
Aus dem Medizinischen Zentrum für Nervenheilkunde des Fachbereichs Medizin
der Philipps-Universität Marburg in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum
Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. J.-C. Krieg

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Kommissarischer Leiter: Privatdozent Dr. M. Martin



Entwicklung und Überprüfung eines Auswertungs- schemas für das „Interview zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (D-ILK-Kinderinterview)“

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin

dem Fachbereich Medizin
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Martina Odendahl

aus Düsseldorf

Marburg, 2007

Angenommen vom Fachbereich Medizin
der Philipps-Universität Marburg am 24.05.2007.

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan: Prof. Dr. B. Maisch

Referent: Prof. Dr. F. Mattejat

Korreferent: Prof. Dr. Dr. H.-D. Basler

Dieser Arbeit ist im rückwärtigen Einband eine DVD mit exemplarischen Videoaufnahmen der durchgeführten diagnostischen Interviews beigelegt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Teil	4
2.1	Definitionsansätze Lebensqualität	5
2.1.1	Ursprung und Entstehung des Begriffs Lebensqualität	5
2.1.2	Etablierung der Definition Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	8
2.1.3	Etablierung der Lebensqualitätsforschung in der Medizin	9
2.1.4	Lebensqualitätsforschung in der Psychiatrie.....	13
2.2	Aspekte zur Problematik der Erfassung der Lebensqualität bei Kindern	15
2.3	Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität psychisch kranker Kinder und Jugendlicher	19
2.4	Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität	23
2.4.1	Grundsätzliche Differenzen der Erhebungsinstrumente	24
2.4.2	Vorstellung ausgewählter Lebensqualitäts-Instrumente	26
2.5	Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)	34
2.5.1	Definition des Lebensqualitäts-Konzepts als Grundlage für das ILK.....	34
2.5.2	Das Konzept des ILK	35
2.5.3	Erweiterung des ILK durch das Konzept des Diagnostischen Interviews (D-ILK)	38
2.6	Das Interview als Forschungsinstrument	40
2.6.1	Allgemeinmethodische Überlegungen: Interview- versus Fragebogentechnik	41
2.6.2	Standardisierung und/oder Strukturierung	43
2.6.3	Merkmale verschieden strukturierter Interviews	45
2.6.4	Stilmerkmale eines Interviews.....	47
2.6.5	Systematische Verzerrungen und Interviewfehler	48
2.6.6	Methodenkritik	55
2.6.7	Selbst- versus Fremdbeurteilungsverfahren	56

2.7	Das Interview in diagnostischer Anwendung – methodische Aspekte ausgewählter Beispiele sowie des D-ILK	57
2.7.1	Vorstellung ausgewählter Diagnostischer Interviews	58
2.7.2	Methodische Aspekte des D-ILK	59
2.8	Theoretischer Hintergrund zur Auswertung des D-ILK	63
2.8.1	Anwendungsmöglichkeiten und Definitionsversuche der Inhaltsanalyse	63
2.8.2	Bisher gebräuchliche Verfahren der Inhaltsanalyse	66
2.8.3	Qualitative versus Quantitative Inhaltsanalyse.....	67
2.8.4	Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsverfahren für das D-ILK.....	70
2.8.5	Vorstellung der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring	71
2.8.6	Gütekriterien der Inhaltsanalyse.....	77
3	Fragestellung und Zielsetzung	81
4	Methoden – Untersuchungsdesign und Vorstellung der Instrumente.....	83
4.1	Untersuchungsdesign und -ablauf	83
4.2	Beschreibung der Stichproben	88
4.3	Vorstellung des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK).....	92
4.3.1	Aufbau des ILK.....	92
4.3.2	Durchführung des ILK.....	97
4.4	Vorstellung des Diagnostischen Interviews (D-ILK).....	98
4.4.1	Aufbau des D-ILK	98
4.4.2	Durchführung des D-ILK	102
4.5	Vorstellung des Auswertungsschemas	104
4.5.1	Idee und Zielsetzung des Auswertungsschemas	104
4.5.2	Entwicklung des Auswertungsschemas.....	105
4.5.3	Aufbau des Auswertungsschemas	112
4.6	Durchführung der Materialauswertung und Überprüfung des Auswertungsschemas	115
4.6.1	Anwendung des Auswertungsschemas	115
4.6.2	Überprüfung des Auswertungsschemas.....	118

5	Darstellung der Ergebnisse	121
5.1	Persönliche Erfahrungen und Eindrücke	121
5.1.1	Erfahrungen bei der Anwendung des ILK-Ratingbogens sowie des D-ILK	121
5.1.2	Erfahrungen bei der Anwendung des Auswertungsschemas	127
5.2	Quantitative Ergebnisse	128
5.2.1	Die Interraterübereinstimmung für die einzelnen Kategorien in den ILK-Bereichen	128
5.2.2	Zusammenfassung der Ergebnisse für die einzelnen Kategorien in den ILK-Bereichen	159
5.2.3	Die Interraterübereinstimmung der positiven und negativen Score-Werte für die ILK-Bereiche.....	165
6	Diskussion	169
6.1	Reflexion der vorliegenden Untersuchung vor dem theoretischen Hintergrund	169
6.1.1	Lebensqualität als Prüfstein medizinischen Handelns?.....	170
6.1.2	Selbst- oder Fremdbeurteilung?	170
6.1.3	Selbstbericht trotz psychischer Krankheit?	171
6.1.4	Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	172
6.2	Diskussion der Methoden	173
6.2.1	Erfolgsfaktor Interview-Training.....	174
6.2.2	Erfolgsfaktor Aufklärungsgespräch.....	175
6.2.3	Gegenüberstellung des D-ILK mit bereits etablierten Forschungsinstrumenten.....	175
6.2.4	Verbesserungswürdige Begriffsbestimmungen ILK und D-ILK	176
6.2.5	Kritische Betrachtung der Interviewdurchführung.....	177
6.2.6	Beurteilung des Auswertungsschemas.....	178
6.2.7	Überlegungen zur Verbesserung des Auswertungsschemas	180
6.3	Diskussion der empirischen Ergebnisse	183
6.3.1.	Zusammenfassung des Untersuchungsablaufs	183
6.3.2	Hauptergebnisse der durchgeführten Untersuchung.....	184
6.3.3	Kritikpunkte und Schwächen der durchgeführten Studie	186

7	Fazit und Ausblick	187
7.1	Folgerungen für die klinische Praxis	187
7.2	Folgerungen für die weitere Verwendung des Interviews in der Forschung ..	188
7.3	Folgerungen im Hinblick auf die Forschungsfrage, durch welche Faktoren die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen beeinflusst wird.....	190
7.4	Abschließende, allgemeine Schlussfolgerungen	191
8	Zusammenfassung	193
9	Literaturverzeichnis	196
10	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	204
10.1	Abbildungen.....	204
10.2	Tabellen.....	205
11	Anhang	208
11.1	ILK-Ratingbogen Kinder/Jugendliche (Klinikversion)	209
11.2	ILK-Ratingbogen Kinder/Jugendliche (Schulversion).....	212
11.3	Interviewleitfaden des D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews	215
11.4	Abschlussbogen des D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews	271
11.5	Aussagenpool der D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews	273
11.6	Auswertungsschema des D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews.....	276
11.7	Instruktion zum Raten der Kinder- und Jugendlichen-Interviews	292
11.8	DVD mit Ausschnitten aus D-ILK-Kinder- und Elterninterviews.....	299

Danksagung

Verzeichnis der akademischen Lehrer

1 Einleitung

In Anbetracht des Wandels der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen mit einer deutlichen Zunahme chronischer Erkrankungen sowie einem gehäuftem Auftreten psychosomatischer Beschwerden und psychosozialer Auffälligkeiten bereits im Kindes- und Jugendalter, gewinnt die Frage, wie es Kindern und Jugendlichen in ihrem Lebensumfeld geht, wie sie selbst ihr Verhalten und Erleben im Alltag wahrnehmen, sowohl bei gesunden wie auch bei erkrankten Kindern und Jugendlichen zunehmend an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund hat sich in der Diskussion bezüglich der Erweiterung des allgemeinen Gesundheitsbegriffs um eine psychosoziale Dimension im Sinne des subjektiven Wohlbefindens der Begriff der Lebensqualität etabliert, der als Bewertungs- und Erfolgskriterium medizinischen, psychologischen sowie therapeutischen Handelns mittlerweile unentbehrlich erscheint. Doch obgleich im Rahmen des allgemeinen Aufschwungs der Lebensqualitäts-Diskussion auch vermehrt die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen thematisiert worden ist, scheint ein Mangel an geeigneten Instrumenten zur erschöpfenden Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen bislang nicht behoben.

Vorliegende Dissertation „*Entwicklung und Überprüfung eines Auswertungsschemas für das Interview zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (D-ILK-Kinderinterview)*“ beschäftigt sich mit der erstmaligen Durchführung sowie der Überprüfung des neu entwickelten *Diagnostischen Interviews (D-ILK)* zur Identifizierung lebensqualitätsbeeinflussender Faktoren als Ergänzung zu dem von Matthejat et al. (1998) entwickelten *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen-Ratingbogen (ILK)*. Entsprechend des *ILK* besteht auch das *D-ILK* aus einer Version für Interviews mit Kindern und Jugendlichen (*D-ILK-Kindversion*) und einer Interviewversion für deren Eltern (*D-ILK-Elternversion*).

Die vorliegenden Ausführungen beziehen sich auf die *D-ILK-Kindversion*. Die *D-ILK-Elternversion* ist Thema einer parallel durchgeführten Dissertation von Tillmann¹.

Nachdem die Anwendbarkeit und Zweckmäßigkeit sowie die testtheoretische Güte des *ILK* bereits durch vorhergehende empirische Untersuchungen nachgewiesen wurde,² versucht die im Rahmen dieser Dissertation stattgefundenene Untersuchung nun das *Diagnostische Interview (D-ILK)* hinsichtlich seiner Anwendbarkeit und Zuverlässigkeit näher zu beleuchten. Die Schwerpunkte liegen auf der Beschreibung von Entwicklung, Aufbau und Durchführung des *D-ILK*, ferner auf der Überprüfung des neu entwickelten Schemas zur inhaltsanalytischen Auswertung der Kinder-Interviews unter Bestimmung der Interrater-Reliabilität.

Der theoretische Teil bettet die Frage der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in einen breiteren theoretisch-thematischen Kontext ein und stellt die zur Fragestellung führende Problematik dar.

Aus den theoretischen Überlegungen bzw. den gesetzten Schwerpunkten ergibt sich im dritten Kapitel die Herleitung folgender drei Zielsetzungen (vgl. Kapitel 3 *Fragestellung und Zielsetzung*):

1. Anwendung des neu entwickelten, standardisierten *Diagnostischen Interviews (D-ILK)* – Erfahrungen zur Anwendung des *ILK-Ratingbogens* und des *D-ILK*
2. Inhaltsanalytische Auswertung der Kinder-Interviews und infolgedessen Entwicklung eines Auswertungsschemas für das *D-ILK*
3. Überprüfung der Interrater-Reliabilität des neu entwickelten Auswertungsschemas unter Berechnung des Kappa-Koeffizienten

Das sich anschließende Kapitel 4 *Methoden* bietet neben einem Überblick über Untersuchungsdesign und -ablauf (vgl. 4.1) eine ausführliche Beschreibung der Klinik- wie auch der Kontrollstichprobe hinsichtlich Alters-, Geschlechter- und Diagnosenverteilung (vgl. 4.2). Ferner erfolgt eine detaillierte Darstellung des Aufbaus bzw. der Anwendung der verwendeten Instrumente, dem *ILK-Ratingbogen* sowie dem *Diagnostischen Interview (D-ILK)* (vgl. 4.3 und 4.4). Als angewandte Methode zur Auswertung des *D-ILK*

¹ Tillmann (2006): Die parallel durchgeführte Dissertation unter dem Titel: *Entwicklung und Überprüfung eines Auswertungsschemas für das „Interview zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (D-ILK-Elterninterview)“* wird voraussichtlich im Jahre 2006 vollendet.

