression in preschoolers with hyperactivity." Journal of Child Psychology and Psychiatry 21: 491-509.
- Szatmari, P., M. Boyle, et al. "ADHD and conduct disorder: degree of diagnostic overlap and differences among correlates." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 1989 Nov; 28(6): 865-72.
- Szatmari, P., D. R. Offord, et al. (1989). "Ontario Child Health Study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity." Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 30(2): 219-30.
- Szatmari, P., D. R. Offord, et al. (1989). "Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: findings from the Ontario Child Health Study." Journal of Child Psychology and Psychiatry 30: 205-217.
- Tannock, R., A. Ickowicz, et al. "Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 1995 Jul; 34(7): 886-96.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). "Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations." The Clinical Psychologist 48: 3-24.
- Taylor, E., R. Schachar, et al. (1986). "Conduct disorder and hyperactivity: I. Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients." British Journal of Psychiatry the Journal of Mental Science, The 149: 760-7.
- Taylor, E., B. Everitt, et al. (1986). "Conduct disorder and hyperactivity, II: a cluster analytic approach to the identification of a behavioral syndrom." British Journal of Psychiatry 149: 768-777.
- Taylor, M. A. (1997). "Evaluation and management of attention-deficit hyperactivity disorder." American Family Physician 55(3): 887-94,897,901 passim.
- Tryon, W. W. and L. P. Pinto (1994). "Comparing activity measurements and ratings." Behav Modif 18: 251-261.
- Varley CK, T. E. (1982). "Double-blind administration of methylphenidate to mentally retarded children with attention deficit disorder; a preliminary study." American Journal of Mental Deficiency 86(6): 560-6.
- Verhulst, F. C. and J. van-der-Ende "Six-year developmental course of internalizing and externalizing problem behaviors." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 1992 Sep; 31(5): 924-31.

Literaturverzeichnis

- Vitaro, F., R. E. Tremblay, et al. (1995). "Teacher ratings of children's behaviors and teachers' management styles: a research note." Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines 36(5): 887-98.
- Walker, J. L., B. B. Lahey, et al. (1987). "Comparisons of specific patterns of antisocial behavior in children with conduct disorder with and without coexisting hyperactivity." Journal of Consulting and Clinical Psychology 55: 910-913.
- Weinberg, W. A. and R. A. Brumback (1992). "The myth of attention deficit-hyperactivity disorder: symptoms resulting from multiple causes." Journal of Child Neurology 7(4): 431-45; discussion 446-61.
- Weiss, G., L. Hechtman, et al. (1985). "Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children." Journal of the American Academy of Child Psychiatry 24(2): 211-20.
- Weiss, G. and L. T. Hechtman (1993). Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents and adults. 2nd edition. New York, Guilford Press.
- Weisz, J. R., B. Weiss, et al. (1992). "The lab versus the clinic. Effects of child and adolescent psychotherapy." American Psychologist, The 47(12): 1578-85.
- Weisz, J. R., G. R. Donenberg, et al. (1995). "Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity?" Journal of Abnormal Child Psychology 23(1): 83-106.
- Weisz, J. R., B. Weiss, et al. (1995). "Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies." Psychological Bulletin 117(3): 450-68.
- Wells, K. C., J. N. Epstein, et al. "Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study." Journal of Abnormal Child Psychology. 2000 Dec; 28(6): 543-53.
- Wender, P. H. (1995). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. New York, Oxford University Press.
- Werry, J. S., J. C. Reeves, et al. "Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children: I. A review of research on differentiating characteristics." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 1987 Mar; 26(2): 133-43.
- Werry, J. S. and R. L. Sprague (1974). "Methylphenidate in children--effect of dosage." Australian and New Zealand journal of psychiatry, The 8(1): 9-19.
- Werry, J. S., J. C. Reeves, et al. (1987). "Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children. I. a review of research on differentiating characteristics." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 26: 133-143.
- Whalen, C. K. and B. Henker (1991). "Therapies for hyperactive children: comparisons, combinations, and compromises." Journal of Consulting and Clinical Psychology 59(1): 126-37.
- Willcutt, E. G., B. F. Pennington, et al. "Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 1999 Nov; 38(11): 1355-62.
- Wolraich, M. L., J. N. Hannah, et al. "Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample." J-Dev-Behav-Pediatr. 1998 Jun; 19(3): 162-8.
- Wolraich, M. L., J. N. Hannah, et al. "Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 1996 Mar; 35(3): 319-24.

Literaturverzeichnis

Wolraich, M. L. (1999). "ADHD: The most studied and yet most controversial diagnosis." Mental Retard Dev Dis Res Rev 5(3): 163-168.

Woolston, J. L., S. L. Rosenthal, et al. "Childhood comorbidity of anxiety/affective disorders and behavior disorders." Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry. 1989 Sep; 28(5): 707-13.

Zametkin, A. J., T. E. Nordahl, et al. (1990). "Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset." New England Journal of Medicine, The 323(20):1361-6.

Zeiner P, B. G., Bjercke C, Truyen K, Strand G. (1999). "Response to methylphenidate in boys with attention-deficit hyperactivity disorder." Acta Paediatrica 88(3): 298-303.

Zimbardo, P. G., W. F. Angermeier, et al. (1983). Die Theorie des sozialen Lernens. In: Psychologie, Springer-Verlag.

I. ANHANG

1 Die Hyperkinetiker im Vergleich mit allen Diagnosegruppen

Vergleich der Hyperkinetiker (HKS, n=104, Redu=2) mit der Gesamtinanspruchnahmepopulation (GIP, n=1961) der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie (aus dem Gesamtdatensatz der Qualitäts-Evaluation auf der Reduktionsstufe 1, bereinigt)

1.1 Soziodemographische Angaben/Umgebungsfaktoren

Tab. 1.1: Altersverteilung aller Patienten und der Hyperkinetiker

Alter in Jahren (altj)	Alle Patienten		HKS	
	Häufigkeit	Gültige Prozent	Häufigkeit	Gültige Prozent
1-5 Jahre	31	1,7	2	1,9
6-17 Jahre	1729	88,0	102	98,1
18-20 Jahre	189	9,7	0	0
21-23 Jahre	12	0,6	0	0
gesamt	1961	100,0	104	100,0

Tab. 1.2: Altersverteilung insgesamt, in der Tagesklinik und stationär

Altersverteilung (altj)		n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in Jahren, insgesamt	Alle Patienten	1961	1	23	13,84	3,40
	HKS	104	5	15	9,62	2,64
Alter (Tagesklinik)	Alle Patienten	131	5	16	9,26	2,32
	HKS	24	6	13	8,79	1,79
Alter (stationär)	Alle Patienten	1830	1	23	14,17	3,23
	HKS	80	5	15	9,88	2,80

Tab. 1.3: Geschlechtsverteilung aller Patienten und der Hyperkinetiker

Geschlecht (auf3)	Alle Patienten		HKS	
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Häufigkeit	Gültige Prozente
Männlich	929	47,4	101	97,1
Weiblich	1032	52,6	3	2,9
Gesamt	1961	100	104	100

Tab. 1.4: Wohnsituation aller Patienten und der Hyperkinetiker

Wohnsituation (soz1*soz2)				Alle Patienten		HKS	
				n	%	n	%
Familienkinder mit zwei Elternteilen	Beide Eltern	838	43,2	39	37,8		
	Ein Elternteil	258	13,3	15	14,6		
	Pflegefamilie	105	5,4	12	11,7		
Alleinerziehender Elternteil	Mutter	311	16,0	29	28,2		
	Vater	30	1,5	1	0,9		
Nicht in Familie wohnhaft		400	20,6	7	6,8		
Gesamt		1942**	100	103*	100		

*n=1 fehlender Wert

**n=1961, d.h. 19 (1%) fehlende Werte

Tab. 1.5: Schichtzugehörigkeit nach der gemeinsamen Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken

Schichtzugehörigkeit (soz10)	Alle Patienten		HKS	
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Häufigkeit	Gültige Prozente
Un-/angelernte Arbeiter, kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe	160	12,4	15	19,5
Facharbeiter/Gesellen, einfache Angestellte, kleine selbständige Gewerbetreibende	493	38,2	33	42,9
Meister, mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst, selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (kleine Betriebe)	288	22,3	13	16,9
Höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, selbständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (große Betriebe)	143	11,1	7	9,1
Leitende Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer	208	16,1	9	11,7
Gesamt*	1292*	100,0	77**	100,0

* n=1961, d.h. 669 (34,1%) fehlende Werte

** n=77, d.h. 27 fehlende Werte

(Chi-Quadrat-Homogenitätstest: Wert 3,701, df=4, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,448, 2-seitige exakte Signifikanz 0,453)

Tab. 1.6. Durchschnittliche Anzahl assoziierter psychosozialer Belastungsfaktoren für Familienkinder*, Diagnose- Achse V des MAS

Anzahl assoziierter psychosozialer Belastungsfaktoren (psychsoz)	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Für n=1961 andere Diagnosegruppen	1496	0	19,00	3,18	2,72
Für n=104 Hyperkinetiker	94	0	17,00	3,57	3,17

für Redu=2 und *Familienkinder definiert als soz1=1 or soz1=2 and soz2=1 or soz2=2

1.2 Komorbidität, Intelligenz-/Funktionsniveau der Untergruppen

Tab. 1.7: Diagnose Achse I – Klinisch-Psychiatrisches Syndrom, Erstdiagnosen aller Patienten

Alle Patienten – Erstdiagnose (dia11)	Häufigkeit	Gültige Prozenste
1 Organische Störungen F0	18	0,9
2 Drogenstörungen F1	83	4,2
3 Schizophrenie F2	174	8,9
4 Affektive Störungen F3	73	3,7
5 Anpassungsstörungen F43	166	8,5
6 Neurotische Störungen F4 ohne F43	150	7,6
7 Anorexien F50.0 und F50.1	246	12,5
8 Bulimie F50.2 und F50.3	66	3,4
9 Andere Essstörungen F50.4	21	1,1
10 Persönlichkeitsstörungen F60 ohne 62-69	92	4,7
11 Tiefgreifende Entw. Störungen F84.	62	3,2
13 Störung des Sozialverhaltens F91 und F92	463	23,6
14 Emotionalstörung F93	136	6,9
15 Störung der soz. Funktionen F94	59	3,0
16 TICs F95	19	1,0
17 Sonstige Verhaltensstörungen F98	45	2,3
18 Rest	17	0,9
19 Keine Diagnose (Durchuntersuchung)	71	3,6
Gesamt	1961	100,0
Fehlend System (Durchgangsfälle)	271	
99 keine Diagnose	2	
12 Hyperkinetisches Syndrom	105	
Noch fehlende Werte bis 2339 (HKS)	2234	

Tab. 1.8: Diagnose Achse I – Klinisch-Psychiatrisches Syndrom, Erstdiagnosen der Hyperkinetiker

Hyperkinetiker – Erstdiagnose (dia11)		HKS	
		n	Gültige %
9000	Hyperkinetische Störungen	31	29,8
9010	Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens	70	67,3
9080	Hyperkinetische Störungen - sonstige	2	1,9
9090	Hyperkinetische Störungen – nicht näher bezeichnete	1	1,0
Gesamt		104	100,0

Tab. 1.9: Anzahl der Komorbiditäten aller Patienten und der Hyperkinetiker

	Alle Patienten		HKS	
	n	Gültige %	n	Gültige %
1. Diagnose (dia11)	1890*	100%	104	100%
2. Diagnose (dia12)	486	25,7%	25	24,0%
3. Diagnose (dia13)	20	1,1%	2	1,9%

*d.h. n=71 fehlende Werte von n=1961 (Durchgangsfälle)

Genauere Angaben zur Qualität der Nebendiagnosen s. u.

Tab. 1.10: Diagnose Achse 1B (dia12) = Erste Nebendiagnose der Hyperkinetiker, Auswertung nach ICD-10

HKS – Auswertung nach ICD-10	ICD-10	N*	Gültige Pro- zente
F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen			
Störungen durch Alkohol	1006	1	4,0
Störungen durch Cannabinoide	1210	1	4,0
F43 - Schwere Belastungs-/Anpassungsstörung			
F60 - Spezifische Persönlichkeitsstörung, histrionische	6040	1	4,0
F84 – tiefgreifende Entwicklungsstörungen			
überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien	8440	1	4,0
F93 - Emotionale Störungen des Kindesalters			
- Mit Trennungsangst	9300	1	4,0
- mit Geschwisterrivalität	9330	1	4,0
- sonstige	9380	1	4,0
F94 – Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend			
- Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	9410	3	12,0
- Vorübergehende Ticstörung	9500	2	8,0
F98 – sonstige Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend			
- Enuresis	9800	8	32,0
- Enkopresis	9810	1	4,0
- Stottern	9850	3	12,0
Gesamt		25	100,0
Keine Zweitdiagnose		79	
Gesamt		104	

*n=Häufigkeit

Tab. 1.11: Diagnose Achse 1B (dia12) = Erste Nebendiagnose der Hyperkinetiker, Auswertung orientiert an den DSM-IV

HKS – Auswertung orientiert an den DSM-IV*	ICD-10	n	Gültige %
F60 - Spezifische Persönlichkeitsstörung, - histrionische	6040	1	1,27
F84 – tiefgreifende Entwicklungsstörungen - überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien	8440	1	1,27
F90.1 – HKS mit Sozialstörungen	9010	70	88,6
F93 - Emotionale Störungen des Kindesalters - sonstige	9380	1	1,27
F94 – Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend - Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	9410	1	1,27
F98 – sonstige Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend - Enuresis	9800	3	3,7
- Stottern	9850	2	2,53
Gesamt		79	100,0
Keine Zweitdiagnose		25	
Gesamt		104	

*d.h. die komorbiden Sozialstörungen bei den Hyperkinetikern werden als eine Zweitdiagnose gezählt

Tab. 1.12: Auswahl an Zweitdiagnosen (dia12) aller Patienten und der Hyperkinetiker

Zweitdiagnosen (dia12)	Alle Patienten		HKS	
	% aller Zweitdiagnosen		% aller Zweitdiagnosen	
	n	Gültige%	n	Gültige%
F91/92- Komorbide Sozialstörungen	43	8,8	70	88,6
F98- Enuresis	55	11,3	3	3,7
F1- Störungen durch psychotrope Substanzen	63	13,0	0	0
F3- Affektive Störungen	40	8,2	0	0
Angststörungen F40/F41	10	2,1	0	0
Emotionale Störungen des Kindesalters	30	6,2	1	1,27
andere	245	50,4	5	6,43
Gesamtzahl der Zweitdiagnosen	486	100	79	100

(Chi-Quadrat-Homogenitätstest (F90.1=HKS mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen versus F91=Sozialverhaltensstörungen als Zweitdiagnose bei der GIP getestet): Wert 129,655, df=6, 2-seitige asymptotische und exakte Signifikanz 0,0)

Tab. 1.13: Diagnose Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen(dia21-dia23)**

Gleichzeitig auftretende umschriebene Entwicklungsstörungen* (dia21-dia23)	Alle Patienten		HKS	
	n	Gültige % von n=1327*	n	Gültige % von n=80**
Mindestens eine Nennung	334	25,2%	46	44,2%
Davon:				
Zweifache Nennung	74	5,6%	7	6,7%
Dreifache Nennung	10	0,8%	2	1,9%
Keine Nennung	993	74,8%	34	55,8%

*d.h. n=634 fehlende Werte von insgesamt n=1961, **d.h. n=24 fehlende Werte von insg. n=104 HKS-Kindern

** (gleichzeitig mit der Hauptdiagnose auftretend)

Tab. 1.14: Gleichzeitig auftretende Umschriebene Entwicklungsstörungen, Diagnose Achse 2 A = einfache Nennung, (dia21)

	Alle Patienten			HKS		
	n	Gültige %	% von n=1327	n	Gültige %	% von n=80
F80 - Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens/ der Sprache	74	22,2	5,6	8	17,4	10
F81 - Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	140	41,9	10,6	14	30,5	17,5
F82 - Umschriebene Störung der motorischen Funktionen	120	35,9	9,0	24	52,2	30
Gesamt	334*	100,0	25,2	46*	100,0	44,2
Keine zusätzliche Störung	993			34		
Gesamt	1327**			80***		

*N=334 → 17,03% von allen Patienten, n=46 → 44,23% der Hyperkinetiker

n=1327, d.h. n=634 fehlende Werte bei der GIP; * n=80, d.h. n=24 fehlende Werte bei HKS

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest: Wert 5,208, df=2, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,074, 2-seitige exakte S. 0,081)

Tab. 1.15: Diagnostische Achse IV - Körperliche Symptomatik, (dia41)

Körperliche Symptomatik (dia41)	Alle Patienten		HKS	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Einfache Diagnose	349	17,8	21	20,2
Zweifache Diagnose	73	3,7	6	5,8
Dreifache Diagnose	13	0,7	1	1,0

Tab. 1.16: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, (dia3)

Intelligenzniveau (dia3)	IQ	Alle Patienten		HKS	
		n	%	n	%
Überdurchschnittlich	> 114	301	15,5	12	11,5
Durchschnittlich	85 -114	1159	59,8	61	58,7
Unterdurchschnittlich	< 85	479	24,7	31	29,8
Gesamt		1939*	100,0	104	100,0

* n=1961, d.h. 22 (1,1%) fehlende Werte

Tab. 1.17: Diagnose Achse VI - Psychosoziale Anpassung, (dia6)

Psychosoziale Anpassung (dia6)	Alle Patienten		HKS	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Hervorragende/gute soziale Anpassung	17	,9	0	0,0
Befriedigende soziale Anpassung	235	12,0	6	5,8
leichte soziale Beeinträchtigung	371	19,0	10	9,6
mäßige soziale Beeinträchtigung	497	25,4	29	27,9
deutliche soziale Beeinträchtigung	496	25,3	43	41,3
deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung	179	9,1	9	8,7
tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung	106	5,4	4	3,8
Braucht beträchtliche Betreuung	40	2,0	3	2,9
Braucht ständige Betreuung	16	,8	0	0,0
Gesamt	1957*	100,0	104	100,0

* n=4 (0,2%) fehlende Werte bei einer Gesamtstichprobe von n=1961

1.3 Therapie/Kooperation

Tab. 1.18: Therapiemodus: Stationäre Therapie (fntyp="SK") oder Tagesklinik (fntyp="ST")

Therapiemodus	Alle Patienten		HKS	
	Häufigkeit	Gültige Prozen- te	Häufigkeit	Gültige Prozen- te
Stationäre Behandlung - SK	1830	93,3	80	76,9
Tagesklinik - ST	131	6,7	24	23,1
Gesamt	1961	100	104	100

Tab. 1.19: Durchschnittliche Behandlungsdauer insgesamt, in der Tagesklinik und bei der stationären Therapie

Behandlungsdauer (behdau)		n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Behandlungsdauer in Tagen	Alle Patienten	1961	0	485	73,03	69,40
	HKS	104	5,0	330,0	90,6	78,9
Behandlungsdauer, Tagesklinik (ST)	Alle Patienten	131	2	381	181,65	78,93
	HKS	24	32	330	207,25	76,99
Behandlungsdauer, stationär (SK)	Alle Patienten	1830	0	485	65,25	61,74
	HKS	80	5	195	55,61	31,93

Tab. 1.20: Entlassungsart

Entlassungsart (end2)	Alle Patienten		HKS	
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Häufigkeit	Gültige Prozente
Regulär	1684	86,7	99	95,2
Vorzeitige Beendigung (durch Patienten/Eltern)	234	12,0	3	2,9
Vorzeitige Beendigung (durch den Therapeuten)	24	1,2	2	1,9
Gesamt	1942*	100,0	104	100,0

* n=19 fehlende Werte bei der Gesamtstichprobe aller Patienten von n=1961

1.4 Therapeutische Verfahren

Tab. 1.21: Medikamentöse Therapie**

Medikamentengruppe**	Alle Patienten		HKS	
	n	%*	n	%*
Antikonvulsiva	96	5,2%	7	6,7%
Neuroleptika	425	22,9%	22	21,2%
Thymoleptika	225	12,1%	9	8,7%
Tranquilizer	41	2,2%	1	1%
Stimulantien	16	0,9%	65	62,5%
andere	93	5,0%	0	0
Häufigkeit des Medikamenten- einsatzes insgesamt	798	40,7%	81	77,9%

*jeweils von n=1853 gültigen Werten bei allen Patienten (d.h. n=108 fehlende Werte -> 5,5%), von n=62 gültigen Werten bei HKS mit Sozialstörungen

**Antikonvulsiva (I3i1), Neuroleptika (I3i2) Thymoleptika (I3i3), Tranquilizer (I3i4), Stimulantien (I3i5), andere (i3i8)
(Test auf Binominalverteilung: 1-seitige asymptotische Signifikanz 0,000)

Tab. 1.22: Psychotherapeutische Verfahren Deskriptive Statistik, (thkomp1-3)

Therapieform	Diagnose	N	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung
Kindbezogene psycho- therapeutische Ver- fahren	Alle Patienten	1757*	1	130	19,13	17,22
	HKS	97	1	136	19,3	18,60
Eltern- und Familien- bezogene Verfahren (Beratung, Behand- lung usw.)	Alle Patienten	1715*	1	101	6,54	6,66
	HKS	101	1	36	7,92	7,39
Funktionelle Übungs- behandlungen und ähnliche Verfahren	Alle Patienten	1511*	1	255	28,51	29,22
	HKS	87	3	152	24,98	22,26

*jeweils n=33 fehlende Werte

Tab. 1.23: Sonstige Umfeld- bezogene Maßnahmen (Schule, Heime, Ämter, usw.), (thkomp5)

Umfeld-bezogene Maßnahmen	Alle Patienten		HKS	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Nicht durchgeführt	687	35,6	20	19,2%
Durchgeführt	1241	64,4	84	80,8%
Gesamt	1928*	100,0	104	100%

*N=33 fehlende Werte

Tab. 1.24:Kooperationsbereitschaft Patient (Therapeutenrating am Ende der Behandlung) (end 4)

Kooperation	Alle Patienten		HKS	
	Häufigkeit	Gültige %	Häufigkeit	Gültige %
Gut	939	51,2	56	55,4
Mäßig gut	538	29,3	31	30,7
Schwach	206	11,2	12	11,9
schlecht	151	8,2	2	2,0
Gesamt	1834*	100,0	101*	100,0

* n=101, d.h. 3 fehlende Werte bei den Hyperkinetikern

* n=127 fehlende Werte bei der Gesamtstichprobe aller Patienten von n=1961

Tab. 1.25: Kooperationsbereitschaft Eltern (Therapeutenrating am Ende der Behandlung) (end 3)

Kooperation	Alle Patienten		HKS	
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gut	931	49,8	50	48,5
Mäßig gut	586	31,4	41	39,8
Schwach	218	11,7	9	8,7
schlecht	134	7,2	3	2,9
Gesamt	1869*	100,0	103*	100,0

* n=103, d.h. 1 fehlender Wert bei den Hyperkinetikern

* n=92 fehlende Werte bei der Gesamtstichprobe aller Patienten von n=1961

1.5 Therapieerfolg

Tab. 1.26: Prozentuale Änderung der Symptomfragen, Therapeutenurteil (prozt) und Elternurteil (proze) am Ende der Behandlung, Elternurteil zum Zeitpunkt der 1-1,5 Jahres-Katamnese (prozk)

Prozentuale Änderung der Symptomfragen		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	S
PROZT Symptomfragen Therapeu- tenurteil bei Entlassung	Alle Patien- ten	429	0	100,00	58,02	28,53
	HKS	31	16,67	100,00	48,13	22,04
PROZE Symptomfragen Elternurteil bei Entlassung	Alle Patien- ten	308	0	100,00	52,89	29,38
	HKS	20	0	87,50	55,51	27,16
PROZK Symptomfragen Elternurteil bei Katamnese	Alle Patien- ten	382	0	100,0	58,74	29,35
	HKS	25	0	100,0	44,95	30,16

*S=Standardabweichung

Tab. 1.27: Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik, (Therapeutenrating)

Erfolg bzgl. Zielsymptomatik (beh1)	Alle Patienten		HKS	
	Häufigkeit	Gültige Prozente	Häufigkeit	Gültige Prozente
Völlig gebessert	114	6,1%	0	0,0%
Deutlich gebessert	853	45,9%	53	51,0%
Etwas gebessert	621	33,4%	36	34,6%
unverändert	264	14,2%	15	14,4%
verschlechtert	6	0,3%	0	0,0%
Gesamt	1858*	100,0%	104	100,0%

* n=103 fehlende Werte bei der Gesamtstichprobe von n=1961

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest: Wert 6,312, df=4, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,177)

Tab. 1.28: Behandlungserfolg, Elternrating (Telefoninterview-NU)

(heutn)	Alle Patienten		HKS	
	n	Gültige%	n	Gültige%
Sehr gut	41	16,6%	4	22,2%
Eher gut	130	52,6%	9	50,0%
Teils/teils	53	21,5%	4	22,2%
Eher schlecht	19	7,7%	0	0%
Sehr schlecht	4	1,6%	1	5,6%
Gesamt	247*	100%	18*	100%

* n=1961 bei allen Patienten, d.h. n=1714 fehlende Werte (n=247 → 12,6% von n=1961), n=104 bei HKS, d.h. n=86 fehlende Werte (n=18 → 17,3% von n=104)

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest: Wert 10,71, df=4, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,03, 2-seitige exakte Signifikanz 0,027)

Tab. 1.29: Behandlungserfolg, Elternrating, Telefon-1-1,5 Jahres-Katamnese

(heutk)	Alle Patienten		HKS	
	n	Gültige%	n	Gültige%
Sehr gut	104	26,3%	2	7,1%
Eher gut	200	50,6%	19	67,9%
Teils/teils	58	14,7%	6	21,4%
Eher schlecht	24	6,1%	1	3,6%
Sehr schlecht	9	2,3%	0	0%
Gesamt	395*	100%	28*	100%

*n=1961 bei allen Patienten, d.h. n=1566 fehlende Werte (n=395 → 20,1% von n=1961), n=104 bei HKS, d.h. n=76 fehlende Werte (n=28 → 26,9% von n=104)

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest: Wert 16,768, df=4, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,002, 2-seitige exakte Signifikanz 0,001)

2 TABELLENVERZEICHNIS – Hyperkinetiker versus GIP

Tab. 1.1: Altersverteilung aller Patienten und der Hyperkinetiker.....	231
Tab. 1.2: Altersverteilung insgesamt, in der Tagesklinik und stationär.....	231
Tab. 1.3: Geschlechtsverteilung aller Patienten und der Hyperkinetiker	231
Tab. 1.4: Wohnsituation aller Patienten und der Hyperkinetiker.....	232
Tab. 1.5: Schichtzugehörigkeit nach der gemeinsamen Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken	233
Tab. 1.6. Durchschnittliche Anzahl assoziierter psychosozialer Belastungsfaktoren für Familienkinder*, Diagnose- Achse V des MAS.....	233
Tab. 1.7: Diagnose Achse I – Klinisch-Psychiatrisches Syndrom, Erstdiagnosen aller Patienten	234
Tab. 1.8: Diagnose Achse I – Klinisch-Psychiatrisches Syndrom, Erstdiagnosen der Hyperkinetiker	234
Tab. 1.9: Anzahl der Komorbiditäten aller Patienten und der Hyperkinetiker	235
Tab. 1.10: Diagnose Achse 1B (dia12) = Erste Nebendiagnose der Hyperkinetiker, Auswertung nach ICD-10	235
Tab. 1.11: Diagnose Achse 1B (dia12) = Erste Nebendiagnose der Hyperkinetiker, Auswertung orientiert an den DSM-IV.....	236
Tab. 1.12: Auswahl an Zweitdiagnosen (dia12) aller Patienten und der Hyperkinetiker	236
Tab. 1.13: Diagnose Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen**(dia21-dia23)	237
Tab. 1.14: Gleichzeitig auftretende Umschriebene Entwicklungsstörungen, Diagnose Achse 2 A = einfache Nennung, (dia21).....	237
Tab. 1.15: Diagnostische Achse IV - Körperliche Symptomatik, (dia41)	237
Tab. 1.16: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, (dia3).....	238
Tab. 1.17: Diagnose Achse VI - Psychosoziale Anpassung, (dia6).....	238
Tab. 1.18: Therapiemodus: Stationäre Therapie (fntyp="SK") oder Tagesklinik (fntyp="ST")..	238
Tab. 1.19: Durchschnittliche Behandlungsdauer insgesamt, in der Tagesklinik und bei der stationären Therapie	239
Tab. 1.20: Entlassungsart	239
Tab. 1.21: Medikamentöse Therapie**.....	240
Tab. 1.22: Psychotherapeutische Verfahren Deskriptive Statistik, (thkomp1-3).....	240
Tab. 1.23: Sonstige Umfeld- bezogene Maßnahmen (Schule, Heime, Ämter, usw.), (thkomp5)	241
Tab. 1.24:Kooperationsbereitschaft Patient (Therapeutenrating am Ende der Behandlung) (end 4)	241
Tab. 1.25: Kooperationsbereitschaft Eltern (Therapeutenrating am Ende der Behandlung) (end 3)	241

Tab. 1.26: Prozentuale Änderung der Symptomfragen, Therapeutenurteil (prozt) und Elternurteil (proze) am Ende der Behandlung, Elternurteil zum Zeitpunkt der 1-1,5 Jahres-Katamnese (prozk).....	242
Tab. 1.27: Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik, (Therapeutenrating)	242
Tab. 1.28: Behandlungserfolg, Elternrating (Telefoninterview-NU)	242
Tab. 1.29: Behandlungserfolg, Elternrating, Telefon-1-1,5 Jahres-Katamnese.....	243

2. Die Hyperkinetiker (F90) im Vergleich mit den Störungen des Sozialverhaltens (F91/F92)

Jeweils n=91 Patienten/Gruppe, Reduktionsstufe 2

2.1. Soziodemographische Angaben/Umgebungsfaktoren

Tab. 2.1: Altersverteilung (altj_0, altj_1, altj_2)

Alter in Jahren	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
HKS	91	5	15	9,82	2,60
F 91	91	4	15	9,99	2,61
F92	91	6	15	10,30	2,46

Tab. 2.2: Wohnsituation der Kinder aus der Gruppe der Hyperkinetiker und der Gruppen der Sozialverhaltensstörungen,

(Kreuztabelle: wohnt bei Vater * wohnt bei Mutter (soz1_0*soz2_0), bearbeitet)

			HKS		F 91		F92	
			n	%	n	%	n	%
Familienkinder mit zwei Elternteilen	Beide leiblich	Eltern	35	38,5	38	41,8	30	33
	Ein leiblich	Elternteil	13	14,3	18	19,8	24	26,3
	Pflegefamilie		12	13,2	7	7,6	6	6,6
Alleinerziehender Elternteil	Mutter		23	25,3	21	23,1	18	19,8
	Vater		1	1,1	1	1,1	4	4,4
Nicht in Familie wohnhaft			7	7,6	6	6,6	9	9,9
Gesamt			91	100	91	100	91	100

Tab. 2.3: Schichtzugehörigkeit nach der gemeinsamen Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken (soz10)

Soziale Schicht – Tagesklinik und stationär zusammen (soz10)	HKS		F 91		F92	
	n	gültige %	n	gültige %	n	gültige %
Un-/angelernte Arbeiter, kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe	13	(19,1%)	14	(20,0%)	15	(22,4%)
Facharbeiter/Gesellen, einfache Angestellte, kleine selbständige Gewerbetreibende	26	(38,2%)	43	(61,4%)	29	(43,3%)
Meister, mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst, selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (kleine Betriebe)	13	(19,1%)	7	(10,0%)	12	(17,9%)
Höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, selbständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (große Betriebe)	7	(10,3%)	2	(2,9%)	7	(10,4%)
Leitende Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer	9	(13,2%)	4	(5,7%)	4	(6,0%)
Gesamt	68	(100%)	70	(100%)	67	(100%)
Fehlende Werte	23		21		24	
Gesamt	91		91		91	

Tab. 2.4: Durchschnittliche Anzahl assoziierter psychosozialer Belastungsfaktoren für Familienkinder

Anzahl assoziierter psychosozialer Belastungsfaktoren (psychsoz_0/_1/_2)	Anzahl Familienkinder	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung
HKS	84	0	17	3,57	3,19
F91	85	0	17	4,36	3,17
F92	82	0	11	4,28	2,60

* für Redu=2 und Familienkinder, definiert als soz1=1 or soz1=2 and soz2=1 or soz2=2

Tab. 2.5: Prozentualer Vergleich der Summe psychosozialer Belastungsfaktoren bei den Hyperkinetikern und den Gruppen mit Sozialverhaltensstörungen

Summe von dia51-dia598	HKS	F91	F92
Anzahl genannter abn. psychosoz. Umstände	300	371	351
Prozentualer Vergleich	80,9%	100,0%	94,6%

Tab. 2.6: Häufigste Nennungen psychosozialer Belastungsfaktoren (psychoz) bei den Hyperkinetikern (F90) und Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens (F91/F92)

Häufigste Nennungen	HKS	F91	F92
Abweichende Elternsituation	44	39	46
Unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung	29	45	41
Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	17	34	36
Psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils	22	27	29
Abnorme Streitbedingungen mit Schülern/Mitarbeitern	25	22	19
Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen	17	22	20
Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt	16	28	16
Feindliche Ablehnung/Sündenbockzuweisung gegenüber Kind	11	18	18
Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung	7	19	17
Allgemeine Unruhe in der Schule/Arbeitssituation	18	12	7

2.2. Komorbidität, Intelligenz-/Funktionsniveau der Untergruppen

Tab. 2.7: Diagnose Achse I – Klinisch-Psychiatrisches Syndrom, Erstdiagnosen der Hyperkinetiker (HKS) und der Störungen des Sozialverhaltens (F91/F92)

ICD-10	Erstdiagnosen (dia11)	HKS		F 91		F92	
		n	gültige %	n	gültige %	n	gültige %
9000	Hyperkinetische Störungen	27	29,7				
9010	Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens	62	68,1				
9080	Hyperkinetische Störungen -Sonstige	2	2,2				
9100	Störungen des Sozialverhaltens			14	15,4		
9110	- bei fehlenden sozialen Bindungen			29	31,9		
9120	- bei vorhandenen sozialen Bindungen			25	27,5		
9130	- mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten			20	22,0		
9180	- sonstige			1	1,1		
9190	- nicht näher bezeichnete			2	2,2		
9200	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen					36	39,6
9220						1	1,1
9280	- sonstige					44	48,4
9290	- nicht näher bezeichnete					6	6,6
9310	Phobische Störung des Kindesalters					1	1,1
9330	- mit Geschwisterrivalität					2	2,2
9380	- sonstige					1	1,1
	Gesamt	91	100	91	100	91	100

Tab. 2.8: Prozentualer Anteil an Komorbiditäten der Hyperkinetiker und der Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens

	HKS		F91		F92	
	n, %von 91	n, %von 91	n, %von 91	n, %von 91	n, %von 91	n, %von 91
1. Diagnose (dia11)	91	100%	91	100%	91	100%
2. Diagnose (dia12)	22	24,2%	22	24,2%	30	33%

Tab. 2.9: Häufigste Nennungen bei der 2. Diagnose, Diagnose Achse 1B (dia12_0/1/2)

ICD-10	Komorbiditäten - Achse I (dia12)	HKS		F 91		F92	
		n	gültige %	n	gültige %	n	gültige %
9800	Enuresis	8	36,4	7	31,8	11	36,7
9850	Stottern	3	13,6	0	0	1	3,3
9500	Vorübergehende Ticstörung	2	9,1	0	0	1	3,3
9410	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	2	9,1	0	0	0	0
9810	Enkopresis	1	4,5	2	9,1	3	10,0
9330	Emotionale Entwicklungsstörung mit Geschwisterrivalität	1	4,5	2	9,1	3	10,0
9510	Chronische motorische oder vokale Ticstörung	0	0	1	4,5	2	6,7
9520	Tourette-Syndrom	0	0	1	4,5	2	6,7

Tab. 2.10: Diagnose Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen (dia21_0/1/2, dia22_0/1/2, dia23_0/1/2)**

Gleichzeitig auftretende	HKS		F91		F92	
umschriebene Entwicklungsstörungen	n, %von n=72*	n, %von n=66**	n, %von n=66**	n, %von n=66**	n, %von n=71***	n, %von n=71***
Mindestens eine Nennung	39	54,2%	32	48,5%	31	43,7%
Keine Nennung	33	45,8%	34	51,5%	40	56,3%

*d.h. n=19 fehlende Werte, **d.h. n=25 fehlende Werte, ***d.h. n=20 fehlende Werte

** (gleichzeitig mit der Hauptdiagnose auftretend)

Tab. 2.11: Gleichzeitig auftretende umschriebene Entwicklungsstörungen, Diagnose Achse 2A = Diagnosen bei der einfachen Nennung, (dia21_0/1/2)

ICD-10	UE – Diagnosen bei einfacher Nennung	HKS		F 91		F92	
		n	gültige %	n	gültige %	n	gültige %
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens/ der Sprache						
8000	Artikulationsstörung	2	5,1%	4	12,5%	3	9,8%
8010	expressive Sprachstörung	2	5,1%	0	0	1	3,2%
8020	rezeptive Sprachstörung	1	2,6%	0	0	1	3,2%
8080	sonstige	2	5,1%	1	3,1%	0	0
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten						
8100	Lese- und Rechtschreibstörung	8	20,5%	11	34,4%	9	29,0%
8110	Isolierte Rechtschreibstörung	4	10,3%	4	12,5%	4	12,9%
8120	Isolierte Rechenstörung	1	2,6%	0	0	0	0
8180	sonstige	0	0	0	0	1	3,2%
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	19	48,7%	12	37,5%	12	38,7%
Gesamt		39	100%	32	100%	31	100%

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest (HKS versus F91+F92): 2-seitige exakte Signifikanz 0,158)

Tab. 2.12: Diagnose Achse IV - Körperliche Symptomatik, (dia41_0/1/2)

Körperliche Symptomatik (dia41)	HKS		F 91		F92	
	n	%	n	%	n	%
Ja	15	16,5	14	15,4	13	14,3
Nein	76	83,5	77	84,6	78	85,7
Gesamt	91	100,0	91	100,0	91	100,0

Tab. 2.13: Körperliche Symptomatik – Einzelne Diagnosen, (dia41_0/1/2)

ICD-10	Körperliche Symptomatik (dia41)	HKS		F 91		F92	
		n	gültige %	n	gültige %	n	gültige %
E0-E9	Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, <i>darunter:</i>	2	13,3	8	57,1	4	30,7
E65/66	Fettsucht und sonstige Überernährung	0	0	7	50,0	2	15,4
G04	Epilepsien	3	20,0	1	7,1	1	7,7
H0-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	3	20,0	1	7,1	2	15,4
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	2	13,3	0	0	0	0
J3-J47	Atemwegserkrankungen	1	6,7	1	7,1	1	7,7
L200	Dermatitis und Ekzem	2	13,3	0	0	2	15,4
Q9,N25,R 47-R9	Sonstige/allgemeine, nicht klassifizierbare Symptome	2	13,3	3	21,4	3	23,1
Gesamt		15	100	14	100	13	100

Tab. 2.14: Diagnose Achse III = Intelligenzniveau, (dia3_0/1/2)

Intelligenzniveau (dia3)	IQ	HKS		F 91		F92	
		n	%	n	%	n	%
Überdurchschnittlich	> 115	12	13,2	2	2,2	9	9,9
Durchschnittlich	85 -114	52	57,1	62	68,1	55	60,4
Unterdurchschnittlich	< 85	27	26,7	27	29,7	27	29,7
Gesamt		91	100,0	91	100,0	91	100,0

Tab. 2.15: Diagnose Achse VI = Psychosoziale Anpassung/soziale Kompetenz, (dia6_0/1/2)

Psychosoziale Anpassung (dia6)	HKS		F91		F92	
	n	%	n	%	n	%
Befriedigende soziale Anpassung	6	6,6%	4	4,4%	6	6,6%
leichte soziale Beeinträchtigung	9	9,9%	11	12,2%	15	16,5%
mäßige soziale Beeinträchtigung	24	26,4%	30	33,3%	28	30,8%
deutliche soziale Beeinträchtigung	38	41,8%	32	35,6%	32	35,2%
deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung	7	7,7%	12	13,3%	4	4,4%
tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung	4	4,4%	1	1,1%	5	5,5%
Braucht beträchtliche Betreuung	3	3,3%			1	1,1%
Gesamt	91	100%	90	100%	91	100%

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest (HKS versus F91+F92): 2-seitige exakte Signifikanz 0,397)

Tab. 2.16: Psychosoziale Anpassung, (dia6_0/1/2)

Psychosoziale Anpassung	N	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung
HKS	91	1	7	3,60	1,29
F91	90	1	6	3,44	1,05
F92	91	1	7	3,35	1,23

2.3. Therapie/Kooperation

Tab. 2.17: Therapiemodus, (fntyp_0, fntyp_1, fntyp_2)

Therapie- modus	HKS		F 91		F92	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Stationär	72	79,1%	76	83,5%	64	70,3%
Tagesklinik	19	20,9%	15	16,5%	27	29,7%
Gesamt	91	100,0%	91	100,0%	91	100,0%

Tab. 2.18: Behandlungsdauer insgesamt, (behdau_0, behdau_1, behdau_2)

Diagnose	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
HKS	91	5	330	87,47	80,21
F 91	91	4	291	69,80	63,21
F92	91	8	361	97,89	81,97

Tab. 2.19: a) Behandlungsdauer in der Tagesklinik: je behdau für fntyp="ST"

Diagnose	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
HKS	19	32	330	213,16	83,45
F 91	15	116	291	192,13	49,23
F92	27	72	361	198,89	75,90

Tab. 2.20: b) Behandlungsdauer stationär: je behdau_0/1/2 für fntyp="SK"

Diagnose	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
HKS	72	5	195	54,31	32,37
F 91	76	4	143	45,66	27,55
F92	64	8	149	55,28	31,71

Entlassungsart

Tab. 2.21: Therapieabbrüche

Therapieabbruch (abbruch_0/1/2)	HKS		F91		F92	
	n	%	n	%	n	%
Nein	78	95,1	76	92,7	80	97,6
ja	4	4,9	6	7,3	2	2,4
Gesamt*	82	100,0	82	100,0	82	100,0

*d.h. n=9 fehlende Werte

Tab. 2.22: Entlassungsart

Entlassungsart (end2_0/1/2)	HKS		F91		F92	
	n	%	n	%	n	%
Regulär	78	95,1	76	92,7	80	97,6
Vorzeitige Beendigung (Abbruch) durch Patienten/Eltern	3	3,7	4	4,9	2	2,4
Vorzeitige Beendigung durch Behandler	1	1,2	2	2,4	0	0
Gesamt*	82	100,0	82	100,0	82	100,0

*d.h. n=9 fehlende Werte

2.4. Therapeutische Verfahren

Tab. 2.23: Medikamentöse Therapie

Medikamentengruppe**	HKS		F91		F92/92	
	n	%*	n	%*	n	%*
Antikonvulsiva	6	6,6%	4	4,8%	2	2,3%
Neuroleptika	18	19,8%	9	10,7%	10	11,4%
Thymoleptika	9	9,9%	0	0	3	3,4%
Tranquilizer	1	1,1%	0	0	0	0
Stimulantien	57	62,6%	4	4,8%	2	2,3%
andere	0	0	1	1,2%	3	3,4%
Häufigkeit des Medikamenteneinsatzes insgesamt	91	100,0%	18	21,5%	20	22,8%

*jeweils von n=91 gültigen Werten bei HKS, von n=84 gültigen Werten bei F91 (n=7 fehlende Werte) und n=88 gültigen Werten bei F92 (n=3 fehlende Werte)

**Antikonvulsiva (i3i1_0/1/2), Neuroleptika (I3i2_0/1/2) Thymoleptika (I3i3_0/1/2), Tranquilizer (I3i4_0/1/2), Stimulantien (I3i5_0/1/2), andere (i3i8_0/1/2)

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest (HKS versus F91+F92): 2-seitige exakte Signifikanz 0,000)

Tab. 2.24: Psychotherapeutische Verfahren, (thkomp1-3_0/1/2)

Therapieform	Diagnose	N	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung
Kindbezogene psychotherapeutische Verfahren	HKS	84	1	136	19,26	19,29
	F91	81	2	65	14,0	10,47
	F92	84	1	70	18,68	13,55
Eltern- und Familienbezogene Verfahren (Beratung, Behandlung usw.)	HKS	88	1	34	7,19	6,65
	F91	79	1	37	7,33	7,56
	F92	86	1	43	8,15	6,64
Funktionelle Übungen und ähnliche Verfahren	HKS	75	3	152	24,27	23,13
	F91	70	3	74	20,97	16,98
	F92	78	3	114	25,15	18,67

Tab. 2.25: Sonstige Umfeld- bezogene Maßnahmen (Schule, Heime, Ämter, usw.), (thkomp5_0/1/2)

Sonstige Umfeld- bezogene Maßnahmen	HKS		F91		F92	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Nicht durchgeführt	19	20,9%	20	22,2%	19	20,9%
Durchgeführt	72	79,1%	70	77,8%	72	79,1%
Gesamt	91	100,0%	90	100,0%	91	100,0%

Tab. 2.26: Kooperationsbereitschaft des Patient (Therapeutenrating am Ende der Behandlung), (end4_0/1/2)

Kooperationsbereitschaft Patient	HKS		F91		F92	
	n	%	n	%	n	%
Gut	51	58,0%	33	37,5%	38	43,2%
Mäßig gut	24	27,3%	36	40,9%	34	38,6%
Schwach	11	12,5%	9	10,2%	12	13,6%
schlecht	2	2,3%	10	11,4%	4	4,5%
Gesamt	88	100%	88	100%	88	100%

Tab. 2.27: Kooperationsbereitschaft Eltern (Therapeutenrating), (end3_0/1/2)

Kooperationsbereitschaft Eltern	HKS		F91		F92	
	n	%	n	%	n	%
Gut	45	49,5%	37	41,6%	35	39,8%
Mäßig gut	35	38,5%	32	36,0%	33	37,5%
Schwach	9	9,9%	19	21,3%	13	14,8%
schlecht	2	2,2%	1	1,1%	7	8,0%
Gesamt	91	100%	89	100%	88	100%

2.5. Therapieerfolg

Prozentuale Änderung der Symptomfragen

Tab. 2.28: Proz Änd. Symptomfragen Auf-Ent Therapeut, (prozt_0/1/2)

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardab- weichung
HKS	24	22,22	100,00	48,69	20,11
HKS+Sozialstörungen	20	22,22	100,00	46,53	20,41
F91	21	0	90,00	46,04	25,31
F92	23	0	91,67	46,98	28,12
F91/92	44	0	91,67	46,53	26,78

Tab. 2.29: Deskriptive Statistik: Proz Änd. Symptomfragen Auf-Ent Eltern, (proze_0/1/2)

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
HKS	15	0	87,50	50,06	28,04
HKS+Sozialstörungen	12	,00	87,50	46,18	29,63
F91	12	0	80,00	47,50	22,94
F92	16	0	80,00	39,88	24,77
F91/F92	28	0	80,00	43,15	23,99

Tab. 2.30: Deskriptive Statistik: Proz Änd. Symptomfragen Auf-Kata Elter (prozk_0/1/2)

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
HKS	19	0	100,0	44,65	32,99
HKS+Sozialstörungen	16	,0	100,0	48,49	34,34
F91	16	0	100,0	56,46	27,60
F92	19	0	100,0	50,81	26,87
F91/92	35	0	100,0	53,39	27,20

Tab. 2.31: Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik am Behandlungsende (Therapeutenrating), Häufigkeiten (beh1_0/1/2)

Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik (Therapeutenrating)	HKS		F91		F92	
	n	%	n	%	n	%
Völlig gebessert	0	0	1	1,1%	3	3,3%
Deutlich gebessert	45	49,5%	22	24,2%	32	35,2%
Etwas gebessert	31	34,1%	45	49,5%	38	41,8%
unverändert	15	16,5%	23	25,3%	18	19,8%
Gesamt	91	100%	91	100%	91	100%

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest (HKS versus F91+F92): 2-seitige exakte Signifikanz 0,015)

Tab. 2.32: Symptomatik im Vergleich zur Zeit der stationären Aufnahme (Elternrating), Telefon-Nachuntersuchung (heutn)

Behandlungserfolg (Elternrating)	Therapieende	HKS		F91		F92	
		n	%	n	%	n	%
gebessert		10	76,9	7	70,0	9	81,8
nicht gebessert		3	23,1	2	20,0	2	18,2
Gesamt		13*	100	9**	100	11***	100

* n=78 fehlende Werte, ** n=81 fehlende Werte, *** n=80 fehlende Werte

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest (HKS versus F91+F92): 2-seitige exakte Signifikanz 0,731)

Tab. 2.33: Symptomatik im Vergleich zu der Zeit der stationären Aufnahme (Elternrating), Telefoninterview-1-1,5 Jahres-Katamnese (heutk)

Behandlungserfolg rating)	Katamnese (Eltern-	HKS		F91		F92	
		n	%	n	%	n	%
gebessert	16	72,8	13	86,7	13	68,3	
nicht gebessert	6	27,2	2	13,3	6	31,7	
Gesamt	22*	100	15**	100	19***	100	

*n=69 fehlende Werte, ** n=76 fehlende Werte, *** n=72 fehlende Werte

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest (HKS versus F91+F92): 2-seitige exakte Signifikanz 0,746)

Tab. 2.34: Erfolg der Behandlung bezügl. der Zielsymptomatik (beh1)

Erfolg der Behandlung bezügl. der Zielsymptomatik	Sozialstörungen		HKS mit Sozialstörungen	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Völlig gebessert	4	2,2	0	0
Deutlich gebessert	54	29,67	31	50,0%
Etwas gebessert	83	45,6	21	33,9%
Unverändert	41	22,53	10	16,1%
verschlechtert	0	0	0	0
Gesamt	182	100,0%	62	100,0%

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest: Wert 10,052, df=3, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,018, 2-seitige exakte Signifikanz 0,012)

Tab. 2.35: Behandlungserfolg, Elternrating (Telefoninterview-NU, heutn)

	Sozialstörungen		HKS mit Sozialstörungen	
	n	Gültige%	n	Gültige%
gebessert	16	80%	8	72,7%
Nicht gebessert	4	20	3	27,3%
Gesamt	20*	100%	11*	100%

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest: Wert 1,363, df=1, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,243, 2-seitige exakte Signifikanz 0,317)

Tab. 2.36: Behandlungserfolg, Elternrating (Telefon-1-1,5 Jahres-Katamnese, heutk)

	Sozialstörungen		HKS mit Sozialstörungen	
	n	Gültige%	n	Gültige%
gebessert	26	76,47%	14	77,8%
Nicht gebessert	8	23,53%	4	22,2%
Gesamt	34	100%	18*	100%

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest: Wert 0,113, df=1, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,737, 2-seitige exakte Signifikanz 0,867)

3. TABELLENVERZEICHNIS – Hyperkinetiker versus F91/F92

Tab. 2.1: Altersverteilung (altj_0, altj_1, altj_2)	246
Tab. 2.2: Wohnsituation der Kinder aus der Gruppe der Hyperkinetiker und der Gruppen der Sozialverhaltensstörungen,.....	246
Tab. 2.3: Schichtzugehörigkeit nach der gemeinsamen Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken	247
Tab. 2.4: Durchschnittliche Anzahl assoziierter psychosozialer Belastungsfaktoren für Familienkinder	247
Tab. 2.5: Prozentualer Vergleich der Summe psychosozialer Belastungsfaktoren bei den Hyperkinetikern und den Gruppen mit Sozialverhaltensstörungen	247
Tab. 2.6: Häufigste Nennungen psychosozialer Belastungsfaktoren bei den Hyperkinetikern (F90) und Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens (F91/F92)	248
Tab. 2.7: Diagnose Achse I – Klinisch-Psychiatrisches Syndrom, Erstdiagnosen der Hyperkinetiker (HKS) und der Störungen des Sozialverhaltens (F91/F92)	249
Tab. 2.8: Prozentualer Anteil an Komorbiditäten der Hyperkinetiker und der Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens	249
Tab. 2.9: Häufigste Nennungen bei der 2. Diagnose, Diagnose Achse 1B (dia12_0/1/2).....	250
Tab. 2.10: Diagnose Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen** (dia21_0/1/2, dia22_0/1/2, dia23_0/1/2)	250
Tab. 2.11: Gleichzeitig auftretende umschriebene Entwicklungsstörungen, Diagnose Achse 2A = Diagnosen bei der einfachen Nennung, (dia21_0/1/2)	251
Tab. 2.12: Diagnose Achse IV - Körperliche Symptomatik, (dia41_0/1/2).....	251
Tab. 2.13: Körperliche Symptomatik – Einzelne Diagnosen, (dia41_0/1/2)	252
Tab. 2.14: Diagnose Achse III = Intelligenzniveau, (dia3_0/1/2)	252
Tab. 2.15: Diagnose Achse VI = Psychosoziale Anpassung/soziale Kompetenz, (dia6_0/1/2).....	253
Tab. 2.16: Psychosoziale Anpassung, (dia6_0/1/2).....	253
Tab. 2.17: Therapiemodus, (fntyp_0, fntyp_1, fntyp_2)	253
Tab. 2.18: Behandlungsdauer insgesamt, (behdau_0, behdau_1, behdau_2).....	253
Tab. 2.19: a) Behandlungsdauer in der Tagesklinik: je behdau für fntyp="ST"	254
Tab. 2.20: b) Behandlungsdauer stationär: je behdau_0/1/2 für fntyp="SK"	254
Tab. 2.21: Therapieabbrüche	254
Tab. 2.22: Entlassungsart	254
Tab. 2.23: Medikamentöse Therapie	255
Tab. 2.24: Psychotherapeutische Verfahren, (thkomp1-3_0/1/2)	255
Tab. 2.25: Sonstige Umfeld- bezogene Maßnahmen (Schule, Heime, Ämter, usw.), (thkomp5_0/1/2)	256
Tab. 2.26: Kooperationsbereitschaft des Patient (Therapeutenrating am Ende der Behandlung), (end4_0/1/2)	256
Tab. 2.27: Kooperationsbereitschaft Eltern (Therapeutenrating), (end3_0/1/2)	256

Tab. 2.28: Proz Änd. Symptomfragen Auf-Ent Therapeut, (prozt_0/1/2)	256
Tab. 2.29: Deskriptive Statistik: Proz Änd. Symptomfragen Auf-Ent Eltern, (proze_0/1/2)..	257
Tab. 2.30: Deskriptive Statistik: Proz Änd. Symptomfragen Auf-Kata Elter (prozk_0/1/2) ...	257
Tab. 2.31: Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik am Behandlungsende (Therapeutenrating), Häufigkeiten (beh1_0/1/2).....	257
Tab. 2.32: Symptomatik im Vergleich zur Zeit der stationären Aufnahme (Elternrating), Telefon- Nachuntersuchung (heutn).....	257
Tab. 2.33: Symptomatik im Vergleich zu der Zeit der stationären Aufnahme (Elternrating), Telefoninterview-1-1,5 Jahres-Katamnese (heutk).....	258
Tab. 2.34: Erfolg der Behandlung bezügl. der Zielsymptomatik (beh1).....	258
Tab. 2.35: Behandlungserfolg, Elternrating (Telefoninterview-NU, heutn)	258
Tab. 2.36: Behandlungserfolg, Elternrating (Telefon-1-1,5 Jahres-Katamnese, heutk)	258

3 Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen versus HKS ohne diese Komorbidität¹

Alles Weitere gilt für n= 62 (68,1%) Hyperkinetiker mit der Diagnose F90.1, d. h. mit Sozialstörungen, sowie n=29 (31,9%) Hyperkinetiker ohne Sozialstörungen (F90.0, F90.8, F90.9)

3.1 Soziodemographische Angaben/Umgebungsfaktoren

Tab. 3.1: Altersverteilung

Alter in Jahren (altj)	HKS ohne Sozialstörung		HKS mit Sozialstörung	
	Häufigkeit	Gültige Prozent	Häufigkeit	Gültige Prozent
1-5 Jahre	1	3,4%	0	0
6-17 Jahre	28	96,6%	62	100%
18-20 Jahre	0	0	0	0
21-23 Jahre	0	0	0	0
gesamt	29	100%	62	100%

Tab. 3.2: Durchschnittsalter der beiden Gruppen

Altersverteilung (altj)	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in J., HKS mit Sozst.	62	6	15	9,89	2,61
Alter in J., HKS o. Sozst.	29	5	14	9,69	2,62

Tab. 3.3: Wohnsituation

Wohnsituation (soz1*soz2)		HKS mit Sozialstörung		HKS ohne Sozialstörung	
		n	%	n	%
Familienkinder mit zwei Elternteilen	Beide Eltern leiblich	22	35,5	13	44,9
	Ein Elternteil leiblich	8	12,9	5	17,2
	Pflegefamilie	8	12,9	4	13,8
Alleinerziehender Elternteil	Mutter	18	29,0	5	17,2
	Vater	1	1,6	0	0
Nicht in Familie wohnhaft		5	8,1	2	6,9
Gesamt		62	100	29	100

¹ HKS mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen (Sozst.): dia11mos=1, HKS ohne Sozst.: dia11mos=0

Tab. 3.4: Anzahl belastender psychosozialer Umstände für Familienkinder*

Anzahl belastender psychosoz. Umstände	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
HKS mit Sozialst.	56	0	12	3,70	2,93
HKS ohne Sozialst.	26	0	17	3,35	3,84

*PSYCHSOZ für Familienkinder (soz1=1 or soz1=2 and soz2=1 or soz2=2)

Tab. 3.5: Schichtzugehörigkeit der beiden Gruppen

Schichtzugehörigkeit (soz10)	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Un-/angelernte Arbeiter, kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe	5	22,7	8	17,4
Facharbeiter/Gesellen, einfache Angestellte, kleine selbständige Gewerbetreibende	10	45,5	16	34,8
Meister, mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst, selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (kleine Betriebe)	1	4,5	12	26,1
Höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, selbständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (große Betriebe)	2	9,1	5	10,9
Leitende Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer	4	18,2	5	10,9
Gesamt		22*		46*
		100		100

*n=7 fehlende Werte bei den Hyperkinetikern ohne Sozialstörungen

**n=16 fehlende Werte bei den Hyperkinetikern mit Sozialstörungen

3.2 Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau der Untergruppen

Tab. 3.6: Diagnose Achse I - Klinisch-psychiatrisches Syndrom, Anzahl der Diagnosen

	HKS mit Sozialstörungen		HKS ohne Sozialstörungen	
	n, % von 62		n, % von 29	
1. Diagnose (dia11)	62	100%	29	100%
2. Diagnose (dia12)	16	25,8%	6	20,7%
3. Diagnose (dia13)	1	1,6%	1	3,5%

Tab. 3.7: Erstdiagnosen in den beiden Gruppen

ICD-10	Erstdiagnosen (dia11)	HKS ohne Sozialstörungen		HKS mit Sozialstörungen	
		n, gültige %		n, gültige %	
9000	Hyperkinetische Störungen	27	96,9		
9010	Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens			62	100
9080	Hyperkinetische Störungen -Sonstige	2	3,1		
	Gesamt	29	100	62	100

Tab. 3.8: Zweitdiagnosen der beiden Gruppen

ICD-10	Zweitdiagnosen (dia12)	HKS mit Sozialstörungen		HKS ohne Sozialstörungen	
		n	gültige %	n	gültige %
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen				
1006	Störungen durch Alkohol	1	6,25		
1210	Störungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch	1	6,25		
F43	Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung				
4325	Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	1	6,25		
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters				
9300	mit Trennungsangst	1	6,25		
9330	Emotionale Entwicklungsstörung mit Geschwisterrivalität	1	6,25		
9380	sonstige			1	16,7
9410	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	2	12,5		
9500	Vorübergehende Ticstörung	2	12,5		
F98	Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend				
9800	Enuresis	5	31,25	3	50
9810	Enkopresis	1	6,25		
9850	Stottern	1	6,25	2	33,3
	Gesamt	16	100	6	

Tab. 3.9: Diagnose Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen, Anzahl der Diagnosen

Anzahl der Diagnosen (dia21, dia22, dia23)	HKS mit Sozialstörungen n, %von n=49*		HKS ohne Sozialstörungen n, %von n=23**	
Mindestens eine Nennung	27	55,1%	12	52,2%
Keine Nennung	22	44,9%	11	47,8%

*d.h. n=13 fehlende Werte, **d.h. n=6 fehlende Werte

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen versus HKS ohne diese Komorbidität

Tab. 3.10: Diagnosen bei einfacher Nennung

ICD-10	Diagnosen bei einfacher Nennung (dia21)	HKS mit Sozialstörungen		HKS ohne Sozialstörungen	
		n	gültige %	n	gültige %
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens/ der Sprache				
8000	Artikulationsstörung	1	2,0%	1	4,3%
8010	expressive Sprachstörung	1	2,0%	1	4,3%
8020	rezeptive Sprachstörung	1	2,0%		
8080	sonstige	2	4,1%		
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten				
8100	Lese- und Rechtschreibstörung	4	8,2%	4	17,4%
8110	Isolierte Rechtschreibstörung	4	8,2%		
8120	Isolierte Rechenstörung	1	2,0%		
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	13	26,5%	6	26,1%
	Gesamt	27	55,1%	12	52,2%
	Keine Umschriebenen Entwicklungsstörungen	22	44,9%	11	47,8%
	Gesamt	49*	100%	23**	100%

*d.h. n=13 fehlende Werte, **d.h. n=6 fehlende Werte

Diagnosen bei der zweifachen Nennung: HKS mit Sozialstörungen: 8000 (2x), 8010, 8900; HKS ohne Sozialstörungen: 8200

Diagnosen bei der dreifachen Nennung: bei beiden Gruppen 8200

Tab. 3.11: Achse IV - Körperliche Symptomatik, Vorhandensein von Diagnosen

Körperliche Symptomatik (dia41)	HKS mit Sozialstörungen		HKS ohne Sozialstörungen	
	n	%	n	%
Ja	8	12,9	7	24,1
Nein	54	87,1	22	75,9
Gesamt	62	100,0	29	100,0

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen versus HKS ohne diese Komorbidität

Tab. 3.12: Diagnose Achse IV - Körperliche Symptomatik, Verteilung der Diagnosen

ICD-10	Körperliche Symptomatik (dia41)	HKS mit Sozialstörungen		HKS ohne Sozialstörungen	
		n	gültige %	n	gültige %
E340	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	1	1,6	1	3,45
G40	Epilepsien	3	4,8		
H0-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	2	3,2		
H65	Krankheiten des Mittelohres und Mastoides			1	3,45
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit			2	6,85
J300	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege			1	3,45
L200	Dermatitis und Ekzem	1	1,6	1	3,45
N250	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters	1	1,6		
R620	Allgemeine Symptome			1	3,45
	Keine Körperliche Symptomatik	54	87,1	22	75,9
	Gesamt	62	100	29	100

Tab. 3.13: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, grobe Aufteilung

Intelligenzniveau (dia3)	IQ	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
		n	%	n	%
Überdurchschnittlich	> 115	2	6,9	10	16,1
Durchschnittlich	85 -114	15	51,7	37	59,7
Unterdurchschnittlich	< 85	12	41,4	15	24,2
Gesamt		29	100,0	62	100,0

Tab. 3.14: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, genaue Aufteilung

Intelligenzniveau	IQ	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
		n	Gültige %	n	Gültige %
Sehr hohe Intelligenz	> 129	0	0	2	3,2
Hohe Intelligenz	115-129	2	6,9	8	12,9
Durchschnittliche Intelligenz	85-114	15	51,7	37	59,7
Niedrige Intelligenz	70-84	9	31,0	11	17,7
Leichte Intelligenzminderung	50-69	3	10,3	3	4,8
Mittelgradige Intelligenzminderung	35-49	0	0	1	1,6
Schwere Intelligenzminderung	20-34	0	0	0	0
Schwerste Intelligenzminderung	< 20	0	0	0	0
	Gesamt	29	100	62	100

Tab. 3.15: Diagnose Achse VI - Psychosoz. Anpassung/soziale Kompetenz

Psychosoziale Anpassung/ Soziale Kompetenz (dia6)	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Hervorragende/gute soziale Anpassung	0	0	0	0
Befriedigende soziale Anpassung	4	13,8	2	3,2
leichte soziale Beeinträchtigung	3	10,3	6	9,7
mäßige soziale Beeinträchtigung	8	27,6	16	25,8
deutliche soziale Beeinträchtigung	10	34,5	28	45,2
deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung	2	6,9	5	8,1
tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung	1	3,4	3	4,8
Braucht beträchtliche Betreuung	1	3,4	2	3,2
Braucht ständige Betreuung	0	0	0	0
Gesamt	29	100	62	100

3.3 Therapie/Kooperation

Tab. 3.16: Behandlungsdauer

Behandlungsdauer	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
BEHDAU (HKS mit Sozst.)	62	5	330	84,00	80,92
BEHDAU (HKS ohne Sozst.)	29	8	319	94,90	79,59

Tab. 3.17: Entlassungsart

Entlassungsart (end2)	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Regulär	27	93,1%	60	96,8%
Vorzeitiger Abbruch durch Patienten/Eltern	1	3,4%	2	3,2%
Vorzeitiger Abbruch durch den Therapeuten	1	3,4%	0	0
Gesamt	29	100,0%	62	100,0%

3.3.1 Therapeutische Verfahren

Tab. 3.18: Medikamentöse Therapie

Medikamentengruppe	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
	n	%*	n	%*
Antikonvulsiva	0	0	6	9,7%
Neuroleptika	4	13,8%	14	22,6%
Thymoleptika	5	17,2%	4	6,5%
Tranquilizer	0	0	1	1,6%
Stimulantien	16	55,2%	41	66,1%
andere	0	0	0	0
Häufigkeit des Medikamenteneinsatzes insgesamt	20	69,0%	52	83,9%

*jeweils von n=29 gültigen Werten bei HKS ohne Sozialstörungen, von n=62 gültigen Werten bei HKS mit Sozialstörungen

-Antikonvulsiva (I3i1), Neuroleptika (I3i2) Thymoleptika (I3i3), Tranquilizer (I3i4), Stimulantien (I3i5), andere (i3i8)
(Chi-Quadrat-Homogenitätstest: Wert 1,014, df=1, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,314, 2-seitige exakte Signifikanz 0,357)

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen versus HKS ohne diese Komorbidität

Tab. 3.19: Psychotherapeutische Verfahren

Therapieform (thkomp1-3)	Diagnose	N	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung
Kindbezogene psychotherapeutische Verfahren	Mit Sozialstörungen	58	2	136	19,64	21,14
	Ohne Sozialstörungen	26	1	68	18,42	14,68
Eltern- und Familienbezogene Verfahren (Beratung, Behandlung usw.)	Mit Sozialstörungen	59	2	34	6,9	6,51
	Ohne Sozialstörungen	29	1	34	7,79	7,01
Funktionelle Übungsbehandlungen und ähnliche Verfahren	Mit Sozialstörungen	50	3	76	21,6	18,02
	Ohne Sozialstörungen	25	3	152	29,6	30,68

Tab. 3.20: Sonstige Umfeld- bezogene Maßnahmen (Schule, Heime, Ämter, usw.)

Umfeld- bezogene Maßnahmen (thkomp5)	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Nicht durchgeführt	4	13,8%	15	24,2%
Durchgeführt	25	86,2%	47	75,8%
Gesamt	29	100,0%	62	100,0%

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden Sozialverhaltensstörungen versus HKS ohne diese Komorbidität

3.3.2 Kooperationsbereitschaft

Tab. 3.21: Kooperationsbereitschaft Patient

Kooperationsbereitschaft	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Gut	18	64,3%	33	55,0%
Mässig gut	8	28,6%	16	26,7%
Schwach	2	7,1%	9	15,0%
Schlecht	0	0	2	3,3%
Gesamt	28*	100,0%	60**	100,0%

*n=1 fehlender Wert bei den Hyperkinetikern ohne Sozialstörung

**n=2 fehlende Werte bei den Hyperkinetikern mit Sozialstörungen

Tab. 3.22: Kooperationsbereitschaft Eltern

Kooperationsbereitschaft	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Gut	18	62,1%	27	43,5%
Mässig gut	8	27,6%	27	43,5%
Schwach	3	10,3%	6	9,7%
Schlecht	0	0	2	3,3%
Gesamt	29	100,0%	62	100,0%

3.4 Therapieerfolg

Tab. 3.23: Prozentuale Veränderung der Symptomatik zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten, Therapeuten- und Elternratings

Prozentuale Änderung der Symptomfragen		Symp-	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
PROZT	Proz. Änd. Mit	Sozialst.	20	22,22	100,00	46,53	20,41
	Aufnahme-Entlassung		4	40,00	80,00	59,51	16,58
PROZE	Proz. Änd. Mit	Sozialst.	12	0	87,50	46,18	29,63
	Aufnahme-Entlassung		3	50,00	80,00	65,56	15,03
PROZK	Proz. Änd. Mit	Sozialst.	16	0	100,0	48,49	34,34
	Aufnahme-Katamnese		3	12,5	40,0	24,17	14,22

Tab. 3.24: Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik, Behandlungsende, Therapeutenrating

Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik (beh1)	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Völlig gebessert	0	0	0	0
Deutlich gebessert	14	48,3%	31	50,0%
Etwas gebessert	10	34,5%	21	33,9%
Unverändert	5	17,2%	10	16,1%
verschlechtert	0	0	0	0
Gesamt	29	100,0%	62	100,0%

(Chi-Quadrat-Homogenitätstest: Wert 0,029, df=2, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,986)

Tab. 3.25: Behandlungserfolg bei Entlassung/Nachuntersuchung (NU), Elternrating (Telefoninterview-NU)

Behandlungserfolg (heutn)	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
Telefoninterview-NU	n	Gültige%	n	Gültige%
gebessert	2	100%	8	72,7%
Nicht gebessert	0	0	3	27,3%
Gesamt	2*	100%	11*	100%

* n=29 bei HKS ohne Sozst., d.h. n=27 fehlende Werte, n=62 bei HKS mit Sozst., d.h. n=51 fehlende Werte

(Chi-Quadrat-Homogenitätstest: Wert 1,477, df=3, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,688)

Tab. 3.26: Behandlungserfolg bei der 1-1,5 Jahres-Katamnese, Elternrating (Telefoninterview-Katamnese)

Behandlungserfolg (heutk_g)	ohne Sozialstörungen		mit Sozialstörungen	
Telefoninterview-Katamnese	n	Gültige%	n	Gültige%
gebessert	2	50%	14	77,8%
Nicht gebessert	2	50%	4	22,2%
Gesamt	4*	100%	18*	100%

* n=29 bei HKS ohne Sozst., d.h. n=25 fehlende Werte, n=62 bei HKS mit Sozst., d.h. n=44 fehlende Werte

(Chi-Quadrat-Homogenitätstest: Wert 1,273, df=1, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,259, 2-seitige exakte Signifikanz 0,541)

4 Tabellenverzeichnis – HKS mit vs. ohne Sozialstörungen

Tab. 3.1: Altersverteilung _____	261
Tab. 3.2: Durchschnittsalter der beiden Gruppen _____	261
Tab. 3.3: Wohnsituation _____	261
Tab. 3.4: Anzahl belastender psychosozialer Umstände für Familienkinder* _____	262
Tab. 3.5: Schichtzugehörigkeit der beiden Gruppen _____	262
Tab. 3.6: Diagnose Achse I - Klinisch-psychiatrisches Syndrom, Anzahl der Diagnosen _____	263
Tab. 3.7: Erstdiagnosen in den beiden Gruppen _____	263
Tab. 3.8: Zweitdiagnosen der beiden Gruppen _____	264
Tab. 3.9: Diagnose Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen, Anzahl der Diagnosen _____	264
Tab. 3.10: Diagnosen bei einfacher Nennung _____	265
Tab. 3.11: Achse IV - Körperliche Symptomatik, Vorhandensein von Diagnosen _____	265
Tab. 3.12: Diagnose Achse IV - Körperliche Symptomatik, Verteilung der Diagnosen _____	266
Tab. 3.13: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, grobe Aufteilung _____	266
Tab. 3.14: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, genaue Aufteilung _____	267
Tab. 3.15: Diagnose Achse VI - Psychosoz. Anpassung/soziale Kompetenz _____	268
Tab. 3.16: Behandlungsdauer _____	268
Tab. 3.17: Entlassungsart _____	269
Tab. 3.18: Medikamentöse Therapie _____	269
Tab. 3.19: Psychotherapeutische Verfahren _____	270
Tab. 3.20: Sonstige Umfeld- bezogene Maßnahmen (Schule, Heime, Ämter, usw.) _____	270
Tab. 3.21: Kooperationsbereitschaft Patient _____	271
Tab. 3.22: Kooperationsbereitschaft Eltern _____	271
Tab.3.23: Prozentuale Veränderung der Symptomatik zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten, Therapeuten- und Elternratings _____	272
Tab. 3.24:Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik, Behandlungsende, Therapeutenrating _____	272
Tab. 3.25:Behandlungserfolg bei Entlassung/Nachuntersuchung (NU), Elternrating (Telefoninterview-NU) _____	272
Tab. 3.26: Behandlungserfolg bei der 1-1,5 Jahres-Katamnese, Elternrating (Telefoninterview-Katamnese) _____	272

4 Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne diese Komorbidität¹

Alles Weitere gilt für n=39 (42,9%) Hyperkinetiker mit zusätzlichen umschriebenen Entwicklungsstörungen sowie n=52 (57,1%) Hyperkinetiker ohne zusätzliche umschriebene Entwicklungsstörungen.

4.1 Soziodemographische Angaben/Umgebungsfaktoren

Tab. 4.1: Altersverteilung

Alter in Jahren (altj)	HKS ohne UE		HKS mit UE	
	Häufigkeit	Gültige Prozent	Häufigkeit	Gültige Prozent
1-5 Jahre	1	1,9%	0	0
6-17 Jahre	52	98,1%	38	100%
18-20 Jahre	0	0	0	0
21-23 Jahre	0	0	0	0
gesamt	53	100%	38	100%

Tab. 4.2: Durchschnittsalter der beiden Gruppen

Altersverteilung (altj)	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in J., HKS mit UE	39	6	14	9,49	2,22
Alter in J., HKS ohne UE	52	5	15	10,08	2,85

Tab. 4.3: Wohnsituation

Wohnsituation (soz1*soz2)	HKS mit UE		HKS ohne UE		
	n	%	n	%	
Familienkinder mit zwei Elternteilen	Beide Eltern leiblich	15	38,4	20	38,5
	Ein Elternteil leiblich	4	10,3	9	17,3
	Pflegefamilie	4	10,3	8	15,4
Alleinerziehender Elternteil	Mutter	12	30,7	11	21,2
	Vater	0	0	1	1,9
Nicht in Familie wohnhaft		4	10,3	3	5,7
Gesamt		39	100	52	100

¹ HKS mit zusätzlichen umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE): dia21moe=1, HKS ohne UE: dia21moe=0

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne diese Komorbidität

Tab. 4.4: Anzahl belastender psychosozialer Umstände für Familienkinder*

Anzahl belastender psychosoz. Umstände	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
HKS mit UE	36	0	17	4,03	3,69
HKS ohne UE	46	0	11	3,24	2,80

*PSYCHSOZ für Familienkinder (soz1=1 or soz1=2 and soz2=1 or soz2=2)

Tab. 4.5: Schichtzugehörigkeit der beiden Gruppen

Schichtzugehörigkeit (soz10)	HKS ohne UE		HKS mit UE	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Un-/angelernte Arbeiter, kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe	7	16,3	6	24,0
Facharbeiter/Gesellen, einfache Angestellte, kleine selbständige Gewerbetreibende	17	39,5	9	36,0
Meister, mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst, selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (kleine Betriebe)	7	16,3	6	24,0
Höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, selbständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (große Betriebe)	6	14,0	1	4,0
Leitende Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer	6	14,0	3	12,0
Gesamt	43*	100	25*	100

*n=9 fehlende Werte bei den Hyperkinetikern ohne UE

**n=14 fehlende Werte bei den Hyperkinetikern mit UE

4.2 Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau der Untergruppen

Tab. 4.6: Diagnose Achse I - Klinisch-psychiatrisches Syndrom, Anzahl der Diagnosen

	HKS mit UE		HKS ohne UE	
	n, % von 62		n, % von 29	
1. Diagnose (dia21)	39	100%	52	100%
2. Diagnose (dia22)	10	25,6%	12	23,1%
3. Diagnose (dia23)	1	2,6%	1	1,9%

Tab. 4.7: Erstdiagnosen in den beiden Gruppen

ICD-10	Erstdiagnosen (dia11)	HKS ohne UE		HKS mit UE	
		n, gültige %		n, gültige %	
9000	Hyperkinetische Störungen	17	32,7	10	25,7
9010	Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens	35	67,3	27	69,2
9080	Hyperkinetische Störungen -Sonstige	0		2	5,1
	Gesamt	52	100	39	100

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne diese Komorbidität

Tab. 4.8: Zweitdiagnosen der beiden Gruppen

ICD-10	Zweitdiagnosen (dia12)	HKS mit UE		HKS ohne UE	
		n	gültige %	n	gültige %
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen				
1006	Störungen durch Alkohol, amnestisches Syndrom	1	8,3		
1210	Störungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch			1	10
F43	Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung				
4325	Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten			1	10
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters				
9300	mit Trennungsangst	1	8,3		
9330	Emotionale Entwicklungsstörung mit Geschwisterrivalität	1	8,3		
9380	sonstige	1	8,3		
9410	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	1	8,3	1	10
9500	Vorübergehende Ticstörung	1	8,3	1	10
F98	Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend				
9800	Enuresis	4	33,2	4	40
9810	Enkopresis	1	8,3		
9850	Stottern	1	8,3	2	20
	Gesamt	12	100	10	100

Tab. 4.9: Diagnose Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen, Anzahl der Diagnosen

Anzahl der Diagnosen (dia21, dia22, dia23)	HKS mit UE		HKS ohne UE	
	n	% von n=39*	n	% von n=33**
Mindestens eine Nennung	39	100%	0	0%
Keine Nennung	0	0%	33	100%

*d.h. n=13 fehlende Werte, **d.h. n=6 fehlende Werte

Tab. 4.10: Diagnosen bei einfacher Nennung

ICD-10	UE bei einfacher Nennung (dia21)	HKS mit UE		HKS ohne UE	
		n	gültige %	n	gültige %
F80	Umschriebene Entwicklungsst. des Sprechens/ der Sprache				
8000	Artikulationsstörung	2	5,1%	0	
8010	Expressive Sprachstörung	2	5,1%	0	
8020	Rezeptive Sprachstörung	1	2,5%	0	
8080	Sonstige	2	5,1%	0	
F81	Umschriebene Entwicklungsst. Schulischer Fertigkeiten				
8100	Lese- und Rechtschreibstörung	8	20,8%	0	
8110	Isolierte Rechtschreibstörung	4	10,3%	0	
8120	Isolierte Rechenstörung	1	2,5%	0	
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	19	48,6%	0	
	Gesamt	39	100%	0	
	Keine Umschr. Entwicklungsst.	0	0	33	
	Gesamt	39	100%	33*	

*d.h. n=19 fehlende Werte (gewertet als „keine UE vorhanden“, da dieser Punkt von den Therapeuten oftmals nicht angekreuzt wurde, wenn keine UE vorhanden waren.)