² Empirische Untersuchungen, durch welche Anwendbarkeit, Nützlichkeit sowie die testtheoretische Güte des *ILK* bereits nachgewiesen wurden, finden sich bei Kästner (2000), Wurst (2002) und Matthejat et al. (2003).

schließt sich eine Beschreibung der Entwicklung eines Auswertungsschemas in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) an (vgl. 4.5). Dieser folgt eine Darstellung des Aufbaus sowie der Anwendung des neu entwickelten Auswertungsschemas auf das durch das *D-ILK* gewonnene Interviewmaterial und eine Erläuterung der Überprüfung dieses Schemas anhand der Interrater-Reliabilität (vgl. 4.6).

Der sich anschließende Ergebnissteil bietet zunächst einen Überblick über die während der Untersuchung gewonnenen persönlichen Erfahrungen und Eindrücke hinsichtlich der Anwendung des *ILK* und des *D-ILK* sowie des neu entwickelten Auswertungsschemas (vgl. 5.1). Darauf folgender Abschnitt umfasst die Ergebnisse der Überprüfung der Interrater-Reliabilität (vgl. 5.2). Als Maß der Übereinstimmungen zwischen den Ratern hinsichtlich der verschiedenen, durch die inhaltsanalytische Auswertung gewonnenen Kategorien der *ILK*-Items der Kinder-Interviews, werden die Werte der errechneten Kappa-Koeffizienten sowie die Häufigkeiten, mit denen die jeweiligen Kategorien während des Auswertungsprozesses ausgewählt wurden, u. a. in tabellarischer Übersicht präsentiert.

Näher erläutert sowie diskutiert werden die Ergebnisse in dem sechsten Kapitel *Diskussion*, in dessen Rahmen eine Auseinandersetzung hinsichtlich der Zielsetzungen und Fragestellung der Arbeit stattfindet (vgl. 6). In diesem Zusammenhang erfolgt zudem eine kritische Analyse des Untersuchungsvorgehens und der verwandten Methoden.

Abschließend bietet die Arbeit ein Fazit sowie einen Ausblick auf zukünftige Einsatzmöglichkeiten der Instrumente sowie auf Untersuchungen, die sich dieser Dissertation anschließen sowie diese ergänzen könnten (vgl. 7).

2 Theoretischer Teil

Folgendes Kapitel bietet einen allgemeinen Einblick in den theoretisch-thematischen Kontext des Untersuchungsvorhabens vorliegender Arbeit.

Vor dem Hintergrund kontrovers diskutierter Definitionsansätze stellt ein erster Abschnitt dieses Kapitels den Ursprung und die Entstehungsgeschichte des Begriffs der Lebensqualität vor. Nachfolgend richtet sich der Fokus auf die Etablierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung in der somatischen Medizin wie auch in der Psychiatrie, bevor anschließend auf bedeutende Aspekte zur Problematik der Lebensqualitätserfassung insbesondere bei Kindern und Jugendlichen hingewiesen wird (vgl. 2.2). Ferner werden im Speziellen Überlegungen zu Einflussfaktoren sowie deren Auswirkungen auf die Lebensqualität psychisch kranker Kinder und Jugendlicher angestellt (vgl. 2.3).

Im Anschluss an die Vorstellung einiger ausgewählter Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität wird die dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) zugrunde liegende Definition des Lebensqualitäts-Konzepts näher erläutert (vgl. 2.5). In seiner Anwendung erstmals im Rahmen dieser Arbeit erprobt wird folgend die Erweiterung des ILK durch das Konzept des Diagnostischen Interviews (D-ILK) dargestellt.

Da es sich bei der Erweiterung des ILK-Ratingbogens durch das D-ILK um eine mündliche Befragung in Form eines Interviews handelt, setzt sich darauf folgender Abschnitt ausführlich mit allgemeinmethodischen Überlegungen zum Interview als Forschungsinstrument auseinander (vgl. 2.6 und 2.7).

Abschließend wird das Kapitel durch theoretische Ausführungen zu der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse als geeignetes Auswertungsverfahren des Diagnostischen Interviews (D-ILK) ergänzt (vgl. 2.8).

2.1 Definitionsansätze Lebensqualität

„Der Begriff Lebensqualität ist unbestimmt und schillernd, auch wenn ihn jedermann im Munde führt und dadurch der Eindruck erweckt wird, dass es sich um einen eindeutigen Sachverhalt handelt.“

(Brusis & Biefang, 1980; zit. nach Schölmerich & Thews, 1990)

Diese kurze Erläuterung von Brusis und Biefang (1980) stellt einen ersten Hinweis auf die Problematik des Begriffs der Lebensqualität als einen Begriff ohne allgemeingültige Definition oder einheitliche Zielvorstellung dar. Mit dem Charakter eines „Schlagwortes“ (Schölmerich, 1990, S. 9) hat der Begriff der Lebensqualität in den letzten Jahren neben der bereits länger gebräuchlichen Anwendung in den Disziplinen der Psychologie, der Medizin sowie der Soziologie auch in der Alltagssprache zunehmend an Bedeutung gewonnen. Während der Begriff in der Pharmabranche anhand des Versprechens „mehr Lebensqualität für Hochdruckpatienten“ für Antihypertonika wirbt, ein Reformhaus seinen Kunden „ein Mehr an Lebensqualität durch eine kontrollierte und damit gesündere Ernährungsweise“ bietet und in der Bauindustrie ein Hausbau mit Ziegeln für „ein Stück Lebensqualität“ steht, erfährt der Terminus in dem alltäglichen Sprachgebrauch zunehmend an Geläufigkeit, ohne, dass die Assoziationen, die ein Individuum mit dem Begriff der Lebensqualität verbindet, eindeutig oder einheitlich wären (Rupprecht, 1993, S. 16). Diese begriffliche Vielfalt aus dem Alltagsverständnis scheint sich ebenso in der wissenschaftlichen Literatur der oben angesprochenen Fachbereiche widerzuspiegeln. Ein interdisziplinärer Konsens über das Konstrukt der Lebensqualität fehlt bislang.

2.1.1 *Ursprung und Entstehung des Begriffs Lebensqualität*

Der Ursprung der Lebensqualitätsforschung liegt in der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung, welche Lebensqualität zunächst als ein auf größere Bevölkerungsgruppen bezogenes, einseitig ökonomisch-materialistisches Maß an objektiven Lebensbedingungen auffasste (Schumacher et al., 2003). Im Mittelpunkt des Interesses dieser Forschungsrichtung (*social indicator research*) in den USA der 30er und 40er Jahre stand die Lebensqualität ganzer Populationen, beschrieben mit Hilfe von sogenannten sozialen Indikatoren wie beispielsweise das Bruttonationalprodukt als Indikator für Wohlstand und Lebensstandard einer Gesellschaft (Rupprecht,

1993). Ähnlich begründet auch Hillmann (1994)³ die Entstehung des Begriffs der Lebensqualität (*Quality of Life*) aus der komplexen Krise der modernen Industriegesellschaft in den USA; orientiert vor allem an Wirtschaftswachstum und Inlandsprodukt steht der Begriff der Lebensqualität als umfassende Bezeichnung für die gesamten Lebensbedingungen. Entsprechend dieser sozialwissenschaftlichen Ansätze umfasste das Konzept der Lebensqualität damals zunächst soziale und/oder ökonomische Indikatoren wie beispielsweise das Einkommen und die materielle Sicherheit, die politische Freiheit und Unabhängigkeit, die soziale Gerechtigkeit, Rechtssicherheit sowie gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, fokussierte dabei jedoch nicht auf die Lebensbedingungen eines einzelnen Individuums, sondern, wie bereits erwähnt, auf die Beschreibung der Lebensqualität ganzer Populationen (Schumacher, 2003; Hillmann, 1994). Erst in der weiteren Entwicklung gewannen neben den objektiv-ökonomischen zunehmend auch subjektive Indikatoren wie Lebenszufriedenheit, Glück sowie Wohlbefinden an Bedeutung und verhalfen sozial-politischen Aktivitäten in den 60er und 70er Jahren auch in Deutschland ihre Zielvorstellungen mit Inhalt zu füllen (Schölmerich, 1990). Nicht zuletzt Willy Brandt sprach 1967 von Lebensqualität als Grundrecht und wesentlichem Gut in der Politik (Bullinger, 1996).

Über die materiellen Aspekte hinaus erfuhr der Terminus der Lebensqualität folglich zunehmend eine Erweiterung seiner möglichen Bedeutungen und damit Einzug in eine Vielzahl von Interessensgebieten und wissenschaftlichen Disziplinen. Dabei scheinen die Anerkennung sowie die Popularität des Konzepts der Lebensqualität sowohl im alltäglichen Sprachgebrauch wie auch interdisziplinär in der wissenschaftlichen Literatur nicht überraschend und im menschlichen Dasein selbst begründet. Lebensqualität spiegelt als individuumbezogenes Konzept ein Grundbedürfnis jedes einzelnen Menschen wider und wird von jedem Individuum in verschiedenartiger Weise sowie in unterschiedlichem Maße angestrebt.

Überdies erinnert das Konzept der Lebensqualität an die von der Weltgesundheitsorganisation aufgestellte Definition: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO definition of Health, 1948), welche eine enorme Erweiterung des Gesundheitsbegriffs und einen für jeden Menschen erstrebenswerten Zustand in Abwesenheit von Krankheit sowie in

³ Hillmanns Ausführungen basieren auf Zapf (1972; 1987), Dierkes & Bauer (1973), Glatzer & Zapf (1984) und Majer (1984).

umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden darstellt (Katschnig, 1998).

Entsprechend der bereits erwähnten uneinheitlichen Begrifflichkeit als ein Kernproblem der Lebensqualitätsforschung existieren diverse konkurrierende Termini, die mit dem Begriff der Lebensqualität verwandt sind oder mit diesem synonym verwendet werden. Bei Durchsicht der wissenschaftlichen Literatur zum Thema der subjektiven Befindlichkeit einer Person finden sich folgende Konstrukte:

- *Glück*
- *Subjektives Wohlbefinden*
- *Lebenszufriedenheit*
- *Lebensqualität*

Zum Teil sind diese Begriffe konzeptuell nur schwer voneinander zu trennen und werden deshalb in ähnlicher Weise verwendet (Mattejat & Remschmidt, 1998). Anhand von Vergleichen theoretischer Arbeiten aus dem Begriffsfeld der Lebensqualität lassen sich ansatzweise jedoch feine Unterschiede erkennen.

Glück

Das *Glück* wird von einzelnen Individuen unterschiedlich erlebt und ist Ergebnis subjektiver Wahrnehmungen und Bewertungsprozesse (Mayring, 1991). Es bezeichnet einen kurzfristigen, positiven emotionalen Zustand und stellt offensichtlich eine wichtige Komponente im Konzept der Lebensqualität dar (Rupprecht, 1993).