Diagnosen bei der zweifachen Nennung: HKS mit Umschriebener Entwicklungsst.: 8000 (2x), 8010, 8900, 8200

Diagnosen bei der dreifachen Nennung: HKS mit Umschriebener Entwicklungsst.: 8200

Tab. 4.11: Achse IV - Körperliche Symptomatik, Vorhandensein von Diagnosen

Körperliche Symptomatik (dia41)	HKS mit UE		HKS ohne UE	
	n	%	n	%
Ja	6	15,4	9	17,3
Nein	33	84,6	43	82,7
Gesamt	39	100,0	52	100,0

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne diese Komorbidität

Tab. 4.12: Diagnose Achse IV - Körperliche Symptomatik, Verteilung der Diagnosen

ICD-10	Körperliche Symptomatik (dia41)	HKS mit UE		HKS ohne UE	
		n, gültige	%	n, gültige	%
E340	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	1	2,6	1	1,9
G40	Epilepsien	2	5,1	1	1,9
H0-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde			2	3,9
H65	Krankheiten des Mittelohres und Mastoides	1	2,6		
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit			2	3,9
J300	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	1	2,6		
L200	Dermatitis und Ekzem	1	2,6	1	1,9
N250	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters			1	1,9
R620	Allgemeine Symptome			1	1,9
	Keine Körperliche Symptomatik	33	84,6	43	82,7
	Gesamt	39	100	52	100

Tab. 4.13: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, grobe Aufteilung

Intelligenzniveau (dia3)	IQ	HKS ohne UE		HKS mit UE	
		n	%	n	%
Überdurchschnittlich	> 115	9	17,3	3	7,7
Durchschnittlich	85 -114	32	61,5	20	51,3
Unterdurchschnittlich	< 85	11	21,2	16	41,0
Gesamt		52	100,0	39	100,0

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne diese Komorbidität

Tab. 4.14: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, genaue Aufteilung

Intelligenzniveau	IQ	HKS ohne UE		HKS mit UE	
		n	Gültige %	n	Gültige %
Sehr hohe Intelligenz	> 129	1	1,9	1	2,6
Hohe Intelligenz	115-129	8	15,4	2	5,1
Durchschnittliche Intelligenz	85-114	32	61,5	20	51,3
Niedrige Intelligenz	70-84	8	15,4	12	30,8
Leichte Intelligenzminderung	50-69	2	3,8	4	10,3
Mittelgradige Intelligenzminderung	35-49	1	1,9	0	0
Schwere Intelligenzminderung	20-34	0	0	0	0
Schwerste Intelligenzminderung	< 20	0	0	0	0
	Gesamt	52	100	39	100

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne diese Komorbidität

Tab. 4.15: Diagnose Achse VI - Psychosoz. Anpassung/soziale Kompetenz

Psychosoziale Anpassung/	HKS ohne UE		HKS mit UE	
Soziale Kompetenz (dia6)	n	Gültige %	n	Gültige %
Hervorragende/gute soziale Anpassung	0	0	0	0
Befriedigende soziale Anpassung	4	7,7	2	5,1
leichte soziale Beeinträchtigung	8	15,4	1	2,6
mäßige soziale Beeinträchtigung	10	19,2	14	35,9
deutliche soziale Beeinträchtigung	24	46,2	14	35,9
deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung	5	9,6	2	5,1
tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung	1	1,9	3	7,7
Braucht beträchtliche Betreuung	0	0	3	7,7
Braucht ständige Betreuung	0	0	0	0
Gesamt	52	100	39	100

4.3 Therapie/Kooperation

Tab. 4.16: Behandlungsdauer

Behandlungsdauer	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
BEHDAU (HKS mit UE)	39	11	256	77,82	67,22
BEHDAU (HKS ohne UE)	52	5	330	94,71	88,67

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne diese Komorbidität

Tab. 4.17: Entlassungsart

Entlassungsart (end2)	HKS ohne UE		HKS mit UE	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Regulär	50	96,2%	37	94,9%
Vorzeitiger Abbruch durch Patienten/Eltern	2	3,8%	1	2,6%
Vorzeitiger Abbruch durch den Therapeuten	0	0	1	2,6%
Gesamt	52	100,0%	39	100,0%

4.3.1 Therapeutische Verfahren

Tab. 4.18: Medikamentöse Therapie

Medikamentengruppe	HKS ohne UE		HKS mit UE	
	n	%*	n	%*
Antikonvulsiva	3	5,7%	3	7,9%
Neuroleptika	11	20,8%	7	18,4%
Thymoleptika	6	11,3%	3	7,9%
Tranquilizer	0	0	1	2,6%
Stimulantien	33	62,3%	24	63,2%
andere	0	0	0	0
Häufigkeit des Medikamenteneinsatzes insgesamt	41	77,4%	31	81,6%

*jeweils von n=53 gültigen Werten bei HKS ohne Sozialstörungen, von n=38 gültigen Werten bei HKS mit Sozialstörungen

- Antikonvulsiva (I3i1), Neuroleptika (I3i2) Thymoleptika (I3i3), Tranquilizer (I3i4), Stimulantien (I3i5), andere (i3i8)

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne diese Komorbidität

Tab. 4.19: Psychotherapeutische Verfahren

Therapieform (thkomp1-3)	Diagnose	N	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung
Kindbezogene psychotherapeutische Verfahren	Mit umschr. Entwicklungsstörungen	Ent- 36	1	43	16,97	10,98
	Ohne umschr. Entwicklungsst.	48	2	136	20,98	23,67
Eltern- und Familienbezogene Verfahren (Beratung, Behandlung usw.)	Mit umschr. Entwicklungsstörungen	Ent- 37	2	34	6,81	6,12
	Ohne umschr. Entwicklungsst.	51	1	34	7,47	7,06
Funktionelle Übungen und ähnliche Verfahren	Mit umschr. Entwicklungsstörungen	Ent- 34	3	152	25,82	30,06
	Ohne umschr. Entwicklungsst.	41	4	70	22,98	15,5

Tab. 4.20: Sonstige Umfeld- bezogene Maßnahmen (Schule, Heime, Ämter, usw.)

Umfeld- bezogene Maßnahmen (thkomp5)	HKS ohne UE		HKS mit UE	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Nicht durchgeführt	11	20,8%	8	21,1%
Durchgeführt	42	79,2%	30	78,9%
Gesamt	53	100,0%	38	100,0%

4.3.2 Kooperationsbereitschaft

Tab. 4.21: Kooperationsbereitschaft Patient

Kooperationsbereitschaft	HKS ohne UE		HKS mit UE	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Gut	29	58,0%	22	57,9%
Mässig gut	16	32,0%	8	21,1%
Schwach	4	8,0%	7	18,4%
Schlecht	1	2,0%	1	2,6%
Gesamt	50*	100,0%	38**	100,0%

*n=2 fehlender Wert bei den Hyperkinetikern ohne Sozialstörung

**n=1 fehlende Werte bei den Hyperkinetikern mit Sozialstörungen

Tab. 4.22: Kooperationsbereitschaft Eltern

Kooperationsbereitschaft	HKS ohne UE		HKS mit UE	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Gut	26	50,0%	19	48,7%
Mässig gut	23	44,2%	12	30,8%
Schwach	2	3,8%	7	17,9%
Schlecht	1	1,9%	1	2,6%
Gesamt	52	100,0%	39	100,0%

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne diese Komorbidität

4.4 Therapieerfolg

Tab. 4.23: Prozentuale Veränderung der Symptomatik zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten, Therapeuten- und Elternratings

Prozentuale Änderung der Symptomfragen		Symp-	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
PROZT	Proz. Änd.	HKS mit UE	14	22,22	100,00	51,72	21,95
	Symptomfragen						
Aufnahme-Entlassung Therapeutenrating		HKS ohne UE	10	25,00	80,00	44,44	17,41
PROZE	Proz. Änd.	HKS mit UE	9	0	87,50	52,60	29,54
	Symptomfragen						
Aufnahme-Entlassung Elternrating		HKS ohne UE	6	12,50	80,00	46,25	27,87
PROZK	Proz. Änd.	HKS mit UE	7	0	77,8	52,78	36,22
	Symptomfragen						
Aufnahme-Katamnese Elternrating		HKS ohne UE	12	0	100,0	39,90	31,60

Tab. 4.24: Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik, Behandlungsende, Therapeutenrating

Erfolg der Behandlung	HKS ohne UE		HKS mit UE	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Völlig gebessert	0	0	0	0
Deutlich gebessert	30	57,7%	15	38,5%
Etwas gebessert	14	26,9%	17	43,6%
Unverändert	8	15,4%	7	17,9%
verschlechtert	0	0	0	0
Gesamt	52	100,0%	39	100,0%

Chi-Quadrats-Homogenitätstest: Wert 8,060, df=2, asymptotische Signifikanz 0,018, exakte Signifikanz 0,019)

Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit komorbiden umschriebenen Entwicklungsstörungen (UE) versus HKS ohne diese Komorbidität

Tab. 4.25: Behandlungserfolg bei Entlassung/Nachuntersuchung (NU), Elternrating (Telefoninterview-NU)

Behandlungserfolg (heutn)	HKS ohne UE		HKS mit UE	
	n	Gültige%	n	Gültige%
gebessert	5	100%	5	62,5%
Nicht gebessert	0	0	3	37,5%
Gesamt	5*	100%	8*	100%

* n=52 bei HKS ohne U. Entwst., d.h. n=47 fehlende Werte, n=39 bei HKS mit U. Entwst., d.h. n=31 fehlende Werte

Tab. 4.26: Behandlungserfolg bei der 1-1,5 Jahres-Katamnese, Elternrating (Telefoninterview-Katamnese)

Behandlungserfolg (heutk)	HKS ohne UE		HKS mit UE	
	n	Gültige%	n	Gültige%
gebessert	10	66,6%	6	85,7%
Nicht gebessert	5	33,3%	1	14,3%
Gesamt	15*	100%	7*	100%

* n=52 bei HKS ohne U. Entwst., d.h. n=37 fehlende Werte, n=39 bei HKS mit U. Entwst., d.h. n=32 fehlende Werte

5 Tabellenverzeichnis HKS mit versus ohne UE

Tab. 4.1: Altersverteilung _____	275
Tab. 4.2: Durchschnittsalter der beiden Gruppen _____	275
Tab. 4.3: Wohnsituation _____	275
Tab. 4.4: Anzahl belastender psychosozialer Umstände für Familienkinder* _____	276
Tab. 4.5: Schichtzugehörigkeit der beiden Gruppen _____	276
Tab. 4.6: Diagnose Achse I - Klinisch-psychiatrisches Syndrom, Anzahl der Diagnosen _____	277
Tab. 4.7: Erstdiagnosen in den beiden Gruppen _____	277
Tab. 4.8: Zweitdiagnosen der beiden Gruppen _____	278
Tab. 4.9: Diagnose Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen, Anzahl der Diagnosen _____	278
Tab. 4.10: Diagnosen bei einfacher Nennung _____	279
Tab. 4.11: Achse IV - Körperliche Symptomatik, Vorhandensein von Diagnosen _____	279
Tab. 4.12: Diagnose Achse IV - Körperliche Symptomatik, Verteilung der Diagnosen _____	280
Tab. 4.13: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, grobe Aufteilung _____	280
Tab. 4.14: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, genaue Aufteilung _____	281
Tab. 4.15: Diagnose Achse VI - Psychosoz. Anpassung/soziale Kompetenz _____	282
Tab. 4.16: Behandlungsdauer _____	282
Tab. 4.17: Entlassungsart _____	283
Tab. 4.18: Medikamentöse Therapie _____	283
Tab. 4.19: Psychotherapeutische Verfahren _____	284
Tab. 4.20: Sonstige Umfeld- bezogene Maßnahmen (Schule, Heime, Ämter, usw.) _____	284
Tab. 4.21: Kooperationsbereitschaft Patient _____	285
Tab. 4.22: Kooperationsbereitschaft Eltern _____	285
Tab. 4.23:Prozentuale Veränderung der Symptomatik zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten, Therapeuten- und Elternratings _____	286
Tab. 4.24:Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik, Behandlungsende, Therapeutenrating _____	286
Tab. 4.25:Behandlungserfolg bei Entlassung/Nachuntersuchung (NU), Elternrating (Telefoninterview-NU) _____	287
Tab. 4.26: Behandlungserfolg bei der 1-1,5 Jahres-Katamnese, Elternrating (Telefoninterview-Katamnese) _____	287

5 Untergruppenvergleich der Hyperkinetiker (HKS): HKS mit Stimulantientherapie (Stimth.) versus HKS ohne Stimtherapie¹

Alles Weitere gilt für n= 57 (62,6%) Hyperkinetiker mit Stimulantientherapie, sowie n=34 (37,4%) Hyperkinetiker ohne Stimulantientherapie.

5.1 Soziodemographische Angaben/Umgebungsfaktoren

Tab. 5.1: Altersverteilung

Alter in Jahren (altj)	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
	Häufigkeit	Gültige Prozent	Häufigkeit	Gültige Prozent
1-5 Jahre	1	2,9%	0	0
6-17 Jahre	33	97,1%	57	100%
18-20 Jahre	0	0	0	0
21-23 Jahre	0	0	0	0
gesamt	34	100%	57	100%

Tab. 5.2: Durchschnittsalter der beiden Gruppen

Altersverteilung (altj)	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in J., HKS mit Stimth.	57	6	14	9,89	2,40
Alter in J., HKS o. Stimth.	34	5	15	9,71	2,95

Tab. 5.3: Wohnsituation

Wohnsituation (soz1*soz2)	HKS mit Stimth.		HKS ohne Stimth.		
	n	%	n	%	
Familienkinder mit zwei Elternteilen	Beide Eltern leiblich	22	38,6	13	38,3
	Ein Elternteil leiblich	10	17,5	3	8,8
	Pflegefamilie	6	10,5	6	17,6
Alleinerziehender Elternteil	Mutter	13	22,8	10	29,4
	Vater	1	1,8	0	0
Nicht in Familie wohnhaft		5	8,8	2	5,9
Gesamt		57	100	34	100

¹ HKS mit Stimulantientherapie (Stimth.): l3i5=1 versus HKS ohne Stimulantientherapie l3i5=0, Redu=2, n=91, männliche Patienten

Tab. 5.4: Anzahl belastender psychosozialer Umstände für Familienkinder*

Anzahl belastender psychosoz. Umstände	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
HKS mit Stimulantienth.	50	0	12	3,56	3,14
HKS ohne Stimulantienth.	32	0	17	3,63	3,41

*PSYCHSOZ für Familienkinder (soz1=1 or soz1=2 and soz2=1 or soz2=2)

Tab. 5.5: Schichtzugehörigkeit der beiden Gruppen

Schichtzugehörigkeit (soz10)	HKS ohne Stimulantien		HKS mit Stimulantien	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Un-/angelernte Arbeiter, kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe	2	8,7	11	24,4
Facharbeiter/Gesellen, einfache Angestellte, kleine selbständige Gewerbetreibende	7	30,4	19	42,2
Meister, mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst, selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (kleine Betriebe)	6	26,1	7	15,6
Höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, selbständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (große Betriebe)	3	13,0	4	8,9
Leitende Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst, Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer	5	21,7	4	8,9
Gesamt		23*	45**	100

*n=11 fehlende Werte bei den Hyperkinetikern ohne Stimulantien

**n=12 fehlende Werte bei den Hyperkinetikern mit Stimulantien

5.2 Komorbidität, Intelligenz- und Funktionsniveau der Untergruppen

Tab. 5.6: Diagnose Achse I - Klinisch-psychiatrisches Syndrom, Anzahl der Diagnosen

	HKS mit Stimulantientherapie		HKS ohne Stimulantientherapie	
	n, % von 62		n, % von 29	
1. Diagnose (dia11)	57	100%	34	100%
2. Diagnose (dia12)	9	15,8%	13	38,2%
3. Diagnose (dia13)	1	1,8%	1	2,9%

Tab. 5.7: Erstdiagnosen in den beiden Gruppen

ICD-10	Erstdiagnosen (dia11)	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
		n, gültige	%	n, gültige	%
9000	Hyperkinetische Störungen	11	32,4	16	28,1
9010	Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens	21	61,8	41	71,9
9080	Hyperkinetische Störungen -Sonstige	2	5,8	0	0
	Gesamt	34	100	57	100

Tab. 5.8: Zweitdiagnosen der beiden Gruppen

ICD-10	Zweitdiagnosen (dia12)	HKS mit Stimulantientherapie		HKS ohne Stimulantientherapie	
		n	gültige %	n	gültige %
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen				
1006	Störungen durch Alkohol, amnestisches Syndrom			1	7,7
1210	Störungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch			1	7,7
F43	Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung				
4325	Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	1	11,1		
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters				
9300	mit Trennungsangst	1	11,1		
9330	Emotionale Entwicklungsstörung mit Geschwisterrivalität	1	11,1		
9380	sonstige	1	11,1		
9410	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	1	11,1	1	7,7
9500	Vorübergehende Ticstörung	1	11,1	1	7,7
F98	Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend				
9800	Enuresis	2	22,2	6	46,2
9810	Enkopresis	1	11,1		
9850	Stottern			3	23,1
	Gesamt	9	100	13	100

Nennungen bei der 3. Diagnose: bei beiden Störungsbildern 9380, 9810

Tab. 5.9: Diagnose Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen, Anzahl der Diagnosen

Anzahl der Diagnosen (dia21, dia22, dia23)	HKS mit Stimulantientherapie n, %von n=49*		HKS ohne Stimulantientherapie n, %von n=23**	
Mindestens eine Nennung	24	55,8%	15	51,7%
Keine Nennung	19	44,2%	14	48,3%

*d.h. n=14 fehlende Werte, **d.h. n=5 fehlende Werte

Tab. 5.10: Diagnosen bei einfacher Nennung

ICD-10	Diagnosen bei einfacher Nennung (dia21)	HKS mit Stimulantientherapie		HKS ohne Stimulantientherapie	
		n	gültige %	n	gültige %
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens/ der Sprache				
8000	Artikulationsstörung	1	2,3%	1	3,4%
8010	expressive Sprachstörung			2	6,8%
8020	rezeptive Sprachstörung			1	3,4%
8080	sonstige	1	2,3%	1	3,4%
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten				
8100	Lese- und Rechtschreibstörung	6	14,0%	2	6,8%
8110	Isolierte Rechtschreibstörung	3	7,0%	1	3,4%
8120	Isolierte Rechenstörung			1	3,4%
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	13	30,2%	6	20,7%
	Gesamt	24	55,8%	15	51,7%
	Keine Umschriebenen Entwicklungsstörungen	19	44,2%	14	48,3%
	Gesamt	43*	100%	29**	100%

*d.h. n=14 fehlende Werte, **d.h. n=5 fehlende Werte

Diagnosen bei der zweifachen Nennung: HKS mit Stimulantientherapie: 8000 (2x), 8010, 8900;
HKS ohne Stimulantientherapie: 8200

Diagnosen bei der dreifachen Nennung: HKS mit Stimulantientherapie: 8200

Tab. 5.11: Achse IV - Körperliche Symptomatik, Vorhandensein von Diagnosen

Körperliche Symptomatik (dia41)	HKS mit Stimulantientherapie		HKS ohne Stimulantientherapie	
	n	%	n	%
Ja	9	15,8	6	17,6
Nein	48	84,2	28	82,4
Gesamt	57	100,0	34	100,0

Tab. 5.12: Diagnose Achse IV - Körperliche Symptomatik, Verteilung der Diagnosen

ICD-10	Körperliche Symptomatik (dia41)	HKS mit Stimulantientherapie		HKS ohne Stimulantientherapie	
		n	gültige %	n	gültige %
E340	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen			2	6,8
G40	Epilepsien	1	1,8	2	6,8
H0-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	2	3,6		
H65	Krankheiten des Mittelohres und Mastoides	1	1,8		
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	2	3,6		
J300	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	1	1,8		
L200	Dermatitis und Ekzem	1	1,8	1	2,9
N250	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters	1	1,8		
R620	Allgemeine Symptome			1	2,9
	Keine Körperliche Symptomatik	48	84,2	28	82,4
	Gesamt	57	100	34	100

Tab. 5.13: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau (dia3), grobe Aufteilung

Intelligenzniveau	IQ	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
(dia3)		n	%	n	%
Überdurchschnittlich	> 115	5	14,7	7	12,3
Durchschnittlich	85 -114	18	52,9	34	59,6
Unterdurchschnittlich	< 85	11	32,4	16	28,1
Gesamt		34	100,0	57	100,0

Tab. 5.14: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau (dia3), genaue Aufteilung

Intelligenzniveau (dia3)	IQ	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
		n	Gültige %	n	Gültige %
Sehr hohe Intelligenz	> 129	0	0	2	3,5
Hohe Intelligenz	115-129	5	14,7	5	8,8
Durchschnittliche Intelligenz	85-114	18	52,9	34	59,6
Niedrige Intelligenz	70-84	5	14,7	15	26,3
Leichte Intelligenzminderung	50-69	5	14,7	1	1,8
Mittelgradige Intelligenzminderung	35-49	1	1,6	0	0
Schwere Intelligenzminderung	20-34	0	0	0	0
Schwerste Intelligenzminderung	< 20	0	0	0	0
	Gesamt	34	100	57	100

Tab. 5.15: Diagnose Achse VI - Psychosoz. Anpassung/soziale Kompetenz

Psychosoziale Anpassung/ Soziale Kompetenz (dia6)	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Hervorragende/gute soziale Anpassung	0	0	0	0
Befriedigende soziale Anpassung	2	5,9	4	7,0
leichte soziale Beeinträchtigung	3	8,8	6	10,5
mäßige soziale Beeinträchtigung	8	23,5	16	28,1
deutliche soziale Beeinträchtigung	14	41,2	24	42,1
deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung	3	8,8	4	7,0
tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung	2	5,9	2	3,5
Braucht beträchtliche Betreuung	2	5,9	1	1,8
Braucht ständige Betreuung	0	0	0	0
Gesamt	34	100	57	100

5.3 Therapie/Kooperation

Tab. 5.16: Behandlungsdauer (behdau)

Behandlungsdauer (behdau)	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
BEHDAU (HKS mit Stimth.)	57	5	330	105,07	89,23
BEHDAU (HKS ohne Stimth.)	34	8	256	57,97	51,06

Tab. 5.17: Entlassungsart

Entlassungsart (end2)	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Regulär	32	94,1%	55	96,5%
Vorzeitiger Abbruch durch Patienten/Eltern	1	2,9%	2	3,5%
Vorzeitiger Abbruch durch den Therapeuten	1	2,9%	0	0
Gesamt	34	100,0%	57	100,0%

5.3.1 Therapeutische Verfahren

Tab. 5.18: Medikamentöse Therapie

Therapieform	Stimulantien n=57		Keine Stimulantien n=34	
	n	%**	n	%**
Antikonvulsiva	2	3,5	4	11,8
Thymoleptika	3	5,3	6	17,6
Neuroleptika	10	17,5	8	23,5
Tranquilizer	0	0	1	2,9
andere	0	0	0	0
Keine andere Medikation	44*	77,2	19*	55,9
Gültige Werte ges.	91		91	

*Angaben lassen sich nicht auf n=57 bzw. n=34 addieren, da bei den Medikamenten z.T. Mehrfachkombinationen vorliegen

**von jeweils n=57 bzw. n=34

Tab. 5.19: Bei den Hyperkinetiker angewendete Therapien

Therapieform	Psychotherapie allein	Medikamenten- und Psychotherapie kombiniert	
		Kombinierte Medikamenten- therapie (hierunter n=13 mit Stimulantien kombiniert)	Nur Stimulantien
	N=19	N=28	N=44
		Medikamente und Psychotherapie gesamt N=72	
Gesamt		N=91	

Im Datensatz alle anderen Medikamente bei Fälle auswählen auf 0 setzen und dann die Häufigkeitstabelle der Stimulantien angeben lassen -> 0=Psychotherapie alleine, 1=nur Stimulantienmedikation

Tab. 5.20: Psychotherapeutische Verfahren

Therapieform (thkomp1-3)	Diagnose	N	Min	Max	Mittelwert	Standardab- weichung
Kindbezogene therapeutische Verfahren	psycho- Mit Stimulan- tienth.	54	4	136	21,89	22,2
	Ohne Stimth.	30	1	42	14,53	11,35
Eltern- und Familienbezo- gene Verfahren (Beratung, Behandlung usw.)	Mit Stimulan- tienth.	56	2	34	7,98	7,15
	Ohne Stimth.	32	1	26	5,81	5,53
Funktionelle Übungsbe- handlungen und ähnliche Verfahren	Mit Stimulan- tienth.	50	3	83	25,14	19,34
	Ohne Stimth.	25	3	152	22,52	29,67

Tab. 5.21: Sonstige Umfeld- bezogene Maßnahmen (Schule, Heime, Ämter, usw.)

Umfeld- bezogene Maßnahmen (thkomp5)	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Nicht durchgeführt	9	26,5%	10	17,5%
Durchgeführt	25	73,5%	47	82,5%
Gesamt	34	100,0%	57	100,0%

5.3.2 Kooperationsbereitschaft

Tab. 5.22: Kooperationsbereitschaft Patient

Kooperationsbereitschaft Patient (end4)	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Gut	23	69,7%	28	50,9%
Mässig gut	8	24,2%	16	29,1%
Schwach	2	6,1%	9	16,4%
Schlecht	0	0	2	3,6%
Gesamt	33*	100,0%	55**	100,0%

*n=1 fehlender Wert bei den Hyperkinetikern ohne Stimulantien

**n=2 fehlende Werte bei den Hyperkinetikern mit Stimulantien

Tab. 5.23: Kooperationsbereitschaft Eltern

Kooperationsbereitschaft Eltern (end3)	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Gut	16	47,1%	29	50,9%
Mässig gut	14	41,2%	21	36,8%
Schwach	3	8,8%	6	10,5%
Schlecht	1	2,9%	1	1,8%
Gesamt	34	100,0%	57	100,0%

5.4 Therapieerfolg

Tab. 5.24: Prozentuale Veränderung der Symptomatik zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten, Therapeuten- und Elternratings

Prozentuale Änderung der Symptomfragen		Symp-	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
PROZT	Proz. Änd.	HKS mit Stimth.	18	22,22	80,00	45,89	18,58
		HKS ohne Stimth.	6	37,50	100,00	57,08	23,95
PROZE	Proz. Änd.	HKS mit Stimth.	12	12,50	87,50	49,65	25,19
		HKS ohne Stimth.	3	,00	80,00	51,67	44,81
PROZK	Proz. Änd.	HKS mit Stimth.	12	,0	100,0	46,61	36,13
		HKS ohne Stimth.	7	,0	75,0	41,28	29,18

Tab. 5.25: Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik, Behandlungsende, Therapeutenrating

Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik (beh1)	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
	n	Gültige %	n	Gültige %
Völlig gebessert	0	0	0	0
Deutlich gebessert	15	44,1%	30	52,6%
Etwas gebessert	12	35,3%	19	33,3%
Unverändert	7	20,6%	8	14,1%
verschlechtert	0	0	0	0
Gesamt	34	100,0%	57	100,0%

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest: Wert 2,294, df=2, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,318, 2-seitige exakte Signifikanz 0,340)

Tab. 5.26: Behandlungserfolg bei Entlassung/Nachuntersuchung (NU), Elternrating (Telefoninterview-NU)

Behandlungserfolg (heutn)	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
	n	Gültige%	n	Gültige%
gebessert	1	100%	9	75%
Nicht gebessert	0	0	3	25%
Gesamt	1*	100%	12*	100%

* n=34 bei HKS ohne Stimulantien, d.h. n=33 fehlende Werte, n=57 bei HKS mit Stimulantien., d.h. n=44 fehlende Werte

Tab. 5.27: Behandlungserfolg bei der 1-1,5 Jahres-Katamnese, Elternrating (Telefoninterview-Katamnese)

Behandlungserfolg (heutk)	HKS ohne Stimulantientherapie		HKS mit Stimulantientherapie	
	n	Gültige%	n	Gültige%
gebessert	5	62,5%	11	78,6%
Nicht gebessert	3	37,5%	3	21,4%
Gesamt	8*	100%	14*	100%

* n=34 bei HKS ohne Stim., d.h. n=26 fehlende Werte, n=57 bei HKS mit Stim., d.h. n=43 fehlende Werte

(Chi-Quadrats-Homogenitätstest: Wert 6,696, df=1, 2-seitige asymptotische Signifikanz 0,010, 2-seitige exakte Signifikanz 0,013)

6 Tabellenverzeichnis – HKS mit Stimulantienth. vs. ohne

Tab. 5.1: Altersverteilung	289
Tab. 5.2: Durchschnittsalter der beiden Gruppen	289
Tab. 5.3: Wohnsituation	289
Tab. 5.4: Anzahl belastender psychosozialer Umstände für Familienkinder*	290
Tab. 5.5: Schichtzugehörigkeit der beiden Gruppen	290
Tab. 5.6: Diagnose Achse I - Klinisch-psychiatrisches Syndrom, Anzahl der Diagnosen	291
Tab. 5.7: Erstdiagnosen in den beiden Gruppen	291
Tab. 5.8: Zweitdiagnosen der beiden Gruppen	292
Tab. 5.9: Diagnose Achse II - Umschriebene Entwicklungsstörungen, Anzahl der Diagnosen	293
Tab. 5.10: Diagnosen bei einfacher Nennung	293
Tab. 5.11: Achse IV - Körperliche Symptomatik, Vorhandensein von Diagnosen	294
Tab. 5.12: Diagnose Achse IV - Körperliche Symptomatik, Verteilung der Diagnosen	294
Tab. 5.13: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, grobe Aufteilung	295
Tab. 5.14: Diagnose Achse III – Intelligenzniveau, genaue Aufteilung	295
Tab. 5.15: Diagnose Achse VI - Psychosoz. Anpassung/soziale Kompetenz	296
Tab. 5.16: Behandlungsdauer	296
Tab. 5.17: Entlassungsart	297
Tab. 5.18: Medikamentöse Therapie	297
Tab. 5.19: Bei den Hyperkinetiker angewendete Therapien	298
Tab. 5.20: Psychotherapeutische Verfahren	298
Tab. 5.21: Sonstige Umfeld- bezogene Maßnahmen (Schule, Heime, Ämter, usw.)	299
Tab. 5.22: Kooperationsbereitschaft Patient	299
Tab. 5.23: Kooperationsbereitschaft Eltern	299
Tab. 5.24: Prozentuale Veränderung der Symptomatik zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten, Therapeuten- und Elternratings	300
Tab. 5.25: Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik, Behandlungsende, Therapeutenrating	300
Tab. 5.26: Behandlungserfolg bei Entlassung/Nachuntersuchung (NU), Elternrating (Telefoninterview-NU)	301
Tab. 5.27: Behandlungserfolg bei der 1-1,5 Jahres-Katamnese, Elternrating (Telefoninterview-Katamnese)	301

1. AUFNAHMEDATEN

In geschlossene Kästchen sind Kreuze einzutragen. In offene Felder sind Ziffern einzutragen.

Die Abschnitte 2. (Soziodemographische Daten) und 3. (Anamnese) werden nur im stationären/teilstationären Bereich ausgefüllt.

(Anstelle von Einträgen kann für die Identifikationsdaten ein Aufkleber verwendet werden)

(Wenn die Versicherungsdaten durch die Verwaltung erhoben werden, müssen sie vom Dokumentierenden nicht ausgefüllt werden)

Identifikationsdaten	Versicherungsdaten
01 Name, Vorname des Patienten:	Name des Versicherten:
02 geb. am: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kassen-Nr.: <input type="text"/> Versicherten Nr.: <input type="text"/> Status: <input type="text"/>
03 Geschlecht: 1 <input type="checkbox"/> männlich 2 <input type="checkbox"/> weiblich	
04 Postleitzahl des Wohnortes: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
05 Fall-Nummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Vertragsarzt-Nr.: <input type="text"/> VK gültig bis: <input type="text"/>
06 Institution: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

07 Staatsangehörigkeit: 1 deutsch 2 andere Staatenschlüssel:
 (entfällt = 999)

08 Untersuchungs-/ Behandlungsform: 1 <input type="checkbox"/> ambulant 2 <input type="checkbox"/> teilstationär 3 <input type="checkbox"/> stationär 4 <input type="checkbox"/> Konsil	09 Vorstellungs-/ Aufnahmemodus: 1 <input type="checkbox"/> regulär 2 <input type="checkbox"/> Notfall innerh. Dienstzeit 3 <input type="checkbox"/> Notfall außerh. Dienstzeit 4 <input type="checkbox"/> Gutachten	10 Rechtsgrundlage der stationären Aufnahme: 01 <input type="checkbox"/> freiwillig 06 <input type="checkbox"/> nach § 7 JGG 02 <input type="checkbox"/> nach § 1631b BGB 07 <input type="checkbox"/> nach Psych KG/UBG 03 <input type="checkbox"/> nach § 126a StPO 08 <input type="checkbox"/> sonstige 04 <input type="checkbox"/> nach §§ 73,72,71 JGG 88 <input type="checkbox"/> entfällt (keine stationäre Aufnahme) 05 <input type="checkbox"/> nach § 63 StGB 99 <input type="checkbox"/> unbekannt
11 Datum der Aufnahme/des Behandlungsbeginns: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	12 Jahr der ersten Konsultation wegen psychischer Auffälligkeiten: (entfällt = 8888; unbekannt = 9999) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	13 Frühere oder zwischenzeitliche Konsultation wegen psychischer Auffälligkeiten (Mehrfachnennungen möglich): 1 <input type="checkbox"/> keine 5 <input type="checkbox"/> sonstige ärztliche Behandlung 2 <input type="checkbox"/> nicht-psychiatr. Behandlg./ (z.B. Hausarzt, Kinderarzt) Beratung (z.B. EB) 6 <input type="checkbox"/> andere 3 <input type="checkbox"/> amb. psychiatr. Behandlg. 9 <input type="checkbox"/> unbekannt 4 <input type="checkbox"/> stat. psychiatr. Behandlung

14 Name des Dokumentierenden: Code:

- 1 Dokumentation ist normal bearbeitet.
- 2 Dokumentation ist nicht bearbeitet, da es sich um einen Durchgangsfall (z.B. Aufnahme nur für CT o.ä.) handelt. → Keine weiteren Angaben notwendig.
- 3 Dokumentation ist nicht bearbeitet (obwohl der Fall registriert ist), weil keine Diagnostik durchgeführt wurde (z.B. Fehlüberweisung, sofortiger Abbruch). → Keine weiteren Angaben notwendig.

15 Liegt von diesem Patienten bereits eine Dokumentation vor? 1 nein 2 ja 9 unbekannt

Wenn ja: Falls die letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt, darf in den Bereichen 2 bis 6 - falls sich keine Veränderungen ergeben haben - „nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt“ angekreuzt werden.

2. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN (nur stationär/teilstationär)

Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben
Aus anderen Gründen entfällt/nicht erhoben

Kind/Jugendlicher wohnt bei ...

1 Mutter/Ersatzmutter: <input type="checkbox"/> leiblicher Mutter <input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Adoptivmutter <input type="checkbox"/> Pflegemutter <input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> Verwandter, sonst. Ers. M. <input type="checkbox"/> keiner Mutter <input type="checkbox"/> unbekannt	2 Vater/Ersatzvater: <input type="checkbox"/> leiblichem Vater <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Adoptivvater <input type="checkbox"/> Pflegevater <input type="checkbox"/> Großvater <input type="checkbox"/> Verwandter, sonst. Ers. V. <input type="checkbox"/> keinem Vater <input type="checkbox"/> unbekannt	3 Andere, nicht unter (1/2) erfaßte Wohnsituation: <input type="checkbox"/> stationäre Jugendhilfe <input type="checkbox"/> Reha-/Therapieeinrichtung <input type="checkbox"/> wohnt allein <input type="checkbox"/> in Ehe/mit Partner(in), in privater Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Notunterkunft (z.B. Frauenhaus) <input type="checkbox"/> sonstige Unterkunft <input type="checkbox"/> kein fester Wohnsitz <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> unbekannt
--	--	--

Aufenthaltsfamilie, bei der das Kind/der Jugendliche wohnt: entfällt, da Kind nicht in Familie lebt

Mutter/Ersatzmutter: 4 Geburtsjahr: _____ (unbekannt = 9999)	Vater/Ersatzvater: 6 Geburtsjahr: _____ (unbekannt = 9999)	Derzeitige Tätigkeit: 8 Mutter/Ersatzmutter: <input type="checkbox"/> Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Schichtarbeit (keine Teilzeitarbeit) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> regelmäßig teilzeitsbeschäftigt <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> zeitweise beschäftigt/Gelegenheitsarbeit <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Studium <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ohne Ausbildungs-/Arbeitsstelle, arbeitslos <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> .. nicht erwerbstätig (Rentner(in) / längere Erkrankung) .. <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig / im Haushalt tätig <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> 9
5 Schulabschluß: <input type="checkbox"/> kein Schulabschluß <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschul-/Universitätsabschluß <input type="checkbox"/> unbekannt	7 Schulabschluß: <input type="checkbox"/> kein Schulabschluß <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschul-/Universitätsabschluß <input type="checkbox"/> unbekannt	

10 Schichtzugehörigkeit (immer den aktuell ausgeübten Beruf des jeweils sozial „höhergestellten“ (Ersatz-)Elternteils einschätzen) Arbeitnehmer: <input type="checkbox"/> 01 ungeleserte/angelernte Arbeiter <input type="checkbox"/> 02 Facharbeiter, Gesellen, einfache Angestellte <input type="checkbox"/> 03 Meister, mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst <input type="checkbox"/> 04 höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst <input type="checkbox"/> 05 leitende Angestellte, Beamte im höheren Dienst Selbständig: <input type="checkbox"/> 06 kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe <input type="checkbox"/> 07 kleine selbständige Gewerbetreibende <input type="checkbox"/> 08 selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreib. (kl. Betriebe) <input type="checkbox"/> 09 selbst. Handwerker, Landwirte etc., Gewerbetreib. (gr. Betrieb.) <input type="checkbox"/> 10 Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer <input type="checkbox"/> 88 entfällt (siehe Punkt 5 bis 9 „Derzeitige Tätigkeit“) <input type="checkbox"/> 99 unbekannt	11 Anzahl der Kinder in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie: (Es werden nur die Kinder gezählt, die gegenwärtig in der Aufenthaltsfamilie leben) (99 = unbekannt) _____
	12 Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltsfamilie: (Auch Kinder, die nicht/nicht mehr in der Aufenthaltsfamilie leben [z.B. ausgezogen], werden mitberücksichtigt) <input type="checkbox"/> 1 Einzelkind <input type="checkbox"/> 2 jüngstes Kind <input type="checkbox"/> 3 mittleres Kind <input type="checkbox"/> 4 ältestes Kind <input type="checkbox"/> 9 unbekannt

3. ANAMNESE (nur stationär/teilstationär)

Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben
Aus anderen Gründen entfällt/nicht erhoben

Komplikationen/Risikofaktoren ...

keine

1 = nein, 2 = ja, 9 = unbekannt	
01 im Schwangerschaftsverlauf <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 02 im Geburtsverlauf <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 03 im postpartalen Verlauf <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 04 gravierende Mängel in der Betreuungssituation während der ersten beiden Lebensjahre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	05 Geburtsgewicht <input type="checkbox"/> 1 unter 1500 g <input type="checkbox"/> 2 1500 g - 2499 g <input type="checkbox"/> 3 2500 g - 4500 g <input type="checkbox"/> 4 über 4500 g <input type="checkbox"/> 9 unbekannt

Störungen der kindlichen Entwicklung:

keine

1 = unauffällig, 2 = auffällig, 9 = entfällt/unbekannt	
06 Motorik: auffällig = Laufen erst nach dem 18. Monat <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 07 Sprache: auffällig = mit 18 Monaten (außer „Mama“ und „Papa“) nicht mehr als 4 Wörter <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 08 Sauberkeit: auffällig = mit 4 Jahren tags und nachts noch nicht sauber und trocken <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9 09 Schwere Behinderungen oder Sinnesstörungen oder schwere chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes) mit Beginn oder während der Kindheit oder schwere Erkrankungen während der Kindheit mit Klinikaufenthalt (z.B. Tumoren, schwere Verletzungen) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 9	

Menses: entfällt, da männlich

10 Menarche im Alter von (Lebensjahre):
 (88 = noch keine Menarche; 99 = unbekannt)

11 Aktuelle Pilleneinnahme
 1 nein 2 ja 9 unbekannt

12 Sekundäre Amenorrhoe von mindestens 3 Monaten Dauer
 (bei aktueller Pilleneinnahme wird hier 8 = entfällt angekreuzt)
 1 nein
 2 ja (= sek. Amenorrhoe)
 8 entfällt (noch keine Menarche bzw. Pille)
 9 unbekannt
 Falls sekundäre Amenorrhoe seit Monat Jahr
 (88 = entfällt, 99 = unbekannt)

Kindergarten: entfällt, da niemals Kindergartenbesuch oder noch zu jung

13 Gegenwärtig besuchte (sozial)pädagogische Einrichtung:
 1 keine
 2 Krippe/Krabbelstube/Kindergarten/-hort
 3 Sonderkindergarten/Hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte
 8 andere
 9 unbekannt

14 Aktuelle oder frühere Störungen beim Besuch des Kindergartens/der Einrichtung (1 = nein, 2 = ja, 9 = unbekannt)
 14.1 Trennungsangst 1 2 9
 14.2 Kontaktstörungen 1 2 9
 14.3 hypermotorisches Verhalten 1 2 9
 14.4 schlechtes Betragen/Aggression ... 1 2 9
 14.5 andere: 1 2 9

Schule: entfällt, da noch nicht schulpflichtig

15 Einschulung:
 1 zeitgerecht
 2 vorzeitig
 3 zurückgestellt
 9 unbekannt
 16 Klasse Nr.: (99 = entfällt)

17 Schulbesuch: (Mehrfachnennungen möglich)
 1 regelrecht 4 umgeschult*
 2 einmal wiederholt 6 Abbruch/ausgeschult
 3 mehrmals wiederholt 9 unbekannt
 (normale Schulwechsel z.B von Grundschule auf Realschule und Wohnortwechsel werden nicht als „Umschulung“ gezählt).