Subjektives Wohlbefinden

Während das Konzept der Lebensqualität eher im Kontext der Sozialwissenschaften sowie der Medizin entstand, stellt das Subjektive Wohlbefinden ein originär psychologisches Konzept dar. Eine definitive Abgrenzung dieser beiden Begriffe scheint unmöglich, „da sie teilweise synonym verwendet werden oder aber die Lebensqualität über Aspekte des Wohlbefindens definiert ist.“ (Schumacher et al., 2003, S. 3).

Lebenszufriedenheit

Das Konstrukt der Lebenszufriedenheit definiert sich durch die Kongruenz zwischen erstrebten und erreichten Zielen (Rupprecht, 1993). Dabei werden Lebensvorhaben

und Lebensziele hinsichtlich ihrer Erfüllung beleuchtet sowie gegeneinander abgewogen. Aus diesem Bewertungsprozess resultierend ergibt sich die Lebenszufriedenheit.

Lebensqualität

Lebensqualität dagegen stellt ein globales, übergeordnetes Konstrukt dar (Rupprecht, 1993). Katschnig (1996) fasst unter dem Begriff der Lebensqualität die subjektive Zufriedenheit einer Person mit ihren Lebensumständen, das objektive Funktionieren der Person in ihren sozialen Rollen und die Verfügbarkeit von externen Ressourcen wie materielle und finanzielle Rahmenbedingungen zusammen (zit. nach Mattejat & Remschmidt, 1998). Diese Einteilung in objektive und subjektive Aspekte der Lebensqualität, im Sinne von Handlungs- und Funktionsfähigkeit einerseits und subjektivem Wohlbefinden und Zufriedenheit andererseits, hat sich in einer Vielzahl empirischer Untersuchungen als zweckmäßig erwiesen und wird unter anderem auch von Mattejat und Remschmidt (1998) propagiert.⁴

Trotz dieser definitorischen Ansätze bleibt eine Abgrenzung zu oben verwandten Konzepten bei Abwesenheit einer allgemeingültigen Definition schwierig bzw. nicht möglich (Schumacher et al., 2003) und die konzeptuelle Unsicherheit im Begriffsfeld der Lebensqualität nachvollziehbar. Diesem begrifflichen Dunkel könnten die verschiedenen Forschungstraditionen unterschiedlicher Disziplinen wie der Philosophie, der Soziologie, der Medizin und der Psychologie zugrunde liegen, die sich alle bereits seit Jahren mit dem Konzept der Lebensqualität oder mit verwandten Konstrukten zur Beschreibung der individuellen Befindlichkeit beschäftigen und jetzt eine Vielfalt an Definitionsansätzen hervorbringen (Rupprecht, 1993).

Schölmerich (1990) bemerkt hierzu: „Es erscheint aussichtslos, diesen Begriff zu definieren [...]“ (S. 9).

2.1.2 Etablierung der Definition Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Obgleich in den Sozialwissenschaften bereits länger etabliert, erhielt der Begriff der *Lebensqualität* erst Mitte der 70er Jahre als individuumbezogenes Konzept Einzug in den medizinischen Sprachgebrauch; vorerst in der angloamerikanischen Literatur, seit Anfang der 80er Jahre zunehmend auch im deutschen Sprachraum. Unbeansprucht ist der Begriff der Lebensqualität als Charakterisierung ärztlichen Handelns in der Medizin

⁴ Vergleiche hierzu Kapitel 2.5: *Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK)*.

jedoch nicht. Neu ist aber der Versuch Lebensqualität messbar und damit der wissenschaftlichen Untersuchung zugänglich zu machen (Schölmerich, 1990). Der Begriff *gesundheitsbezogene Lebensqualität* besitzt in der Medizin – im Gegensatz zum sozialwissenschaftlichen Gebrauch mit starker materieller und politischer Verankerung – einen klaren Gesundheitsbezug und reflektiert eine Hinwendung zum subjektiven Erleben der Patienten (Bullinger, 2000). Die Bezeichnung *gesundheitsbezogene Lebensqualität* (*Health Related Quality of Life, HRQL*) versucht eine Präzisierung des weitläufigen Begriffs sowie eine Abgrenzung gegenüber einem globalen Konzept der Lebensqualität (Katschnig, 1998). Der Terminus *gesundheitsbezogene Lebensqualität* ist als ein Teil der allgemeinen Lebensqualität zu verstehen und bezieht sich folglich nicht auf gesellschaftliche Dimensionen (Schmeck, 1998), sondern umfasst allein alle Aspekte der Lebensqualität, die mit der Gesundheit bzw. Krankheit einer Person zusammenhängen (Mattejat & Remschmidt, 1998; Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001). Obgleich derzeit noch keine einheitliche Definition des Begriffs der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* existiert, gilt weitgehend Konsens darüber, dass eine operationale Definition folgende Komponenten beinhalten sollte (Bullinger, 1993; zit. nach Schmeck, 1998):

- Psychisches Wohlbefinden
- Körperliche Verfassung
- Soziale Beziehung
- Funktionsfähigkeit im alltäglichen Leben

Unterstützt durch Lorenz & Koller (1996) umgrenzt der Begriff *subjektive Gesundheit* einen noch engeren Rahmen. Dieses Konzept der Lebensqualität beschränkt sich auf das subjektive Wohlbefinden eines Patienten auf drei Ebenen:

- somatisch (Häufigkeit und Intensität körperlicher Symptome)
- psychisch (Angst, Depression, Zuversicht, Lebenswille)
- und sozial (Familienleben, Arbeitsplatz, Sexualität).

2.1.3 Etablierung der Lebensqualitätsforschung in der Medizin

Die Entwicklung der Lebensqualitätsforschung verlief laut Bullinger (1997) in drei Phasen. Während in der ersten Phase Mitte der 70er Jahre Arbeiten zu Eigenschaften, Charakter und Herkunft der Lebensqualität philosophischer Qualität entstanden, nahmen in der zweiten Phase Anfang der 80er Jahre die ersten Messinstrumente Gestalt

an, bis diese in der dritten Phase seit Beginn der 90er Jahre in ersten klinischen Studien eine Anwendungserprobung fanden.

Das zunehmende Interesse der Medizin an der Lebensqualitätsforschung scheint dabei durch einen allgemeinen, durch folgende Aspekte gekennzeichneten Wandel im Gesundheitswesen begründet zu sein:

- Der Gesundheitsbegriff erfährt eine Erweiterung seiner Bedeutung mit der Folge, dass dieser nicht mehr nur die rein körperliche Verfassung erwägt, sondern auch psychische sowie soziale Aspekte gemäß der Gesundheitsdefinition der WHO berücksichtigt: „Health means more than freedom from disease, freedom from pain, freedom from untimely death. It means optimum physical, mental and social efficiency and well-being.“ (WHO, Ottawa Charta, 1986).
- Ein Abweichen von der traditionellen Rollenverteilung der Arzt-Patienten-Beziehung führt zu einer stärkeren Einbeziehung der Patienten in Behandlungsentscheidungen und -bewertungen (Mattejat & Remschmidt, 1998).
- Die Veränderung des Krankheitsprofils der Bevölkerung ist durch eine drastische Verminderung akuter Erkrankungen (v.a. Infektionskrankheiten) sowie einem deutlichen Überwiegen chronischer Leiden gekennzeichnet (Schölmerich, 1990). „Heute, am Ende des 20. Jahrhunderts, sind über 80% der Patienten chronisch krank“ (Diehl et al., 1990, S. 149). Insbesondere im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen sowie Behinderungen ist eine Thematisierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität folglich unerlässlich (Schumacher et al., 2003; Mattejat & Remschmidt, 1998).
- Ein weiterer Aspekt ist ferner die demographische Entwicklung der letzten Jahrzehnte mit einer relativen Zunahme älterer Menschen, deren therapeutische Zielvorstellungen sich vorwiegend auf eine Leidensminderung sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht sowie auf eine Bewältigung der damit verbundenen Einschränkungen im sozialen Leben konzentrieren (Schölmerich, 1990).
- Mit der Weiterentwicklung diagnostischer sowie therapeutischer Verfahren, die zusätzlich zu einer gesteigerten Effektivität teilweise auch mit einer höheren Aggressivität einhergehen, ist einer überlegten Kosten-

Nutzen-Abwägung und einer Bewertung von Erfolgsaussicht versus Belastung zunehmend Bedeutung beizumessen (vgl. Schölmerich, 1990). Das Verhältnis von erwünschter Symptombeeinflussung zu unerwünschter Beeinträchtigung des subjektiven Befindens ist in Bezug auf Therapieauswahl und -evaluation stärker zu beachten (Rupprecht, 1993).

- Steigende Kosten sowie die Forderung nach einer umfassenden Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung unterstreichen die Notwendigkeit definierter Kriterien zur Beurteilung von Behandlungseffektivität und -effizienz, um verschiedene Präventions-, Therapie- und Rehabilitationsalternativen hinsichtlich ihrer Anwendungsgebiete und in Bezug auf die Kosten-Nutzen-Frage vergleichen und bewerten zu können (Mattejat & Remschmidt, 1998). Aus diesem Grund widmen sich auch Träger der Gesundheitsversorgung, u.a. die Ärzteschaft, die Krankenkassen und die pharmazeutische Industrie, zunehmend dem Thema Lebensqualität (Bullinger, 1997).

Der Ausgangspunkt der Verbreitung des Lebensqualitätskonzepts in der Medizin befindet sich u.a. in der Onkologie, da dort die Problematik einer Kosten-Nutzen- bzw. Lebensquantität versus Lebensqualität-Abwägung hinsichtlich der meist palliativen Therapiesituation besonders deutlich wird: eine Lebensverlängerung um einige Monate bis Jahre mittels einer palliativen Chemo- oder Strahlentherapie ist häufig nur mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität des Patienten durch stark belastende Nebenwirkungen realisierbar (Flechtner, 1998; Katschnig, 1998). Zunehmend effektivere, tumorreduktivere Therapiestrategien kennzeichnen in der onkologischen Forschung das ausschließliche Interesse an der quantitativen Bemessung des Lebens, sprich der Lebensverlängerung. Im Vordergrund stehen dabei Tumorzeichen, nicht Lebenszeichen eines Patienten (Diehl et al., 1990). Auf maximale Tumorreduktion folgte jedoch bald die ernüchternde Erkenntnis, dass Maßnahmen zwar medizinisch wirksam sein konnten, aber nicht in gleicher Weise zu einer Zunahme der subjektiven Zufriedenheit des Betroffenen führen (Schmeck, 1998). Diese Frage zu Sinn oder Unsinn einer Therapie findet sich gleichermaßen jenseits der Grenzen wissenschaftlicher Fachliteratur. Der englische Schriftsteller David Lodge (1991) thematisiert die Problematik, indem er seine Romanfigur dankend ablehnen lässt, als dieser erfährt sein Leben

könne durch eine Chemotherapie verlängert werden: „No thanks, I'd rather die with my own hair on“ (Lodge, 1991, S. 26, zitiert nach Katschnig, 1998, S. 167).

Jenseits des Fachbereichs der Onkologie gewinnt die Lebensqualität im Sinne eines Evaluationskriteriums in der Medizin zunehmend an Bedeutung und stellt als gesundheitsbezogene Lebensqualität ein zentrales Forschungsthema dar (Schumacher et al., 2003). Nachdem die Evaluation der medizinischen Versorgung traditionell allein anhand von somatischen Indikatoren und Mortalitätsraten vollzogen wurde, werden neuerdings zusätzlich alternative Kriterien wie die Funktionsfähigkeit und die subjektive Befindlichkeit eines Patienten zur Bewertung medizinischer Behandlungsverfahren herangezogen (Bullinger, 1997; Mattejat & Renschmidt, 1998). Würde sich Gesundheit direkt und ausschließlich aus klinischen Parametern bestimmen lassen, könnte man auf begleitende Untersuchungen zur Lebensqualität verzichten. Doch häufig decken sich physiologische und psychologische Beurteilungen lediglich unvollständig oder gar nicht (Bettge & Sieberer, 2001).

Entsprechend der Erkenntnis „nicht jede medizinische Maßnahme, die wirksam ist, nützt dem Patienten.“ (Schmeck, 1998, S. 195) sollte deswegen für die Beurteilung medizinischer Maßnahmen gelten, nicht mehr nur somatische Parameter oder Überlebenszeiten als Indikatoren zu erfassen, sondern zusätzlich subjektive Erlebnisweisen des erkrankten Menschen hinsichtlich seines Gesundheitszustandes, der Selbstständigkeit im Alltag sowie der Zufriedenheit mit seiner Lebenssituation zu berücksichtigen (vgl. Schumacher et al., 2003; vgl. Bullinger, 1997). Damit treten neben den traditionellen Kriterien zur Beurteilung medizinischen Handelns „Aspekte in den Vordergrund, die unter dem Stichwort *Lebensqualität* zusammengefasst werden können.“ (Mattejat & Renschmidt, 1998, S. 183).

Mit der Einführung des Lebensqualitäts-Konzepts in die Gesundheitsversorgung erfährt die lang vernachlässigte subjektive Erlebnisweise der Krankheit durch den Patienten zunehmend Aufmerksamkeit. Neben definierten Krankheitskriterien werden vermehrt der soziale Kontext und die allgemeine Lebenssituation sowie psychische und subjektive Aspekte eines Patienten im Hinblick auf seine medizinische Versorgung berücksichtigt. Folglich findet sich hiermit ein geeignetes Kriterium mit Hilfe dessen Therapieindikation, -planung und -erfolg patientenorientiert evaluiert werden können.

Als bedeutende Anwendungsgebiete sind vor allem, wie schon erwähnt, die Onkologie, die Chirurgie, körperliche Behinderungen sowie chronische Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes mellitus anzusehen; Erkrankungen, „bei denen eine Heilung nicht

möglich ist, sondern eine möglichst optimale Kompensation der Erkrankung angestrebt wird.“ (Mattejat & Remschmidt, 1998, S. 184).

Folgendes Beispiel aus der Psychiatrie zeigt anschaulich, warum die Frage der Lebensqualität über genannte Disziplinen hinaus diskutiert und in der Patientenversorgung bedacht werden sollte (Katschnig, 1998):

Zur Behandlung der Schizophrenie wurden Mitte der 50er Jahre die Neuroleptika eingeführt, dessen therapeutische Effekte sowohl in der Akutphase wie auch in der Rückfallsprophylaxe wissenschaftlich eindeutig belegt sind. Die Fokussierung der Rückfallquote als Outcome-Kriterium der Schizophrenie erscheint jedoch aus Sicht der Lebensqualitätsforschung ungenügend und sollte durch die Frage nach der subjektiven Befindlichkeit der Patienten, die unter einer Dauertherapie mit Neuroleptika stehen, ergänzt werden. Tatsächlich nämlich weist ein Großteil dieser Patienten extrapyramidale Symptome auf, die nicht nur mit unangenehmen Empfindungen verbunden sind, sondern ferner die sozialen Kontakte eines Patienten massiv beeinträchtigen. Folglich ist die Lebensqualität dieser Patienten extrem schlecht, obgleich die Symptome der Schizophrenie verschwunden sein mögen.

2.1.4 Lebensqualitätsforschung in der Psychiatrie

Im psychiatrischen Bereich fand das Konzept der Lebensqualität im Vergleich zu anderen Fachgebieten bisher eher wenig Berücksichtigung, insbesondere die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen scheint bislang nur ungenügend untersucht (vgl. Mattejat & Remschmidt, 1998). Schmeck (1998) deutet sogar darauf hin, dass das Thema *Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* bisher nicht zu existieren scheint.⁵ Dieser Rückstand lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass die allgemeine Lebenssituation sowie das subjektive Befinden eines Patienten im psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebiet ohnehin schon immer Beachtung fanden. Folglich standen Aspekte der Lebensqualität seit jeher im Interesse der Psychiatrie und Psychotherapie, lediglich ohne die Verwendung des Begriffs *Lebensqualität*, aber im Rahmen alternativer Konzepte oder Bezeichnungen wie beispielsweise *Allgemeine psychische Verfassung*, *Befindlichkeit* oder *Leidensdruck* (Mattejat & Remschmidt, 1998). „Lebensqualität [...] im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich ist nichts Neues“, daher scheint es fraglich, ob eine Einführung des Konzepts der Lebensqualität

⁵ Schmeck (1998) bezieht sich dabei auf Lehrbücher der Kinder- und Jugendpsychiatrie und auf eine Literaturrecherche in der Datenbank Medline bis zum Jahre 1995.

in den psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Bereich zu neuen Erkenntnissen führen wird (ebd., S. 193).

Darüber hinaus erscheint eine strikte Abgrenzung von Aspekten der Lebensqualität einerseits, zu Aspekten der Psychopathologie einer psychiatrischen Erkrankung andererseits, kaum möglich; negative Befindlichkeitsäußerungen können neben einer beeinträchtigten Lebensqualität ferner Ausdruck der psychiatrischen Störung sein (Flechtner et al., 2002). Depressive Patienten mit ihrer „schwarzen Brille vor den Augen“ schätzen Aspekte ihrer Lebensqualität generell sehr schlecht ein, während manische Patienten durch ihre „rosa Brille“ Aspekte ihrer Lebensqualität eher in positiver Hinsicht überschätzen (Katschnig, 1998, S. 170).

Dennoch lässt sich festhalten, dass die Bedeutung der Lebensqualität als Erfolgsparemeter der psychotherapeutischen Behandlung mittlerweile unbestritten ist. Verschiedene Aspekte weisen darauf hin, dass die Lebensqualität zu den Variablen gehört, die den Verlauf einer Erkrankung maßgeblich beeinflussen können. Somit ist nur unter Einbeziehung subjektiver, individueller Bewertungsmaßstäbe der Patienten, die sich auf ihre allgemeine Lebenssituation und ihr Wohlbefinden beziehen, eine Verbesserung der Patientenversorgung hinsichtlich Indikationsstellung, Therapieplanung und -evaluation gewährleistet. Auch im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich lässt sich eine umfassende Qualitätssicherung nur dann realisieren, wenn eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage der Lebensqualität stattfindet (Mattejat & Remschmidt, 1998). Qualitätssicherung bedeutet deswegen nicht nur eine traditionell angestrebte Symptomfreiheit, sondern individuelle Berücksichtigung der Lebensqualität der Betroffenen (Katschnig, 1998).

Damit scheint die Notwendigkeit der Lebensqualitätsforschung auch in der Medizin anerkannt. Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass Lebensqualität als Entscheidungs- und Bewertungskriterium in der Medizin berücksichtigt werden sollte. Uneinigkeit herrscht dagegen jedoch darüber, wie das Konstrukt der Lebensqualität am besten operationalisiert und damit gefasst werden kann (Schmeck, 1998).⁶ Ferner ist ein Missverhältnis zwischen der Forderung nach und der Umsetzung des Lebensqualitätskonzepts in der Praxis aufgrund von grundlegenden konzeptionellen, methodischen und praktischen Problemen nicht zu übersehen (Rupprecht, 1993). Während in der Erwachsenenmedizin diesbezüglich schon Fortschritte zu verzeichnen sind, steckt die

⁶ Vergleiche hierzu auch Kapitel 2.4: *Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität*.

Umsetzung des Lebensqualitätskonzepts in der Kinder- und Jugendmedizin noch in den Anfängen.

Die vorliegende Arbeit soll einen kleinen Beitrag dazu leisten dieses Missverhältnis aufzuklären, um die operationalisierte Erfassung der Lebensqualität insbesondere von psychisch gestörten Kindern mit Hilfe des später vorgestellten Instrumentes in Zukunft realisieren zu können.

2.2 Aspekte zur Problematik der Erfassung der Lebensqualität bei Kindern

Obgleich der sich bei der Erfassung der Lebensqualität ergebenden methodischen Probleme, ist eine Lebensqualitätsforschung und -messung insbesondere bei Kindern und Jugendlichen unerlässlich. Eine Berücksichtigung individuenspezifischer Kriterien und subjektiver Bewertungsmaßstäbe kindlicher Patienten sowie die Einbeziehung dieser in Entscheidungsprozesse klinisch-therapeutischer Maßnahmen sind aus entwicklungspsychologischer Perspektive sehr bedeutend. In der Diskussion hinsichtlich Evaluation und Qualitätssicherung medizinischen, psychologischen sowie therapeutischen Handelns jedoch, hat sich die Berücksichtigung der Lebensqualität als Bewertungs- und/oder Zielkriterium in der Medizin bisher leider primär auf Erwachsene bezogen (Bettge & Ravens-Sieberer, 2001).

Krankheitsspektrum der Kinder

Ähnlich wie in der Erwachsenenwelt⁷ hat sich das Krankheitsspektrum der Kinder und Jugendlichen gewandelt. Aktuelle Untersuchungen weisen insgesamt auf eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen hin (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2004). Zunehmend leiden auch Kinder und Jugendliche an chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Asthma, Allergien und Krebserkrankungen. Ursächlich werden gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen, wie falsche Ernährung, Drogen und mangelnde Bewegung konstatiert, die sich wiederum negativ auf die körperliche Gesundheit, schulische Entwicklung, Konfliktbewältigung und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen auswirken (BmBF, 2004). Zugleich häufen sich Berichte über Kinder, die schon im Grundschulalter vermehrt unter Stress und/oder psychosomatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen leiden. Über eine Zunahme psychosozialer Auffälligkeiten und Störungen wie beispielsweise

⁷ Vergleiche hierzu Kapitel 2.1.3: *Etablierung der Lebensqualitätsforschung in der Medizin.*

das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom bereits in Kindes- und Jugendalter wird ebenfalls zunehmend berichtet (Bettge & Ravens-Sieberer, 2001).

In Anbetracht dieser Erkenntnisse zeigt sich eine deutliche Notwendigkeit die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf das Alltagsleben und das Befinden der Kinder aus ihrer eigenen Sicht sowie aus der Sicht ihrer Bezugspersonen zu erfassen.