18 Gegenwärtig besuchte Schule: (Gesamtschule wenn möglich sinngemäß einstufen)
 01 Schulkindergarten/Vorklasse 09 Schule für praktisch Bildbare/geistig Behinderte
 02 Grundschule 10 Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte
 03 schulformunabhängige Orientierungsstufe/Förderstufe 11 andere Sonderschulen
 04 Hauptschule 12 Fach-/Berufsfachschule
 05 Realschule 13 Fachhochschule/Universität
 06 Gymnasium 14 vorzeitig ausgeschult
 07 Differenzierung schulbedingt nicht möglich, (z.B. Waldorfschule, integrierte Gesamtschule)
 15 aus anderen Gründen kein Schulbesuch
 08 Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte/Förderschule 16 Schule regulär beendet
 99 unbekannt

19 Höchster erreichter Schulabschluss:
 1 kein Schulabschluss 5 Abitur
 2 Sonderschule 6 (Fach)Hochschule/Universität
 3 Hauptschule 8 trifft alters- oder schulbedingt nicht zu
 4 Realschule 9 unbekannt

20 Schulbezogene Störungen: (1 = nein, 2 = ja, 9 = unbekannt)
 20.1 schlechtes Betragen/Aggressionen 1 2 9
 20.2 Leistungsstörungen 1 2 9
 20.3 Kontaktstörungen 1 2 9
 20.4 Konzentrationsstörungen 1 2 9
 20.5 Hypermotorisches Verhalten 1 2 9
 20.6 Schulschwänzen 1 2 9
 20.7 Schulverweigerung/Schulphobie/Schulangst ... 1 2 9
 20.8 sonstige Schulstörungen 1 2 9

21 Gegenwärtige Berufs-/Erwerbstätigkeit des Jugendlichen vor der jetzigen Aufnahme:
 1 noch nicht erwerbstätig
 2 erwerbsunfähig
 3 arbeitslos
 4 in Haft
 5 Beschützende Werkstatt
 6 Förderlehrgang zur Erlangung der Berufsreife, Berufsvorbereitungsjahr und ähnliches
 7 Berufsausbildung/berufstätig
 9 unbekannt

Leibliche Eltern und Geschwister: Information fehlt/unbekannt

22 Leibliche Mutter: 23 Leiblicher Vater:
 1 lebt 1 lebt
 2 gestorben 2 gestorben
 9 unbekannt 9 unbekannt

24 Beziehungsstatus der leiblichen Eltern
 1 leben zusammen 4 haben nie zusammengelebt
 2 getrennt/geschieden 9 unbekannt
 3 durch den Tod getrennt

25 Zahl der leiblichen Geschwister (einschließlich Halbgeschwister):
 (99 = unbekannt)

26 Zwillings-/Mehrling:
 1 nein 2 ja 9 unbekannt
 27 Nur ausfüllen, falls Zwillings-/Mehrling:
 1 eineiig 2 zweieiig 9 unbekannt

(In jeder Spalte muß mindestens eine Nummer angekreuzt sein; in jeder Spalte sind Mehrfachnennungen möglich)

	28 leibl. Geschwister	29 leibl. Vater	30 leibl. Mutter
keine	01 <input type="checkbox"/>	01 <input type="checkbox"/>	01 <input type="checkbox"/>
Oligophrenien	02 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	03 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>
Schizophrenien	04 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>
affektive Störungen (Depression/Manie)	05 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
neurotische und psychosomatische Erkrankungen	06 <input type="checkbox"/>	06 <input type="checkbox"/>	06 <input type="checkbox"/>
hyperkinetisches Syndrom	07 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>
Legasthenie	08 <input type="checkbox"/>	08 <input type="checkbox"/>	08 <input type="checkbox"/>
suizidale Handlungen	09 <input type="checkbox"/>	09 <input type="checkbox"/>	09 <input type="checkbox"/>
Alkoholismus, Drogenmißbrauch	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Kriminalität	11 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
sonstige psychiatrische Erkrankungen	12 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
entfällt, da keine Geschwister	88 <input type="checkbox"/>		
keine Angaben, unbekannt	99 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

4. SYMPTOMATIK (Marburger Symptomskalen)

Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben
 Aus anderen Gründen nicht untersucht

0 = nicht, 1 = minimal, 2 = leicht, 3 = deutlich, 4 = schwer

- 01 Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten (Lügen, Betrügen, Stehlen, Schul- und Arbeitsschwänzen) 0 1 2 3 4
- 02 Aggressivität (verbal, körperlich gegen Personen, Zerstörung von Sachen) 0 1 2 3 4
- 03 Kontaktstörung (Scheu, Kontaktangst, sozialer Rückzug, Mutismus, emotionale Distanz) 0 1 2 3 4
- 04 Angst (allgemeine Ängstlichkeit, spezifische Ängste) 0 1 2 3 4
- 05 Verstimmung (Neigung zu Verstimmung, depressive und dysphorische Symptomatik) 0 1 2 3 4
- 06 Mangelnde Leistungshaltung (gestörtes Arbeitsverhalten, Unselbständigkeit, mangelnde Leistungsmotivation) 0 1 2 3 4
- 07 Übermäßige Leistungshaltung (übermäßige Leistungsmotivation, Perfektionismus, überangepaßtes Verhalten) 0 1 2 3 4
- 08 Entwicklungsauffälligkeiten (Sprach- oder motorische Entwicklungsverzögerungen) 0 1 2 3 4
- 09 Psychomotorische Symptome (Automutilation, Haare ausreißen, Kratzen, Reiben, Stereotypien, Knirschen, Knabbern, Lutschen, Tics u.ä.) 0 1 2 3 4
- 10 Hyperaktive Symptome (Impulsivität, motorische Unruhe, Aufmerksamkeitsstörungen) 0 1 2 3 4
- 11 Einnässen/Einkoten 0 1 2 3 4
- 12 Körperliche Symptome I (Bauchbeschwerden, Kopfschmerzen, Schlafstörungen) 0 1 2 3 4
- 13 Körperliche Symptome II (Allergien, Atmungsstörungen, Hautaffektionen) 0 1 2 3 4
- 14 Störungen im Eßverhalten (Unlust, Verweigerung, Erbrechen) 0 1 2 3 4
- 15 Auffälligkeiten im Sprechfluß (Stottern, Poltern) 0 1 2 3 4
- 16 Störungen im Realitätsbezug (Wahn, Halluzinationen, Depersonalisation, Derealisation, inhaltliche Denkstörungen) 0 1 2 3 4
- 17 Zwangssymptome 0 1 2 3 4
- 18 Suizidales Verhalten (Suizidgedanken, Suizidversuche) 0 1 2 3 4
- 19 Auffälligkeiten im Sexualverhalten keine Auffälligkeiten: 0 Auffälligkeiten vorhanden: 1
- 20 Drogen-/Alkoholmißbrauch 0 1 2 3 4
- 21 Organische Krankheiten/Behinderungen/Verletzungen 0 1 2 3 4
- 22 Sonstige (unter 01-21 nicht erfaßte Symptomatik): 0 1 2 3 4

5. KÖRPERMASSE

Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als 1/2 Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben
 Aus anderen Gründen nicht untersucht

- 01 bei Aufnahme: Gewicht in kg: Größe in cm:
- 02 bei Entlassung: Gewicht in kg: Größe in cm:

6. DIAGNOSEN

Nicht bearbeitet, da letzte Dokumentation weniger als ½ Jahr zurückliegt und sich keine Veränderungen ergeben haben
Aus anderen Gründen Diagnose nicht gestellt

I. Achse - Klinisch-psychiatrisches Syndrom

keine

1 Hauptdiagnose: ICD-10, 5-stellig: F Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

2. Diagnose: ICD-10, 5-stellig: F Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher
(nur Komorbidität, keine Differentialdiagnose)

3. Diagnose: ICD-10, 5-stellig: F Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher
(nur Komorbidität, keine Differentialdiagnose)

II. Achse - Umschriebene Entwicklungsstörungen

keine

(Mehrfachnennungen möglich)

- F 80.0 Artikulationsstörung
- F 80.1 Expressive Sprachstörung
- F 80.2 Rezeptive Sprachstörung
- F 80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)
- F 80.8 Sonstige Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache
- F 80.9 Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet

- F 81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- F 81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
- F 81.2 Rechenstörung
- F 81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- F 81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet

- F 82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen

- F 88 Andere Entwicklungsstörungen
- F 89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

III. Achse - Intelligenzniveau

- 1 sehr hohe Intelligenz..... IQ > 129
- 2 hohe Intelligenz..... IQ 115 - 129
- 3 durchschnittliche Intelligenz..... IQ 85 - 114
- 4 niedrige Intelligenz..... IQ 70 - 84
- 5 leichte Intelligenzminderung IQ 50 - 69
- 6 mittelgradige Intelligenzminderung ... IQ 35 - 49
- 7 schwere Intelligenzminderung IQ 20 - 34
- 8 schwerste Intelligenzminderung..... IQ < 20
- 9 Intelligenzniveau nicht bekannt

falls gemessen:

Testverfahren: _____

(Bei mehreren Tests das Hauptverfahren angeben)

IQ:

IV. Achse - Körperliche Symptomatik

keine

(Drei Klassifikationen möglich; die neurologische Diagnose an erster Stelle)

1. ICD-10, 5-stellig:

2. ICD-10, 5-stellig:

3. ICD-10, 5-stellig:

V. Achse - Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

keine

1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 8 = logisch nicht möglich; 9 = unbekannt

1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 8 = logisch nicht möglich; 9 = unbekannt

1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen1.0 Mangel an Wärme i.d. Eltern-Kind-Beziehung ..1 2 8 9 **1.1 Disharmonie in der Familie zwischen den**Erwachsenen 1 2 8 9 **1.2 feindliche Ablehnung/Sündenbockzuweisung**gegenüber Kind 1 2 8 9 1.3 körperliche Kindesmißhandlung 1 2 8 9 1.4 sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie) 1 2 8 9 1.8 andere 1 2 8 9 **2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie****2.0 psychische Störung/abweichendes**Verhalten eines Elternteils 1 2 8 9 2.1 Behinderung eines Elternteils 1 2 8 9 2.2 Behinderung der Geschwister 1 2 8 9 2.8 andere 1 2 8 9 **3. Inadäquate/verzerrte Intrafamiliäre**Kommunikation 1 2 8 9 **4. Abnorme Erziehungsbedingungen**4.0 elterliche Überfürsorge 1 2 8 9 4.1 unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung 1 2 8 9 **4.2 Erziehung, die eine unzureichende**Erfahrung vermittelt 1 2 8 9 **4.3 unangemessene Anforderungen/Nötigungen**durch Eltern 1 2 8 9 4.8 andere 1 2 8 9 **5. Abnorme unmittelbare Umgebung**5.0 Erziehung in einer Institution 1 2 8 9 5.1 abweichende Elternsituation 1 2 8 9 5.2 isolierte Familie 1 2 8 9 5.3 Lebensbed. mit mögl. psychosoz. Gefährdung . 1 2 8 9 5.8 andere 1 2 8 9 **6. Akute, belastende Lebensereignisse**6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung 1 2 8 9 **6.1 bedrohl. Umstände infolge von**Fremdunterbringung 1 2 8 9 **6.2 negativ veränderte familiäre Beziehungen**durch neue Familienmitglieder 1 2 8 9 **6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der**Selbstachtung führen 1 2 8 9 6.4 sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie) ... 1 2 8 9 6.5 unmittelbare, beängstigende Erlebnisse 1 2 8 9 6.8 andere 1 2 8 9 **7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren**7.0 Verfolgung oder Diskriminierung 1 2 8 9 7.1 Migration oder soziale Verpflanzung 1 2 8 9 7.8 andere 1 2 8 9 **8. Chronische Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit****8.0 abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/**Mitarbeitern 1 2 8 9 8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder 1 2 8 9 8.2 allgem. Unruhe in Schule/Arbeitssituation 1 2 8 9 8.8 andere 1 2 8 9 **9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes**9.0 institutionelle Erziehung 1 2 8 9 **9.1 bedrohliche Umstände infolge von Fremd-**unterbringung 1 2 8 9 **9.2 abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung**der Selbstachtung führen 1 2 8 9 9.8 andere 1 2 8 9 **VI. Achse - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (in**

den letzten 6 Monaten vor Aufnahme)

0 hervorragende/gute soziale Anpassung1 befriedigende soziale Anpassung2 leichte soziale Beeinträchtigung3 mäßige soziale Beeinträchtigung4 deutliche soziale Beeinträchtigung5 deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung6 tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung7 braucht beträchtliche Betreuung8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)9 Information fehlt**Diagnosenergänzende Liste**

(Mehrfachnennungen möglich)

1 Suizidversuch2 selbstverletzendes Verhalten3 Adoleszentenkrise4 Delinquenz

5 Nur ausfüllen bei Schizophrenie:

Erste Krankheitsperiode? 1 nein 2 ja 9 unbekannt

1 Psychotherapeutische Verfahren beim Kind: keine

(Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl der Sitzungen						
	keine	1-2	3-5	6-10	11-25	26-50	>50
1.1 tiefenpsychologisch fundierte Gesprächstherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.2 tiefenpsychologisch fundierte Spieltherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.3 Verhaltenstherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.4 klientenzentrierte Gesprächstherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.5 klientenzentrierte Spieltherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.6 Entspannungsverfahren	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.7 andere psychotherapeutische Verfahren	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
1.8 Durchführungssetting der psychotherapeutischen Verfahren beim Kind:							
1□ nur Einzeltherapie							
2□ Einzel- und Gruppentherapie							
3□ nur Gruppentherapie							

2 Beratungen und Behandlungen bei (Ersatz-)Eltern/Familie: keine

(Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl der Sitzungen						
	keine	1-2	3-5	6-10	11-25	26-50	>50
2.1 Eltern- u. Familienberatung	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
2.2 Anleitende psychoedukative Eltern-/Familienarbeit	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
2.3 Familientherapie/systemische Therapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
2.4 patientenbezogene Elterntherapie (ein Elternteil oder beide)	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
2.5 Elterngruppe	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
2.8 andere	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□

3 Weitere Therapien: keine

(Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl der Sitzungen						
	keine	1-2	3-5	6-10	11-25	26-50	>50
3.1 Ergo-/Beschäftigungs-/Arbeitstherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.2 Heilpädagogik	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.3 Krankengymnastik/Bewegungs-/ Moto-/Physiotherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.4 Logopädie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.5 Kunst-/Musiktherapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.6 Sensomotorisches Training, Teilleistungstraining	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.7 Ernährungsberatung und -therapie	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□
3.8 andere	1□	2□	3□	4□	5□	6□	7□

4 Medikamentöse Therapie: keine

(Mehrfachnennungen möglich)

	keine	wirksame Medikation		mangelnde Wirkung/		erhebl. unerwünschte	
		ohne besondere Probleme	Therapieresistenz	Arzneimittelwirkungen			
4.01 Neuroleptika (außer 4.02)	1□	2□	3□	4□	1□	2□	3□
4.02 atypische Neuroleptika	1□	2□	3□	4□	1□	2□	3□
4.03 Antidepressiva (außer 4.04)	1□	2□	3□	4□	1□	2□	3□
4.04 SSRI	1□	2□	3□	4□	1□	2□	3□
4.05 Lithium	1□	2□	3□	4□	1□	2□	3□
4.06 Carbamazepin	1□	2□	3□	4□	1□	2□	3□
4.07 andere Antikonvulsiva	1□	2□	3□	4□	1□	2□	3□
4.08 Tranquillizer/Hypnotika	1□	2□	3□	4□	1□	2□	3□
4.09 Stimulanzien	1□	2□	3□	4□	1□	2□	3□
4.10 Antiparkinsonmittel (z.B. gegen neuroleptische Nebenwirkungen)	1□	2□	3□	4□	1□	2□	3□
4.11 andere Psychopharmaka	1□	2□	3□	4□	1□	2□	3□
4.12 medikament. Behandlung gravierender somat. Erkrankungen	1□ nein	2□ ja: _____					

5 Soziotherapeutische Maßnahmen: keine

(Mehrfachnennungen möglich)

1 = nein, 2 = ja

5.1 Organisatorische Maßnahmen (z.B. Suche nach geeigneten Einrichtungen; Finanzierung von Maßnahmen)	1□	2□
5.2 Beratungen von Kindergarten/Schule	1□	2□
5.3 Beratungen von Heimen	1□	2□
5.4 Beratungen sozialer Dienste/Jugendämter	1□	2□
5.5 Helferkonferenz/Teilnahme an Hilfeplangesprächen	1□	2□
5.6 Beratungen von anderen Therapeuten	1□	2□
5.7 Hausbesuche/Home-treatment	1□	2□
5.8 Sonstiges	1□	2□

6 Beschulung während stationärer Behandlung: keine

(Mehrfachnennungen möglich)

- 1□ kein Schulbesuch während der stationären Behandlung
- 2□ Besuch der Klinikschule/Klinikunterricht
- 3□ Besuch einer externen Schule
- 8□ entfällt, da keine stationäre Behandlung

8. ENDE DER BEHANDLUNG

entfällt, da keine Behandlung ■

1 Ende der Untersuchung/Behandlung:
Datum: _____

Einschätzung der Kooperation von:

2 Art der Beendigung:
1 regulär
2 vorzeitige Beendigung (Abbruch) durch Patienten/Eltern
3 vorzeitige Beendigung durch Behandler

3 Eltern/
Bezugspersonen:
1 gut
2 mäßig gut
3 schwach
4 schlecht
8 trifft nicht zu/entfällt

4 Patient(in) (unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):
1 gut
2 mäßig gut
3 schwach
4 schlecht
8 trifft nicht zu/entfällt

9. BEHANDLUNGSERGEBNIS

entfällt, da keine Behandlung ■

1 Einschätzung des Behandlungserfolgs bezüglich der Symptomatik:
1 völlig gebessert
2 deutlich gebessert
3 etwas gebessert
4 unverändert
5 verschlechtert
9 nicht beurteilbar

2 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Achse VI bei Behandlungsende:
0 hervorragende/gute soziale Anpassung
1 befriedigende soziale Anpassung
2 leichte soziale Beeinträchtigung
3 mäßige soziale Beeinträchtigung
4 deutliche soziale Beeinträchtigung
5 deutliche und übergreif. (durchgängige) soz. Beeinträchtigung
6 tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung
7 braucht beträchtliche Betreuung
8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
9 Information fehlt

10. EMPFOHLENE WEITERBEHANDLUNG/MASSNAHMEN

entfällt/keine weiteren Maßnahmen erforderlich ■

1 Weiterbehandlung: keine ■

1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)

- kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung:**
- 1.01 ambulant 1 2 3
- 1.02 teilstationär 1 2 3
- 1.03 stationär 1 2 3
- psychiatrische Behandlung:**
- 1.04 ambulant 1 2 3
- 1.05 stationär 1 2 3
- andere medizinische Behandlung:**
- 1.06 ambulant 1 2 3
- 1.07 stationär 1 2 3
- 1.08 Pharmakotherapie 1 2 3
- ambulante Therapieformen:**
- 1.09 Familientherapie 1 2 3
- 1.10 analytische/tiefenpsychologische Therapie 1 2 3
- 1.11 Verhaltenstherapie 1 2 3
- 1.12 klientenzentrierte Therapie 1 2 3
- 1.13 Ergotherapie 1 2 3
- 1.14 Gruppentherapie 1 2 3
- 1.15 Elterntherapie 1 2 3
- 1.16 andere 1 2 3

2 Hilfen nach KJHG: keine ■

1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)

- 2.01 Tagespflege (§23) 1 2 3
- 2.02 Erziehungsberatung (§28) 1 2 3
- 2.03 soziale Gruppenarbeit (§29) 1 2 3
- 2.04 Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§20) 1 2 3
- 2.05 sozialpädagogische Familienhilfe (§31) 1 2 3
- 2.06 Erziehung in einer Tagesgruppe (§32) 1 2 3
- 2.07 Vollzeitpflege (§33) 1 2 3
- 2.08 Heimerziehung betreute Wohnformen (§34) 1 2 3
- 2.09 Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35) 1 2 3
- 2.10 Eingliederungshilfe (§35a) 1 2 3
- 2.11 Hilfe für junge Volljährige (§41) 1 2 3
- 2.12 Inobhutnahme (§42) 1 2 3
- 2.13 Herausnahme ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten (§43) 1 2 3

3 Außerhäusliche Unterbringung: keine ■

1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)

- 3.1 Tagesstätte 1 2 3
- 3.2 Heim/betreute Wohngruppe 1 2 3
- 3.3 therapeutisches Heim/Wohngruppe 1 2 3
- 3.4 Internat 1 2 3
- 3.5 Pflegestelle/Adoption 1 2 3

4 Pädagogische Maßnahmen/Schule keine ■

1 = keine, 2 = ist indiziert/empfohlen oder wird bereits durchgeführt, 3 = veranlaßt/eingeleitet (Mehrfachnennungen möglich)

- 4.1 Sonderpädagogik/Förderung 1 2 3
- 4.2 Kindergarten/Hort 1 2 3
- 4.3 Rückversetzung 1 2 3
- Umschulung in:
- 4.4 Haupt-/Real-/Gesamtschule/Gymnasium 1 2 3
- 4.5 Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte 1 2 3
- 4.6 Schule für praktisch Bildbare/geistig Behinderte .. 1 2 3
- 4.7 Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte 1 2 3
- 4.8 sonstige Sonderschulen 1 2 3
- 4.9 Werkstatt für Behinderte 1 2 3

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE DER PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG

Leiter: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt – Hans-Sachs-Straße 6, 3550 Marburg

Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation

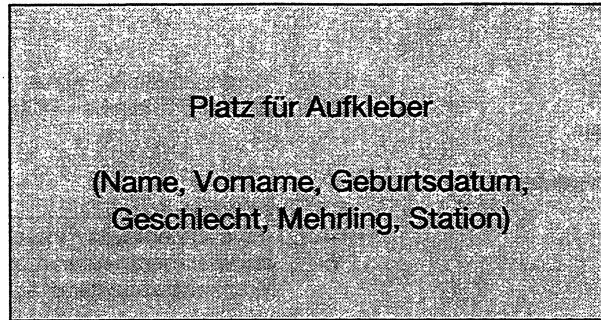
Basisdokumentation (Anamnesendokumentation)

3. Auflage 1.1.1992

In geschlossenen Kästchen der Art sind Kreuze einzutragen,
in offene Felder der Art sind Nummern einzutragen.

1. IDENTIFIKATION

Fall-Nummer (wird von Doku.-Assist. codiert)



- 1 Dokumentation ist normal bearbeitet
- 2 Dokumentation ist nicht bearbeitet, da es sich um einen Durchgangsfall (z. B. Aufnahme nur für CT o. ä.) handelt.
Grund: _____
- 3 Dokumentation nicht bearbeitet (obwohl der Fall registriert ist), weil keine Diagnostik durchgeführt wurde (z. B. Fehlüberweisung, sofortiger Abbruch)
Grund: _____

2. ANAMNESE

BLOCK 1: ANGABEN ZUR PERSON UND VORSTELLUNG

Vorstellungs-/Aufnahmedatum

Wurde der Patient schon früher in der Klinik/Tageskl./Polikl./EB/Dienst vorgestellt? (Eine vorhergehende Vorstellung im selben Kalenderjahr zählt nicht als frühere Vorstellung)

- 1 ja 2 nein 9 unbekannt

Zweck der Aufnahme:

- 1 Diagnose, Beratung, Therapie 2 Gutachten 3 sonstiges

Rechtsgrundlage der Aufnahme:

- 1 Freiwillig durch die Person, bei der das Aufenthaltsbestimmungsrecht liegt
2 Polizei, richterliche, staatsanwaltschaftliche Anordnung

Nationalität

deutsch
ausländisch , wenn ja, welche: _____
(wird von Doku.-Assist. codiert)

Religion: _____
(wird von Doku.-Assist. codiert)

Aufenthaltsort des Patienten (unbekannt mit 999999 codieren) zum Zeitpunkt der Aufnahme:

Postleitzahl Wohnort _____

Aufnahme woher (= Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Aufnahme)

- 01 entfällt
- 02 zuhause
- 03 andere (kinder-)psychiatrische Klinik
- 04 nicht psychiatrische Klinik
- 05 therapeutische Spezialeinrichtung:
Übergangsheim, Therapieheim
- 06 Heim ohne therapeutische Ausrichtung,
Internat
- 07 Haftanstalt
- 08 sonstige: _____
- 09 unbekannt

Veranlassung/Anregung zur Vorstellung/Aufnahme durch

(Mehrfachnennungen möglich; maximal 5 Nennungen):

eigenes Universitätsklinikum:

- 01 kinderpsychiatrische Poliklinik / Tagesklinik /
Klinik / ÄPJ / EB
- 02 psychiatrische Poliklinik / Klinik
- 03 Kinderpoliklinik / Klinik
- 04 andere Polikliniken / Kliniken: _____

andere Kliniken:

- 05 kinderpsychiatrische Poliklinik /
Tagesklinik / Klinik
- 06 psychiatrische Poliklinik / Klinik
- 07 Kinderpoliklinik / Klinik
- 08 andere Polikliniken / Kliniken: _____

niedergel. Ärzte / Psychologen / Therapeuten:

- 09 Kinderpsychiater
- 10 Nervenarzt / Psychiater
- 11 Kinderarzt
- 12 Praktischer Arzt
- 13 sonstige Ärzte: _____
- 14 Psychotherapeut / Psychologe
- 15 andere Therapeuten (Logopädie,
Krankengymnastik u. ä.)

Institutionen:

- 16 kinderpsychiatrischer Dienst
- 17 Erziehungsberatungsstelle
- 18 Frühförderstelle
- 19 Kindergarten / Schule
- 20 Schulpsychologischer Dienst
- 21 Heim
- 22 Gesundheitsamt
- 23 Jugendamt
- 24 Sozialamt
- 25 Arbeitsamt
- 26 Gericht / Justizbehörden
- 27 Erziehungsberechtigter oder
Jugendlicher selbst
- 28 Sonstige: _____
- 99 unbekannt

BLOCK 2: AUFENTHALTSFAMILIE

Alle Items im Block AUFENTHALTSFAMILIE beziehen sich auf die Personen, die mit dem Patienten im selben Haushalt leben.

- 1 Patient lebt in einer Familie; der Block wird ausgefüllt
- 2 Trifft nicht zu; Patient lebt nicht in einer Familie. Wenn der Patient nicht in einer Familie lebt, wird der Block Aufenthaltssfamilie nicht ausgefüllt (übersprungen).

BLOCK 2.1: MUTTER / ERSATZMUTTER DER AUFENTHALTSFAMILIE

Mutter / Ersatzmutter ist die Person, die kontinuierlich mit dem Patienten im selben Haushalt wohnt und die Mutterrolle einnimmt.

- 1 trifft nicht zu, da Kind / Jugendlicher
nicht bei (Ersatz-)Mutter lebt
- 2 leiblicher Mutter
- 3 Stiefmutter
- 4 Adoptivmutter
- 5 Pflegemutter
- 6 Großmutter
- 7 Verwandte
- 8 sonst. Ersatzmutter (z. B. Lebenspartnerin
des Vaters o. ä.)
- 9 keine Angaben

Geburtsjahr der Mutter / Ersatzmutter der Aufenthaltssfamilie

--	--	--	--	--

(unbekannt mit 9999 codieren)

Derzeitige Tätigkeit der Mutter / Ersatzmutter

- 01 nie erwerbstätig gewesen
- 02 im Augenblick / derzeit nicht mehr erwerbstätig (Hausfrau)
- 03 arbeitslos (beim Arbeitsamt gemeldet), kürzer als 1/2 Jahr
- 04 arbeitslos (beim Arbeitsamt gemeldet), länger als 1/2 Jahr
- 05 in Ausbildung, Umschulung
- 06 Rentnerin / Pensionärin
- 07 Teilzeitbeschäftigung unter 15 Wochenstunden oder unregelmäßige Beschäftigung / Gelegenheitsarbeit
- 08 regelmäßige Teilzeitbeschäftigung (15 bis 34 Wochenstunden)
- 09 voll erwerbstätig (35 Wochenstunden und mehr)
- 99 unbekannt

Sozioökonomischer Status der Mutter (nach ZUMA)

Die Kodierung orientiert sich an der aktuellen beruflichen Position; wenn die Mutter zur Zeit nicht erwerbstätig ist, wird die zuletzt eingennommene berufliche Position kodiert.

- 9 Information fehlt
- 8 Nicht beurteilbar (entfällt), da die Mutter noch nie erwerbstätig war
- 7 Freie Berufe
Höhere Angestellte und Beamte
Selbständige mit mehr als 10 Mitarbeitern
- 6 Gehobene Angestellte und Beamte
Selbständige mit 2 bis 9 Mitarbeitern
- 5 Mittlere Angestellte und Beamte
Selbständige bis ein Mitarbeiter
Meister und Werkmeister
Landwirte mit mehr als 50 ha
- 4 Einfache Angestellte und Beamte
Vorarbeiter
Landwirte mit 20 bis 49 ha
- 3 Facharbeiter
Landwirte mit 10 bis 19 ha
- 2 Angelehrte Arbeiter
Landwirte bis 9 ha
- 1 Ungelernte Arbeiter

Gesundheitszustand der Mutter /Ersatzmutter

- 1 gesund
- 2 chronische körperl. Erkrankung
- 3 chronische psychische Erkrankung
- 4 akute körperl. Erkrankung
- 5 akute psychische Erkrankung
- 6 geringe körperl. Belastbarkeit
- 7 geringe psychische Belastbarkeit
- 8 sonstige: _____
- 9 keine Angabe

BLOCK 2.2: VATER / ERSATZVATER DER AUFENTHALTSFAMILIE

Vater / Ersatzvater ist die Person, die kontinuierlich mit dem Patienten im selben Haushalt wohnt und die Vaterrolle einnimmt.

- 1 trifft nicht zu, da Kind / Jugendlicher nicht bei (Ersatz-) Vater lebt
- 2 leiblichem Vater
- 3 Stiefvater
- 4 Adoptivvater
- 5 Pflegevater
- 6 Großvater
- 7 Verwandtem
- 8 sonst. Ersatzvater (z. B. Lebenspartner d. Mutter u. ä.)
- 9 keine Angaben

Geburtsjahr des Vaters / Ersatzvaters der Aufenhaltsfamilie

--	--	--	--	--

(unbekannt mit 9999 codieren)

- Derzeitige Erwerbstätigkeit des Vaters / Ersatzvaters**
- 01 nie erwerbstätig gewesen
 - 02 im Augenblick / derzeit nicht mehr erwerbstätig (Hausmann)
 - 03 arbeitslos (beim Arbeitsamt gemeldet), kürzer als 1/2 Jahr
 - 04 arbeitslos (beim Arbeitsamt gemeldet), länger als 1/2 Jahr
 - 05 in Ausbildung, Umschulung
 - 06 Rentner / Pensionär
 - 07 Teilzeitbeschäftigung unter 15 Wochenstunden oder unregelmäßige Beschäftigung / Gelegenheitsarbeit
 - 08 regelmäßige Teilzeitbeschäftigung (15 bis 34 Wochenstunden)
 - 09 voll erwerbstätig (35 Wochenstunden und mehr)
 - 99 unbekannt

Sozioökonomischer Status des Vaters (nach ZUMA)

Die Kodierung orientiert sich an der aktuellen beruflichen Position; wenn der Vater zur Zeit nicht erwerbstätig ist, wird die zuletzt eingennommene berufliche Position kodiert.

- 9 Information fehlt
- 8 Nicht beurteilbar (entfällt), da der Vater noch nie erwerbstätig war
- ⑤ ⑦ Freie Berufe, Höhere Angestellte und Beamte
Selbständige mit mehr als 10 Mitarbeitern
- ④ ⑥ Gehobene Angestellte und Beamte
Selbständige mit 2 bis 9 Mitarbeitern
- ③ ⑤ Mittlere Angestellte und Beamte
Selbständige bis ein Mitarbeiter
- ② ④ Einfache Angestellte und Beamte
Vorarbeiter, Landwirte mit 20 bis 49 ha
- ③ Facharbeiter
Landwirte mit 10 bis 19 ha
- ① ② Angelehrte Arbeiter
Landwirte bis 9 ha
- ① Ungelernte Arbeiter
- Meister und Werkmeister
Landwirte mit mehr als 50 ha

Gesundheitszustand des Vaters /Ersatzvaters

- 1 gesund
- 2 chronische körperl. Erkrankung
- 3 chronische psychische Erkrankung
- 4 akute körperl. Erkrankung
- 5 akute psychische Erkrankung
- 6 geringe körperl. Belastbarkeit
- 7 geringe psychische Belastbarkeit
- 8 sonstige: _____
- 9 keine Angabe

BLOCK 2.3: WEITERE MERKMALE DER AUFENTHALTSFAMILIE

Gegenwärtige Kinderzahl in der Aufenthaltsfamilie
(einschließlich Patienten; unbekannt mit 99 codieren):

--	--	--

Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltsfamilie

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ältestes Kind | 4 <input type="checkbox"/> Einzelkind |
| 2 <input type="checkbox"/> mittleres Kind | 5 <input type="checkbox"/> Mehrling |
| 3 <input type="checkbox"/> jüngstes Kind | 9 <input type="checkbox"/> unbekannt |

Ehe der Eltern / Ersatzeltern, derzeit erheblicher Konflikt

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> entfällt Eltern / Ersatzeltern teil alleinerziehend | 3 <input type="checkbox"/> ja |
| 2 <input type="checkbox"/> nein | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |

Wohnraum der Familie, nach eigener Einschätzung der auskunftgebenden Person:

- | | | | |
|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> gut | 2 <input type="checkbox"/> ausreichend | 3 <input type="checkbox"/> ungenügend | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|

Familien-Einkommen, nach eigener Einschätzung der auskunftgebenden Person:

- | | | | |
|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> gut | 2 <input type="checkbox"/> ausreichend | 3 <input type="checkbox"/> ungenügend | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|

Soziale Randständigkeit

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 4 <input type="checkbox"/> sozialer Abstieg der Familie |
| 2 <input type="checkbox"/> Gastarbeiter | 5 <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> Obdachlose | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |

BLOCK 3: LEIBLICHE ELTERN UND VERWANDTE

Geburtsjahr der leiblichen Mutter

--	--	--	--	--

(unbekannt mit 9999 codieren)

Leben leibliche Eltern?

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> beide leben | 4 <input type="checkbox"/> beide gestorben |
| 2 <input type="checkbox"/> Vater gestorben | 9 <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 3 <input type="checkbox"/> Mutter gestorben | |

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern (bei Tod: der Status vor dem Tod)

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> haben nie zusammengelebt | 3 <input type="checkbox"/> getrennt / geschieden |
| 2 <input type="checkbox"/> leben zusammen | 9 <input type="checkbox"/> unbekannt |

Geburtsstatus des Kindes

- | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ehelich | 2 <input type="checkbox"/> nicht ehelich | 9 <input type="checkbox"/> unbekannt |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|

Leibliche Geschwister (unbekannt mit 99 codieren)

Zahl der leiblichen Geschwister

--	--	--

Zahl der Halbgeschwister

--	--	--

Familiäre Belastungen

(In jeder Spalte muß mindestens eine Nummer angekreuzt sein; in jeder Spalte sind aber auch Mehrfachnennungen möglich)

Bei den Belastungen väterlicherseits und mütterlicherseits (leibliche Eltern) wird die Angabe durch Eintragen in die entsprechende Spalte nach folgendem Schlüssel differenziert:

- 1 = Eltern des Patienten (= Verwandte 1. Grades)
 2 = Großeltern, Onkel, Tanten des Patienten (= Verwandte 2. Grades)
 3 = Weitere Verwandtschaft (= Verwandte 3. und höheren Grades)

Belastungen bei den leibl. Geschw. d. Pat.	väterlicherseits			mütterlicherseits			
	1.	2.	3.	1.	2.	3.	
01 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine
02 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oligophrenien
03 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden
04 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schizophrenien
05 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Affektive Psychosen (Depression / Manie)
06 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurotische und psychosomatische Erkrankungen
07 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	suicidale Handlungen
08 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkoholismus, Süchte
09 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kriminalität
10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige psychiatrische Erkrankungen
99 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine Angaben

BLOCK 4: ENTWICKLUNG

BLOCK 4.1: SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Schwangerschaftsverlauf (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| 01 <input type="checkbox"/> normal | 10 <input type="checkbox"/> versuchte Schwangerschaftsunterbrechung |
| 02 <input type="checkbox"/> Blutungen | 11 <input type="checkbox"/> schwere seelische Belastung |
| 03 <input type="checkbox"/> schweres und anhaltendes Erbrechen | 12 <input type="checkbox"/> Mißhandlung der Schwangeren |
| 04 <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsgestose | 13 <input type="checkbox"/> Alkoholabusus |
| 05 <input type="checkbox"/> Unfälle | 14 <input type="checkbox"/> Nikotinabusus |
| 06 <input type="checkbox"/> Infektionen | 15 <input type="checkbox"/> Drogenabusus: _____ |
| 07 <input type="checkbox"/> Operationen | 16 <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |
| 08 <input type="checkbox"/> Medikamente: _____ | 99 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
| 09 <input type="checkbox"/> Abortgefahr | |

Geburtstermin

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> normal (38 bis 42) | 3 <input type="checkbox"/> nach 42 |
| 2 <input type="checkbox"/> vor 38 | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

Geburtsverlauf (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| 01 <input type="checkbox"/> ungestört | 06 <input type="checkbox"/> Zange oder Vakuum |
| 02 <input type="checkbox"/> protrahiert | 07 <input type="checkbox"/> Sectio |
| 03 <input type="checkbox"/> Lageabweichung | 08 <input type="checkbox"/> vorzeitiger Blasensprung |
| 04 <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung | 09 <input type="checkbox"/> sonstige Störungen: _____ |
| 05 <input type="checkbox"/> Plazenta-Störung | 99 <input type="checkbox"/> keine Angaben |

Geburtsgewicht

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> normal | 3 <input type="checkbox"/> über 4500 g |
| 2 <input type="checkbox"/> unter 2500 g | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

APGAR-Index (unbekannt mit 99 codieren):

--	--	--	--	--	--	--	--	--

BLOCK 4.2: FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG

Neonatalperiode (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> unkompliziert | 5 <input type="checkbox"/> Brutkasten |
| 2 <input type="checkbox"/> Behandlung wegen verstärkten Ikterus | 6 <input type="checkbox"/> Asphyxie |
| 3 <input type="checkbox"/> cerebrale Anfälle («Krämpfe») | 7 <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> Trinkschwierigkeiten | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

Motorische Entwicklung

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> entfällt | 3 <input type="checkbox"/> verzögert: Sitzen nach dem 10. und/oder
Laufen nach dem 18. Monat |
| 2 <input type="checkbox"/> normal | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

Sprachentwicklung

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> entfällt | 5 <input type="checkbox"/> keine Sprachentwicklung vorhanden |
| 2 <input type="checkbox"/> normal | 6 <input type="checkbox"/> sonstige Sprachentwicklungsstörung: _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> verzögert | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |
| 4 <input type="checkbox"/> stark verzögert | |

Sauberkeitsentwicklung

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> entfällt | 3 <input type="checkbox"/> verzögert (mit 4 Jahren noch
nicht Tag und Nacht trocken) |
| 2 <input type="checkbox"/> normal | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |
-

BLOCK 4.3: ERKRANKUNGEN / UNFÄLLE / OPERATIONEN

Schwere belastende Erkrankungen / Unfälle / Operationen

im 1. Lebensjahr:

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 2 <input type="checkbox"/> ja | 8 <input type="checkbox"/> entfällt | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|

Art der Erkrankung etc.: _____

im 2. bis 6. Lebensjahr:

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 2 <input type="checkbox"/> ja | 8 <input type="checkbox"/> entfällt | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|

Art der Erkrankung etc.: _____

nach dem 6. Lebensjahr:

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 2 <input type="checkbox"/> ja | 8 <input type="checkbox"/> entfällt | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|

Art der Erkrankung etc.: _____

BLOCK 4.4: TRENNUNGEN / HEIMAUFWENTHALTE

Bedeutsame Trennungserlebnisse von einer wichtigen Bezugsperson:

im 1. Lebensjahr:

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 2 <input type="checkbox"/> ja | 8 <input type="checkbox"/> entfällt | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|

im 2. bis 6. Lebensjahr:

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 2 <input type="checkbox"/> ja | 8 <input type="checkbox"/> entfällt | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|

nach dem 6. Lebensjahr:

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 2 <input type="checkbox"/> ja | 8 <input type="checkbox"/> entfällt | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|

Deprivation:

im 1. Lebensjahr:

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 2 <input type="checkbox"/> ja | 8 <input type="checkbox"/> entfällt | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|

im 2. bis 6. Lebensjahr:

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 2 <input type="checkbox"/> ja | 8 <input type="checkbox"/> entfällt | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|

nach dem 6. Lebensjahr:

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nein | 2 <input type="checkbox"/> ja | 8 <input type="checkbox"/> entfällt | 9 <input type="checkbox"/> keine Angaben |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|
-

Heimaufenthalt (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> nie | 4 <input type="checkbox"/> im/ab 2. bis 6. Lebensjahr |
| 2 <input type="checkbox"/> ständig | 5 <input type="checkbox"/> nach dem 6. Lebensjahr |
| 3 <input type="checkbox"/> im/ab 1. Lebensjahr | 9 <input type="checkbox"/> keine Angabe |

BLOCK 4.5: SCHULLAUFBAHN

Einschulung

- 1 zeitgerecht
2 vorzeitig
- 3 zurückgestellt
8 entfällt
- 9 keine Angabe

Schulbesuch

- 1 regelrecht
2 wiederholt
- 3 umgeschult
4 abgebrochen
- 8 entfällt
9 keine Angabe

Schulische Schwierigkeiten (Mehrfachnennungen möglich)

- 1 keine
2 Leistungsprobleme (z. B. Überforderung, mangelnde Leistungshaltung)
3 Extraversive schulische Verhaltensprobleme (Stören, Konflikt mit Lehrern)
- 4 Introversive Störungen im Zusammenhang mit der Schule (z. B. Angst im Zusammenhang mit der Schule)
8 entfällt
9 keine Angabe

BLOCK 4.6: FRÜHERE PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN

Psychische Auffälligkeiten im Alter ab 6 Jahren

- 1 introversive Störungen: ängstlich, gehemmt, Kontaktprobleme
2 extraversive Störungen: aggressiv, dissozial, hyperkinetisch
3 andere Störungen
4 entfällt
9 keine Angabe

Psychische Auffälligkeiten im Alter zwischen 6 und 10 Jahren

(Es werden nur die Auffälligkeiten gewertet, die länger als ein halbes Jahr zurückliegen)
(Mehrfachnennungen möglich)

- 1 Entfällt, da das Kind jünger als 6 Jahre ist
2 introversive Störungen: ängstlich, gehemmt, Kontaktprobleme
3 extraversive Störungen: aggressiv, dissozial, hyperkinetisch
- 4 andere Störungen
8 entfällt
9 keine Angabe

Frühere Konsultationen wegen psychischer Auffälligkeiten

- 1 nein
9 unbekannt

ja, und zwar (Mehrfachnennungen möglich)

- 2 Erziehungsberatungsstelle oder andere psychotherapeutische Behandlung oder Beratung
3 ambulante psychiatrische Vorstellung (auch bei niedergelassenen (Kinder-) Psychiatern)
4 stationäre psychiatrische Behandlung
5 andere ärztliche Vorstellung
6 sonstige: _____
7 Art der Konsultation

BLOCK 5: AKTUELLE SITUATION – KINDERGARTEN / SCHULE/BERUF

Gegenwärtig besuchte Einrichtung

- 1 trifft nicht zu
2 Krippe / Krabbelstube / Kindergarten / Kinderhort
3 Sonderkindergarten / Hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte
4 integrierter Kindergarten
9 unbekannt

Schulbesuch

- 1 besucht eine der unten aufgeführten Schulen
2 noch nicht oder nicht mehr schulpflichtig
3 zurückgestellt oder wieder ausgeschult wegen Schulunreife
4 aus anderen Gründen kein Schulbesuch: _____
9 unbekannt

Gegenwärtig besuchte Schule

- 01 trifft nicht zu
02 Vorschule / Vorschulklasse
03 Grundschule
04 Orientierungsstufe / Förderstufe
08 Hauptschule
05 Gesamtschule-Hauptschulniveau
09 Realschule
06 Gesamtschule-Realschulniveau
10 Gymnasium
07 Gesamtschule-Gymnasialniveau
11 Sonderschule für Lernbehinderte
12 Sonderschule für geistig Behinderte
13 andere Sonderschulen: _____
14 Fachschule einjährig
15 Fachschule mehrjährig
16 sonstige: _____
99 unbekannt

Schulklasse (unbekannt 99 codieren)

--	--

Schulabschluß – den höchsten dokumentieren

- 01 trifft alters- oder schulbedingt nicht zu
02 kein Schulabschluß
03 Sonderschule für Lernbehinderte
04 Sonderschule für geistig Behinderte
05 andere Sonderschule
06 Hauptschule
07 Realschule
08 Abitur
09 Fachschule einjährig
10 Fachschule mehrjährig
11 sonstige: _____
99 unbekannt

Gegenwärtige Berufs- oder Erwerbstätigkeit des Jugendlichen

- 1 noch nicht erwerbstätig oder erwerbsunfähig
2 arbeitslos
3 in Haft
4 im Haushalt oder eigenen Betrieb tätig (mithelfender Familienangehöriger)
5 beschützende Werkstatt / Jugendwerkheim
6 Förderlehrgang zur Erlangung der Berufsreife, Vorbereitungsjahr
7 in Berufsausbildung
8 berufstätig
9 unbekannt

Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation

Befunddokumentation

3. Auflage 1.1.1992

In geschlossenen Kästchen der Art sind Kreuze einzutragen,
in offene Felder der Art sind Nummern einzutragen.