Bisherige Lebensqualitätsmessung bei Kindern

Im Vergleich zu der großen Zahl an Messinstrumenten, die mittlerweile für Erwachsene existieren, befindet sich die Lebensqualitätserfassung bei Kindern sowohl international als auch in Deutschland noch weit im Rückstand (Schmeck, 1998). Eine bibliometrische Analyse des aktuellen Forschungsstandes zum Themenbereich Lebensqualität erbrachte folgende Ergebnisse (Mattejat & Remschmidt, 1998):

Wissenschaftliche Arbeiten zu dem Themenbereich Lebensqualität machen in den analysierten psychologisch-wissenschaftlichen Datenbanken einen Anteil von 0,5 bis 1,5 Prozent aus.⁸ Lediglich ein sehr geringer Anteil dieser Arbeiten bezieht sich auf die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (zehn bis 15 Prozent). Im Hinblick auf einen zeitlichen Trend der Lebensqualitätsforschung wurde erklärt, dass der Anteil der Veröffentlichungen in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gestiegen, der Anteil an Arbeiten zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen allerdings konstant geblieben sei, so dass sich nach wie vor nur ein geringer Anteil der Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Daraus lässt sich zusammenfassend ableiten:

- Der Themenkomplex *Lebensqualität* hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.
- Bezogen auf die Arbeiten zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen bleibt ein geringer Anteil stabil, es bildet sich diesbezüglich kein positiver Trend ab.

Nach einer groben inhaltlichen Erfassung der Veröffentlichungen ist ersichtlich, dass die Auseinandersetzung mit der krankheits- bzw. gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen im Vordergrund steht. Dazu zählen überwiegend körperliche Erkrankungen aus der Onkologie, chronische Erkrankungen wie beispielsweise Asthma, Epilepsien und Organtransplantationen sowie auch geistige Behinderungen (Mattejat & Remschmidt, 1998). Auffällig ist, dass zur Lebensqualität bei

⁸ Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken *Psyn dex* und *Psyclit* durchgeführt.

klinisch-psychiatrischen Syndromen im Kindes- und Jugendalter bisher sehr wenige Veröffentlichungen existieren (ebd.). Wie in vorigem Kapitel bereits erwähnt, liegt dieser Umstand eventuell darin begründet, dass im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich die allgemeine Lebenssituation des Patienten seit jeher berücksichtigt wurde und Aspekte der Lebensqualität auch unter anderen konzeptuellen Vorgaben in Diagnostik sowie Therapie mit einbezogen wurden (ebd.). Der Literaturüberblick zeigt des Weiteren, dass die Arbeiten zum Thema Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen vorwiegend theoretischer Natur sind. Empirische Studien, die sich mit der Entwicklung sowie Erprobung von Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität beschäftigen, sind eher selten (Ravens-Sieberer, 2000).

Zuverlässigkeit kindlicher Aussagen

Erschwerend kommt hinzu, dass sich bezüglich der praktischen Erhebungsmethodik kinder-spezifische Probleme ergeben. Ein maßgebliches Problem betrifft die Frage der Beurteilerperspektive: Selbst- versus Fremdurteil (Flechtner et al., 2002). In Anbetracht der möglichen unterschiedlichen Informationsquellen wie Kinder, Eltern, Ärzte und Lehrer ist fraglich, wer zu welchen Aspekten der Lebensqualität des Kindes zuverlässige Aussagen machen kann. Die Zuverlässigkeit kindlicher Urteilskraft wird seit jeher angezweifelt und obwohl die Einschätzung der Lebensqualität aus kindlicher Perspektive oftmals gefordert wird, findet eine Datenerhebung aus kindlicher Sicht bisher kaum Anwendung. Obgleich sich u.a. in einer Querschnittstudie⁹ zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen im Rahmen schulärztlicher Untersuchungen deutlich nachweisen ließ, dass eine Einschätzung der Lebensqualität aus der Elternperspektive nicht mit der subjektiven Sicht der Kinder gleichzusetzen ist, sind bis heute insbesondere bei jüngeren Kindern Fremdbeurteilungsverfahren (*proxy rating*) die Regel (Bettge & Ravens-Sieberer, 2001).

Insbesondere die Eltern-Kind-Übereinstimmung ist in einer Vielzahl empirischer Untersuchungen hinreichend beleuchtet worden, mit dem übereinstimmenden Ergebnis, dass sich durch eine Befragung sowohl der Eltern als auch der Kinder keine redundanten Angaben ergeben, und es daher nicht gerechtfertigt ist, die eine Informationsquelle durch die andere zu ersetzen. Dabei ist es auffällig, dass Eltern- und

⁹ Bettge und Ravens-Sieberer (2001) beziehen sich in ihren Ausführungen auf eine Querschnittsstudie von 2001 zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die im Rahmen schulärztlicher Untersuchungen in Norddeutschland durchgeführt wurde. Die Fragestellungen der Untersuchung bezogen sich zum einen auf die Erfassung der subjektiven Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen aus ihrer eigenen Sicht. Zum anderen wurden diese Einschätzungen mit denen der Eltern verglichen.

Kindangaben hinsichtlich der Beurteilung objektiver Funktionsfähigkeit sowie Aktivität, im Sinne der physischen Gesundheit (*physical HRQOL*¹⁰), gut übereinstimmen. Hinsichtlich der Beurteilung der emotionalen Funktionsfähigkeit sowie der sozialen Aspekte der Lebensqualität, im Sinne der psychischen Gesundheit (*emotional, social HRQOL*), ist die Übereinstimmung der Beurteilung jedoch erschreckend gering (Eiser & Morse, 2001). „In conclusion, optimal measurement of adolescent HRQOL will likely require determining both parent and adolescent perceptions of HRQOL“ (Britto et al., 2004, S. 165).

Kindgerechte Erhebungsinstrumente der Lebensqualität

Die Notwendigkeit kindgerechte Erhebungsverfahren zu entwickeln, welche in ihrer Komplexität an den kognitiven Entwicklungsstand der Kinder angepasst sind, findet in der Lebensqualitätsforschung lediglich langsam Berücksichtigung. Dabei ist von Bedeutung, dass die psychische Gesundheit und Lebensqualität unter Berücksichtigung der jeweiligen Entwicklungsaufgaben und zentralen Lebensbereiche mit ihren entsprechenden Rollenanforderungen (Kindergarten, Schule, Familie, Peers) altersspezifisch zu definieren sind und sich wesentlich von denen Erwachsener unterscheiden (Ravens-Sieberer et al., 2003). Um diesem Vorhaben gerecht zu werden, bedarf es weiterer Untersuchungen kindlicher Krankheits- bzw. Gesundheitskonzepte sowie einer konsequenten Einbeziehung entwicklungspsychologischer Erkenntnisse (Bettge & Ravens-Sieberer, 2001).

Derzeit vorliegende Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, wurden aus dem Erwachsenenbereich auf die jeweiligen Altersgruppen der Kinder übertragen oder aber auch in Diskussionsverfahren mit Kindern und Jugendlichen sowie Experten neu entwickelt (ebd.). Bezüglich einer Befragung von Kindern und Jugendlichen lässt sich eine angemessene Form der Erfassung kindlicher Lebensqualität bestmöglich in Abhängigkeit von der Zielgruppe finden. Neben den häufig angewendeten Fragebogenverfahren zur Selbstbeurteilung oder zur Fremdbeurteilung durch Bezugspersonen sind für kleinere Kinder geeigneter erscheinende Interviewformen oder altersadäquat spielerisch gestaltete Materialien entwickelt worden; in jüngster Zeit auch zunehmend unter Zuhilfenahme neuer Medien wie Computer (Flechtner et al., 2002). Generell ist die Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, insbesondere von jüngeren Kindern, sowohl durch Selbstbeurteilungs-

¹⁰ HRQOL: Health Related Quality Of Life

wie auch durch Fremdbeurteilungsverfahren empfehlenswert, um eine aus verschiedenen Quellen gespeiste und damit umfassende Gesamteinschätzung der Lebensqualität zu erhalten (ebd.).

Ziel der derzeitigen Lebensqualitätsforschung ist die Entwicklung geeigneter Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität von sowohl gesunden als auch kranken Kindern, um damit den Einsatz von lebensqualitätsverbessernden Maßnahmen insbesondere im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zu unterstützen. Zu diesem Zweck müssen Einflussfaktoren auf die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen mit geeigneten Erhebungsinstrumenten identifiziert und anschließend gezielt berücksichtigt werden.

2.3 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Insbesondere bei chronisch kranken oder psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen ist eine aufmerksame Berücksichtigung der Lebensqualität maßgeblich, da eine langwierige Erkrankung im Kindes- oder Adoleszenzalter nachweislich erheblichen Einfluss auf die subjektiv empfundene Lebensqualität hat. Folglich weisen diese kind- und jugendlichen Patienten im Vergleich zu ihren Altersgenossen aus der Normalbevölkerung eine deutlich geringere Lebensqualität auf (vgl. Hesse et al., 2002; vgl. Ravens-Sieberer et al., 2003; vgl. Sawyer et al., 2002).

Um nur einige allgemeine Aspekte der Auswirkungen psychischer bzw. chronischer Erkrankungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu nennen, sei auf eine Studie hingewiesen, welche im Rahmen des Pretests zum bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts mit dem KINDL-R in einer Untergruppe von elf bis 17-jährigen Jugendlichen durchgeführt wurde (Ravens-Sieberer et al., 2003). Mittels eines Selbstbeurteilungsbogens wurden die gesundheitsbezogene Lebensqualität näher exploriert sowie relevante Einflussgrößen auf diese identifiziert. Erwartungsgemäß berichten Kinder mit einer chronischen Erkrankung wie Neurodermitis oder Asthma über eine geringere subjektive Lebensqualität, als gesunde Kinder und Jugendliche. Dies gilt in gleicher Weise für Kinder mit einer identifizierten psychischen Auffälligkeit sowie für Kinder mit chronischen Schmerzen. Je häufiger Schmerzen angegeben werden, desto geringer wird die subjektive Lebensqualität beurteilt. Psychisch auffällige Kinder weisen über sämtliche Subskalen und den Gesamtwert signifikant niedrigere Werte auf, als unauffällige Kinder. Deutliche Unterschiede zeigen

sich ebenfalls zwischen Gruppen von Kindern und Jugendlichen, die in unterschiedlichem Ausmaß über personale, soziale und familiäre Ressourcen verfügen, die als protektive Faktoren für eine psychisch gesunde Entwicklung angesehen werden: Personen mit einer höheren Ausprägung der Ressourcen berichten auch über eine höhere Lebensqualität.¹¹

Folglich erscheint es sinnvoll zu beleuchten, inwieweit Kinder, die an unterschiedlichen Erkrankungen leiden, spezifische Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität erfahren sowie des Weiteren, wie diese gemildert werden könnten. Im Bereich der Evaluation und Qualitätssicherung ist es bedeutsam, inwieweit verschiedene Behandlungsstrategien welche Effekte auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern aufweisen (Ravens-Sieberer, 2000).

Während eine Vielzahl empirischer Untersuchungen auf angesprochene Tendenz hinweist, beschreiben Lauer und Mundt (1995) darüber hinaus, dass die Lebensqualität bei chronisch psychisch Kranken, unabhängig von der Diagnose, nicht nur geringer ist, als in der Normalbevölkerung, sondern ebenfalls geringer als bei Patienten mit chronisch körperlichen Erkrankungen. Dieses für psychiatrische Patienten belastende Ergebnis scheint nicht erstaunlich, da das Selbstwertgefühl als ein wesentlicher Prädiktor der Lebensqualität insbesondere bei psychischen Erkrankungen massiv erschüttert ist (Lauer & Mundt, 1995, Sawyer, 2002).

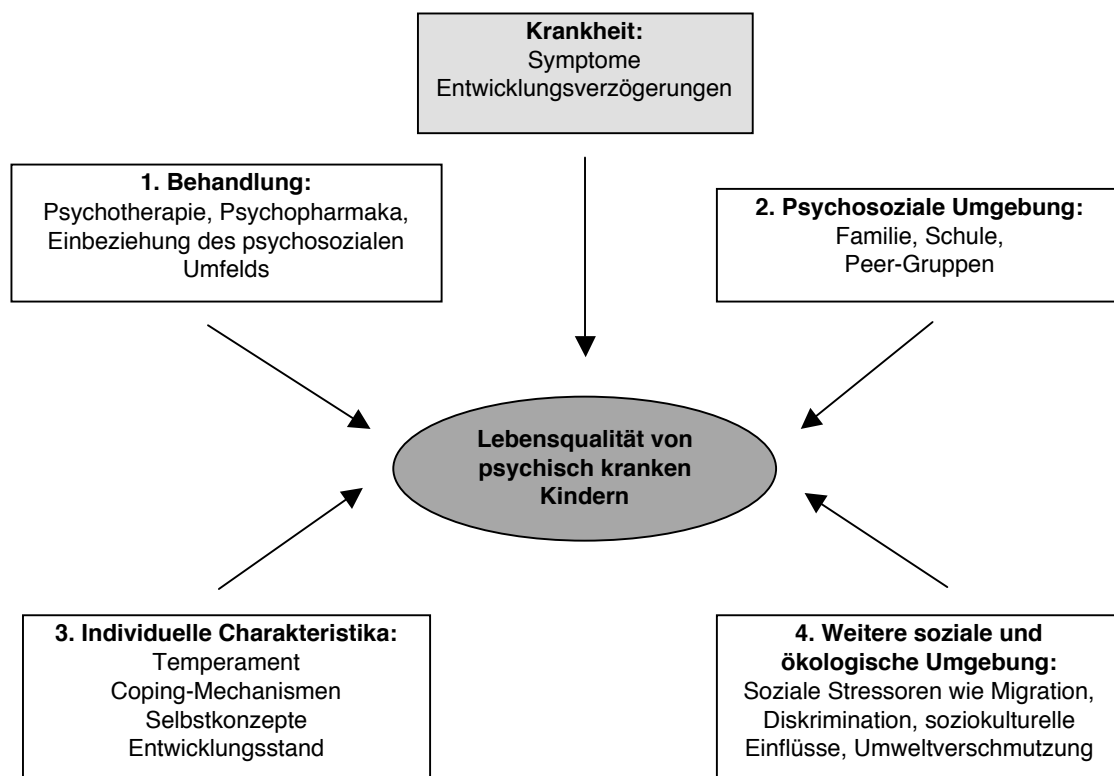
Setzt eine psychische Erkrankung erst im Erwachsenenalter ein, können die Patienten auf eine Zeit ungestörter Entwicklung zurückblicken. Kinder- und jugendpsychiatrische Patienten dagegen erleben ihre Erkrankung in einer sehr sensiblen Phase des Lebens in der vielfältige Entwicklungsaufgaben zu bewältigen sind. Die Persönlichkeitsentwicklung sowie die eigene Identitätssuche als zentrale Entwicklungsaufgaben dieses Lebensabschnitts sind noch nicht abgeschlossen und werden durch die Erfahrung einer psychischen Erkrankung erheblich beeinträchtigt (Schmeck, 1998). Ebenso die Entwicklung der Autonomie in der Adoleszenzzeit sowie die damit verbundene Loslösung vom Elternhaus sind für psychisch kranke Jugendliche wesentlich schwieriger, als für ihre gesunden Altersgenossen (ebd.). Folglich bedeutet gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern mit psychischen Störungen nicht primär Suche nach optimalem Wohlbefinden oder Glücksoptimierung, sondern Verminderung der mit der Krankheit assoziierten Beeinträchtigungen (Katschnig, 1998).

¹¹ Insgesamt zeigte sich ferner eine Tendenz zu einer höheren selbstberichteten Lebensqualität der Jungen im Vergleich zu den Mädchen. Mit dem Alter nimmt die Lebensqualität allgemein ab (signifikant für die Skalen Körper, Familie und Schule).

Neben den erheblichen Beeinträchtigungen der persönlichen Entwicklung eines Jugendlichen, die das Erleben einer psychischen Erkrankung während des vulnerablen Lebensabschnitts der Adoleszenz mit sich bringen kann, erinnert Schmeck (1998) ferner daran die Auswirkungen auf Schul- und Berufsausbildung nicht zu unterschätzen. Bestenfalls führe die psychische Erkrankung lediglich zu einem Verlust an Lebenszeit, so dass die von der individuellen Persönlichkeit abhängigen möglichen Ziele zu einem späteren Zeitpunkt erreicht werden. In ungünstigerem Fall jedoch, werden die Schul- oder Ausbildungsziele aufgrund der chronisch verlaufenden psychischen Beeinträchtigungen nie erreicht (ebd.).

Abgesehen von den beschriebenen Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder ist ferner die Vulnerabilität im Kindes- und Jugendalter erhöht: eine psychische Erkrankung mit Beginn im Kindes- und Jugendalter nimmt folglich häufiger einen schweren und chronischen Verlauf, als bei einem Erkrankungsbeginn im Erwachsenenalter.

Während die psychiatrische Erkrankung selbst bereits einen großen Einfluss ausübt, bietet die folgende Abbildung 2-1 einen Überblick über weitere lebensqualitätsbeeinflussende Faktoren psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (ebd.).



Quelle: Schmeck (1998)

Abbildung 2-1: Einflussfaktoren auf die Lebensqualität psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Wie aus Abbildung 2-1 ersichtlich wird, spielen hinsichtlich einer Beeinträchtigung der Lebensqualität neben der Erkrankung selbst eine Vielzahl weiterer Faktoren eine Rolle. In ihrem persönlichen Umfeld sowie in ihrer eigenen Person begründet ist die individuelle Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen durch eine Vielzahl von Aspekten beeinflusst (Schmeck, 1998):

1. Neben unerwünschter Nebenwirkungen medikamentöser Therapien kann insbesondere für Kinder allein schon die Teilnahme an einer Therapie erhebliche Nachteile im Sinne einer Einschränkung an sozialen Kontakten mit sich bringen, die eventuell nicht durch die positiven Effekte der Therapie aufgewogen werden können (Mattejat & Remschmidt, 1998). Eine Berücksichtigung der Lebensqualität ist deswegen insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtig, um auch hier eine Beeinträchtigung durch negative Behandlungseffekte oder unerwünschte Nebenwirkungen gezielt erfassen und auf ein Minimum reduzieren zu können.
2. Insbesondere bei Kindern ist eine Einbeziehung des psychosozialen Umfelds in die diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen unerlässlich. Die Berücksichtigung der allgemeinen Lebenssituation, im Sinne des familiären, schulischen und sonstigen sozialen Kontexts, ist zur Beurteilung der Lebensqualität im kinder- und jugendtherapeutischen Bereich unentbehrlich (Mattejat & Remschmidt, 1998).

Die psychische Erkrankung eines Kindes zieht neben der eigenen Lebensqualität auch die Lebensqualität der Eltern und Geschwister in Mitleidenschaft, so dass die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern belastet und die Lebensqualität aller Familienmitglieder deutlich eingeschränkt ist. Dies kann wiederum rückwirkend Einfluss auf die Lebensqualität des primär beeinträchtigten Kindes nehmen (Schmeck, 1998).

3. Entscheidende Einflussnahme auf die Lebensqualität wird ferner den individuellen Charakteristika sowie den Eigenschaften einer Persönlichkeit zugeschrieben: „Die Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung ist in starkem Maße abhängig von der zugrunde liegenden Persönlichkeit mit ihrer jeweiligen Temperamentausstattung, den vor Krankheitsbeginn erworbenen Coping-Mechanismen, den vorherrschenden Abwehrmechanismen und der Stabilität des Selbstkonzepts“ (Schmeck, 1998, S. 199).

4. Einflüsse gesellschaftlicher Faktoren auf die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen werden anhand von Rehabilitationsmaßnahmen wie beispielsweise einem gemeindenahen Versorgungsprogramm für schizophrene Jugendliche deutlich, die zu einer Verminderung der Rehospitalisierungsrate und gleichzeitig zu einer Verbesserung der Lebensqualität dieser Kinder führen (Schmeck, 1998).

Um eine annähernd erschöpfende Erfassung dieser lebensqualitätsbeeinflussenden Komponenten zu ermöglichen und damit Ansatzpunkte zur Verbesserung der kind- und jugendlichen Patientenversorgung bieten zu können, ist die Lebensqualitätsforschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin unerlässlich. Das u.a. im Rahmen dieser Arbeit überprüfte Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen bietet eine sichere Identifikation von Bereichen verminderter Lebensqualität und zeigt sich damit wegweisend hinsichtlich Indikationsstellung, Therapieplanung sowie erster therapeutischer Interventionen (vgl. Matzejat et al., 2003).

2.4 Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität

Wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt, hat sich das Konzept der Lebensqualität in anhaltenden Diskussionen hinsichtlich Therapieoptimierung und Qualitätssicherung vor allem im medizinischen und psychologischen Bereich als ein wichtiges Bewertungskriterium etabliert. Seitdem die Lebensqualität als Outcome-Parameter in der Medizin kontinuierlich an Stellenwert gewonnen hat, ist eine deutliche Berücksichtigung nicht mehr nur der körperlichen, sondern auch der psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit sowie damit verbunden eine Erweiterung des Gesundheitsbegriffs zu erkennen (Ravens-Sieberer et al., 2003). Vor diesem Hintergrund, dass Funktionsfähigkeit und subjektive Befindlichkeit eines Patienten neben traditionellen Kriterien wie somatische Indikatoren und Mortalitätsraten eine zunehmende Gewichtung hinsichtlich Therapieindikation und -evaluation im klinisch-therapeutischen Bereich finden, erscheint ein Erhebungsinstrument, welches eine systematische sowie differenzierte Erfassung der Lebensqualität bietet, lebensqualitätsbeeinflussende Faktoren identifiziert und infolgedessen eine Optimierung der Patientenversorgung ermöglicht, unentbehrlich. Die Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität sowie die Integration dieser Erfassungsverfahren in die alltägliche medizi-

nische Diagnostik und Therapieevaluation ist derzeit Gegenstand der Lebensqualitätsforschung (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001).

Das Kapitel 2.4 bietet zunächst einen allgemeinen Überblick über die Differenzen unterschiedlicher Lebensqualitäts-Erhebungsinstrumente. Anhand einiger in praxi gebräuchlicher Lebensqualitäts-Erhebungsinstrumente wird in einem weiteren Abschnitt dieses Kapitels exemplarisch die Möglichkeit der Lebensqualitäts-Messung im Allgemeinen aufgezeigt sowie anschließend ein spezielles Instrument zur Messung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen vorgestellt: *Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)* (Mattejat et al., 1998), welches sich insbesondere zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen eignet.

2.4.1 Grundsätzliche Differenzen der Erhebungsinstrumente

Entsprechend der kontrovers diskutierten Auffassung des Konstrukts der Lebensqualität weisen derzeit vorliegende Erhebungsinstrumente hinsichtlich Aufbau, Durchführung und Auswertung ein uneinheitliches Bild auf. Obgleich grundsätzlich ein weitgehender Konsens darüber besteht, dass „die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein latentes Konstrukt darstellt, das nicht direkt beobachtbar ist, sondern nur indirekt über Indikatoren wie emotionale Befindlichkeit, körperliche Beschwerden und Schmerzen, körperliche Funktionen, soziale Interaktionen, kognitive Funktionen und Lebenszufriedenheit, operationalisiert werden kann“, lassen weiterführende Überlegungen und Versuche einer möglichst umfassenden, optimalen Erfassung der Lebensqualität, dennoch abweichende Erhebungsinstrumente entstehen (Schumacher et al., 2003, S. 5).