Die Befunddokumentation ist als Aufnahmebefunddokumentation anzusehen. Zusammen mit der Basisdokumentation bzw. Wiederaufnahmedokumentation ist sie 14 Tage nach Aufnahme des Patienten der Dokumentationsassistentin abzuliefern.

1. IDENTIFIKATION

Fall-Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(wird von Doku.-Assist. codiert)

Platz für Aufkleber

(Name, Vorname, Geburtsdatum,
Geschlecht, Mehrling, Station)

3. SYMPTOMATIK (bei Aufnahme)

BLOCK 1: Körperliche Behinderungen und Auffälligkeiten

keine Symptombelastung in diesem Bereich

01 Körperbehinderungen, Entstellungen 0 nicht 1 Lähmungen 2 Mißbildungen (nicht im Gesicht)

3 Gesichtsentstellungen

- | | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 02 Cerebrale Anfallsereignisse | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> einmalig | 2 <input type="checkbox"/> gelegentlich | 3 <input type="checkbox"/> häufig |
| <input checked="" type="checkbox"/> 03 Sinnesschwäche | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht | 2 <input type="checkbox"/> deutlich | 3 <input type="checkbox"/> blind/taub |
| <input checked="" type="checkbox"/> 04 Motorische Funktionsstörungen | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht | 2 <input type="checkbox"/> schwer | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 05 Psychomotorische Unruhe (Hyperaktivität) | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht | 2 <input type="checkbox"/> schwer | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 06 Tics, Grimassen, Verlegenheitsmotorik | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht | 2 <input type="checkbox"/> schwer | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 07 Stereotypien, Kopferwerfen, Wiegen, Schaukeln | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht | 2 <input type="checkbox"/> schwer | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 08 Schlafstörungen (nicht pavor) | 0 <input type="checkbox"/> nicht | 1 <input type="checkbox"/> leicht | 2 <input type="checkbox"/> schwer | |

*welt der
gewesen*

✓ 09 Häufige Krankheiten 0 nein 1 ja rausgelöst

✓ 10 Eßstörungen (Unlust, Gier) 0 nicht 1 leicht 2 schwer

✓ 11 Erbrechen, Würgen 0 nicht 1 selten 2 oft

✓ 12 Darmfunktionsstörungen (Verstopfung, Durchfall) 0 nicht 1 leicht 2 schwer

✓ 13 Bauchbeschwerden (Nabelkoliken) 0 nicht 1 leicht 2 schwer

✓ 14 Enuresis nocturna 0 nicht 1 höchstens 2 x monatlich
2 höchstens 1 x wöchentlich
3 häufiger

✓ 15 Enuresis diurna 0 nicht 1 höchstens 1 x monatlich
2 höchstens 1 x wöchentlich
3 häufiger

✓ 16 Einkoten, Kotschmierer 0 nicht 1 höchstens 1 x monatlich
2 höchstens 1 x wöchentlich
3 häufiger

✓ 17 Vasomotorische Störungen (Erröten, Schwitzen, Ohnmachten) 0 nicht 1 gelegentlich
2 häufig

→ 18 Kopfschmerzen 0 nicht 1 migräneartig ? mit dir gewesen
2 nicht migräneartig

✓ 19 Herzbeschwerden 0 nicht 1 leicht 2 schwer

→ 20 Atmungsstörungen 0 nicht
1 Rhythmusstörungen, Beklemmung u. a. ? mit dir gewesen →
2 Asthma bronchiale reingerammer!

✓ 21 Hautaffektionen 0 nicht 1 leicht 2 schwer

✓ 22 Allergische Reaktionen 0 nicht 1 leicht 2 schwer

✓ 23 Chronische organische Krankheit 0 nicht 1 leicht 2 schwer

BLOCK 2: Sprachstörungen:

keine Symptombelastung in diesem Bereich

01 Mutismus 0 nicht 1 elektiv 2 total] mit dir gewesen
✓ 02 Stummheit 0 nicht 1 ja ? rausgelöst
✓ 03 Stottern 0 nicht 1 leicht 2 schwer
✓ 04 Poltern 0 nicht 1 leicht 2 schwer
✓ 05 Stammeln, Artikulationsmängel 0 nicht 1 leicht 2 schwer
✓ 06 Agrammatismus/Dysgrammatismus 0 nicht 1 leicht 2 schwer
✓ 07 Aphasie 0 nicht 1 leicht 2 schwer
✓ 08 Verzögerte Sprachentwicklung 0 nicht 1 leicht 2 schwer
✓ 09 sonstige Sprachstörungen 0 nicht 1 leicht 2 schwer

BLOCK 3: Auffällige Gewohnheiten:

keine Symptombelastung in diesem Bereich

- ✓ 01 Lutschen (Finger, Gegenstand) 0 nicht 1 gelegentlich 2 häufig
- ✓ 02 Knabbern (Nägel, Gegenstand) 0 nicht 1 gelegentlich 2 häufig
- ✓ 03 Zähneknirschen, Lippenbeißen 0 nicht 1 gelegentlich 2 häufig
- ✓ 04 Haarereiben, Kratzen, Reiben 0 nicht 1 gelegentlich 2 häufig
- ✓ 05 Drogenmißbrauch 0 nicht 1 gelegentlich. Probieren von Drogen
2 häufige Drogeneinnahme
3 Drogenabhängigkeit
- ✓ 06 Alkoholmißbrauch, 0 nicht
1 gelegentlicher bzw. geringgrad. Alkoholmißbrauch
2 regelm. bzw. ausgeprägter Alkoholmißbrauch
3 Abhängigkeit, chronischer Alkoholabusus

BLOCK 4: Sexuelle Auffälligkeiten:

- 01 Auffälliges Sexualverhalten 0 nicht
1 auffälliges Sexualverhalten aller Art außer:
2 homosexuelle Betätigung
- 02 Beteiligung an Sexualdelikten 0 nicht
1 Sexualdelikt in der Familie, gleich welcher Art
2 passiv verführte, Opfer, Traumatisierte
3 aktive Beteiligung an Sexualdelikten auch durch
Anreiz und willfährige Duldung, sexuelle
Gewalttäter → fällt raus

alle ? werden extra ausgebildet

BLOCK 5: Auffälligkeiten im Sozialverhalten:

keine Symptombelastung in diesem Bereich

- 01 Schwindeln, Lügen, Betrügen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 02 Wegnehmen, Stehlen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 03 Weglaufen, Streunen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 04 Schul-, Arbeitsschwänzen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 05 Zündeln, Brandstiften 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 06 Aggressivität
- 1 Zerstörung/Beschädigung von Sachen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 2 Selbstaggression/Automutilation 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 3 Wut, Ärger, Trotz 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 4 versteckte Aggressionen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 5 verbale Aggressionen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 6 körperliche Aggressionen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 07 Kontaktstörung
- 1 soziale Isolation, Abkapselung 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 2 Scheu, Kontaktangst 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 3 überangepaßtes Verhalten 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 4 Distanzlosigkeit 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig

BLOCK 6: Störungen im Spiel- und Leistungsverhalten:

keine Symptombelastung in diesem Bereich

- 01 übersteigerte Leistungsmotivation 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 02 mangelnde Leistungsmotivation 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 03 Mißerfolgsempfindlichkeit 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 04 Gleichgültigkeit bei Mißerfolg 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 05 Perfektionismus 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 06 Langsamkeit 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 07 Konzentrationsstörungen/Ablenkbarkeit 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 08 Unselbständigkeit, Zuwendungsabhängigkeit 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 09 Verspieltheit 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig

06 Störungen im Spiel- und Leistungsverhalten (Fortsetzung)

- 10 Arbeitsblockierung, Ersatzhandlung 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 11 Leistungsschwankungen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 12 spezifisches Leistungsveragen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 13 allgemeines Leistungsveragen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig

BLOCK 7: Auffälligkeiten im emotionalen Bereich:

- keine Symptombelastung in diesem Bereich
- 01 emotional ungenügend schwingungsfähig 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 02 Stimmungs labilität 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 03 Neigung zu Verstimmungen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 04 Suicidgedanken 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 05 Suicidversuch 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 06 albern, läppisch 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 07 Minderwertigkeitsgefühle 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 08 Überwertigkeitsgefühle 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 09 Allgemein übertriebene Ängstlichkeit 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 10 Angst vor bestimmt. Situationen (z. B. Leistung) 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 11 Angst vor Räumen, Straßen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 12 Angst vor Alleinsein 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 13 Angst vor Nacht, Dunkelheit/pavor nocturnus 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 14 Angst vor bestimmten Menschen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 15 Angst vor bestimmten Objekten 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 16 Angst vor Tieren 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 17 sonstige Ängste (z. B. Krankheitsängste) 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 18 Zwangssymptome 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig

BLOCK 8: Sonstige Auffälligkeiten:

- 01 Affektinadäquadeit 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 02 Antriebsstörung 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 03 Denkstörung 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 04 Beeinträchtigung des Bewußtseins, Desorientierung 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 05 Halluzinationen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 06 Wahnhafte Ideen 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig
- 07 Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse 0 nicht 1 leicht/selten 2 ausgeprägt/häufig

4. DIAGNOSEN

Die Diagnosen sollen auch dann eingetragen werden, wenn es sich um vorläufige Verdachtsdiagnosen handelt.

ACHSE I: KLINISCH-PSYCHIATRISCHES SYNDROM

Mögliche Diagnosen sind alle »F-Nummern« des ICD-10 außer den diagnostischen Gruppen F 80 bis F83. Man unterscheidet diagnostische Hauptgruppen (2 Stellen vor dem Punkt, Gruppen (1. Stelle nach dem Punkt) und Untergruppen (2. Stelle nach dem Punkt).

Hauptdiagnose F . Sicherheitsgrad:
1 sicher 2 fraglich

Ergänzungsdiagnose* F . Sicherheitsgrad:
1 sicher 2 fraglich

*Es soll KEINE Differentialdiagnose (mögliche Alternative zur Hauptdiagnose) angegeben werden, es ist lediglich eine Ergänzungsdiagnose erlaubt. In der Ergänzungsdiagnose wird die Erkrankung angegeben, die der Patient zusätzlich zur Hauptdiagnose hat. (»Diagnose nicht bekannt« wird mit dem Wert 99.99 kodiert.)

ACHSE II: SPEZIFISCHE VERZÖGERUNGEN DER ENTWICKLUNG

Mögliche Diagnosen sind die Nummernbereiche F 80 bis F 83; es können maximal 3 Diagnosen vergeben werden. Bei multiplen Entwicklungsstörungen sollen anstelle der Nummer F 83 die einzelnen Entwicklungsstörungen angegeben werden. (»Diagnose nicht bekannt« wird mit dem Wert 99.99 kodiert.)

F .

F: .

F .

ACHSE III: INTELLIGENZ (Nur ein Kästchen ankreuzen)

- | | | |
|----------------------------|--|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | weit überdurchschnittliche Intelligenz | IQ > 129 |
| 2 <input type="checkbox"/> | überdurchschnittliche Intelligenz | IQ 115 - 129 |
| 3 <input type="checkbox"/> | durchschnittliche Intelligenz | IQ 85 - 114 |
| 4 <input type="checkbox"/> | unterdurchschnittliche Intelligenz (Lernbehinderung) | IQ 70 - 84 |
| 5 <input type="checkbox"/> | leichte Intelligenzminderung | IQ 50 - 69 |
| 6 <input type="checkbox"/> | mittelgradige Intelligenzminderung | IQ 35 - 49 |
| 7 <input type="checkbox"/> | schwere Intelligenzminderung | IQ 20 - 34 |
| 8 <input type="checkbox"/> | schwerste Intelligenzminderung | IQ < 20 |
| 9 <input type="checkbox"/> | Information fehlt / unbekannt | |

Intelligenz
 geschätzt
 gemessen

Verfahren _____

IQ

ACHSE IV: KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN

	Buchstabenfeld	Nummernfelder
1. Nennung	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Nennung	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Nennung	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Nur die neurologischen Ziffern sollen vierstellig angegeben werden. Bei den anderen körperlichen Diagnosen entfallen die letzten beiden Ziffern. (»Diagnose nicht bekannt« wird mit dem Wert 9 99.99 kodiert.)

ACHSE V: AKTUELLE ABNORME PSYCHOSOZIALE UMSTÄNDE

(Zu jedem Item muß eine Kodierung angegeben werden)

Kodierungsschlüssel: 1 = Belastung ist nicht vorhanden (normal) 8 = Entfällt (logisch nicht möglich)
2 = Trifft zu; Belastung vorhanden 9 = Information fehlt, unbekannt

	1	2	8	9
1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen				
1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Körperliche Kindesmißhandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie				
2.0 Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Behinderung eines Elternteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Behinderung der Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Abnorme Erziehungsbedingungen				
4.0 Elterliche Überfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Abnorme unmittelbare Umgebung				
5.0 Erziehung in einer Institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 Abweichende Elternsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Isolierte Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Akute, belastende Lebensereignisse				
6.0 Verlust einer liebevollen Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1 Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Unmittelbar beängstigende Erlebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren				
7.0 Verfolgung und Diskriminierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1 Migration oder soziale Verpflanzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8 Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chronische zwischenmenschliche Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit				
8.0 Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Belastende Lebensereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes				
9.0 Institutionelle Erziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1 Bedrohliche Umstände, infolge Fremdunterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACHSE VI: GLOBALBEURTEILUNG DER PSYCHOSOZIALEN ANPASSUNG

Diese Skala bezieht sich auf die psychosoziale Anpassung des Patienten zum Zeitpunkt der klinischen Untersuchung. Mit Ausnahme von sehr akuten Störungen (bei denen nur die letzten Tage oder Wochen beurteilt werden) sollten die letzten drei Monate vor der klinischen Untersuchung eingeschätzt werden. Die Kodierung sollte sich auf folgende Bereiche beziehen:

- * Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie;
- * Bewältigung von sozialen Situationen (allgemeine Selbständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung);
- * schulische bzw. berufliche Anpassung;
- * Interessen und Freizeitaktivitäten.

- 0 Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten. Gute zwischenmenschliche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und zu Erwachsenen außerhalb der Familie; erfolgreiche Bewältigung aller sozialen Situationen und vielfältige Interessen und Freizeitaktivitäten.
- 1 Befriedigende soziale Anpassung insgesamt, aber mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen.
- 2 Leichte soziale Beeinträchtigung. Adäquate Anpassung in den meisten Bereichen, aber leichte Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen die sich z. B. in Schwierigkeiten im Kontakt zu Gleichaltrigen, eingeschränkten sozialen Aktivitäten / Interessen, Schwierigkeiten im Umgang mit den Familienmitgliedern, ineffektiver Bewältigung von sozialen Situationen oder Problemen in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie zeigen können.
- 3 Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen.
- 4 Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen, wie z. B. ausgeprägter Mangel an Freunden oder Unfähigkeit neue soziale Situationen zu bewältigen.
- 5 Deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen.
- 6 Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen. Benötigt manchmal Beaufsichtigung / Anleitung durch andere, um alltägliche Anforderungen zu bewältigen; unfähig, völlig alleine zurecht zu kommen.
- 7 Braucht beträchtliche Betreuung. Entweder zeitweise unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene oder braucht zeitweise enge Beaufsichtigung / Betreuung, um Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden oder schwere Beeinträchtigung der Kommunikationsmöglichkeiten.
- 8 Braucht beständige Betreuung (24h-Versorgung). Durchgängig unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene und / oder ständiges Risiko der Selbst- oder Fremdverletzung oder völliges Fehlen von Kommunikationsmöglichkeiten.
- 9 Information fehlt

DIAGNOSENERGÄNZENDE LISTE (Mehrfachnennungen möglich)

- 1 Suicidversuch
2 Automutilation
3 Schulphobie
4 Adoleszentenkrise
5 Thersites-Komplex
6 Delinquenz (bei Polizei / Gericht bekannt gewordene Straffälligkeit)

MCD

1 ja 2 nein

Bei Schizophrenie:

1. Krankheitsepisode

1 ja 2 nein

KOOPERATION

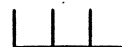
Kooperationsbereitschaft der Eltern:

- 1 entfällt
2 gut
3 mäßig gut
4 schwach
5 schlecht
9 keine Angabe

Kooperationsbereitschaft des Patienten:

- 1 entfällt
2 gut
3 mäßig gut
4 schwach
5 schlecht
9 keine Angabe

DIAGNOSE GESTELLT DURCH: _____



(wird durch Doku.-Ass. kodiert)

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE DER PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG

Leiter: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt – Hans-Sachs-Straße 6, 3550 Marburg

Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation

Leistungsdokumentation

3. Auflage 1.1.1992

In geschlossenen Kästchen der Art sind Kreuze einzutragen,
in offene Felder der Art sind Ziffern einzutragen.

Die Leistungsdokumentation ist während der Behandlung auszufüllen und nach abgeschlossener Behandlung abzugeben.

1. IDENTIFIKATION

Fall-Nummer

(wird durch Doku.-Assist. codiert)

Platz für Aufkleber

(Name, Vorname, Geburtsdatum,
Geschlecht, Mehrling, Station)

5. DURCHGEFÜHRTE BEHANDLUNG

entfällt, keine Behandlung durchgeführt, da ausschließlich:

1 Diagnostik

8 sonstige Gründe:

2 Gutachten

Ende der Behandlungsepisode (Entlassungsdatum):

Somatische Behandlungen

Medikamentöse Therapie

0 entfällt, keine durchgeführt

4 Tranquilizer

1 antikonvulsiv

5 Stimulantien

2 neuroleptisch

8 andere

3 thymoleptisch

mehrfache medikamentöse Umstellung

0 trifft nicht zu

1 nein

2 ja

andere nichtmedikamentöse Therapien

0 entfällt, keine

8 andere

1 Diät

Bei den im folgenden aufgeführten Behandlungen und Therapien ist die Zahl der (klar abgrenzbaren) Sitzungen bzw. Behandlungen einzutragen. Sind zwei Felder für die Anzahl vorgesehen, wird zwischen Maßnahmen in Einzel- und Gruppenform unterschieden. D. h. die Anzahl der Einzeltherapien ist im 1. Feld, die Anzahl der Gruppentherapien im 2. Feld einzutragen.

2	Allg. Beratung und Aufklärungsgespräch mit Patienten und/oder Eltern etc.	001	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Krisenintervention	002	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Psychotherapeutische Beratungen und Behandlungen beim Kind:		<i>zusammengefasst</i>	
		einzel	in Gruppe
1	analytische Verfahren	011	<input type="text" value="4E"/> <input type="text" value="2G"/>
	Gesprächstherapie	012	<input type="text"/>
	Kinderspieltherapie	013	<input type="text"/>
	Psychodrama	014	<input type="text"/>
	Rollenspiel	015	<input type="text"/>
	Entspannungstraining (z. B. autog. Training)	016	<input type="text"/>
	Meditationsverfahren (z. B. katathymes Bilderleben)	017	<input type="text"/>
	Verhaltenstherapie	018	<input type="text"/>
	andere psychotherap. Verfahren:	019	<input type="text"/>

2	bei Eltern / Ersatzeltern / Familie:		
	Beratung	021	<input type="text"/>
	gezielte Beeinfl. des Erziehungsverhaltens (Verhaltensmodifikation)	022	<input type="text"/>
	Elterntherapie (ein Elternteil oder beide)	023	<input type="text"/>
	Familiensitzung	024	<input type="text"/>
	andere:	029	<input type="text"/>

5	bei anderen Erziehungspersonen / Institutionen:		
	Beratung/Intervention bei Erziehungspersonen	031	<input type="text"/>
	Beratung von Schulen	032	<input type="text"/>
	Beratung von Heimen	033	<input type="text"/>
	Beratung sozialer Dienste	034	<input type="text"/>
	andere:	039	<input type="text"/>

3

Sozialtherapie

Arbeitstherapie 041 [][][][] [][][][]

Beschäftigungstherapie 042 [][][][] [][][][]

Übungsbehandlungen

psychomotorische Übungsbehandlung 051 [][][][] [][][][]

Wahrnehmungstraining 052 [][][][] [][][][]

Legasthenietherapie 053 [][][][] [][][][]

andere Übungsbehandlung bei Teilleistungsstörungen:
_____ 059 [][][][] [][][][]

Stimm- und Sprachtherapie (Logopädie) 060 [][][][] [][][][]

Krankengymnastik 070 [][][][] [][][][]

Weitere Maßnahmen:

01 Therapiepläne, Verhaltenstraining durch Team von _____ bis _____

02 Milieutherapie von _____ bis _____

Lebenshilfen: (jeweils Tag, Monat, Jahr eintragen)

03 Angebot von zwischenmenschlichen Kontakten

04 Freizeitangebote

05 Hilfen zum Erwerb lebenspraktischer Fähigkeiten

06 Ausbildungs- und berufsbezogene Hilfen und Pflege

07 direkte körperliche Hilfen und Pflege

5

Indirekte Maßnahmen (Anzahl während der Behandlungsepisode eintragen):

Kontakte mit Ärzten, Kliniken [][][][]

Kontakte mit psychosozialen Einrichtungen [][][][]

Kontakte mit Ämtern, Behörden [][][][]

Kontakte mit Schulen, Berufs- und Ausbildungsstellen [][][][]

6. DIAGNOSEN (Einschätzung nach Abschluß der Behandlung)

Am Ende des Behandlungsverlaufes kann die Diagnose in der Regel genauer gestellt werden. Bitte tragen Sie ein, welche Diagnose ZU BEGINN der Behandlung bestand.

ACHSE I: KLINISCH-PSYCHIATRISCHES SYNDROM

Mögliche Diagnosen sind alle »F-Nummern« des ICD-10 außer den diagnostischen Gruppen F 80 bis F83. Man unterscheidet diagnostische Hauptgruppen (2 Stellen vor dem Punkt, Gruppen (1. Stelle nach dem Punkt) und Untergruppen (2. Stelle nach dem Punkt).

Hauptdiagnose F .

Sicherheitsgrad:
1 sicher 2 fraglich

Ergänzungsdiagnose* F .

Sicherheitsgrad:
1 sicher 2 fraglich

*Es soll KEINE Differentialdiagnose (mögliche Alternative zur Hauptdiagnose) angegeben werden, es ist lediglich eine Ergänzungsdiagnose erlaubt. In der Ergänzungsdiagnose wird die Erkrankung angegeben, die der Patient zusätzlich zur Hauptdiagnose hat. («Diagnose nicht bekannt» wird mit dem Wert 99.99 kodiert.)

ACHSE II: SPEZIFISCHE VERZÖGERUNGEN DER ENTWICKLUNG

Mögliche Diagnosen sind die Nummernbereiche F 80 bis F 83; es können maximal 3 Diagnosen vergeben werden. Bei multiplen Entwicklungsstörungen sollen anstelle der Nummer F 83 die einzelnen Entwicklungsstörungen angegeben werden. («Diagnose nicht bekannt» wird mit dem Wert 99.99 kodiert.)

F .

F .

F .

ACHSE III: INTELLIGENZ (Nur ein Kästchen ankreuzen)

- | | | |
|----------------------------|--|--------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | weit überdurchschnittliche Intelligenz | IQ > 129 |
| 2 <input type="checkbox"/> | überdurchschnittliche Intelligenz | IQ 115 – 129 |
| 3 <input type="checkbox"/> | durchschnittliche Intelligenz | IQ 85 – 114 |
| 4 <input type="checkbox"/> | unterdurchschnittliche Intelligenz (Lernbehinderung) | IQ 70 – 84 |
| 5 <input type="checkbox"/> | leichte Intelligenzminderung | IQ 50 – 69 |
| 6 <input type="checkbox"/> | mittelgradige Intelligenzminderung | IQ 35 – 49 |
| 7 <input type="checkbox"/> | schwere Intelligenzminderung | IQ 20 – 34 |
| 8 <input type="checkbox"/> | schwerste Intelligenzminderung | IQ < 20 |
| 9 <input type="checkbox"/> | Information fehlt / unbekannt | |

Intelligenz
 geschätzt
 gemessen

Verfahren _____

IQ

ACHSE IV: KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN

	Buchstabenfeld	Nummernfelder
1. Nennung	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Nennung	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Nennung	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Nur die neurologischen Ziffern sollen vierstellig angegeben werden. Bei den anderen körperlichen Diagnosen entfallen die letzten beiden Ziffern.

(«Diagnose nicht bekannt» wird mit dem Wert 9 99.99 kodiert.)

ACHSE V: AKTUELLE ABNORME PSYCHOSOZIALE UMSTÄNDE

(Zu jedem Item muß eine Kodierung angegeben werden)

Kodierungsschlüssel: 1 = Belastung ist nicht vorhanden (normal) 8 = Entfällt (logisch nicht möglich)
2 = Trifft zu; Belastung vorhanden 9 = Information fehlt, unbekannt

1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen

1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Körperliche Kindesmißhandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie

2.0 Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Behinderung eines Elternteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Behinderung der Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Abnorme Erziehungsbedingungen

4.0 Elterliche Überfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Abnorme unmittelbare Umgebung

5.0 Erziehung in einer Institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 Abweichende Elternsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Isolierte Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Akute, belastende Lebensereignisse

6.0 Verlust einer liebevollen Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1 Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Unmittelbar beängstigende Erlebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren

7.0 Verfolgung und Diskriminierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1 Migration oder soziale Verpflanzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8 Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Chronische zwischenmenschliche Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit

8.0 Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Belastende Lebensereignisse/Situationen, infolge von Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes

9.0 Institutionelle Erziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1 Bedrohliche Umstände, infolge Fremdunterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8 Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACHSE VI: GLOBALBEURTEILUNG DER PSYCHOSOZIALEN ANPASSUNG

Diese Skala bezieht sich auf die psychosoziale Anpassung des Patienten zum Zeitpunkt der klinischen Untersuchung. Mit Ausnahme von sehr akuten Störungen (bei denen nur die letzten Tage oder Wochen beurteilt werden) sollten die letzten drei Monate vor der klinischen Untersuchung eingeschätzt werden. Die Kodierung sollte sich auf folgende Bereiche beziehen:

- * Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie;
- * Bewältigung von sozialen Situationen (allgemeine Selbständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung);
- * schulische bzw. berufliche Anpassung;
- * Interessen und Freizeitaktivitäten.

- 0 Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten. Gute zwischenmenschliche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und zu Erwachsenen außerhalb der Familie; erfolgreiche Bewältigung aller sozialen Situationen und vielfältige Interessen und Freizeitaktivitäten.
- 1 Befriedigende soziale Anpassung insgesamt, aber mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen.
- 2 Leichte soziale Beeinträchtigung. Adäquate Anpassung in den meisten Bereichen, aber leichte Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen die sich z. B. in Schwierigkeiten im Kontakt zu Gleichaltrigen, eingeschränkten sozialen Aktivitäten / Interessen, Schwierigkeiten im Umgang mit den Familienmitgliedern, ineffektiver Bewältigung von sozialen Situationen oder Problemen in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie zeigen können.
- 3 Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen.
- 4 Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen, wie z. B. ausgeprägter Mangel an Freunden oder Unfähigkeit neue soziale Situationen zu bewältigen.
- 5 Deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen.
- 6 Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen. Benötigt manchmal Beaufsichtigung / Anleitung durch andere, um alltägliche Anforderungen zu bewältigen; unfähig, völlig alleine zurecht zu kommen.
- 7 Braucht beträchtliche Betreuung. Entweder zeitweise unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene oder braucht zeitweise enge Beaufsichtigung / Betreuung, um Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden oder schwere Beeinträchtigung der Kommunikationsmöglichkeiten.
- 8 Braucht beständige Betreuung (24h-Versorgung). Durchgängig unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene und / oder ständiges Risiko der Selbst- oder Fremdverletzung oder völliges Fehlen von Kommunikationsmöglichkeiten.
- 9 Information fehlt

DIAGNOSEERGÄNZENDE LISTE (Mehrfachnennungen möglich)

- 1 Suicidversuch
- 2 Automutilation
- 3 Schulphobie
- 4 Adoleszentenkrise
- 5 Thersites-Komplex
- 6 Delinquenz (bei Polizei / Gericht bekannt gewordene Straffälligkeit)

MCD

1 ja 2 nein

Bei Schizophrenie:

1. Krankheitsepisode 1 ja 2 nein

KOOPERATION

Kooperationsbereitschaft der Eltern:

- 1 entfällt
- 2 gut
- 3 mäßig gut
- 4 schwach
- 5 schlecht
- 9 keine Angabe

Kooperationsbereitschaft des Patienten:

- 1 entfällt
- 2 gut
- 3 mäßig gut
- 4 schwach
- 5 schlecht
- 9 keine Angabe

DIAGNOSE GESTELLT DURCH: _____

--	--	--	--

(wird durch Doku.-Ass. kodiert)

7. ENTLASSUNG

Entlassen wohin?

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> nach Hause | 5 <input type="checkbox"/> Heim ohne therapeutische Ausrichtung, Internat |
| 2 <input type="checkbox"/> andere (Kinder-)psychiatrische Klinik | 6 <input type="checkbox"/> Haftanstalt |
| 3 <input type="checkbox"/> nicht psychiatrische Klinik | 9 <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 4 <input type="checkbox"/> therapeutische Spezialeinrichtung: Übergangsheim, Therapieheim | |

Entlassungsart

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> mit ärztlichem Einverständnis ^① | 5 <input type="checkbox"/> aus Tagesstätte weggeblieben ^② |
| 2 <input type="checkbox"/> gegen ärztliches Einverständnis Abbruch der stat. Behandlung } ^② | 6 <input type="checkbox"/> verstorben |
| 3 <input type="checkbox"/> aus stat. Behandlung entwichen | 7 <input type="checkbox"/> Wohnungswechsel / Umzug <i>missig</i> |
| 4 <input type="checkbox"/> amb. Behandlung abgebrochen | 8 <input type="checkbox"/> andere: |

Erfolg der Behandlung für die Zielsymptomatik

- 0 entfällt
1 völlig gebessert / geheilt
2 deutlich gebessert
3 etwas gebessert
4 unverändert
5 verschlechtert
7 nicht beurteilbar

Erfolg der Behandlung bezügl. der allg. Persönlichkeits- und Verhaltensstruktur des Patienten

- 0 entfällt
1 völlig gebessert / geheilt
2 deutlich gebessert
3 etwas gebessert
4 unverändert
5 verschlechtert
7 nicht beurteilbar

Erfolg der Behandlung für das Umfeld, die soziale Situation (z. B. Familie) des Patienten

- | | |
|---|--|
| 0 <input type="checkbox"/> entfällt | 4 <input type="checkbox"/> unverändert |
| 1 <input type="checkbox"/> völlig gebessert / geheilt | 5 <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| 2 <input type="checkbox"/> deutlich gebessert | 7 <input type="checkbox"/> nicht beurteilbar |
| 3 <input type="checkbox"/> etwas gebessert | |

8. EMPFOHLENE WEITERBEHANDLUNG nach Abschluß der Behandlung ausfüllen

- | | |
|--|---|
| 00 <input type="checkbox"/> entfällt (z. B. nur Diagnostik) | 01 <input type="checkbox"/> keine |
| Unterbringung / Beschulung | |
| 02 <input type="checkbox"/> nichttherapeutisches Heim | 06 <input type="checkbox"/> Lebenshilfe |
| 03 <input type="checkbox"/> therapeutisches Heim | 07 <input type="checkbox"/> Sonderkindergarten |
| 04 <input type="checkbox"/> Internat | 08 <input type="checkbox"/> Kindergarten / Hort |
| 05 <input type="checkbox"/> Umschulung | 09 <input type="checkbox"/> Pflegestelle, Adoption |
| Erziehungsberatung / Psychotherapeutische Maßnahmen | |
| 11 <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung | 16 <input type="checkbox"/> verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung |
| 12 <input type="checkbox"/> nachgehende Fürsorge | 17 <input type="checkbox"/> Familientherapie |
| 13 <input type="checkbox"/> sonder-/heilpädagogische Behandlung | 18 <input type="checkbox"/> gruppentherapeutische Verfahren |
| 14 <input type="checkbox"/> analytische Einzeltherapie | 19 <input type="checkbox"/> Elterntherapie |
| 15 <input type="checkbox"/> klientenzentrierte Einzeltherapie | |
| Maßnahmen bei eigener Erziehungsberatungsstelle? | 30 <input type="checkbox"/> nein 31 <input type="checkbox"/> ja |
| Psychiatrische und andere medizinische Behandlung | |
| 20 <input type="checkbox"/> eigene kinderpsych. Klinik stationär | 25 <input type="checkbox"/> funktionelle Therapien/Übungsbehandlungen |
| 21 <input type="checkbox"/> eigene kinderpsych. Klinik ambulant | 88 <input type="checkbox"/> Sonstige Therapievorschläge: |
| 22 <input type="checkbox"/> andere stationäre kinderpsychiatrische Behandlung | |
| 23 <input type="checkbox"/> andere stationäre medizinische Behandlung | |
| 24 <input type="checkbox"/> andere ambulante medizinische Behandlung | |

Projekt

„Klinische Routine-Evaluation“

(ab September 1999)

Instruktion zur 4-Wochen Nachuntersuchung

Im Projekt „klinische Standard- Evaluation“ werden zu folgenden Zeitpunkten Daten erhoben:

- (1) Innerhalb der ersten 2 Wochen nach stationärer Aufnahme.
- (2) Bei Entlassung aus der Behandlung.
- (3) 4 - 6 Wochen nach Entlassung (4-Wochen Nachuntersuchung).
- (4) 1 - 1,5 Jahre nach Entlassung (Katamnese-Untersuchung).

In der vorliegenden Instruktion finden sich genauere Angaben zur Durchführung der 4-Wochen-Nachuntersuchung, die (A) aus einem Telefoninterview und (B) einer Fragebogenerhebung besteht. Zu beiden finden sich im folgenden Hinweise.

A. HINWEISE ZUM TELEFONINTERVIEW

Ungefähr vier Wochen nach Entlassung soll die telefonische Befragung durchgeführt werden. Der erste Anruf kann auch einige Tage vor dem rein rechnerischen Termin erfolgen, (Patient muß mindestens 3-Wochen entlassen sein) da sich einige Interviews verzögern, so dass später ein Mittelwert von ca. sechs Wochen resultiert.

Die Befragung wird gemäß dem vorher festgelegten Ablauf und Wortlaut durchgeführt (siehe hierzu den **Interview-Bogen für die 4-Wochen-Nachuntersuchung**), also zuerst die Identifikation des Anrufenden und des Angerufenen, dann die allgemeinen und danach die speziellen Fragen.

Kommt ein Interview nicht zustande (z.B. es wird niemand erreicht), wird der Fall nach weiteren 4 Wochen (2 Monate nach Entlassung) beendet. Die Gründe, weshalb das Interview nicht stattfand, sollen handschriftlich auf dem Interviewbogen festgehalten werden.

1. Patientendaten

Wer soll bzw. kann befragt werden ?

- Es sollte die Person befragt werden, die der Therapeut angegeben hat (die sog. „Hauptbezugsperson“). Die Angabe könnte z.B. lauten: Mutter befragen, Mutter oder Vater befragen, auf keinen Fall die Mutter befragen oder Frau XYZ (bei Einrichtungen) befragen.
- Wenn aber beispielsweise die Mutter befragt werden soll und der Vater geht ans Telefon und hält sich über die damalige Behandlung für gut informiert, dann sollte er zunächst befragt werden. Stellt sich jedoch im Verlauf des Interviews heraus, dass dieser doch nicht so gut Bescheid weiß, sollte man die Mutter verlangen, etwa mit folgendem Wortlaut: „Wir möchten uns ein möglichst umfassendes Bild von der Einschätzung der Behandlung machen. Aus diesem Grunde wäre es sehr hilfreich, wenn wir auch ihre Frau befragen könnten.“
- Grundsätzlich gilt: Wenn Gesprächsangebote gemacht werden, soll kein Angebot abgelehnt werden. Wenn die Mutter z.B. sagt: „Wollen sie nicht auch mit meinem Sohn sprechen, er ist gerade zu Hause. Er kann einiges bestimmt besser beurteilen als ich ?“, dann sollte auch ein Interview mit dem ehemaligen Patienten durchgeführt werden. Unsere Linie war somit die, nicht explizit nach dem ehemaligen Patienten zu verlangen, aber auf ein entsprechendes Angebot oder eine Nachfrage einzugehen, um dann Vater oder Mutter und ehemaligen Patienten zu interviewen. **Vorschlag für eine Pat. Befragung bei Gesprächsangebot: Behandlungserfolg (3.3), Zufriedenheit (3.6), Spontane Kritik (3.7).**
- Auch bei Patienten, die älter als 18 Jahre sind, sollte grundsätzlich die vom Therapeuten angegebene „Hauptbezugsperson“ interviewt werden. Ist dies nicht möglich (z.B. wenn der ehemalige Patient nicht mehr bei den Eltern wohnt) kann auch der Patient selbst interviewt werden. Das Interview ist dann entsprechend umzuformulieren. Wurde ein volljähriger Patient auf eigene Veranlassung aufgenommen, d.h. unabhängig von Eltern oder Betreuern, so wird dieser auch interviewt.

2. Allgemeine Daten zum Interview

- siehe Interviewbogen -

3. Durchführung des Interviews

3.1 Vor Beginn des Interviews

Vor Beginn mit dem Interview sind folgende Punkte zu beachten:

- (A) Im PC nachsehen, ob der Patient nicht wieder aufgenommen wurde. (Wurde der Patient wieder aufgenommen, entfällt das Interview vorerst und findet dann vier Wochen nach Entlassung statt).
- (B) Die individuellen Symptomfragen sollten vor Beginn des Interviews durchgelesen werden. Manche der Fragen sind mißverständlich formuliert oder es wurden zwei Fragen in einer formuliert, so dass in diesem Fall die individuellen Symptomfragen umformuliert werden müssen.
- (C) In den „Patientendaten“ nachschauen, ob Warnhinweise des Therapeuten vorliegen.