Aufbau der Erhebungsinstrumente

Trotz der divergenten Definitionsansätze sowie der unterschiedlichen Assoziationen bezüglich des Begriffs der Lebensqualität,¹² zeigt sich im Hinblick auf die Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes weitgehend Einvernehmen darüber, dass Lebensqualität als Konstrukt in mehreren Dimensionen bzw. Ebenen erfasst werden sollte (Mattejat & Remschmidt, 1998), „denn die Erfahrung zeigt nämlich, dass die Lebensqualität in manchen Bereichen verringert, in anderen aber gut sein kann“ (Katschnig, 1998, S. 171). Aspekte der objektiven Handlungs- und Funktionsfähigkeit sollten getrennt von

¹² Einen Überblick diesbezüglich bietet das Kapitel 2.1: *Definitionsansätze Lebensqualität*.

der subjektiven Zufriedenheit und Wohlbefinden erhoben werden (Katschnig, 1998; Mattejat & Remschmidt, 1998). Während einige Instrumente eine Differenzierung zwischen einer physischen, psychischen und sozialen Ebene der Lebensqualität propagieren, um diese Dimensionen theoretisch erfassen sowie messen zu können, versuchen andere dennoch ein bereichsübergreifendes Globalmaß der Lebensqualität zu ermitteln (Mattejat & Remschmidt, 1998).

Erhebungsmethode

Bezüglich der Erhebungsmethode stellt sich die Frage, aus welcher Informationsquelle und mit Hilfe welcher Art eines Instrumentariums sich Lebensqualität zuverlässig ermitteln lässt. In der Forschungsliteratur fällt auf, dass einer Erfassung der Lebensqualität primär Fragebogenverfahren, seltener Interviews zugrunde liegen (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001).

Beurteilerperspektive der Erhebungsinstrumente

Neben der Art der Erhebung lassen sich des Weiteren Divergenzen bezüglich der Beurteilerperspektive erkennen, welche die Erhebungsinstrumente in patientenbasierte (selbstberichtete) und extern beurteilte (fremdberichtete) Verfahren unterteilen (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001). Wie bereits in Kapitel 2.1 angedeutet, erscheint es hinsichtlich einer Gegenüberstellung Selbst- versus Fremdbeurteilung fraglich, inwieweit die Einschätzung der Lebensqualität durch andere Personen (Familienangehörige, Ärzte oder andere Betreuungspersonen) als Annäherungswert (proxy) für die Lebensqualität des Patienten gelten kann, da in der Regel „der Subjektbezug den Realitätsgehalt der Lebensqualitätsmessung definiert“ (Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist, 2000, S. 12). Insbesondere auch bei der Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen sollten subjektive Größen nicht ausschließlich durch eine Bezugsperson erfasst, sondern von den Kindern selbst beurteilt werden. Dementsprechend müssen die Erhebungsinstrumente leicht verständlich sowie dem Entwicklungsniveau des jeweiligen Kindes angepasst sein (Ravens-Sieberer et al., 2003).

Ferner existieren Erhebungsinstrumente, die sich ausschließlich auf bestimmte Krankheitsbilder beziehen (krankheitsspezifisch) und andere, die Lebensqualität unabhängig von der Diagnose erfassen (krankheitsübergreifend) (Mattejat & Remschmidt, 1998).

Schlussendlich gilt es für alle Erhebungsinstrumente den wesentlichen psychometrischen Anforderungen eines Tests gerecht zu werden.

Jenseits des angloamerikanischen ist mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum eine bemerkenswerte Entwicklung bezüglich der Lebensqualitäts-Erhebungsinstrumente zu erkennen, die den angesprochenen inhaltlichen sowie methodischen Ansprüchen genügen (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001).¹³ Leider bezieht sich die zunehmende Beachtung der Lebensqualität bisher primär auf Erwachsene: „Im Gegensatz zu der großen Zahl an Messinstrumenten bei Erwachsenen ist die Lebensqualitätsmessung bei Kindern sowohl international als auch vor allem in Deutschland noch ein Stiefkind der Forschung.“ (Schmeck, 1998, S. 196), obwohl auch die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen ein sehr wichtiges Kriterium zur Evaluation therapeutischer Maßnahmen darstellt. Insbesondere bei jungen psychisch gestörten Patienten ist eine intensivere Auseinandersetzung mit ihrer Lebensqualität zur Verbesserung dieser einzufordern.¹⁴

2.4.2 Vorstellung ausgewählter Lebensqualitäts-Instrumente

Aus dem Bestand der Lebensqualitäts-Erfassungsinstrumente sollen im Folgenden einige ausgewählte Instrumente vorgestellt werden, die in der Lebensqualitätsforschung beständig eingesetzt werden (vgl. Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001). Da vorliegende Arbeit vornehmlich die Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen behandelt, werden der *Short Form (36) Health Survey (SF-36)* und das *Nottingham-Health-Profile (NHP)* als krankheitsübergreifende Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Erwachsenen sowie das *Quality of Life Interview* als krankheitsspezifisches Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch kranken Erwachsenen lediglich kurz vorgestellt. Für eine detailliertere Beschreibung der Instrumente für Erwachsene sei auf die Dissertation von Tillmann (2006) verwiesen. Anschließend folgt eine ausführlichere Beschreibung des *LKJ* sowie *KINDL-R* als gebräuchliche Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen.

¹³ Eine Übersicht über bestehende Erhebungsinstrumente finden sich u. a. bei Schuhmacher et al., 2003.

¹⁴ Eine genauere Darstellung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere auch bei psychisch auffälligen Kindern, als wichtiges Evaluationskriterium medizinischer, psychologischer und therapeutischer Maßnahmen findet sich in den Kapiteln 2.2 und 2.3.

Short Form (36) Health Survey

Der *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand* (Ware, 1996; dt: Bullinger & Kirchberger, 1998) ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten verschiedener Populationen in Bezug auf psychische, körperliche und soziale Aspekte (Bullinger & Kirchberger, 1998). Er wurde im angloamerikanischen Sprachraum entwickelt und 1998 für die Anwendung in Deutschland von Bullinger und Kirchberger in die deutsche Sprache übertragen, psychometrisch geprüft sowie normiert (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001).

Der Fragebogen zur Selbsteinschätzung besteht aus 36 Fragen (Items), die acht Dimensionen subjektiver Gesundheit bilden, welche sich wiederum in zwei Bereiche *Körperliche Gesundheit* und *Psychische Gesundheit* einordnen lassen. Folgende Tabelle 2-1 präsentiert die Dimensionen des *SF-36*, unterteilt in *Körperliche* und *Psychische Gesundheit*.

Tabelle 2-1: Dimensionen (Anzahl der Items) des SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

KÖRPERLICHE GESUNDHEIT	PSYCHISCHE GESUNDHEIT
1. Körperliche Funktionsfähigkeit (10 Items)	5. Vitalität (4 Items)
2. Körperliche Rollenfunktion (4 Items)	6. Soziale Funktionsfähigkeit (3 Items)
3. Körperliche Schmerzen (2 Items)	7. Emotionale Rollenfunktion (3 Items)
4. Allgemeine Gesundheit (5 Items)	8. Psychisches Wohlbefinden (5 Items)
→ Insgesamt 36 Items	

Im Gegensatz zu dem nachfolgend beschriebenen *NHP* liegt bei diesem Instrument der Schwerpunkt nicht auf der subjektiven Gesundheitswahrnehmung, sondern auf der Funktionsfähigkeit (Bloomfield, 1996).

Der Einsatz dieses Fragebogens erstreckt sich vom klinischen Bereich bis zur epidemiologischen Forschung für Patienten ab 14 Jahre. Er liegt in einer Akutform (eine Woche) sowie in einer chronischen Form (vier Wochen) sowohl als Selbstbeurteilungswie auch als Fremdbeurteilungsversion vor (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001). Die Bearbeitung des Fragebogens dauert etwa zehn Minuten. Der Beantwortung dienen dichotome Antwortvorgaben sowie skalierte Antwortkategorien, die zur Auswertung zu Summenskalen aufaddiert und anschließend transformiert werden, um einen Vergleich der Skalen zu ermöglichen (Bullinger & Kirchberger, 1998). Nach neueren Entwicklun-

gen steht mit dem SF-12 eine ökonomischere Kurzform des Verfahrens zur Verfügung, welche sich besonders im Rahmen von Screening-Untersuchungen eignet (Dauer des Ausfüllens: ca. 2 Minuten).

Das Verfahren ist aufgrund seiner psychometrischen sowie ökonomischen Qualität eines der Standardinstrumente der internationalen Lebensqualitätsforschung (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001).

Nottingham-Health-Profile (NHP)

Ebenfalls ein Fragebogen zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, „eines der ältesten Verfahren zur Erfassung subjektiver Gesundheit“ (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001, 249), stellt das *Nottingham-Health-Profile (NHP)* (Hunt, McEwen & McKenna, 1985; zit. nach Schuhmacher, 2003) dar. Es handelt sich um ein mehrdimensionales Selbstbeurteilungsverfahren (Kohlmann, Bullinger & Kirchberger-Blumstein, 1997, S. 175ff; zit. nach Schuhmacher et al., 2003), welches ursprünglich aus dem angloamerikanischen Sprachraum stammt und als Instrument für die Messung subjektiven Wohlbefindens (*perceived distress*) vorgesehen war (ebd.). 1997 wurde es von Kohlmann und Bullinger in die deutsche Sprache überführt.

Zielsetzung des Verfahrens ist die Erfassung physischer und psychosozialer Gesundheitsprobleme sowie der dadurch beeinträchtigten Aktivitäten (Hinz et al., 2003) im Rahmen der subjektiven Wahrnehmung seiner Gesundheit eines Individuums. Das Verfahren ist sowohl alters- als auch diagnoseunabhängig und ist auch bei Patienten einsetzbar, bei denen eine differenziertere Befragung eher schwierig wäre (Schuhmacher, 2003).

Wie in Tabelle 2-2 dargestellt, umfasst der Fragebogen sechs Dimensionen, die insgesamt 38 Items zählen (Hinz et al., 2003).

Tabelle 2-2: Dimensionen (Anzahl der Items) des Nottingham-Health-Profile (NHP)

DIMENSIONEN
1. Energieverlust (3 Items)
2. Schmerz (8 Items)
3. Emotionale Reaktion (9 Items)
4. Schlafprobleme (5 Items)
5. Soziale Isolation (5 Items)
6. Mobilisationsverlust (8 Items)
→ Insgesamt 38 Items

Die Items sind mit Hilfe eines vorgegebenen, dichotomen Antwortschemas (trifft zu/trifft nicht zu) zu bearbeiten. Ein Item aus der Dimension *Energieverlust* lautet z.B.: *Ich bin andauernd müde* und ist von dem Patienten entsprechend zu bestätigen oder zu verneinen. Die Durchführungszeit beträgt weniger als 10 Minuten.

Die Auswertung erfolgt über eine Auszählung der Antworten, aus welcher sich Skalenergebnisse zwischen 0 (kein Item als zutreffend angekreuzt) und 100 (alle Items als zutreffend angekreuzt) ergeben. Ein hoher Summenwert entspricht einem hohen Maß an subjektiver Beeinträchtigung, folglich einem geringen Maß gesundheitsbezogener Lebensqualität (Schuhmacher, 2003).

Das NHP wird einem Einsatz sowohl in dem klinischen wie auch in dem epidemiologischen Bereich gerecht und ist bereits vielfach bei klinischen Stichproben eingesetzt sowie international psychometrisch geprüft worden. Nach Erfahrungen der Anwendung in verschiedenen Stichproben lässt sich ein Einsatz insbesondere bei älteren multimorbid erkrankten Personen empfehlen, bei gesunden Personen dagegen ist das *NHP* wenig differenzierungsfähig (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001; Hinz et al., 2003).

Quality of Life Interview (QOLI)

Im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen hat sich die Einbeziehung des Begriffs der Lebensqualität in der psychiatrischen Forschung eher zögerlich entwickelt (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001).¹⁵ Dennoch ist neben den krankheitsübergreifenden Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität bei Erwachsenen wie beispielsweise vorgestellter *SF-36* sowie *NHP* eine Entwicklung krankheitsspezifischer Erfassungsinstrumente der Lebensqualität bei Erwachsenen mit psychischen Störungen zu beobachten.

Zu dieser Reihe von Verfahren zählt zum Beispiel das *Quality of Life Interview (QOLI)*; Lehmann, 1988; zit. nach Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001), welches als *Berliner Lebensqualitätsinterview* auch in deutscher Sprache vorliegt. Es stellt ein strukturiertes Interview für den Selbstbericht des Patienten dar und benötigt zur Durchführung etwa 45 Minuten.

Mittels 143 Items werden acht Lebensdimensionen erfasst. Folgende Tabelle 2-3 stellt die acht Dimensionen des Berliner Lebensqualitätsinterviews vor.

¹⁵ Zu der Entwicklung des Begriffs Lebensqualität in der Psychiatrie siehe auch unter 2.1.4: *Lebensqualitätsforschung in der Psychiatrie*.

Tabelle 2-3: Dimensionen des Berliner Lebensqualitätsinterviews

DIMENSIONEN
1. Lebenssituation
2. Tägliche Aktivitäten und Funktionen
3. Familienbeziehungen
4. Soziale Beziehungen
5. Finanzen
6. Arbeit und Schule
7. Rechtliche und Sicherheitsperspektiven
8. Gesundheit
→ Insgesamt 143 Items

Zu den jeweiligen Bereichen werden sowohl eine objektive Beschreibung der Lebensbedingungen sowie auch eine subjektive Bewertung der Lebenszufriedenheit erfragt (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001).

Fragebogensystem Lebensqualität Kinder- und Jugendpsychiatrie (LKJ)

Ebenfalls ein krankheitsspezifisches Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei psychischen Störungen, jedoch speziell zur Einschätzung der Lebensqualität kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten, stellt das *Fragebogensystem Lebensqualität Kinder- und Jugendpsychiatrie (LKJ)* dar, entwickelt von Flechtner et al., 2000 (Bullinger & Ravens-Sieberer, 2001). Das *LKJ* findet seine Anwendung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen, ferner auch bei Kindern mit somatischen Störungen mit zusätzlicher psychischer Komponente im Alter bis zu 18 bzw. 21 Jahren (Flechtner et al., 2000). Es basiert auf einer Selbst- wie auch auf einer Fremdbeurteilung durch die Eltern und liegt folglich in mehreren Versionen vor:

- K-Version: für Kinder im Alter von zehn bis 14 Jahren (94 Fragen)
- J-Version: für Jugendliche im Alter von 14 bis 18 (21) Jahren (105 Fragen)
- E-Version: für das Elternurteil über das Kind/den Jugendlichen (86 Fragen)

Mit dem Ziel ein annähernd adäquates Abbild der Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen zu ermitteln, ermöglicht das *LKJ* insbesondere für jüngere Kinder, aber auch als Zweitbeurteilungsquelle für ältere Kinder neben dem Selbsturteil der Kinder, eine Erhebung des Elternurteils. Dabei stimmen die verschiedenen Versionen in allen

Bereichen sowohl inhaltlich wie auch hinsichtlich der Fragenformulierung so weit wie möglich überein, um eine spätere Vergleichbarkeit zu gewährleisten (Flechtner et al., 2000).

In Anlehnung an die gängigen Konzepte der Lebensqualität als ein mehrdimensionales Konstrukt in verschiedenen Bereichen folgt auch das *LKJ* der verbreiteten Operationalisierung, versucht aber gleichzeitig die spezifische Situation der Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen.¹⁶ Dementsprechend wurde eine Einteilung in die Bereiche des Physischen, des Psychisch-Seelischen sowie des Sozialen vorgenommen (Flechtner et al., 2000). Wie in Tabelle 2-4 dargestellt, lassen sich die darunter eingegliederten Skalen in allen drei Versionen (*LKJ-E*, *-K*, *-J*) einer Funktions- bzw. einer Symptomskala zuordnen.

Tabelle 2-4: Skalen des Fragebogensystem Lebensqualität Kinder- und Jugendpsychiatrie (LKJ)

FUNKTIONSSKALEN	SYMPTOMSKALEN
KF: Körperliche Funktion	KS: Körperliche Symptomatik
EF I: Emotionale Funktion Freude	ES I: Emotionale Symptomatik Angst
EF II: Emotionale Funktion Selbstvertrauen (nur K- und J-Version)	ES II: Emotionale Symptomatik Schuld/Unglück
CF: Kognitive Funktionen (Schule, Konzentration)	ES III Emotionale Symptomatik Einsamkeit
SF I: Soziale Funktion Familie (Eltern, Geschwister)	SS: Soziale Symptomatik Aggressivität/Impulsivität
SF II: Soziale Funktion Freizeit (Freunde)	
G: Glaube	
LQ: Allgemeine Lebensqualität	

Bezüglich der Antwortvorgaben werden vier- bzw. siebenstufige Likertskalen verwendet, wobei nur drei Globalfragen zur allgemeinen Lebensqualität ihre Antwort in einer siebenstufigen Skalierung finden. Alternativ werden Ja/Nein-Antworten verwendet. Auf weitere Fragen zu Wünschen, zu dem zurzeit Schwersten sowie für anzufügende Mitteilungen ist in Freitext zu antworten (Flechtner et al., 2000).

Die Äußerungen der Patienten werden für die verschiedenen Skalen umkodiert, so dass der Wert 100 dem maximalen Funktionsniveau entspricht und der Wert 100 auf der Symptomskala den höchsten Grad der Symptomausprägung repräsentiert (ebd.).

¹⁶ Zur Operationalisierung des Konstrukts Lebensqualität siehe Kapitel 2.4.

Um ein umfassendes Gesamtbild des Patienten zu erhalten, wird die Erfassung der subjektiven Lebensqualität durch eine ausführliche Erhebung der soziodemographischen Daten wie berufliche, familiäre und soziale Integration ergänzt (ebd.).

Hinsichtlich des Anwendungsgebietes ist das *LKJ* für den Einsatz im klinischen Alltag sowie in klinischen Studien geplant. Die Bearbeitungszeit ist angemessen kurz, sie dauert altersabhängig etwa 15-30 Minuten. Das *LKJ* ist gut verständlich, in der Regel kann der Patient den Fragebogen ohne Hilfestellung eigenständig ausfüllen (ebd.). Um Referenzwerte aus der Normalbevölkerung zu gewinnen, kann das *LKJ* auch bei gesunden Personen angewandt werden.

Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Revidierte Form (KINDL-R)

Demgegenüber stellt der *Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Revidierte Form (KINDL-R)* ein krankheitsübergreifendes Instrument im Kinder-Bereich dar, welches der Forderung nach Berücksichtigung kindlicher Entwicklungsfortschritte sowie dem Prinzip patientengenerierter Datenerhebung mit unterschiedlichen, altersabhängigen Versionen des Fragebogens sowohl mit einer Selbst- als auch mit einer Fremdbeurteilungsversion entgegenkommt (Ravens-Sieberer, 2003).

Der ursprünglich von Bullinger et al. 1994 entwickelte *KINDL-Fragebogen* wurde von Bullinger und Ravens-Sieberer überarbeitet, von 40 Items auf 24 Items gekürzt und um Fremdbeurteilungsversionen sowie krankheitsspezifische Module erweitert. In dieser revidierten Form ist er für die Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 17 Jahren sowohl bei gesunden als auch bei chronisch kranken Kindern, in klinischen sowie epidemiologischen Studien zur Zustands- und Verlaufsbeschreibung geeignet (Schuhmacher, 2003).

Für die Selbstbeurteilung der Lebensqualität durch acht bis 16-jährige Kinder und Jugendliche sowie für die Fremdbeurteilung durch die Eltern oder einer anderen Bezugsperson liegt das Instrument in Fragebogenform vor. Dagegen wird die Selbstbeurteilung für vier bis sieben-jährige Kinder in Form eines standardisierten Interviews durchgeführt. Dieser Aufteilung liegen verschiedene Versionen des *KINDL* zugrunde:

- *KIDDY-KINDL* für Kinder im Alter von vier bis sieben Jahren
- *KID-KINDL* für Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren
- *KIDDO-KINDL* für Kinder im Alter von 13 bis 16 Jahren

- Fremdbeurteilungsbogen für Eltern von Kindern vier bis sieben Jahren
- Fremdbeurteilungsbogen für Eltern von Kindern acht bis 16 Jahren

Mit Hilfe von 24 likert-skalierten Items reflektiert der *KINDL-R* krankheitsübergreifende Aspekte der Lebensqualität und erfasst in Zusatzmodulen spezifische Belastungen durch die Erkrankungen. Dabei berücksichtigt er die für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen als relevant identifizierten Aspekte und Veränderungen der Lebensqualität im Entwicklungsverlauf (ebd.). Von diesen 24 Items werden jeweils vier einer Dimension untergeordnet, abgebildet in Tabelle 2-5.

Tabelle 2-5: Dimensionen und Items des Fragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Revidierte Form (KINDL-R)

DIMENSIONEN	ITEMS
1. Körperliches Wohlbefinden	
2. Psychisches Wohlbefinden	
3. Selbstwert	→ Zu jeder dieser Dimensionen hält der KINDL 4 Items bereit.
4. Familie	
5. Freunde	
6. Funktionsfähigkeit im Alltag (Schule bzw. Vorschule/Kindergarten)	
Zusätzliche Skala „Erkrankung“	

Für die chronischen Erkrankungen Adipositas, Asthma bronchiale, Neurodermitis, Diabetes mellitus sowie für Krebserkrankungen bietet der *KINDL-R* krankheitsspezifische Fragenmodule.

Eine fünfstufige Antwortskala reicht von „nie“ bis „immer“. Die Auswertung erfolgt durch die Bildung von Summenwerten pro Skala und wird mit Hilfe eines computerisierten Programms durchgeführt (ebd.).

Bisherige Analysen und Erfahrungen zur Akzeptanz des Fragebogens sowie zu seiner psychometrischen Qualität lassen den *KINDL-R* hinsichtlich eines breiten Einsatzes als zweckmäßig erscheinen. Ferner zeigen „die *KINDL-R* Werte der befragten Kinder und Jugendlichen [...] die erwarteten Zusammenhänge mit