- (D) Eventuell den Namen des Patienten im Interviewbogen notieren um ihn, während des Gesprächs, nicht zu vergessen.
- (E) Die Anschrift auf Vollständigkeit überprüfen, ggf. am Ende des Interviews ergänzen lassen.
- (F) Nachschauen (PC) ob die „FBB' s“ vorhanden sind, um sie ggf. den anderen zu verschickenden Bögen beizulegen. Die FBB' s nur an ehemalige Patienten, (Ersatz-) Väter / (Ersatz-) Mütter, schicken. **Keine FBB' s an Betreuer in Einrichtungen!!**

Wichtig: FBBs nur verschicken, wenn Pat. mindestens 14 Tag da war!

3.2 Identifikation

Ist unklar, ob der Gesprächspartner auch der angegebene Interviewpartner ist, sollte nachgefragt werden.(„spreche ich mit XYZ ?“,oder „sind Sie der/die Vater, Mutter, Betreuer von XYZ“?)

3.3 Anliegen

Falls das Interview verweigert wird, sollte man „diplomatisch“ vorgehen und einen anderen Termin vorschlagen oder zumindest versuchen, die Gründe für die Ablehnung in Erfahrung zu bringen. Es soll darauf hingewiesen werden, dass wir gerade deshalb die Interviews durchführen, weil die unzufriedenen Patienten besonders wichtig für uns sind und wir deshalb dankbar für jede Kritik sind (i. S. einer Qualitätsverbesserung der Behandlung). Wird sehr skeptisch auf das Anliegen reagiert, kann das Projekt kurz erläutert werden (ggf. mit dem Hinweis, dass bei Aufnahme eine Einverständniserklärung unterschrieben wurde).

3.4 Behandlungserfolg

Die Frage nach dem Behandlungserfolg wird zunächst instruktionsgemäß gestellt. Erfolgt dann z.B. die Antwort „Die Probleme haben sich gebessert“ kann nachgefragt werden, ob sich die Symptome etwas oder deutlich gebessert hätten. Wenn dann wiederum entgegnet wird, die Symptome hätten sich deutlich gebessert, kann erneut nachgefragt werden, ob sie völlig verschwunden seien, d.h., eine Heilung eingetreten sei. Wie an diesem Beispiel ersichtlich ist, wird erst einmal die Tendenz der Antwort abgewartet, um dann analog zur Ratingskala weitere Fragen zur Differenzierung anzuschließen.

Diese Frage kann häufig von Betreuern bzw. Therapeuten aus Einrichtungen nicht beantwortet werden, da sie das Kind / den Jugendlichen erst mit Beginn der Aufnahme in die entsprechende Einrichtung kennenlernen. In diesem Fall wird der Grund für das Nichtbeantworten der Frage im Interviewbogen notiert. Selbiges gilt für alle nichtbeantworteten Fragen im gesamten Interview.

3.5 Fragen zur Lebensqualität (ILK)

Die Fragen sind der Eltern-Version des „Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)“ entnommen und wurden an die Verhältnisse bei einem Telefoninterview angepaßt d.h. entsprechend formuliert.

Frage: „Wie gut ist die Beziehung von (Name) zu ihnen und zu den anderen Betreuern und Kindern im Heim (oder der Einrichtung) ? Eher gut oder eher schlecht ?“

Falls die Antwort „gesplittet“ wird (z.B.: zu Betreuern: eher gut. Zu den Jugendlichen: eher schlecht), soll dies handschriftlich festgehalten werden. (Gilt auch für die anderen Fragen.)

3.6 Behandlungsende

Eine differenzierte Erfragung des Einverständnisses mit der Entlassung hat sich bewährt, da manche der Befragten eine Entlassung mit Einverständnis der Klinik angeben, selbst aber nicht mit der Entlassung einverstanden waren.

3.7 Allgemeine Zufriedenheit mit dem Aufenthalt

Hier kann es nötig sein, zunächst einmal strukturierend auf ein Globalurteil hinzuwirken, da bei dieser Frage häufig schon einzelne Punkte geäußert werden. Dies kann mit dem Hinweis begegnet werden, dass die nächste Frage genau diese einzelnen spontanen Kritikpunkte zum Thema hat. Alternativ ist es möglich, die schon geäußerten Punkte zu notieren, so dass die Frage „spontane Kritik“ entfällt.

3.8 Spontane Kritik

Bei dieser Frage ist es wichtig, keine Vorgaben zu machen und nicht durch Ermunterung weitere Äußerungen zu erreichen, da hier ausdrücklich nur die spontan geäußerten positiven und negativen Kritikpunkte erfasst werden sollen. Außerdem ist es wichtig, die Kritik so aufzuschreiben daß später auch jemand anders weiß, was gemeint ist. Also nicht zu knapp formulieren.

3.9 Überleitung zu speziellen Fragen (LISTE)

Bei der Form B einen etwas längeren Einleitungstext, damit man nicht „mit der Tür ins Haus fällt“.

Die individuellen Symptomfragen werden anhand des entsprechenden Bogens gestellt. Manchmal fällt es den Befragten schwer, Fragen mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten, so dass es nötig sein kann, darauf hinzuweisen, dass die Antwort gewählt werden soll, die zutreffender erscheint. Fällt es dem Befragten dann immer noch schwer, sich festzulegen, kann die Frage als Behauptung mit entsprechender Einleitung formuliert werden: Z.B. „Ist ... häufig aggressiv?“ umformulieren in: „Trifft folgende Behauptung zu? : ist häufig aggressiv.“

Wird ein Teil der Frage mit „ja“ beantwortet, ein anderer Teil jedoch mit „nein“, sollte dies handschriftlich festgehalten werden. (Eventuell auch zusätzlich gemachte, „scheinbar wichtige“ Äußerungen notieren). Des weiteren sollte bei Fragen, die auf Verhaltenshäufigkeiten abzielen, das Wort „häufig“ im Sinne des Interviewpartners interpretiert werden nicht nach dem Verständnis des Interviewers. Bei Fragen dieser Art im Zusammenhang mit Einkoten, Erbrechen, Einnässen etc. soll die Häufigkeit konkret angegeben werden, z.B. 3 mal pro Woche (dies gilt auch für Gewichts- oder Größenangaben).

Am Ende des Interviews sollte der Bogen mit dem Name des Ausfüllenden, dem Datum und dem Beantworter der Fragen versehen werden. Dabei ist darauf zu achten, wie Therapeut/in und Sonstiger definiert sind:

Unter Therapeut/in versteht man den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin in der KJP-Marburg. Dieser/diese formulieren die einzelnen Symptomfragen während der Therapie und beantworten diese zur Entlassung (unter der Bedingung, daß der betreffende Patient mindestens 14 Tage in der Klinik war).

Unter `Sonstiger` versteht man alle anderen Personen außer KJP-Therapeut, Vater oder Mutter. Bsp.: Therapeut in einer Einrichtung, Erzieher, Psychologen, Schwester/Bruder des Patienten, andere Familienmitglieder, ...

Diese Definition führte in der Vergangenheit zu Mißverständnissen, so daß anstatt `Sonstiger` zum Teil Therapeut/in angekreuzt wurde, wenn eigentlich ein Therapeut in einer anderen Einrichtung als der KJP-Marburg gemeint war. Dies ist zu bedenken, wenn bei der Auswertung Fragen bezüglich der Eintragungen in diesem Punkt entstehen. Bei der 4-Wochen-Katamnese darf nie Therapeut angekreuzt werden! Sollte dies geschehen sein, ist immer `Sonstiger` gemeint. Bei der Dateneingabe wurde dieser Fehler behoben, so daß dort keine falschen Eintragungen gemacht wurden.

Am 30.01.01 wurde eine Änderung in der Reihenfolge der Fragen vorgenommen. Die Symptomliste wurde mit der Frage zum Behandlungserfolg vertauscht und somit auch leicht der Wortlaut beider Fragen geändert. Ursache dafür ist der Halo-Effekt, der besagt, daß bereits gestellte Fragen Auswirkung auf folgende Fragen haben. Es existiert also nun eine Version A und eine Version B der 4-Wochen Katamnese.

Gleichzeitig wurde der Einleitungssatz zu den speziellen Symptomfragen erweitert, da diese Fragen nun den ersten Teil des Interviews bilden. Man möchte vermeiden direkt „mit der Tür ins Haus zu fallen“, was den Interviewten eventuell in seinen Antworten beeinflussen könnte. Die neue Einleitung ist wie folgt:

3. Spezielle Symptomfragen (LISTE)

Zuerst möchte ich Ihnen einige Fragen zu den Symptomen und Problemen stellen, die damals zur Aufnahme geführt haben. Wir fragen danach, weil es für uns wichtig ist herauszufinden, inwieweit diese Probleme oder Symptome noch bestehen oder nicht mehr bestehen.

⇒ Spezielle Symptomfragen (LISTE)

3.10 Abschluss des Gesamtinterviews

An dieser Stelle wird erfragt, ob Fragebögen zugeschickt werden dürfen, und erklärt, wer diese Bögen ausfüllen kann. Wird nach einer Begründung für die Verschickung von zusätzlichen Fragebögen verlangt, kann man sinngemäß etwa so antworten: „Die Fragen, die ich ihnen vorhin gestellt habe, sind persönlich auf Sie abgestimmt. Die Fragebögen helfen uns, Angaben von vielen verschiedenen Personen miteinander zu vergleichen.“ Sollte die Bearbeitung der Fragebögen abgelehnt werden, sollten etwaige Gründe erfragt werden.

4 Anmerkungen des Interviewers

4.1 Sonstige wichtige Informationen (z.B. „O-Ton“)

Unter dieser Rubrik können sonstige wichtige Informationen und spontane Äußerungen der Befragten stichwortartig festgehalten werden, z.B. Vater sagt: „ich bin vollkommen am Ende meiner Kraft“.

4.2 Subjektiver Eindruck des Interviewers

Hier kann der Interviewer seinen subjektiven Eindruck hinsichtlich des Gesprächs (angenehme / gespannte Gesprächsatmosphäre etc.) festhalten. Es sind auch eigene Interpretationen möglich (z.B. belastete Mutter, schwer zu strukturieren, redet viel etc.).

5. Weitere wichtige allgemeine Punkte

- Wenn während des Interviews der Eindruck entsteht, dass es dem ehemaligen Patienten schlecht geht, die Eltern aber nicht explizit um Hilfe bitten, kann man sinngemäß sagen: „Sie wissen ja, dass Sie jederzeit die Möglichkeit haben, sich an die Klinik zu wenden. Haben Sie sich darüber in letzter Zeit Gedanken gemacht? Ich kann Ihnen gerne die Durchwahl des für Sie zuständigen Therapeuten geben.“
- Wenn explizit um therapeutische Hilfe gebeten wird, sollte die Durchwahl des zuständigen Therapeuten durchgegeben werden und dieser direkt von dem Ersuchen in Kenntnis gesetzt werden.
- Wird gefragt, was mit den Daten geschieht und wer diese zu sehen bekommt, kann ungefähr so geantwortet werden: „Die Daten, die wir von Ihnen erhalten, werden anonym gespeichert, das heißt, ohne dass sie Ihrem Namen zugeordnet werden können. Die Daten werden wissenschaftlich ausgewertet und dienen der Verbesserung der Behandlung“.
- Auf die Frage des Interviewpartners „Kennen Sie überhaupt den Patienten“?, wahrheitsgemäß mit „Nein“ antworten (dies ist gewollt, um die jeweiligen Antworten möglichst objektiv auswerten zu können. Die speziell Ihren Fall betreffenden Fragen wurden durch den Therapeuten vorgegeben.) und dann etwa sinngemäß sagen: „Die Fragen sind aber mit dem zuständigen Therapeuten abgesprochen“.
- Wird auf eine auf eine Frage nicht eingegangen und schweift der Interviewte völlig ab, sollte man den Interviewten aussprechen lassen, dann aber vorsichtig darauf hinweisen, dass die eigentliche Frage nicht beantwortet wurde. Wird beim Beantworten der nächsten Frage wieder sehr viel „erzählt“, kann vorsichtig auf den „begrenzten Zeitrahmen“ hingewiesen werden. (z.B. alle Informationen die Sie uns geben sind sehr wichtig für uns, wir kommen später noch darauf zurück, jetzt habe ich noch einige andere Fragen.....)
- Eventuell wird es im Verlauf des Gesprächs nötig, die Skalierung der Antwortmöglichkeiten zu erklären.
- Verständnis für die angesprochenen Probleme zeigen aber deutlich machen, dass man selbst kein Therapeut ist.
- Der Gesprächspartner sollte darauf hingewiesen werden, dass während des Gesprächs Notizen gemacht werden, um Unsicherheiten in Gesprächspausen zu vermeiden.
- Dem Interviewpartner sollte genügend Zeit eingeräumt werden, die Fragen zu beantworten, da sonst eine Abwehrhaltung entsteht (dadurch zusätzlich Umgehung des „top of the head“- Phänomens).
- Reagiert der Interviewpartner mißtrauisch auf den Anruf, ist sich also nicht sicher, ob der Anruf wirklich von der Klinik kommt, sollte man dafür Verständnis zeigen und dem Interviewpartner den Vorschlag machen selbst die Klinik anzurufen unter der Nummer 2863062.
Ist er damit nicht zufrieden besteht die Möglichkeit, eine schriftliche Bestätigung per Brief oder per Fax zuzuschicken. Dazu kann über die Kategorie „Brief allgemein“ ein kurzes Schreiben erstellt werden mit ungefähr dem Wortlaut:

Hiermit bestätigen wir Ihnen, daß wir zur Therapieevaluation Telefoninterviews durchführen. In den nächsten Tagen wird sich daher einer unserer Mitarbeiter telefonisch bei Ihnen melden. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

- Sollte ein Patient erneut aufgenommen und entlassen werden und nach 4 Wochen wieder zum Telefoninterview anstehen, nachdem bereits eine 4-Wochen-Nachuntersuchung durchgeführt wurde, wird immer zunächst Herr König kontaktiert (der sich mit dem Therapeut in Verbindung setzt, um zu überprüfen, ob sich eine erneute Kontaktaufnahme lohnt und für den Interviewpartner zumutbar ist)d.h. es wird noch kein Gespräch geführt.
- Gelegentlich wird sehr skeptisch auf Anrufe reagiert, besonders wenn Betreuer in Heimen oder Einrichtungen interviewt werden sollen. Hier kann man wieder darauf hinweisen, dass bei Aufnahme eine Einverständniserklärung unterschrieben wurde. Bestehen dann weiterhin Zweifel kann eine schriftliche Kurzinformation, die das Projekt beschreibt, angeboten werden. Alternativ kann ein Gespräch mit dem Projektleiter angeboten werden. Zusätzlich sollte den entsprechenden Betreuern bei Unsicherheiten, ob sie das Interview führen dürfen (Datenschutz, Teamstruktur etc.) Zeit eingeräumt werden, in ihrer Team - Besprechung Rücksprache zu halten um sich abzusichern. In solchen Fällen wird dann nach dem Termin der Team – Besprechung von uns noch einmal Kontakt aufgenommen.
- Die Interview - Anleitung wird nicht verschickt. (Häufige Frage: „Aus Gründen des Datenschutzes darf ich Ihnen keine Auskunft über das Befinden des Patienten geben, daher wäre es besser, Sie würden mir die Interview – Anleitung zuschicken.“)
- Häufige Frage: „Welche Funktion haben Sie eigentlich?“ Mögliche Antwort:“ Ich bin wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Qualitätssicherung der Uniklinik.

B. HINWEISE ZU DEN FRAGEBÖGEN

1. Verschicken der Fragebögen

Nach beendetem Interview können die Fragebögen zugeschickt werden, falls dies nicht verweigert wurde.

Folgende Fragebögen werden verschickt:

1. CBCL (Bezugsperson)
Vor Beginn des zweiten Teiles stehen einige Anweisungen zu den folgenden Fragen. Dabei sollte aus dem Satz „Prüfen Sie bitte bei jeder Aussage, ob sie auf Ihren Sohn/Ihre Tochter jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate zutrifft.“ der Teil „oder innerhalb der letzten 6 Monate „ durchgestrichen werden. Die Antworten der Fragen sollten sich nämlich auf den jetzigen Zeitpunkt, also 4 Wochen nach Behandlungsende beziehen, nicht aber auf den Zeitraum von 6 Monaten.
2. YSR, ILK (Patient ab 12 J)
Hier gilt die gleiche Anweisung wie für den CBCL. Vor Verschicken der Fragebögen wird auf der ersten Seite des Bogens der Satzteil „oder innerhalb der letzten 6 Monate“ durchgestrichen, am besten mit einem Eddingstift.
3. FBB's (**wenn nicht vorhanden→ PC**). Der FBB-E wird lediglich an (Ersatz-) Väter /

(Ersatz-) Mütter geschickt, nicht an Betreuer usw. Lebt der ehemalige Patient in einer Einrichtung, und fehlt dessen FBB, wird ein **FBB-P** für den ehemaligen Patienten mitgeschickt.

Zusätzlich zu den für die Befragung gewählten Instrumenten (12-Jahres-Grenze beachten) sollte der Umschlag folgendes enthalten:

- Einen Rückumschlag mit dem Aufdruck "Gebühr zahlt Empfänger", so dass kein Rückporto verloren geht, falls die Bögen nicht zurückgesendet werden.
- Ein persönliches Anschreiben mit Dank für die Mitarbeit, in dem noch einmal die mitgeschickten Fragebögen aufgeführt sind.

2. Mahnanrufe

Wenn die versandten Fragebögen nicht zurückgeschickt werden, erfolgt nach ca. 4 Wochen ein Mahnanruf, nach weiteren 4 Wochen wird der Fall abgeschlossen. Ein Mahnanruf könnte ungefähr folgendermaßen lauten:

„Guten Tag, hier ist (Name des Interviewers) von der Universitätsklinik Marburg. Wir hatten vor ungefähr 4 Wochen ein Interview mit Ihnen durchgeführt.

Jetzt möchte ich mich erkundigen, ob Sie unsere Fragebögen erhalten haben“. (Antwort abwarten)

Wenn nein: „Dann schicken wir Ihnen gerne noch einmal die Fragebögen zu und möchten Sie bitten, diese möglichst innerhalb von 14 Tagen in dem beigelegten Freiumschlag an uns zurückzuschicken.“

Wenn ja: „Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten beim Ausfüllen der Fragebögen? Wir können Ihre Fragen gerne jetzt zusammen besprechen.“

Das Datum des Mahnanrufs wird sowohl auf dem Interviewbogen als auch in der Eingabemaske vermerkt.

**Standardisiertes Kinder- und Jugendpsychiatrisches
Telefoninterview
Interview-Bogen für die 4-Wochen-Nachuntersuchung
Form B**

⇒ Bei der Durchführung ist die Instruktion zum Interview zu beachten!

Patientendaten

Fall-ID: _____ Name d. Therapeut/in: _____

Name des Patienten: _____ Alter: _____ Jahre

Aufnahmedatum: _____ Entlassungsdatum: _____

Wer soll interviewt werden:

Nur Mutter Nur Vater Vater oder Mutter Sonstige z.B. Betreuer/in

Adresse/Telefon: _____

Eventuell "Warnhinweise" des Therapeuten/der Therapeutin:

Allgemeine Daten zum Interview

Datum des Telefongesprächs: _____ Dauer des Telefonats: ca. _____ Min.

Falls Interview nicht zustande kam, den Grund: _____

Telefoninterview durchgeführt von : _____

Name des Interviewpartners: _____

Wer wurde interviewt ? : ₁(Ersatz-)Mutter ₂(Ersatz-)Vater
₃ Sonstige/er (z.B. Betreuer/in, Psychologe) (WERIN)

Fragebögen:

Fragebögen mit Rückumschlag zugeschickt am: _____

Welche Fragebögen wurden zugeschickt (bitte unterstreichen)?

Bezugsperson: CBCL Patient(ab12J.): YSR, ILK ev. FBB's: Mutter/Vater/Patient

Fragebögen zurück am: _____ Mahnanruf am: _____

Durchführung des Telefoninterviews

⇒ Der Wortlaut der Fragen sollte möglichst genau eingehalten werden. Bei den Ratings ist jeweils die zutreffende Zahl anzukreuzen.

1. Identifikation...

... des Anrufers:

☎ "Guten Tag, hier ist _____ von der Universitätsklinik Marburg. Ich rufe im Auftrag von [Name des Klinikleiters] an".

... des Angerufenen:

☎ "Spreche ich mit [Name der Bezugsperson]"

Wenn ja: ⇒ Anliegen (Punkt 2)

Wenn nein: ⇒ ☎ "Kann ich [Name der Bezugsperson] sprechen ?"

2. Anliegen

☎ "Ihr Sohn/Ihre Tochter _____ war in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Behandlung. Ich würde jetzt gerne eine telefonische Nachbefragung durchführen. Haben Sie im Moment etwas Zeit und Ruhe, um einige Fragen zu beantworten ?"

Falls Zeit: ⇒ Beginn des Interviews (Punkt 3)

Falls keine Zeit: ⇒ ☎ "Oder wann könnte ich wieder anrufen ?"

(Termin für späteres Telefonat am: _____ um _____ Uhr)

3. Aktuelle Lebensumstände:

☎ "Zunächst habe ich einige Fragen zur jetzigen Lebenssituation. Lebt _____ zu Hause ?"

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
☎ "Welche Personen leben mit in der Familie ?"	☎ "Wo und mit wem lebt _____ zusammen, wenn er/sie nicht zu Hause lebt ?"
(Ersatz) Vater: <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₀ nein (FAMVN)	<input type="checkbox"/> ₁ alleine <input type="checkbox"/> ₂ mit Partner
(Ers.-) Mutter: <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₀ nein (FAMMN)	<input type="checkbox"/> ₃ in priv. WG o.ä. <input type="checkbox"/> ₄ z.Zt. in Klinik
____ Geschwister (Anzahl) (FAMGN)	<input type="checkbox"/> ₅ in therapeutischer Einrichtung (zB. Heim, Gruppe, oder therapeutische WG)
____ Sonstige (Anzahl) (FAMSN)	<input type="checkbox"/> ₆ in nicht therapeutischer Einrichtung (zB. Internat oder Heim)
	<input type="checkbox"/> ₇ Sonstige (WOLEBN)

☎ "Welche Schule besucht _____ derzeit ?"	[Falls z. Zt. Schulbesuch]:
<input type="checkbox"/> ₁ Schulkindergarten/Vorklasse	☎ "Welche Klasse (Jahrgangsstufe) besucht _____ ?"
<input type="checkbox"/> ₂ Grundschule	Klasse Nr.: _ _ (KLASSN)
<input type="checkbox"/> ₃ schulformunabhängige Orientierungsstufe/ Förderstufe	[Falls z. Zt. kein Schulbesuch]:
<input type="checkbox"/> ₄ Hauptschule	☎ "Welchen Schulabschluss hat _____ ?"
<input type="checkbox"/> ₅ Realschule	<input type="checkbox"/> ₁ kein Schulabschluss
<input type="checkbox"/> ₆ Gymnasium	<input type="checkbox"/> ₂ Sonderschule
<input type="checkbox"/> ₇ Differenzierung schulbedingt nicht möglich (z.B. Waldorfschule, integrierte Gesamtschule)	<input type="checkbox"/> ₃ Hauptschule
<input type="checkbox"/> ₈ Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte/Förderschule	<input type="checkbox"/> ₄ Realschule
<input type="checkbox"/> ₉ Schule für praktisch Bildbare/geistig Behinderte	<input type="checkbox"/> ₅ Abitur
<input type="checkbox"/> ₁₀ Schule für Erziehungshilfe/ Verhaltensgestörte	<input type="checkbox"/> ₆ (Fach)Hochschule/Universität
<input type="checkbox"/> ₁₁ andere Sonderschulen	<input type="checkbox"/> ₈ trifft alters- oder schulbedingt nicht zu
<input type="checkbox"/> ₁₂ Fach-/Berufsfachschule	<input type="checkbox"/> ₉ unbekannt
<input type="checkbox"/> ₁₃ Fachhochschule/Universität	
<input type="checkbox"/> ₁₄ vorzeitig ausgeschult	
<input type="checkbox"/> ₁₅ aus anderen Gründen kein Schulbesuch	
<input type="checkbox"/> ₁₆ Schule reguär beendet	
<input type="checkbox"/> ₉₉ unbekannt (SCHULN)	
	(SCHULAN)

4. Spezielle Symptomfragen (LISTE)

☎ "Zuerst habe ich einige Fragen zu den Problemen, die damals zur Aufnahme geführt haben"
 ⇒ Spezielle Symptomfragen (LISTE)

5. Behandlungserfolg

☎ "Und jetzt eine Frage zum Erfolg der Behandlung. Wie geht es _____ heute im Vergleich zu der Zeit als er/sie stationär aufgenommen wurde? Eher gut oder eher schlecht?"

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

(HEUTN)

6. ILK-Bezugsperson

☎ "Wie gut kommt _____ mit den schulischen Leistungsanforderungen (oder Ausbildung/Praktikum), die an ihn/sie gestellt werden zurecht? Eher gut oder eher schlecht?" (ILE1N)

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

Bei Familienkindern: ☎ "Wie gut ist die Beziehung von _____ zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern (Erwachsene und Kinder)? Eher gut oder eher schlecht?" (ILE2N)

Bei Heimkindern: ☎ "Wie gut ist die Beziehung von _____ zu Ihnen und zu den anderen Betreuern und Kindern/Jugendl. im Heim (oder d. Einrichtung)? Eher gut oder eher schlecht?"

(Falls Angabe nach Betreuern und Kindern unterteilt wird, nur die auf die Betreuer bez. Einschätzung ankreuzen)

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

☎ "Wie gut ist der Kontakt von _____ zu anderen Kindern/Jugendlichen in der Freizeit? Eher gut oder eher schlecht?" (ILE3N)

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

☎ "Wie gut kann sich _____ alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)? Eher gut oder eher schlecht?" (ILE4N)

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

☎ "Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit von _____ ein? Eher gut oder eher schlecht?" (ILE5N)

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

☎ "Wie schätzen Sie die „nervliche“ und seelische Verfassung von _____ ein? Eher gut oder eher schlecht?" (gemeint ist die psychische Verfassung) (ILE6N)

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

☎ "Wenn Sie alle genannten Aspekte und Lebensbereiche Ihres Kindes zusammenfassen: Wie gut geht es _____ zur Zeit insgesamt?" Eher gut oder eher schlecht?" (ILE7N)

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

☎ "Bestehen die Probleme, die zur stationären Aufnahme bei uns geführt haben noch?"

(1) Ja/teilweise Weiter mit Zusatzfragen	(0) Nein=Überhaupt nicht mehr Weiter mit Behandlungsende
---	---

_____ (PROBN)

Zusatzfragen (falls die Probleme noch bestehen):

**☎ "Wie stark ist _____ durch diese Probleme zur Zeit beeinträchtigt oder belastet?"
Eher wenig oder eher stark?"**

überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

_____ (ILZU1N)

Nur bei Familienkindern: ☎ "Wie stark fühlen Sie sich selbst zur Zeit durch die Probleme von _____ belastet?" Eher wenig oder eher stark?"

überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

_____ (ILZU2N)

7. Behandlungsende

☎ "Nun noch eine Frage zum Behandlungsende: Ist die Entlassung aus der stationären Behandlung damals mit Einverständnis oder gegen den Rat der Klinik erfolgt?"

(1) mit vollem ärztlichem Einverständnis	(2) gegen ärztliche Empfehlung
--	--------------------------------

(ENTL1N)

☎ "Waren Sie selbst mit der Entlassung einverstanden?"

(1) ja	(2) nein
--------	----------

(ENTL2N)

8. Allgemeine Zufriedenheit mit dem Aufenthalt

☎ "Wenn Sie noch einmal alles zusammen bedenken, wie zufrieden waren Sie mit dem Aufenthalt und der Betreuung insgesamt? Eher zufrieden oder eher unzufrieden?"

sehr zufrieden (1)	eher zufrieden (2)	weder zufrieden noch unzufrieden (3)	eher unzufrieden (4)	sehr unzufrieden (5)
-----------------------	-----------------------	--	-------------------------	-------------------------

(ZUFRI) _____

Falls hier schon spontane Kritik geäußert wird:

☎ "Die Punkte, die sie genannt haben, sind sehr wichtig für uns. Gibt es noch andere positive oder negative Punkte?"

[Die hier genannten Kritikpunkte unter Punkt 8 festhalten]

9. Spontane Kritik

Falls unter Punkt 7 noch keine spontane Kritik geäußert wurde:

☎ "Wir sind auch sehr daran interessiert, was Sie an dem Aufenthalt und der Betreuung gut fanden und was Sie nicht so gut fanden, d.h. positive und negative Punkte. Was fällt Ihnen dazu ein?"

[wenn keine Antwort gegeben wird, dann nicht nachfragen, Positive Kritik mit "+" und negative mit "-" kennzeichnen]

10. Abschluß des Gesamtinterviews

☎ "Wir haben noch die Bitte, ob wir ihnen [und Name des Kindes (ab 12)] in den nächsten Tagen noch einen Fragebogen zuschicken können". Ev.: "Es ist einer für sie und zwei für [Name des Kindes]"

Mit Bögen einverstanden ?	
(1) Ja	(0) Nein

☎ "Es ist für uns wichtig, daß Sie ihren Bogen persönlich ausfüllen"

Ev. Gründe notieren

_____(BOEGN)

☎ "Sie haben uns sehr geholfen und wir bedanken uns für Ihre Auskünfte. Wir werden uns in ca. einem Jahr wieder an Sie wenden, wenn es Ihnen recht ist"

Mit 1-Jahres-Katamnese einverstanden ?	
(1) Ja	(0) Nein Ev. Gründe notieren

_____(KA1JN)

Angaben des Interviewers/der Interviewerin zur Befragung

Sonstige wichtige Informationen (z.B. "O-Ton"):

Subjektiver Eindruck des Interviewers:

Freundlichkeit/

Gesprächsatmosphäre:



1

2

3

4

5

(SUBN)

Durchführung des Telefoninterviews

⇒ Der Wortlaut der Fragen sollte möglichst genau eingehalten werden. Bei den Ratings ist jeweils die zutreffende Zahl anzukreuzen.

1. Identifikation...

... des Anrufers:

☎ "Guten Tag, hier ist _____ von der Universitätsklinik Marburg. Ich rufe im Auftrag von [Name des Klinikleiters] an. Wir haben Sie vor ca. einer Woche angeschrieben. Haben Sie unser Schreiben erhalten?"

... des Angerufenen:

☎ "Spreche ich mit [Name der Bezugsperson]"

Wenn ja: ⇒ Anliegen (Punkt 2)

Wenn nein: ⇒ ☎ "Kann ich [Name der Bezugsperson] sprechen?"

2. Anliegen

☎ "Ihr Sohn/Ihre Tochter _____ war vor ungefähr einem Jahr in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Behandlung. Ich würde jetzt gerne eine telefonische Nachbefragung durchführen. Haben Sie im Moment etwas Zeit und Ruhe, um einige Fragen zu beantworten?"

Falls Zeit: ⇒ Beginn des Interviews (Punkt 3)

Falls keine Zeit: ⇒ ☎ "Oder wann könnte ich wieder anrufen?"

(Termin für späteres Telefonat am: _____ um _____ Uhr)

3. Aktuelle Lebensumstände

☎ "Zunächst habe ich einige Fragen zur jetzigen Lebenssituation. Lebt _____ zu Hause?"

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
↓	↓
☎ "Welche Personen leben mit in der Familie?"	☎ "Wo und mit wem lebt _____ zusammen, wenn er/sie nicht zu Hause lebt?"
(Ersatz) Vater: <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₀ nein (FAMVK)	<input type="checkbox"/> ₁ alleine <input type="checkbox"/> ₂ mit Partner
(Ers.-) Mutter: <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₀ nein (FAMMK)	<input type="checkbox"/> ₃ in priv. WG o.ä. <input type="checkbox"/> ₄ z.Zt. in Klinik
___ Geschwister (Anzahl) (FAMGK)	<input type="checkbox"/> ₅ in therapeutischer Einrichtung (zB. Heim, Gruppe, oder therapeutische WG)
___ Sonstige (Anzahl) (FAMSK)	<input type="checkbox"/> ₆ in nicht therapeutischer Einrichtung (zB. Internat oder Heim)
	<input type="checkbox"/> ₇ Sonstige
	(WOLEBK)

<p>☛ „Welche Schule besucht _____ derzeit ?“</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Schulkindergarten/Vorklasse</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Grundschule</p> <p><input type="checkbox"/>₃ schulformunabhängige Orientierungsstufe/ Förderstufe</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Hauptschule</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Realschule</p> <p><input type="checkbox"/>₆ Gymnasium</p> <p><input type="checkbox"/>₇ Differenzierung schulbedingt nicht möglich (z.B. Waldorfschule, integrierte Gesamtschule)</p> <p><input type="checkbox"/>₈ Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte/Förderschule</p> <p><input type="checkbox"/>₉ Schule für praktisch Bildbare/geistig Behinderte</p> <p><input type="checkbox"/>₁₀ Schule für Erziehungshilfe/ Verhaltensgestörte</p> <p><input type="checkbox"/>₁₁ andere Sonderschulen</p> <p><input type="checkbox"/>₁₂ Fach-/Berufsfachschule</p> <p><input type="checkbox"/>₁₃ Fachhochschule/Universität</p> <p><input type="checkbox"/>₁₄ vorzeitig ausgeschult</p> <p><input type="checkbox"/>₁₅ aus anderen Gründen kein Schulbesuch</p> <p><input type="checkbox"/>₁₆ Schule regulär beendet</p> <p><input type="checkbox"/>₉₉ unbekannt (SCHULK)</p>	<p>[Falls z. Zt. Schulbesuch]:</p> <p>☛ „Welche Klasse (Jahrgangsstufe) besucht _____?“</p> <p>Klasse Nr.: __ __ (KLASSK)</p> <p>[Falls z. Zt. kein Schulbesuch]:</p> <p>☛ „Welchen Schulabschluß hat _____?“</p> <p><input type="checkbox"/>₁ kein Schulabschluß</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Sonderschule</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Hauptschule</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Realschule</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Abitur</p> <p><input type="checkbox"/>₆ (Fach)Hochschschule/Universität</p> <p><input type="checkbox"/>₈ trifft alters- oder schulbedingt nicht zu</p> <p><input type="checkbox"/>₉ unbekannt (SCHULAK)</p>
--	---

<p>[Wenn der ehemalige Patient arbeitet]: ☛ „Was arbeitet _____ zur Zeit?“</p> <p>Art der Arbeit:</p> <p><input type="checkbox"/>₁ noch nicht erwerbstätig</p> <p><input type="checkbox"/>₂ erwerbsunfähig</p> <p><input type="checkbox"/>₃ arbeitslos</p> <p><input type="checkbox"/>₄ in Haft</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Beschützende Werkstatt</p> <p><input type="checkbox"/>₆ Förderlehrgang zur Erlangung der Berufsreife, Berufsvorbereitungsjahr und ähnliches</p> <p><input type="checkbox"/>₇ Berufsausbildung/berufstätig</p> <p><input type="checkbox"/>₉ unbekannt (ARBK)</p>

4. Spätere Behandlungen

8. **☛ „Hat es nach dem Aufenthalt in unserer Klinik eine Weiterbehandlung oder Nachbetreuung gegeben?“**

<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>☛ „Durch wen ist diese erfolgt und wie lange hat sie gedauert?“</p> <p>⇒ Angaben unter „Weiterbehandlungen...“ notieren (Seite 4)</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>⇒ Weiter mit Punkt 5</p>
--	---

Weiterbehandlungen nach Entlassung aus der stationären/tagesklin.

Behandlung:

Ambulant / stationär / sonstige (z.B. Tagesklinik, therap. Heim). Mit Name der Einrichtung oder des Therapeuten und Zeitraum der Behandlung(en):

Dauer der ambulanten Behandlung nach Entl.: Monate (AMBWK)
 Dauer der stationären Behandlung nach Entl.: Monate (STATWK)
 Dauer der sonstigen Behandlung nach Entl.: Monate (SONWK)

5. Spezielle Symptomfragen (LISTE)

"Jetzt habe ich einige Fragen zu den Problemen, die damals zur Aufnahme geführt haben" ⇒ Spezielle Symptomfragen (LISTE)

6. Behandlungserfolg

"Und nun eine andere Frage: Wie geht es heute im Vergleich zu der Zeit als er/sie stationär aufgenommen wurde? Eher gut oder eher schlecht?"

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

(HEUTK)

Falls viel erzählt wird und Stichpunkte notiert werden: "Einen Augenblick bitte, ich mache mir während des Gesprächs einige Stichpunkte" (Ev. im Gespräch wiederholen)

7. ILK-Bezugsperson

"Wie gut kommt mit den schulischen Leistungsanforderungen (oder Ausbildung/Praktikum), die an ihn/sie gestellt werden zurecht? Eher gut oder eher schlecht?"

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

(ILE1K)

1 Bei Familienkindern: ☒ "Wie gut ist die Beziehung von _____ zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern (Erwachsene und Kinder)? Eher gut oder eher schlecht?"

Bei Heimkindern: ☒ "Wie gut ist die Beziehung von _____ zu Ihnen und zu den anderen Betreuern und Kindern/Jugendl. im Heim (oder d. Einrichtung)? Eher gut oder eher schlecht?"

(Falls Angabe nach Betreuern und Kindern unterteilt wird, nur die auf die Betreuer bez. Einschätzung ankreuzen)

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

_____ (ILE2K)

2 ☒ "Wie gut ist der Kontakt von _____ zu anderen Kindern/Jugendlichen in der Freizeit? Eher gut oder eher schlecht?"

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

_____ (ILE3K)

3 ☒ "Wie gut kann sich _____ alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)? Eher gut oder eher schlecht?"

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

_____ (ILE4K)

☒ "Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit von _____ ein? Eher gut oder eher schlecht?"

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

_____ (ILE5K)

☒ "Wie schätzen Sie die „nervliche“ und seelische Verfassung von _____ ein? Eher gut oder eher schlecht?" (gemeint ist die psychische Verfassung)

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

_____ (ILE6K)

☒ "Wenn Sie alle genannten Aspekte und Lebensbereiche Ihres Kindes zusammenfassen: Wie gut geht es _____ zur Zeit insgesamt? Eher gut oder eher schlecht?"

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

_____ (ILE7K)

"Bestehen die Probleme, die zur stationären Aufnahme bei uns geführt haben noch ?"

(1) Ja/teilweise Weiter mit Zusatzfragen	(0) Nein=Überhaupt nicht mehr Weiter mit Behandlungsende
---	---

_____ (PROBK)

Zusatzfragen (falls die Probleme noch bestehen):

**"Wie stark ist _____ durch diese Probleme zur Zeit beeinträchtigt oder belastet?"
Eher wenig oder eher stark ?"**

überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)
---------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------------

_____ (ILZU1K)

Nur bei Familienkindern: "Wie stark fühlen Sie sich selbst zur Zeit durch die Probleme von belastet?" Eher wenig oder eher stark?"

überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)
---------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------------

_____ (ILZU2K)

8. Behandlungsende

"Nun noch eine Frage zum Behandlungsende: Ist die Entlassung aus der stationären Behandlung damals mit Einverständnis oder gegen den Rat der Klinik erfolgt ?"

(1) mit vollem ärztlichem Einverständnis	(2) gegen ärztliche Empfehlung
--	--------------------------------

(ENTL1K)

"Waren Sie selbst mit der Entlassung einverstanden ?"

(1) ja	(2) nein
--------	----------

(ENTL2K)

Glossar zur Liste individueller Symptomfragen zur Therapie-Evaluation (LISTE)

In Ergänzung zu vorgegebenen Checklisten und Ratingskalen wird für jeden Patienten eine *Liste individueller Symptomfragen zur Therapie-Evaluation (LISTE)* erstellt (maximal sind 12 Fragen vorgesehen). Dabei sollen alle kinder- und jugendpsychiatrisch relevanten Symptome aufgelistet werden. Die Entscheidung über die Relevanz trifft der Therapeut (Beispiel: Eine körperliche Grunderkrankung wird nur dann aufgeführt, wenn sie sich im psychischen Bereich auswirkt). Es werden nicht nur die Symptome genannt, die für die Diagnose oder die Therapieziele wichtig sind, sondern auch solche, die nicht behandelt werden und/oder in der Diagnose u.U. nicht angemessen erfaßt werden (Beispiel: Sprachentwicklungsstörung, die nicht während des stationären Aufenthaltes, sondern im Anschluß daran behandelt wird).

Die LISTE wird zwar in der Anfangsphase der Behandlung formuliert; manchmal werden wichtige Symptome den Therapeuten jedoch erst im weiteren Behandlungsverlauf mitgeteilt. Bei Entlassung können durchaus Symptome in der LISTE ergänzt (d.h. aufgeschrieben und mit „ja/nein“ beantwortet) werden, die bei Aufnahme (noch) nicht bekannt waren, da diese evtl. anfangs verschwiegen oder vergessen wurden oder erst während des stationären Aufenthaltes aufgetreten sind.

Die Fragen sollten möglichst so formuliert werden, daß sie mit „ja/nein“ beantwortet werden können (geschlossene Fragen) und konkrete, möglichst objektiv beobachtbare Verhaltensweisen beinhalten (siehe Anhang). Auf Fachausdrücke sollte zugunsten der Verständlichkeit verzichtet werden. Bei einigen Störungsbildern, wie z.B. Anorexie, werden offene Fragen in Form von Gewichts- und Größenangaben gestellt. In weiteren Bereichen ergeben sich Besonderheiten bei der Erfassung der Quantität bestimmter Symptome. So soll zum Beispiel explizit nach der Häufigkeit bzw. der ungefähren Dauer von Eßattacken, Einnässen, Migräneanfällen, Fehltagen in der Schule, Duschen bei Zwang u.ä. gefragt werden. Die Beispielfragen sind als Orientierung und Hilfestellung gedacht und decken keineswegs das gesamte Symptompektrum ab.

Im Anhang sind Beispielfragen zu den folgenden Störungsbereichen aufgeführt:

	Seite
01 - Selbsttötung und selbstverletzendes Verhalten.....	2
02 - psychosomatische Beschwerden, somatische Auffälligkeiten.....	2
03 - soziales Umfeld, Freunde, Freizeitverhalten, spezielle Interessen.....	2
04 - Stimmungsschwankungen, Schuldgefühle, Depression.....	3
05 - Schule und Ausbildung.....	3-4
06 - Eßverhalten, Körperschema, Bewegungsdrang, Gewichtsfragen.....	4
07 - Angstzustände, Ängstlichkeit, Unsicherheit.....	4-6
08 - Sozialverhalten allgemein.....	6-8
09 - Straftaten.....	8
10 - motorische Auffälligkeiten, Tic-Störungen, Konzentrationsfähigkeit, Unruhe	8
11 - Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Realitätsverlust.....	9
12 - Zwänge.....	9-10
13 - Medikamenten- und Drogenkonsum.....	10
14 - Bettnässen, Einkoten	10
15 - auffälliges sexuelles Verhalten	10
16 - sonstige Auffälligkeiten	11

Die Fragen, die bei den einzelnen Störungsbereichen standardmäßig gestellt werden sollten, sind grau unterlegt (obligatorische Fragen, die nach Möglichkeit aus dem Anhang übernommen werden sollen).

Anhang zum LISTE-Glossar: Beispielfragen

01 - Selbsttötung und selbstverletzendes Verhalten
Hat E. in letzter Zeit Selbstmordgedanken geäußert?
Fügt R. sich Verletzungen zu, wie z.B. Ritzen in den Arm ?
Hat er in letzter Zeit gedroht, sich etwas anzutun?
Hat sich B. in letzter Zeit selbst verletzt ?
Hat E. einen weiteren Selbstmordversuch unternommen?
Hat F. in letzter Zeit gesagt, daß sie sich umbringen wolle ?

02 - psychosomatische Beschwerden, somatische Auffälligkeiten
Leidet D. in letzter Zeit unter Migräne?
Schläft S. nachts durch?
Klagt A. häufiger über körperliche Beschwerden, wie Kopf- oder Bauschmerzen ?
Leidet J. häufiger unter Kopfschmerzen? Wenn ja, wie häufig?
Klagt B. über Schwäche- und Schwindelgefühle ?
Hat B. häufiger körperliche Beschwerden, wenn er morgens in die Schule gehen soll?
Hat S. Schwierigkeiten beim Gehen?
Hat S. weitere körperliche Beschwerden, wie z.B. Atemnot, häufige Erkältungen?
Hat K. körperliche Beschw. wie z.B. Druckgefühl in Kehlkopf o. Magen ?
Hat S. in letzter Zeit unter Durchfall gelitten ?
Hat N. in letzter Zeit häufiger über Schwindel und Herzschmerzen geklagt ?
Klagt L. häufiger über Appetitlosigkeit ?
Klagt B. häufiger über Schmerzen, z.B. Kopf-, Bauch-, Gelenkschmerzen ?
Wie häufig hat P. Migräne ?
Reagiert P. auf Belastungen mit Kopfschmerzen ?
Kommt es vor, daß E. "umkippt" ?

03 - soziales Umfeld, Freunde, Freizeitverhalten, spezielle Interessen
Hat E. Freunde oder Freundinnen, mit denen sie ihre Freizeit verbringt?
Hat sich H. in letzter Zeit mit eigenen Interessen oder Hobbys beschäftigt?
Hat H eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung, z.B. Sport?
Hat S. engeren Kontakt zu Gleichaltrigen ?
Hat M. engeren Kontakt zu Klassenkameraden?
Geht X. ihren Hobbys, z.B. Musik, nach?
Kommt S im Kontakt mit Gleichaltrigen zurecht ?
Nimmt F. Kontakt zu anderen Kindern auf ?
Hat J. noch Kontakt zur Drogenszene ?
Hat J. spezielle Interessen, z.B. (Schlösser, Technik?)
Hat D. sehr ausgeprägte Spezialinteressen, z.B. Rap-Musik?
Ist J. im Kontakt mit Erwachsenen und Gleichaltrigen eher distanzlos?
Hat M. freundschaftliche Kontakte zu Gleichaltrigen ?
Hat M. Freunde ?
Hat M. bestimmte Sonderinteressen, z.B. Maschinen ?
Hat S. häufig wechselnde Freunde ?
Hat C. Spezialinteressen, wie z.B. Lexika lesen und teilweise auswendig lernen ?

04 - Stimmungsschwankungen, Schuldgefühle, Depression

Leidet R. unter Stimmungsschwankungen ?
Ist N. öfter grundlos traurig, hoffnungslos und gedrückter Stimmung ?
Weint Y. häufiger?
Äußert A. häufig Schuldgefühle?
Ist die Stimmungslage von L. depressiv, d.h. traurig, verstimmt, desinteressiert ?
Hat A. starke Stimmungsschwankungen?
Kann K. sich über etwas freuen ?
Ist J. in seiner Stimmung sehr wechselhaft ?
Hat C. Phasen mit starker Zurückgezogenheit ?
Ist C. häufig niedergeschlagen und müde ?
Ist B. in letzter Zeit häufiger depressiv verstimmt ?
Zieht sich C. häufiger zurück ?
Ist J. oft bedrückt, zurückgezogen oder weint viel ?
Ist P. leicht kränkbar ?
Wechseln sich bei G. aggressive Phasen mit ausgeglichenen Phasen ab ?
Sagt S. des öfteren, daß ihm alles egal sei ?

05 - Schule und Ausbildung

Gab es Schwierigkeiten in der Schule, wie z.B. Überforderung, Leistungsabfall?
Wieviele Schultage hat H. im letzten halben Jahr gefehlt? (auffällig bei mehr als 10 Fehltagen, bei glaubhafter körperlicher Erkrankung / Unfall sind mehr erlaubt)
Macht H. regelmäßig seine Hausaufgaben?
Hat A. Schwierigkeiten in der Schule, z.B. beim Rechnen oder Schreiben ?
Haben sich seine Schulleistungen verbessert?
Erledigt M. zügig seine Hausaufgaben?
Gibt es Konflikte in der Schule, z.B. mit den Lehrern ?
Hat X. die Schule erfolgreich abgeschlossen?
Hat L. seine Ausbildung beendet?
Sind seine Schulleistungen im letzten Halbjahr schlechter geworden?
Kommt L. in der Schule gut mit ?
Hat T. einen Schulabschluß erreicht ?
Erledigt T. die erforderlichen Aufgaben und Leistungen für Schule/Beruf in ausreichender Form ?
Stört L. durch sein Verhalten den Unterricht ?
Haben sich Ms. Rechtschreibleistungen verbessert?
Kann C. ausreichend lesen und schreiben?
Beteiligt sich M. aktiv am Schulunterricht ?
Hat F. Schwierigkeiten mit dem Lesen und Schreiben ?
Berichtet S. zu Hause von der Schule, z.B. von Klassenarbeiten ?
Ist S. sehr ehrgeizig in der Schule ?
Geht C. gerne zur Schule ?
Hat C. häufig Streitereien mit Lehrern ?
Ist J. sehr ehrgeizig, hat sie z.B. hohe Leistungsansprüche in der Schule ?
Kann I. sich auf den Unterricht konzentrieren ?
Ist I. im Unterricht unruhig ?
Sind die Leistungen in Mathematik zufriedenstellend ?

05 - Fortsetzung Schule und Ausbildung
Stört S. den Schulunterricht, z.B. durch provozierendes Verhalten ?
Stört M. den Schulunterricht, z.B. durch Aufstehen, Reden....?
Kann C. in der Schule ruhig sitzen bleiben (ohne starke innere Unruhe und Herumwandern) ?
Wird J. in der Schule gehänselt ?
Kommt S. häufiger zu spät in der Schule an ?
Behandelt er seine Schulsachen angemessen ?

06 - Eßverhalten, Körperschema, Bewegungsdrang, Gewichtsfragen
Wie groß ist X. und wieviel wiegt sie ?
Hat X. regelmäßig ihre Periode ?
Nimmt X. Hormonmedikamente ?
Zeigt E. Auffälligkeiten im Eßverhalten, z.B., daß sie nur bestimmte Speisen isst?
Gab es auffällige Gewichtsveränderungen in letzter Zeit ?
Meidet S. bestimmte Nahrungsmittel, z.B.:Fleisch?
Hat S. Angst davor, zuzunehmen?
Isst N. regelmäßig, ausreichend und ausgewogen ?
Erbricht N. nach den Mahlzeiten ?
Hat N. manchmal Heißhungerattacken ? Wenn ja, wieviele in welcher Zeit ?
Hat S. in letzter Zeit mehrere Diäten gemacht?
Empfindet T. sich als zu dick ?
Hat V. in letzter Zeit deutlich an Gewicht verloren?
Trinkt V. in letzter Zeit auffallend viel?
Nimmt Y. an gemeinsamen Mahlzeiten teil?
Ist M. zufrieden mit ihrem Gewicht und ihrem Aussehen?
Zeigt A. beim Essen noch ungewöhnliche Verhaltensweisen, wie z.B. daß sie nur halbierte Dinge isst?
Gibt X. eine Gewichtsgrenze an?
Setzt sich S. eine bestimmte Höchstmenge an Kalorien pro Tag ?
Bevorzugt A. kalorienarme Nahrungsmittel, z.B. "light"-Produkte ?
Isst A. auffallend langsam ?
Kontrolliert K. ihr Eßverhalten, d.h., befürchtet sie, einen zu guten Appetit zu haben ?
Kommt es zwischen Ihnen und M. wegen dem Essen zu Auseinandersetzungen ?
Äußert D., daß sie sich zu dick fühle oder ständig auf ihr Gewicht achten müsse ?
Hat S. einen ausgeprägten Bewegungsdrang?
Betreibt N. auffallend viel Sport, z.B. auf dem Heimtrainer oder Joggen ?
Ist I.s Eßverhalten ungesteuert und ohne Sättigungsgefühl, trinkt er z.B. große Mengen Cola ?
Klagt I. nach den Mahlzeiten über ein starkes Völlegefühl ?
Frühstückt J. bevor sie in die Schule geht ?
Hat D. ein "pingeliges" Eßverhalten zB. daß alles getrennt liegen muß oder nacheinander gegessen werden muß ?
Hat D. einen Widerwillen gegen bestimmte Speisen, z.B. Sahne ?
Hält sich B. an einen Essensplan ?
Lehnt M. es weiterhin ab, ein Mädchen zu sein?

07 - Angstzustände, Ängstlichkeit, Unsicherheit	
Hat E. plötzliche Angstanfälle mit Beschwerden, wie z.B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Übelkeit ?	
Hat E. noch Ängste, z.B. über Brücken zu gehen?	
Äußert M. Angst in die Schule zu gehen ?	
Leidet S. unter Schuldgefühlen oder Zukunftsängsten?	
Fragt D. häufiger nach, um sich zu vergewissern?	
Vermeidet J. es, sich Schwierigkeiten zu stellen?	
Klagt M. über Angst, z.B. vor Krankheiten, Verletzungen oder Dunkelheit?	
Hat Y. Befürchtungen, daß Nahrungsmittel verdorben sein könnten?	
Hat Y. Angst vor Schmutz?	
Äußert N. Gedanken und Ängste, z.B. bestimmte Sachen zu berühren oder Angst, von Menschen berührt zu werden, vor denen sie sich ekelt ?	
Kann N. Entscheidungen selbständig treffen ?	
Hatten Sie in letzter Zeit Sorge, andere Gegenstände zu beschmutzen?	
Denken Sie häufig bestimmte Gedanken, z.B., daß Sie jemandem schaden könnten?	
Hat D. Schlafstörungen oder unangenehme Träume?	
Hat M. Angst vor öffentlichen Einrichtungen, Kaufhäusern, Menschenansammlungen?	
Ist M. häufig unsicher und zurückgezogen?	
Fällt es D. schwer, sich von seinen Eltern zu trennen, z.B. vor der Schule ?	
Hat A. noch Angst eingeschlossen zu werden?	
Hat sie noch Ängste beim Einschlafen?	
Hat K. Beschwerden wie Schlafstörungen, vermehrtes Schwitzen oder körperliches Unwohlsein ?	
Hat J. Angst, alleine zu sein?	
Besteht J. auf starke Regelmäßigkeiten, z.B. im Tagesablauf?	
Hat J. Angst vor Bus- und Zugfahrten ?	
Hat J. Ängste in neuen, ihm unbekanntem Situationen?	
Hat M. Angst, Zettel mit Geheimnissen zu verlieren?	
Hat M. Angst vor AIDS?	
Kann M. alleine das Haus verlassen?	
Verhält sich A. teilweise wie ein Kleinkind ? (Kuschelecke)	
Hat E. in letzter Zeit Angst geäußert, verrückt zu werden ?	
Kommt B. mit Mißerfolgen zurecht ?	
Ist P. unruhig und getrieben ?	
Hat T. Ängste vor anderen Menschen ?	
Hat C. in letzter Zeit Angst vor Erbrechen geäußert ?	
Hat C. in letzter Zeit andere Ängste geäußert ?	
Ist M. in neuen Situationen sehr unruhig?	
Hat K. die Befürchtung, Verunreinigungen über den Mund aufzunehmen ?	
Fühlt sich H. von anderen Menschen angeschaut oder beobachtet ?	
Äußert B. Ängste bei der Trennung von Ihnen (seiner Mutter) ?	
Hat J. Angst bestimmte Räume aufzusuchen, zB. die Toilette ?	
Grübelt J. oft ?	
Hat J. Versagensängste ("ich habe sowieso immer Pech")	
Hat M. in letzter Zeit Angstzustände mit lautem Schreien gehabt ?	
Hat C. Ängste, wie zB vor Angriffen anderer Menschen ?	
Ist D. selbständiger geworden, z.B. alleine Busfahren, einkaufen ?	
Ist D. schnell entmutigt, d.h. traut er sich vieles nicht zu ?	
Befürchtet M. von anderen Menschen beschämt oder gequält zu werden ?	

07 - Fortsetzung Angstzustände, Ängstlichkeit, Unsicherheit

Wieviele Stunden schläft B. zur Zeit ? Schlaf auffällig (mind. 7 Stunden) ?

Fühlt A. sich von Gleichaltrigen und Erwachsenen abgelehnt ?

Hat B. Angst vor Kontakt mit anderen Menschen, z.B. etwas zu erfragen ?

Ekelt sich C. vor Schmutz, indem er z.B. Türklinken nicht berührt ?

Hat J. Ängste vergiftet zu werden ?

Kann D. Frustrationen aushalten ?

Wehrt sich D. gegen engen Körperkontakt ?

Hat J. Angst vor anderen Kindern ?

Hat J. Angst vor Leistungsanforderungen ?

Hat J. nachts Angstanfälle ?

Hat D. große Angst vor Veränderungen mit der Schwierigkeit ihn dann wieder zu beruhigen?

Hat D. Befürchtungen, daß Ihnen etwas passieren könnte ?

Ist D. unsicher im Kontakt mit Erwachsenen ?

Wirkt L. in letzter Zeit nervös und angespannt ?

Äußert L. häufiger Befürchtungen, bestimmten Anforderungen, z.B. in der Schule, nicht nachkommen zu können ?

Weigert P. sich, alleine zu Hause zu bleiben ?

Ist D. in Situationen mit mehreren Personen sehr unsicher und weiß nicht, wie er sich verhalten soll ?

Verweigert R. den Schulbesuch, wenn Schwimmen oder Sport auf dem Stundenplan steht ?

Hat R. Angst zur Bushaltestelle zu gehen ?

Hat R. Angst vor abwertenden Äußerungen ihrer Mitschüler ?

Hat R. im Unterricht Angst aufgerufen zu werden ?

Hat J. das Gefühl, eine Außenseiterin zu sein, zB in der Klasse ?

Hat P. Angst in der Schule nicht mitzukommen ?

Hat P. Angst im Dunklen ?

Hat E. manchmal Todesängste ?

08 - Sozialverhalten allgemein

Hat P. noch körperliche Auseinandersetzungen, z.B. mit seinen Brüdern oder in der Schule?

Hat M. in letzter Zeit andere körperlich angegriffen?

Zeigt R. Verhaltensauffälligkeiten, wie z.B. sehr aggressives Verhalten ?

Ist R. gegenüber Betreuern und Mitbeobachtern mißtrauisch ?

Nimmt R. Freizeitangebote und Gesprächsangebote wahr ?

Ist D. schnell wütend?

Gibt es häufiger Streit zwischen Ihnen und D.?

Ist A. häufiger eifersüchtig auf ihren Bruder ?

Übernimmt M. häusliche Arbeiten?

Stört D. häufiger den Schulunterricht oder schlägt er seine Mitschüler?

Verhält sich D. häufiger wütend und aggressiv?

Hat T. in letzter Zeit häufiger gelogen oder ist sie häufiger von zu Hause weggelaufen?

Hat D. in letzter Zeit Sachen kaputt gemacht?

Verhält D. sich häufiger trotzig und gereizt?

Bestehen weiter Spannungen in der Beziehung zum Vater?

Verhält sich K. im Kontakt mit anderen Menschen scheu und zurückgezogen ?

Fällt es K. schwer, einfache, alltägliche Aufgaben zu erledigen, z.B. im Haushalt ?

08 - Fortsetzung Sozialverhalten allgemein
Hat T. Probleme im Kontakt mit Gleichaltrigen zB. Auseinandersetzungen ?
Kann sich L. an Regeln, Absprachen und Anweisungen halten ?
Nimmt R. Kontakt zu anderen auf ?
Hört A. auf Anweisungen?
Nimmt N. von sich aus Kontakt zu anderen Menschen auf, z.B. Blickkontakt?
Ist Ns. Kontaktverhalten auffällig, z.B. durch distanzloses oder sexualisiertes Verhalten?
Hat M. nochmals jüngere Kinder sexuell belästigt?
Bekommt B. Wutanfälle, wenn Forderungen an ihn gestellt werden?
Hat C. in letzter Zeit häufiger gelogen?
Kann C. Kritik und Anregungen annehmen?
Zeigt C. Einsicht, wenn er kritisiert wird?
Ist M. vorlaut, d.h., will er immer alles bestimmen ?
Geht C. häufiger aus dem Haus ohne Bescheid zu sagen ?
Kann P. seinen eigenen Standpunkt vertreten ?
Versucht N., die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, z.B. durch Ärgern ?
Zieht sich P. häufig zurück ?
Geht N. häufiger ohne Ihr Wissen nachts weg ?
Erzählt N. häufiger Dinge, die sich dann als unwahr herausstellen ?
Hat E. in letzter Zeit andere Menschen bedroht ?
Ist B. im Umgang mit anderen Kindern frech und vorlaut ?
Kommt es häufiger zu Streit, z.B. weil sich B. benachteiligt fühlt ?
Lehnt F. bestimmte Lehrer ab ?
Nimmt F. "erzieherische Maßnahmen" an ?
Ärgert M. andere Kinder, v.a. in der Schule ?
Hält N. sich in der Schule an Anweisungen ?
Macht N. schulische Aktivitäten mit ?
Kommt es zu Wutausbrüchen mit ausgeprägter Verwendung von Schimpfwörtern ?
Ist J. neidisch auf ihre Schwester ?
Ist A. in der Schule ein Außenseiter?
Ist B. auffallend ruhig bzw. mutistisch ?
Ist C. in letzter Zeit von zu Hause weggelaufen ?
Reagiert J. auf Kleinigkeiten (Blicke, Geräusche) mit Wutanfällen ? Wenn ja, wie häufig ?
Neigt J. dazu, sich mit ihren Beschwerden in den Mittelpunkt zu stellen ?
Ist T. häufiger wehleidig und weint ?
Ist J. aggressiv wenn sie aus der Schule kommt ?
Muß der Kontakt mit Freunden immer nach seinen Vorstellungen laufen ?
Kommt es vor, daß C. bei Anforderungen ausrastet, losheult und völlig blockiert ?
Will C. immer im Vordergrund stehen ?
Ist S. in letzter Zeit straffällig geworden, z.B. durch Diebstähle ?
Spricht R. mit Ihnen, wenn sie sich in Schwierigkeiten fühlt ?
Verhält H. sich Ihnen gegenüber respektlos ?
Diskutiert H. ständig mit den Lehrern ?
Verhält sich M. in der Schule unruhig, aggressiv und unberechenbar ?
Spricht S. mit ihr fremden Personen ?
Verhält sich S. Ihnen gegenüber bestimmend und dickköpfig ?
Nimmt L. an Aktivitäten außerhalb des Hauses teil ?
Hat er sich in letzter Zeit ohne Erlaubnis Geld genommen ?
Mischt P. sich ständig in alles ein und muß alles mitkriegen ?

08 - Fortsetzung Sozialverhalten allgemein

Hat D. im Umgang mit anderen Kindern eine geringe Frustrationstoleranz (schnell aggressiv, Türen knallen, schimpfen) ?

Animiert D. andere Schüler, bei Streichen mitzumachen ?

Läuft K. bei Konflikten in der Familie weg und kommt erst nach 1-2 Std zurück ?

Spuckt, beißt oder stößt G. wüste verbale Drohungen im Konflikt mit anderen Personen aus ?

09 - Straftaten

Hat P. in letzter Zeit etwas gestohlen?

Handelt L. mit Drogen?

Hat A. in letzter Zeit Straftaten, z.B. Diebstähle begangen?

Hat S. nochmals gezündelt?

Hat C. in letzter Zeit Sachen entwendet, z.B. Geld ?

Kommt es zu Diebstählen z.B. aus ihrem Portemonnaie oder im Kaufhaus ?

10 - motorische Auffälligkeiten, Tic-Störungen, Konzentrationsfähigkeit, Unruhe

Ist P. ungeschickt, z.B. beim Schreiben?

Kann sich D. in der Schule so konzentrieren, daß er dem Unterricht folgen kann?

Hat D. zur Zeit motorische Tics wie Schulterzucken, Grimassieren?

Treten bei D. vokale Tics auf, z.B. Schreien, Hüsteln u.ä.?

Sind bei J. noch einmal die Lähmungserscheinungen in der rechten Hand aufgetreten?

Kann D. sich längere Zeit mit einer sinnvollen Aktivität beschäftigen?

Fällt es L. schwer, sich bei Anforderungen zu konzentrieren ?

Kann sich R. längere Zeit auf eine Tätigkeit konzentrieren ?

Kann A. sich längere Zeit alleine beschäftigen?

Ist B. unruhig und zappelig?

Wirkt D. häufiger zerfahren und desorientiert?

Ist Js. motorische Entwicklung altersgerecht?

Kann sich A. auf die Hausaufgaben konzentrieren ?

Ist M. leicht ablenkbar ?

Macht T. Grimassen und/oder stößt er bestimmte Laute oder Wörter aus ?

War P. in letzter Zeit häufiger sehr müde, z.B. in der Schule?

Ist S. in ihrem Verhalten unruhig und ungesteuert ?

Wirkt N. häufiger in sich selbst versunken und abwesend?

Nestelt C. in den Haaren oder zupft sich an den Wimpern ?

Haben sich Ss. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen verbessert ?

Ist L. in letzter Zeit auffallend aktiv, sprunghaft und gereizt gewesen ?

Hat D. Schwierigkeiten (Unsicherheit) mit Bewegung zB. mit Radfahren, Schwimmen, Fußballspielen ?

Ist D. in der Schule schnell ablenkbar ?

Ist D. in der Schule sehr zappelig ?

Ist R. bei den Hausaufgaben sehr ungeduldig ?

Macht S. häufig bestimmte Bewegungen, wie z.B. Händedrehen ?

11 - Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Realitätsverlust
Berichtet A., daß sie Stimmen höre?
Hat A. in letzter Zeit Ängste geäußert, sich z.B. bedroht gefühlt ?
Hat D. in letzter Zeit geäußert, daß er Stimmen höre oder Dinge sehe, die andere nicht wahrnehmen?
Berichtet M., daß er Stimmen hört, die ihm z.B. Befehle geben?
Hat L. in letzter Zeit geäußert, daß er eigenartige Dinge wahrnehme, wie z.B. Kältegefühl im Bauch ?
Sieht L. Dinge, die nur er sehen kann ?
Hat M. in letzter Zeit von optischen und/oder akustischen Halluzinationen berichtet ?
Hat A. geäußert, daß er häufiger Blut rieche ?
Hat K. in letzter Zeit geäußert, merkwürdige Dinge gesehen zu haben, die sie ängstigen ?
Meinte S. in letzter Zeit, daß sie von anderen beeinflusst oder auf die Probe gestellt werde ?
Fühlt sich S. von anderen Menschen verfolgt ?
Hat S. in letzter Zeit geäußert, merkwürdige Gerüche wahrzunehmen ?
Hat S. in letzter Zeit bestimmte Überzeugungen geäußert, z.B., daß ihm Nachrichten übermittelt würden ?
Beschuldigt N. Sie, ihn loswerden zu wollen oder Gift unters Essen zu mischen ?
Hat J. Verfolgungsideen zB. daß man fertigmachen oder umbringen wolle ?
Fühlt J. sich von ihren Mitmenschen bedroht z.B. Angst vor Plänen, sie umzubringen ?
Schildert J., daß Gegenstände oder Räume ihre Form oder ihr Aussehen verändern ?
Zeigt R. merkwürdige, schwer verständliche Verhaltensweisen, z.B. lautes Schreien, Abwesenheit, o.ä. ?
Begibt sich M. öfters in gefährliche Situationen, ohne dies zu bemerken ?
Hat E. in letzter Zeit irgendwelche eigenartigen Verhaltensweisen gezeigt ?
Redet E. häufiger unverständlich, d.h. ohne Zusammenhang ?
Ist J. gefahrenblind, d.h., kann er Gefahren nicht richtig einschätzen ?
Führt X. Selbstgespräche ?
Hat J. "Weltverbesserungsideen" wie zB. Staatsleute mit dem Ebola-Virus zu erpressen ?
Wirkte S. in letzter Zeit zu Zeit, Ort und Person desorientiert ?
Hat S. in letzter Zeit andere Menschen verkannt, d.h., sie mit anderen Namen angesprochen ?
Hat S. in letzter Zeit zusammenhanglose Dinge erzählt ?
Hat L. in letzter Zeit viel Geld bei Einkäufen ausgegeben ?
Verhält sich V. häufiger merkwürdig, scheinbar ohne Bezug zur Realität ?

12 - Zwänge
Mußte V. in letzter Zeit bestimmte Dinge tun, z.B.: häufiges Nachfragen?
Wäscht oder duscht sich Y. auffallend häufig?
Zeigt N. Auffälligkeiten bei der Körperpflege, wie z.B. langes Duschen, häufiger Wäschewechsel ?
Muß N. Gegenstände in einer bestimmten Weise anordnen ?
Räumt N. besonders häufig auf ?
Muß N. bestimmte Dinge mehrmals, z.B. 3x tun ?
Wie häufig wäscht oder duscht X. sich?
Kontrolliert X. häufig bestimmte Dinge, z.B., daß das Licht ausgeschaltet ist?
Fühlt sich X. gezwungen, bestimmte Dinge zu tun oder zu denken ?
Wechselt X. sehr häufig seine Kleidung?
Wiederholt F. immer wieder bestimmte Bewegungen oder Verhaltensweisen ?
Bewahrt C. Nahrungsmittel in größeren Mengen auf ?

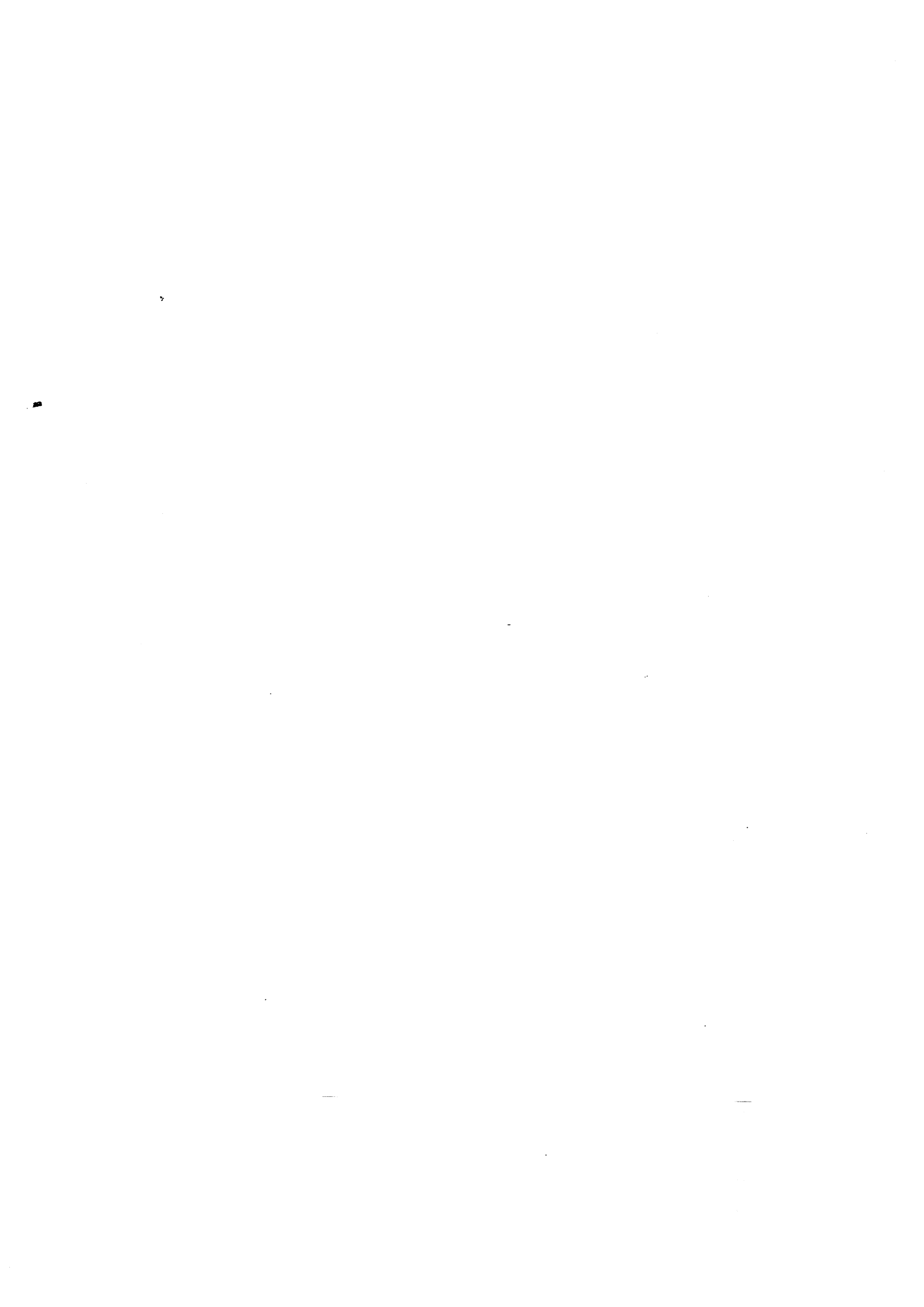
12 - Fortsetzung Zwänge
Zeigt C. ein ausgeprägtes Reinlichkeitsverhalten, z.B. langes Duschen, Verwenden von vielen Waschlappen ?
Hat M. noch Zwangsgedanken, wie z.B. Dinge zurechtrücken u. Schritte von gleicher Länge machen ?
Berichtet M. von Zwangsgedanken ?
Meint K., immer alles perfekt machen zu müssen ?
Verspürt N. Zwänge, wie zB. bestimmte Dinge mehrmals anfassen zu müssen, um Unglück abzuwenden ?
Zeigt J. bizarre Verhaltensweisen, wie zB. an einem Stuhl riechen, auf dem jemand gegessen hat ?
Äußert M. Zwangsgedanken, z.B., daß er andere umbringen müsse ?
Bleibt D. an bestimmten Themen (Hirnhautentzündung, Krankheiten, der menschliche Körper oder Viren) über Monate haften ?

13 - Medikamenten- und Drogenkonsum
Nimmt M. zur Zeit irgendwelche Drogen? Wenn ja, welche?
Benutzt N. Abführmittel ?
Nimmt D, zur Zeit regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
Kommt es bei A. in letzter Zeit häufiger zu Alkoholmißbrauch?
Hat X. in letzter Zeit Drogen, wie z.B. Haschisch, LSD oder Ecstasy genommen?
Hat X. in letzter Zeit mit Drogen negative Erfahrungen gemacht, z.B. Halluzinationen?
Hat B. sich in letzter Zeit selbst mit Psychopharmaka behandelt ?
Hat J. in letzter Zeit geäußert, Drogen genommen zu haben ?

14 - Bettnässen, Einkoten
Näßt D. nachts ein? Wenn ja, wie häufig?
Näßt R. tagsüber ein ? Wenn ja, wie häufig ?
Kotet J. ein ? Wenn ja, wie häufig ?
Schmiert A. mit Kot ?

15 - auffälliges sexuelles Verhalten
Zeigt S. auffälliges sexuelles Verhalten, z.B. anale Manipulationen?
Hat sich S. kleineren Jungen nochmals sexuell genähert?
Ist S. sexuell auffällig gewesen, z.B. durch exhibitionistisches Verhalten?
Hat S. andere Kinder sexuell belästigt ?
Äußert C. übermäßiges Interesse an sexuellen Themen ?
Hat sich S. in letzter Zeit sexuell freizügig verhalten ?

16 - sonstige Auffälligkeiten
Spricht D. in ganzen Sätzen?
Gibt es sprachliche Auffälligkeiten, wie z.B. undeutliches Sprechen ?
Zeigt A. eine gehobene Stimmung, z.B. häufiges Kichern?
Hat D. einen strukturierten Tagesablauf und kann diesen auch einhalten?
Macht S. regelmäßige Blutzuckerkontrollen?
Spritzt S. die verordneten Insulindosen?
Nimmt S. Untersuchungstermine wahr?
Spricht C. zusammenhängend und weitgehend fehlerfrei?
Hat J. in letzter Zeit epileptische Anfälle gehabt? Wenn ja, wieviele in welchem Zeitraum?
Wirkt J. häufiger albern und unangepaßt?
Fühlt sich E. von ihrer Mutter unter Druck gesetzt?
Diskutiert M. über alltägliche Dinge, wie z.B. Zähneputzen ?
Hat N. in letzter Zeit so schnell geatmet, daß sie kollabiert ist ?
Schläft J. übermäßig viel ?
Schläft er tagsüber und ist nachts oft wach ?
Hat C. eine große Vorliebe für anonyme Menschenansammlungen, zB. Bahnhöfe oder Flughäfen ?
Zeigt A. häufiger bizarre Verhaltensweisen, z.B. im allgemeinen Sozialkontakt ?
Redet B. sehr viel, teilweise nicht Nachvollziehbares ?
Ist Janins Sprache auffällig, spricht sie zB. von sich in der 3.Person und sagt nie ICH ?
Hat sich Ss. Aussprache verbessert ?
Ist Ds Sprache undeutlich und überhastet ?



Individuelle Symptomfragen (Zu Beginn der Behandlung erstellen)

Name des Patienten: _____

Heutiges Datum: _____ Station: A B C TK

Erstellt von: _____

ev. Aufkleber

Symptomfragen (max. 12, handschriftlich):

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Falls erforderlich, weitere Symptome auf der Rückseite notieren...

367

7.
8.
9.
10.
11.
12.

Routinemäßige Therapieevaluation

Erfolg der Behandlung/Behandlungszufriedenheit/Kritik

Ausgefüllt von:

Heutiges Datum: _____

- Vater
 Mutter
 Therapeut
 Sonstige

Name des Patienten: _____

Name des Ausfüllenden: _____

Haben sich die Probleme oder Symptome, die zur Aufnahme geführt haben verbessert oder nicht verbessert ? ²⁾

- 1 = völlig gebessert
 2 = deutlich gebessert
 3 = etwas gebessert
 4 = unverändert
 5 = verschlechtert

Wenn Sie noch einmal alles zusammen bedenken, wie zufrieden waren Sie mit dem Aufenthalt und der Betreuung insgesamt ? ¹⁾

- 1 = sehr zufrieden
 2 = eher zufrieden
 3 = weder zufrieden noch unzufrieden
 4 = eher unzufrieden
 5 = sehr unzufrieden

Wir wären sehr daran interessiert, was Sie an dem Aufenthalt und der Betreuung positiv erlebt haben und was Sie nicht so gut fanden. Wir interessieren uns also für positive und negative Punkte. Was fällt Ihnen dazu ein ? ²⁾

1) Frage an den Therapeuten: Wenn Sie noch einmal alles zusammen bedenken, wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung ?

2) Diese Frage braucht von den Therapeuten nicht beantwortet zu werden.

Redu=2, diagr 12 (HKS), Gruppenaufschlüsselung zur Parallelisierung					
FNR	Geschlecht	Therapiemodus	Behandlungsdauer	Alter	
356,00	1	SK	30	5 Jahre	
881,00	1	SK	48		
13,00	1	ST	189	6 Jahre	
488,00	1	SK	8		
546,00	1	SK	50		
1379,00	1	SK	72		
1554,00	1	ST	115		
1780,00	1	SK	11		
1835,00	1	SK	20		
1872,00	1	SK	55		
2418,00	1	SK	32		
2686,00	1	SK	35		
2723,00	1	SK	22		
254,00	1	SK	70		7 Jahre
261,00	1	SK	59		
411,00	1	SK	195		
572,00	1	SK	37		
705,00	1	SK	76		
879,00	1	SK	104		
1020,00	1	SK	126		
1373,00	1	SK	116		
1376,00	1	ST	32		
1478,00	1	ST	220		
1967,00	1	SK	106		
2466,00	1	SK	36		
2509,00	1	ST	228		
2780,00	1	ST	170		
36,00	1	SK	41	8 Jahre	
173,00	1	SK	25		
255,00	1	SK	29		
545,00	1	SK	72		
690,00	1	SK	22		
697,00	1	ST	326		
858,00	1	ST	207		
991,00	1	ST	319		
1257,00	1	ST	242		
1344,00	1	SK	50		
1352,00	1	SK	90		
2178,00	1	ST	204		
2218,00	2	SK	82		
597,00	1	ST	193	9 Jahre	
599,00	1	SK	19		
613,00	1	SK	20		
900,00	1	SK	70		
1031,00	1	ST	260		
1149,00	1	ST	256		
1377,00	1	ST	256		
1614,00	1	ST	144		
2252,00	1	SK	79		
2253,00	1	SK	24		
2511,00	1	SK	63		
2596,00	1	SK	91		

2657,00	1	SK	44	9 Jahre
2705,00	1	SK	37	
2805,00	1	ST	169	
86,00	1	ST	330	10 Jahre
497,00	1	ST	225	
565,00	1	SK	95	
625,00	1	ST	72	
835,00	1	SK	39	
866,00	1	SK	53	
1124,00	1	SK	27	
1954,00	1	SK	24	
2012,00	1	SK	46	
2195,00	1	SK	42	
2819,00	1	SK	39	
51,00	1	SK	30	11 Jahre
170,00	1	SK	79	
219,00	1	SK	62	
413,00	1	ST	323	
541,00	1	SK	79	
713,00	1	SK	81	
912,00	1	SK	58	
1483,00	1	SK	24	
2328,00	1	SK	58	
2441,00	1	SK	55	
2514,00	2	SK	57	
2613,00	1	ST	157	
39,00	1	SK	51	
2091,00	1	SK	29	
2652,00	1	ST	144	
2775,00	1	SK	60	
698,00	1	SK	38	13 Jahre
739,00	1	SK	114	
1340,00	1	SK	44	
1987,00	1	ST	193	
2112,00	1	SK	57	
2317,00	1	SK	69	
2353,00	1	SK	112	
2490,00	1	SK	82	
2584,00	1	SK	39	
2648,00	2	SK	63	
2897,00	1	SK	101	
954,00	1	SK	74	14 Jahren
1382,00	1	SK	40	
1392,00	1	SK	14	
1808,00	1	SK	45	
1961,00	1	SK	53	
2250,00	1	SK	9	
2322,00	1	SK	5	
2374,00	1	SK	59	
2695,00	1	SK	72	
2782,00	1	SK	60	
78	1	SK	45	15 Jahre
356,00	1	SK	30	5 Jahre
881,00	1	SK	48	

Redu=2, F 91 (dia11 ge 9100 AND dia11 le 9190), Gruppenaufschlüsselung zur Parallelisierung					
FNR	Geschlecht	Therapiemodus	Behandlungsdauer	Alter	
198,00	2	SK	46	4 Jahre	
344,00	1	SK	31		
40,00	2	ST	303	5 Jahre	
391,00	1	SK	32		
1736,00	1	SK	24		
1864,00	1	ST	233		
62,00	1	ST	291	6 Jahre	
197,00	1	SK	57		
653,00	1	ST	185		
755,00	1	SK	38		
936,00	1	SK	15		
235,00	1	SK	56	7 Jahre	
911,00	1	SK	70		
992,00	1	SK	64		
1661,00	1	SK	30		
2144,00	1	SK	55		
2507,00	1	SK	89		
2734,00	1	SK	60		
1252,00	2	ST	262		
2296,00	2	ST	172		
2406,00	1	ST	230		
2779,00	1	ST	221		
291,00	1	SK	11		8 Jahre
304,00	1	SK	71		
617,00	1	SK	73		
1190,00	1	SK	64		
1671,00	1	SK	9		
2152,00	2	SK	52		
2221,00	1	SK	143		
2223,00	2	SK	67		
2248,00	1	SK	44		
2665,00	1	SK	43		
2697,00	1	SK	9		
496,00	2	ST	122		
2364,00	1	ST	149		
143,00	1	SK	35	9 Jahre	
207,00	1	SK	37		
216,00	1	SK	24		
228,00	1	SK	46		
357,00	1	SK	29		
409,00	1	SK	32		
591,00	1	SK	71		
751,00	1	SK	35		
1234,00	1	SK	30		
1509,00	1	ST	234		
1566,00	1	SK	36		
1880,00	1	SK	18		
1945,00	1	SK	45		
2079,00	1	ST	193		
2377,00	1	SK	77		
164,00	2	SK	37		
1008,00	2	ST	165		

1929,00	2	SK	44	9 Jahre
2826,00	2	SK	50	
107,00	1	SK	19	10 Jahre
139,00	1	ST	186	
245,00	1	SK	10	
550,00	1	SK	14	
664,00	1	SK	37	
1322,00	1	SK	45	
1910,00	1	SK	27	
1943,00	1	SK	28	
2529,00	1	SK	30	
2538,00	1	ST	116	
2612,00	1	ST	247	
2744,00	1	SK	11	
2866,00	1	SK	28	
335,00	2	SK	47	
1259,00	2	SK	52	
1326,00	2	SK	32	
1801,00	2	SK	48	
2622,00	2	SK	21	
2862,00	2	SK	51	
123,00	1	SK	87	11 Jahre
193,00	1	SK	28	
390,00	2	SK	80	
405,00	1	SK	53	
468,00	1	SK	47	
579,00	1	SK	64	
958,00	1	SK	96	
1147,00	1	SK	26	
1832,00	2	SK	37	
1868,00	1	SK	61	
2209,00	1	SK	21	
2385,00	1	SK	25	
281,00	1	SK	43	12 Jahre
294,00	1	SK	30	
547,00	1	SK	69	
946,00	1	SK	49	
1345,00	1	ST	176	
1992,00	1	SK	74	
2169,00	1	ST	142	
2179,00	1	ST	142	
2388,00	1	ST	165	
2460,00	1	SK	23	
2487,00	1	ST	18	
2601,00	1	SK	21	
2848,00	1	SK	52	
493,00	2	SK	110	
505,00	2	SK	8	
1217,00	2	SK	24	
1848,00	2	ST	165	
2285,00	2	SK	25	
2788,00	2	SK	1	
2825,00	2	SK	23	
5,00	1	SK	43	13 Jahre
68,00	1	SK	118	
237,00	1	SK	84	

416,00	1	SK	70	13 Jahre	
480,00	1	SK	29		
526,00	1	SK	108		
948,00	1	SK	130		
1062,00	1	SK	41		
1173,00	1	ST	148		
1339,00	1	SK	44		
1783,00	1	SK	14		
1792,00	1	SK	150		
1887,00	1	SK	87		
2236,00	1	SK	93		
2350,00	1	SK	17		
2384,00	1	SK	25		
2438,00	1	SK	51		
2616,00	1	SK	84		
2803,00	1	SK	30		
1,00	2	SK	54		
266,00	2	SK	35		
271,00	2	SK	31		
380,00	2	SK	91		
537,00	2	SK	33		
752,00	2	SK	23		
930,00	2	SK	44		
1381,00	2	SK	4		
2229,00	2	SK	56		
2410,00	2	SK	7		
2421,00	2	SK	57		
2797,00	2	SK	18		
8,00	1	SK	48		14 Jahre
364,00	1	SK	110		
538,00	1	SK	44		
718,00	1	SK	37		
766,00	1	SK	129		
803,00	1	SK	5		
840,00	1	SK	25		
965,00	1	SK	45		
1023,00	1	SK	102		
1103,00	1	SK	35		
1151,00	1	SK	55		
1158,00	1	SK	14		
1177,00	1	SK	51		
1343,00	1	SK	24		
1594,00	1	SK	29		
1654,00	1	SK	41		
1816,00	1	SK	3		
1969,00	1	SK	67		
2040,00	1	SK	43		
2245,00	1	SK	4		
2314,00	1	SK	32		
2326,00	1	SK	8		
2437,00	1	SK	12		
2480,00	1	SK	9		
2588,00	1	SK	1		
2699,00	1	SK	2		
2833,00	1	SK	17		
2843,00	1	SK	36		

2886,00	1	SK	48	14 Jahre
65,00	2	SK	29	
122,00	2	SK	37	
290,00	2	SK	67	
371,00	2	SK	92	
373,00	2	SK	16	
454,00	2	SK	74	
460,00	2	SK	76	
634,00	2	SK	39	
791,00	2	SK	18	
838,00	2	SK	71	
953,00	2	SK	16	
1018,00	2	SK	31	
1481,00	2	SK	32	
1915,00	2	SK	38	
1991,00	2	SK	2	
2280,00	2	SK	16	
2607,00	2	SK	22	
2629,00	2	SK	1	
2786,00	2	SK	24	
2821,00	2	SK	29	
2887,00	2	SK	37	
42,00	1	SK	79	15 Jahre
50,00	1	SK	81	
223,00	1	SK	42	
273,00	1	SK	64	
309,00	1	SK	44	
562,00	1	SK	36	
569,00	1	SK	72	
578,00	1	SK	17	
627,00	1	SK	63	
1285,00	1	SK	8	
1653,00	1	SK	27	
1688,00	1	SK	2	
1770,00	1	SK	77	
1793,00	1	SK	1	
1909,00	1	SK	13	
1918,00	1	SK	54	
1975,00	1	SK	35	
2041,00	1	SK	56	
2066,00	1	SK	18	
2183,00	1	SK	9	
2387,00	1	SK	37	
2578,00	1	SK	31	
2581,00	1	SK	32	
2830,00	1	SK	1	
52,00	2	SK	41	
201,00	2	SK	9	
559,00	2	SK	68	
638,00	2	SK	11	
906,00	2	SK	36	
1550,00	2	SK	18	
1569,00	2	SK	37	
1689,00	2	ST	2	
2010,00	2	SK	30	
2187,00	2	SK	19	

2235,00	2	SK	6	15 Jahre
2239,00	2	SK	24	
2294,00	2	SK	29	
2467,00	2	SK	28	
2711,00	2	SK	41	
284,00	1	SK	37	16 Jahre
448,00	1	SK	26	
612,00	1	SK	64	
922,00	1	SK	4	
1761,00	1	SK	3	
1833,00	1	SK	15	
1843,00	1	SK	9	
1878,00	1	SK	20	
2587,00	1	SK	25	
154,00	2	SK	17	
378,00	2	SK	18	
1418,00	2	SK	14	
2682,00	2	SK	41	
30,00	1	SK	23	17 Jahre
877,00	1	SK	5	
884,00	1	SK	5	
935,00	1	SK	6	
966,00	1	SK	8	
1100,00	1	SK	162	
1692,00	1	SK	42	
1873,00	1	SK	30	
2503,00	1	SK	42	
1038,00	2	SK	37	

FNR=Fallnummer

Redu=2, F 92 (dia11 ge 9200 AND dia11 le 9290), Gruppenaufschlüsselung zur Parallelisierung					
FNR	Geschlecht	Therapiemodus	Behandlungsdauer	Alter	
659,00	1	ST	116	5 Jahre	
350,00	1	SK	75	6 Jahre	
792,00	1	ST	193		
1916,00	1	ST	248		
408,00	1	SK	39		
763,00	1	ST	279	7 Jahre	
981,00	2	SK	8		
1094,00	2	ST	179		
1145,00	1	SK	53		
1741,00	1	SK	67		
1821,00	1	SK	16		
325,00	1	ST	202		8 Jahre
470,00	2	ST	254		
626,00	1	ST	72		
687,00	1	ST	361		
839,00	1	ST	177		
970,00	1	ST	234		
1000,00	1	ST	336		
1022,00	1	ST	151		
1052,00	1	SK	72		
1424,00	1	ST	137		
1489,00	1	SK	93		
1494,00	1	SK	81		
1519,00	1	SK	63		
1575,00	1	SK	29		
1637,00	1	SK	32		
2141,00	1	ST	108		
2344,00	1	SK	29		
2370,00	2	ST	158		
2443,00	1	SK	42		
2526,00	1	ST	165		
22,00	1	ST	249	9 Jahre	
70,00	2	SK	52		
102,00	2	SK	119		
137,00	1	ST	302		
152,00	1	SK	65		
195,00	1	SK	65		
332,00	1	SK	112		
462,00	1	SK	66		
1297,00	1	SK	73		
1488,00	1	ST	130		
2007,00	1	ST	199		
2593,00	1	ST	333		
2810,00	1	ST	179		
2905,00	1	SK	74		
303,00	1	SK	32	10 Jahre	
362,00	1	SK	134		
389,00	2	SK	70		
680,00	1	ST	210		
682,00	1	SK	85		
725,00	1	SK	149		
1316,00	1	ST	192		

1338,00	1	SK	74	10Jahre
1581,00	1	ST	157	
1624,00	1	SK	31	
2247,00	1	SK	50	
2264,00	1	SK	54	
2518,00	1	SK	34	
2675,00	1	SK	122	
2677,00	1	SK	136	
2692,00	2	SK	17	
2836,00	1	SK	44	
25,00	1	ST	157	11 Jahre
56,00	2	SK	56	
385,00	1	SK	23	
461,00	1	ST	235	
566,00	1	ST	158	
860,00	1	ST	176	
1291,00	1	SK	81	
1398,00	1	SK	16	
1646,00	1	SK	46	
2208,00	1	SK	44	
2330,00	2	SK	14	
2512,00	1	SK	30	
2597,00	1	SK	57	
2673,00	1	ST	102	
2704,00	2	SK	43	
2722,00	1	SK	28	
166,00	1	SK	26	12 Jahre
167,00	1	SK	100	
212,00	1	SK	43	
243,00	1	SK	30	
297,00	1	SK	79	
398,00	2	ST	198	
463,00	1	ST	163	
972,00	1	SK	52	
1146,00	1	SK	43	
1278,00	1	ST	108	
1323,00	1	ST	253	
1675,00	1	SK	34	
1714,00	2	SK	24	
2147,00	1	SK	52	
2473,00	2	SK	23	
2606,00	2	SK	5	
2646,00	2	SK	56	
2835,00	1	SK	64	
6,00	2	SK	16	13 Jahre
59,00	2	SK	81	
96,00	1	SK	90	
200,00	1	SK	70	
292,00	1	SK	49	
420,00	1	SK	58	
438,00	2	SK	30	
525,00	2	SK	38	
807,00	2	SK	5	
929,00	1	SK	48	
1063,00	1	SK	29	
1188,00	2	SK	129	

1222,00	1	SK	86	13 Jahre
1332,00	1	SK	8	
1353,00	1	SK	59	
1572,00	2	SK	52	
1664,00	1	SK	20	
1754,00	1	SK	21	
1810,00	2	SK	42	
1836,00	1	SK	4	
1862,00	1	ST	228	
1892,00	2	SK	18	
2085,00	2	SK	39	
2114,00	1	SK	77	
2154,00	2	SK	53	
2170,00	1	ST	170	
2286,00	1	SK	24	
2293,00	2	SK	58	
2354,00	2	SK	113	
2386,00	1	SK	59	
2445,00	2	SK	38	
2543,00	1	SK	36	
2545,00	1	SK	45	
2556,00	1	SK	14	
2571,00	1	SK	44	
2690,00	1	ST	219	
2747,00	2	SK	60	
2859,00	1	SK	21	
2873,00	1	ST	179	
205,00	2	SK	45	14 Jahre
289,00	2	SK	118	
421,00	1	SK	99	
426,00	2	SK	55	
535,00	2	SK	55	
536,00	1	SK	14	
575,00	2	SK	36	
632,00	2	SK	30	
793,00	1	SK	108	
865,00	2	SK	94	
1283,00	1	SK	20	
1616,00	2	SK	9	
1787,00	2	SK	94	
1842,00	2	SK	64	
1933,00	2	SK	111	
2308,00	1	SK	17	
2489,00	2	SK	63	
2611,00	2	SK	67	
2663,00	2	SK	28	
2702,00	2	SK	14	
320,00	2	SK	41	15 Jahre
806,00	1	SK	67	
1490,00	1	SK	18	
1562,00	2	SK	5	
1580,00	1	SK	23	
1593,00	1	SK	31	
1940,00	1	SK	108	
1942,00	1	SK	19	
2375,00	1	SK	48	

2549,00	2	SK	52	15Jahre
2563,00	2	SK	109	
2579,00	2	SK	177	
2582,00	1	SK	52	
2638,00	1	SK	8	
2829,00	2	SK	24	
110,00	2	SK	8	16 Jahre
153,00	2	SK	42	
189,00	1	SK	114	
317,00	2	SK	17	
478,00	2	SK	106	
985,00	2	SK	78	
1680,00	1	SK	41	
2017,00	1	SK	40	
2391,00	1	SK	26	
2521,00	1	SK	32	
2553,00	2	SK	77	

FNR=Fallnummer

Parallelisierung Redu=2, HKS und F 91

MPN	HKS, Redu=2					F 91					Punktwertung			
	FNR	Alter	ges	mod	bdau	FNR	Alter	ges	mod	bdau	A 1	G 2	Tm3	Ges
1	356	5	1	SK	30	344	4	1	SK	31	0,5	1	1	2,5
2	881	5	1	SK	48	198	4	2	SK	46	0,5	0	1	1,5
3	13	6	1	ST	189	1864	5	1	ST	233	0,5	1	1	2,5
7	1554	6	1	ST	115	40	5	2	ST	303	0,5	0	1	1,5
4	488	6	1	SK	8	936	6	1	SK	15	1	1	1	3
8	1780	6	1	SK	11	1736	5	1	SK	24	0,5	1	1	2,5
9	1835	6	1	SK	20	391	5	1	SK	32	0,5	1	1	2,5
13	2723	6	1	SK	22	755	6	1	SK	38	1	1	1	3
11	2418	6	1	SK	32	197	6	1	SK	57	1	1	1	3
12	2686	6	1	SK	35	2144	7	1	SK	55	0,5	1	1	2,5
5	546	6	1	SK	50	653	6	1	ST	185	1	1	0	2
6	1379	6	1	SK	72	62	6	1	ST	291	1	1	0	2
10	1872	6	1	SK	55	235	7	1	SK	56	0,5	1	1	2,5
26	2509	7	1	ST	228	1252	7	2	ST	262	1	0	1	2
27	2780	7	1	ST	170	2296	7	2	ST	172	1	0	1	2
23	1478	7	1	ST	220	2779	7	1	ST	221	1	1	1	3
22	1376	7	1	ST	32	2406	7	1	ST	230	1	1	1	3
25	2466	7	1	SK	36	1661	7	1	SK	30	1	1	1	3
14	254	7	1	SK	70	911	7	1	SK	70	1	1	1	3
15	261	7	1	SK	59	2734	7	1	SK	60	1	1	1	3
18	705	7	1	SK	76	992	7	1	SK	64	1	1	1	3
19	879	7	1	SK	104	2507	7	1	SK	89	1	1	1	3
24	1967	7	1	SK	106	1190	8	1	SK	64	0,5	1	1	2,5
17	572	7	1	SK	37	2665	8	1	SK	43	0,5	1	1	2,5
21	1373	7	1	SK	116	304	8	1	SK	71	0,5	1	1	2,5
20	1020	7	1	SK	126	617	8	1	SK	73	0,5	1	1	2,5
16	411	7	1	SK	195	2221	8	1	SK	143	0,5	1	1	2,5
-	2218	8	2	SK	82	2223	8	2	SK	67	1	1	1	3
39	2178	8	1	ST	204	496	8	2	ST	122	1	0	1	2
37	1344	8	1	SK	50	2152	8	2	SK	52	1	0	1	2
36	1257	8	1	ST	242	2364	8	1	ST	149	1	1	1	3
29	173	8	1	SK	25	2697	8	1	SK	9	1	1	1	3
32	690	8	1	SK	22	1671	8	1	SK	9	1	1	1	3
30	255	8	1	SK	29	291	8	1	SK	11	1	1	1	3
28	36	8	1	SK	41	2248	8	1	SK	44	1	1	1	3
31	545	8	1	SK	72	591	9	1	SK	72	0,5	1	1	2,5
38	1352	8	1	SK	90	2377	9	1	SK	77	0,5	1	1	2,5
34	858	8	1	ST	207	1008	9	2	ST	165	0,5	0	1	1,5
35	991	8	1	ST	319	2079	9	1	ST	193	0,5	1	1	2,5
33	697	8	1	ST	326	1509	9	1	ST	234	0,5	1	1	2,5
40	597	9	1	ST	193	143	9	1	SK	35	1	1	0	2
44	1031	9	1	ST	260	1566	9	1	SK	36	1	1	0	2
47	1614	9	1	ST	144	357	9	1	SK	29	1	1	0	2
45	1149	9	1	ST	256	1945	9	1	SK	45	1	1	0	2
46	1377	9	1	ST	256	228	9	1	SK	46	1	1	0	2
54	2805	9	1	ST	169	207	9	1	SK	37	1	1	0	2
42	613	9	1	SK	20	409	9	1	SK	32	1	1	1	3
41	599	9	1	SK	19	1880	9	1	SK	18	1	1	1	3
49	2253	9	1	SK	24	216	9	1	SK	24	1	1	1	3
53	2705	9	1	SK	37	751	9	1	SK	35	1	1	1	3

52	2657	9	1	SK	44	1234	9	1	SK	30	1	1	1	3
50	2511	9	1	SK	63	2529	10	1	SK	30	0,5	1	1	2,5
43	900	9	1	SK	70	664	10	1	SK	37	0,5	1	1	2,5
48	2252	9	1	SK	79	1943	10	1	SK	28	0,5	1	1	2,5
51	2596	9	1	SK	91	1322	10	1	SK	45	0,5	1	1	2,5
58	625	10	1	ST	72	2538	10	1	ST	116	1	1	1	3
56	497	10	1	ST	225	139	10	1	ST	186	1	1	1	3
55	86	10	1	ST	330	2612	10	1	ST	247	1	1	1	3
61	1124	10	1	SK	27	2866	10	1	SK	28	1	1	1	3
62	1954	10	1	SK	24	245	10	1	SK	10	1	1	1	3
65	2819	10	1	SK	39	2744	10	1	SK	11	1	1	1	3
59	835	10	1	SK	39	550	10	1	SK	14	1	1	1	3
64	2195	10	1	SK	42	107	10	1	SK	19	1	1	1	3
63	2012	10	1	SK	46	1910	10	1	SK	27	1	1	1	3
60	866	10	1	SK	53	405	11	1	SK	53	0,5	1	1	2,5
57	565	10	1	SK	95	958	11	1	SK	96	0,5	1	1	2,5
-	2514	11	2	SK	57	1832	11	2	SK	37	1	1	1	3
76	2613	11	1	ST	157	2169	12	1	ST	142	0,5	1	1	2,5
69	413	11	1	ST	323	2388	12	1	ST	165	0,5	1	1	2,5
73	1483	11	1	SK	24	2385	11	1	SK	25	1	1	1	3
66	51	11	1	SK	30	1147	11	1	SK	26	1	1	1	3
75	2441	11	1	SK	55	2209	11	1	SK	21	1	1	1	3
74	2328	11	1	SK	58	193	11	1	SK	28	1	1	1	3
72	912	11	1	SK	58	468	11	1	SK	47	1	1	1	3
70	541	11	1	SK	79	1868	11	1	SK	61	1	1	1	3
68	219	11	1	SK	62	579	11	1	SK	64	1	1	1	3
67	170	11	1	SK	79	1992	12	1	SK	74	0,5	1	1	2,5
71	713	11	1	SK	81	123	11	1	SK	87	1	1	1	3
77	39	12	1	SK	51	2842	12	1	SK	52	1	1	1	3
78	2091	12	1	SK	29	294	12	1	SK	30	1	1	1	3
80	2775	12	1	SK	60	547	12	1	SK	69	1	1	1	3
79	2652	12	1	ST	144	2179	12	1	ST	142	1	1	1	3
84	1987	13	1	ST	193	1173	13	1	ST	148	1	1	1	3
-	2648	13	2	SK	63	2421	13	2	SK	57	1	1	1	3
81	698	13	1	SK	38	1062	13	1	SK	41	1	1	1	3
89	2584	13	1	SK	39	5	13	1	SK	43	1	1	1	3
85	2112	13	1	SK	57	2438	13	1	SK	51	1	1	1	3
83	1340	13	1	SK	44	1339	13	1	SK	44	1	1	1	3
86	2317	13	1	SK	69	416	13	1	SK	70	1	1	1	3
88	2490	13	1	SK	82	2616	13	1	SK	84	1	1	1	3
-	2897	13	1	SK	101	526	13	1	SK	108	1	1	1	3
87	2353	13	1	SK	112	68	13	1	SK	118	1	1	1	3
82	739	13	1	SK	114	948	13	1	SK	130	1	1	1	3
96	2322	14	1	SK	5	2245	14	1	SK	4	1	1	1	3
95	2250	14	1	SK	9	2480	14	1	SK	9	1	1	1	3
92	1392	14	1	SK	14	1158	14	1	SK	14	1	1	1	3
91	1382	14	1	SK	40	1654	14	1	SK	41	1	1	1	3
93	1808	14	1	SK	45	538	14	1	SK	44	1	1	1	3
94	1961	14	1	SK	53	1151	14	1	SK	55	1	1	1	3
97	2374	14	1	SK	59	8	14	1	SK	48	1	1	1	3
99	2782	14	1	SK	60	2886	14	1	SK	48	1	1	1	3
98	2695	14	1	SK	72	1177	14	1	SK	51	1	1	1	3
90	954	14	1	SK	74	1969	14	1	SK	67	1	1	1	3
100	2324	15	1	SK	45	309	15	1	SK	44	1	1	1	3

Abkürzungen:

MPN – Matchingpaar- Nummer, Variable „zahl“ im Datensatz
 FNR – Fallnummer
 Ges – Geschlecht
 Mod – Therapiemodus
 Bdau – Behandlungsdauer
 A 1 – Wertung für erstes Matchingkriterium: Alter
 G2 - Wertung für zweites Matchingkriterium: Geschlecht
 Tm 3 - Wertung für drittes Matchingkriterium: Therapiemodus
 Ges – Gesamtpunktzahl

Statistik:

3,0 Punkte: 65 Paare
 2,5 Punkte: 24 Paare
 2,0 Punkte: 12 Paare
 1,5 Punkte: 3 Paare
 gesamt: 104 Paare

Punktevergabesystem:

Alter	Genau	1
	+/- ein Jahr	0,5
Geschlecht	Gleich	1
	verschieden	0
Therapiemodus (TK,ST)	Gleich	1
	Verschieden	0
Behandlungsdauer	Bei sonst gleicher Punktezahl Vorzug des Matchingpartners mit der ähnlicheren Behandlungsdauer	

Gesamtzahl der F 90 – Patienten in dem Gesamtzeitraum: n=105

Reduktion der Gesamtzahl aus folgenden Gründen:

1 doppelte Episode

3 Mädchen

1 Patient mit fehlenden Angaben bei soz 1-3

⇒ n=100 F 90 – Patienten

innerhalb der 104 gematchten Paare bei den F 91 – Patienten:

10 Mädchen => Reduktion auf 94 mögliche Matchingpartner (bei Ausschluß der Mädchen)

Parallelisierung Redu=2, HKS und F 92

MPN	HKS, Redu=2			F92			Punktwertung							
	FNR	Alter	ges	mod	bdau	FNR	Alter	ges	mod	bdau	A 1	G 2	Tm 3	Ges
1	356	5	1	SK	30	215	6	1	SK	29	0,5	1	1	2,5
2	881	5	1	SK	48	659	5	1	ST	116	1	1	0	2
7	1554	6	1	ST	115	792	6	1	ST	193	1	1	1	3
3	13	6	1	ST	189	1916	6	1	ST	248	1	1	1	3
6	1379	6	1	SK	72	350	6	1	SK	75	1	1	1	3
4	488	6	1	SK	8	862	7	1	ST	80	0,5	1	0	1,5
8	1780	6	1	SK	11	726	6	1	SK	78	1	1	1	3
9	1835	6	1	SK	20	1821	7	1	SK	16	0,5	1	1	2,5
10	1872	6	1	SK	55	1741	7	1	SK	67	0,5	1	1	2,5
13	2723	6	1	SK	22	321	6	1	SK	28	1	1	1	3
11	2418	6	1	SK	32	710	7	2	SK	71	0,5	0	1	1,5
12	2686	6	1	SK	35	408	7	1	SK	39	0,5	1	1	2,5
5	546	6	1	SK	50	1145	7	1	SK	53	0,5	1	1	2,5
22	1376	7	1	ST	32	626	8	1	ST	72	0,5	1	1	2,5
-	2780	7	1	ST	170	839	8	1	ST	177	0,5	1	1	2,5
23	1478	7	1	ST	220	325	8	1	ST	202	0,5	1	1	2,5
-	2509	7	1	ST	228	970	8	1	ST	234	0,5	1	1	2,5
25	2466	7	1	SK	36	1637	8	1	SK	32	0,5	1	1	2,5
17	572	7	1	SK	37	2443	8	1	SK	42	0,5	1	1	2,5
15	261	7	1	SK	59	1519	8	1	SK	63	0,5	1	1	2,5
14	254	7	1	SK	70	1052	8	1	SK	72	0,5	1	1	2,5
18	705	7	1	SK	76	1494	8	1	SK	81	0,5	1	1	2,5
19	879	7	1	SK	104	1489	8	1	SK	93	0,5	1	1	2,5
20	1020	7	1	SK	126	2344	8	1	SK	29	0,5	1	1	2,5
21	1373	7	1	SK	116	1575	8	1	SK	29	0,5	1	1	2,5
24	1967	7	1	SK	106	981	7	2	SK	8	1	0	1	2
16	411	7	1	SK	195	763	7	1	ST	279	1	1	0	2
39	2178	8	1	ST	204	1022	8	1	ST	151	1	1	1	3
34	858	8	1	ST	207	1424	8	1	ST	137	1	1	1	3
36	1257	8	1	ST	242	2526	8	1	ST	165	1	1	1	3
35	991	8	1	ST	319	1000	8	1	ST	336	1	1	1	3
33	697	8	1	ST	326	687	8	1	ST	361	1	1	1	3
32	690	8	1	SK	22	195	9	1	SK	65	0,5	1	1	2,5
29	173	8	1	SK	25	152	9	1	SK	65	0,5	1	1	2,5
30	255	8	1	SK	29	462	9	1	SK	66	0,5	1	1	2,5
28	36	8	1	SK	41	1297	9	1	SK	73	0,5	1	1	2,5
37	1344	8	1	SK	50	2905	9	1	SK	74	0,5	1	1	2,5
31	545	8	1	SK	72	332	9	1	SK	112	0,5	1	1	2,5
-	2218	8	2	SK	82	70	9	2	SK	52	0,5	1	1	2,5
38	1352	8	1	SK	90	2141	8	1	ST	108	1	1	0	2
47	1614	9	1	ST	144	1488	9	1	ST	130	1	1	1	3
54	2805	9	1	ST	169	2810	9	1	ST	179	1	1	1	3
40	597	9	1	ST	193	2007	9	1	ST	199	1	1	1	3
45	1149	9	1	ST	256	22	9	1	ST	249	1	1	1	3
46	1377	9	1	ST	256	137	9	1	ST	302	1	1	1	3
44	1031	9	1	ST	260	2593	9	1	ST	333	1	1	1	3
41	599	9	1	SK	19	1624	10	1	SK	31	0,5	1	1	2,5
42	613	9	1	SK	20	3030	10	1	SK	32	0,5	1	1	2,5
53	2705	9	1	SK	37	2247	10	1	SK	50	0,5	1	1	2,5
49	2253	9	1	SK	24	2518	10	1	SK	34	0,5	1	1	2,5
52	2657	9	1	SK	44	2836	10	1	SK	44	0,5	1	1	2,5

	FNR	Alter	ges	mod	bdau	FNR	Alter	ges	mod	bdau	A 1	G 2	Tm 3	Ges
50	2511	9	1	SK	63	2264	10	1	SK	54	0,5	1	1	2,5
43	900	9	1	SK	70	1338	10	1	SK	74	0,5	1	1	2,5
48	2252	9	1	SK	79	682	10	1	SK	85	0,5	1	1	2,5
51	2596	9	1	SK	91	2675	10	1	SK	122	0,5	1	1	2,5
58	625	10	1	ST	72	1316	10	1	ST	192	1	1	1	3
56	497	10	1	ST	225	1581	10	1	ST	157	1	1	1	3
55	86	10	1	ST	330	680	10	1	ST	210	1	1	1	3
62	1954	10	1	SK	24	243	12	1	SK	30	0	1	1	2
61	1124	10	1	SK	27	2673	11	1	ST	102	0,5	1	0	1,5
59	835	10	1	SK	39	212	12	1	SK	43	0	1	1	2
65	2819	10	1	SK	39	1146	12	1	SK	43	0	1	1	2
64	2195	10	1	SK	42	860	11	1	ST	175	0,5	1	0	1,5
63	2012	10	1	SK	46	362	10	1	SK	134	1	1	1	3
60	866	10	1	SK	53	2677	10	1	SK	136	1	1	1	3
57	565	10	1	SK	95	725	10	1	SK	149	1	1	1	3
69	413	11	1	ST	323	461	11	1	ST	235	1	1	1	3
76	2613	11	1	ST	157	566	11	1	ST	158	1	1	1	3
66	51	11	1	SK	30	1398	11	1	SK	16	1	1	1	3
73	1483	11	1	SK	24	385	11	1	SK	23	1	1	1	3
75	2441	11	1	SK	55	2722	11	1	SK	28	1	1	1	3
-	2514	11	2	SK	57	56	11	2	SK	56	1	1	1	3
74	2328	11	1	SK	58	2512	11	1	SK	30	1	1	1	3
72	912	11	1	SK	58	2597	11	1	SK	57	1	1	1	3
68	219	11	1	SK	62	2208	11	1	SK	44	1	1	1	3
67	170	11	1	SK	79	1646	11	1	SK	46	1	1	1	3
70	541	11	1	SK	79	25	11	1	ST	157	1	1	0	2
71	713	11	1	SK	81	1291	11	1	SK	81	1	1	1	3
79	2652	12	1	ST	144	463	12	1	ST	163	1	1	1	3
78	2091	12	1	SK	29	166	12	1	SK	26	1	1	1	3
77	39	12	1	SK	51	972	12	1	SK	52	1	1	1	3
80	2775	12	1	SK	60	2835	12	1	SK	64	1	1	1	3
84	1987	13	1	ST	193	1862	13	1	ST	228	1	1	1	3
81	698	13	1	SK	38	1063	13	1	SK	29	1	1	1	3
89	2584	13	1	SK	39	2543	13	1	SK	36	1	1	1	3
83	1340	13	1	SK	44	2545	13	1	SK	45	1	1	1	3
85	2112	13	1	SK	57	2386	13	1	SK	59	1	1	1	3
-	2648	13	2	SK	63	2747	13	2	SK	60	1	1	1	3
86	2317	13	1	SK	69	200	13	1	SK	70	1	1	1	3
88	2490	13	1	SK	82	2114	13	1	SK	77	1	1	1	3
-	2897	13	1	SK	101	96	13	1	SK	90	1	1	1	3
87	2353	13	1	SK	112	2873	13	1	SK	179	1	1	1	3
82	739	13	1	SK	114	2170	13	1	SK	170	1	1	1	3
96	2322	14	1	SK	5	2638	15	1	SK	8	0,5	1	1	2,5
95	2250	14	1	SK	9	2308	14	1	SK	17	1	1	1	3
92	1392	14	1	SK	14	536	14	1	SK	14	1	1	1	3
91	1382	14	1	SK	40	1283	14	1	SK	20	1	1	1	3
93	1808	14	1	SK	45	1580	15	1	SK	23	0,5	1	1	2,5
94	1961	14	1	SK	53	1593	15	1	SK	31	0,5	1	1	2,5
97	2374	14	1	SK	59	2582	15	1	SK	52	0,5	1	1	2,5
99	2782	14	1	SK	60	806	15	1	SK	67	0,5	1	1	2,5
98	2695	14	1	SK	72	421	14	1	SK	99	1	1	1	3
90	954	14	1	SK	74	793	14	1	SK	108	1	1	1	3
100	2324	15	1	SK	45	2375	15	1	SK	48	1	1	1	3

Abkürzungen:

MPN – Matchingpaar- Nummer, Variable „zahl“ im Datensatz
 FNR – Fallnummer
 Ges – Geschlecht
 Mod – Therapiemodus
 Bdau – Behandlungsdauer
 A 1 – Wertung für erstes Matchingkriterium: Alter
 G2 - Wertung für zweites Matchingkriterium: Geschlecht
 Tm 3 - Wertung für drittes Matchingkriterium: Therapiemodus
 Ges – Gesamtpunktzahl

Statistik:

3,0 Punkte: 54 Paare
 2,5 Punkte: 38 Paare
 2,0 Punkte: 8 Paare
 1,5 Punkte: 4 Paare
 gesamt: 104 Paare

Punktevergabesystem:

Matching- Kriterium		Anzahl der Punkte
Alter	Gleich	1
	+/- ein Jahr	0,5
	Differenz > ein Jahr	0
Geschlecht	Gleich	1
	verschieden	0
Therapiemodus (TK,ST)	Gleich	1
	Verschieden	0
Behandlungsdauer	Bei sonst gleicher Punktezahl Vorzug des Matchingpartners mit der ähnlicheren Behandlungsdauer	

Gesamtzahl der F 90 – Patienten in dem Gesamtzeitraum: n=105

Reduktion der Gesamtzahl aus folgenden Gründen:

- 1 doppelte Episode
 - 3 Mädchen
 - 1 Patient mit fehlenden Angaben bei soz 1-3
- ⇒ n=100 F 90 – Patienten

-innerhalb der 104 gematchten Paare bei den F 92 – Patienten:

9 Mädchen => Reduktion auf 95 mögliche Matchingpartner (bei Ausschluß der Mädchen)

-weiterhin 5 fehlende Matchingpartner bei den 5-6 jährigen Patienten, daher Ausweitung der Suche nach Matchingpartnern auf die Diagnosegruppe F 93 mit Betonung der Achsen Aggressivität und dissoziale Verhaltensauffälligkeiten in der MSL, dazu entsprechende Suche nach:

- in der neuen Symptomliste: sym1=4 or sym1=3 AND/OR sym2=4 or sym2=3
- in der alten Symptomliste: sym5i1, sym5i10, sym5i11, sym5i2, sym5i3, sym5i4, sym5i6, sym5i8, sym5i9=2 (ausgeprägt/häufig; 1=leicht/selten) bei möglichst vielen der hier angegebenen Items

⇒ hierdurch Auffinden fünf weiterer männlicher Matchingpartner, woraus bei Kombination der drei Gruppen (F 90, F91, F92+5 Fälle aus F93) und Ausschluss der weiblichen Patienten ein Gruppenvergleich von jeweils n=91 Patienten resultiert

- die passenden Patienten stammten dabei alle aus Zeitraum 1, in dem die alte Basisdokumentation und die Alte Symptomliste verwendet wurden und sind unten mit ihren jeweiligen Werten bei den interessierenden Items aufgeführt.

- sym5i1 - Schwindel, Lügen, Betrügen
- sym5i10 – verbale Aggression
- sym5i11 – körperliche Aggression
- sym5i2 – Wegnehmen, Stehlen
- sym5i3 – Weglaufen, Streunen
- sym5i4 – Schul-, Arbeitsschwänzen
- sym5i6 – Zerstörung von Sachen
- sym5i8 – Wut, Ärger, Trotz
- sym5i9 - versteckte Aggression

FNR	Alter	ges	mod	bdau	sym 5i1	sym 5i10	sym 5i11	sym 5i2	sym 5i3	sym 5i4	sym 5i6	sym 5i8	sym 5i9
215	6	1	SK	29	0	1	1	0	0	0	1	2	0
321	6	1	SK	28	0	1	2	0	1	0	1	2	0
726	6	1	SK	78	0	1	2	1	1	0	2	2	2
710	7	2	SK	80	1	1	1	1	1	1	1	2	1
862	7	1	ST	21	1	2	1	0	1	2	2	2	0

Meine akademischen Lehrer in **Marburg** waren die Damen/Herren:

Arnold, Aumüller, Basler, Baum, Cetin, Christiansen, Czubayko, Engel, Feuser, Fruhsdorfer, Geus, Gotzen, Gressner, Griss, Habermehl, Hesse, Kern, Koolmann, Klenk, Krieg, Lang, Lennartz, Moll, Mueller, Oertel, Remschmidt, Richter, Röhm, Schachtschabel, H. Schäfer, Schäfer, Schulz, Schulze, Seifart, Stinner, Vohland, Voigt, Weihe, v. Wiechert

Meine akademischen Lehrer in **Montpellier**, Frankreich, waren die Herren:

Crampette, Davy, Echenne, Godard, Meynadier, Navratil, Touchon

Mein akademischer Lehrer in **Dublin**, Irland, war der Herr:

Shannon

Meine akademischen Lehrer in **Aarau**, Schweiz, waren die Herren:

Schlumpf, Stierli

Meine akademischen Lehrer in **Münster** waren die Damen/Herren:

Bruckner-Tudermann, Grabbe, Heidenreich, Hengst, Luger, Metze, Rahn, Schütte, Schwarz

Danksagung

Dem Referenten Herrn Prof. Dr. F. Mattejat danke ich für die Vergabe des Themas, seine kontinuierliche geduldige Betreuung und Ermutigung sowie die unproblematischen und flexiblen Terminabsprachen, die eine Fertigstellung dieser Arbeit besonders nach meinem Universitätswechsel überhaupt erst möglich machten.

Herrn Dipl.-Humanbiologen Udo König möchte ich für seine ruhige Hilfestellung bei den ersten Schritten mit dem Statistikprogramm SPSS und Gegenlesen des Material- und Methodenteils danken; Frau Dr. Dipl.-Statistikerin Karin Wolf-Ostermann sei für ihre große Hilfe bei der statistischen Auswertung auf das Herzlichste gedankt.

Weiterhin danken möchte ich allen Mitarbeitern der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg sowie den Eltern und den Kindern und Jugendlichen selber, die fleißig das äußerst umfangreiche Fragebogen-Material bearbeitet haben und ohne die diese Studie nicht möglich gewesen wäre. Auch meinen Mit-Doktoranden im Evaluations-Projekt sei für die angenehme Zusammenarbeit gedankt.

Bei technischen Problemen mit dem PC in Marburg stand mir Herr R. Ulbrich stets hilfreich zur Seite, bei entsprechenden Hilferufen am eigenen PC hatte Thomas Alders immer ein offenes und geduldiges Ohr – ihnen sei an dieser Stelle auch sehr herzlich gedankt.

Bei Computerbeschaffung und –ausstattung wurden mein Vater und mein Bruder Kai-Helge Stevens sehr aktiv, meine Eltern Birgit und Klemens Stevens hielten mir den Rücken zur Fertigstellung der Arbeit frei und ermutigten mich immer wieder, wie auch viele meiner Freunde. Stephan Läubli stand mir mit Rat und Tat sowie Computerausstattung zur Seite, bei Michael Krause konnte ich stets unproblematisch und spontan in Marburg Unterschlupf finden, wenn das weitere Vorgehen besprochen werden sollte. In der heißen Endphase konnte ich auf die produktive Kritik und Anregung von Isabell Gareus, Anne Mingels und Kai Kopperschmidt bauen. Ihnen allen und vielen, hier nicht genannten Personen, die mich bei der Fertigstellung dieser Arbeit unterstützten, gebührt für ihre Hilfe und Ermutigung mein großer Dank.

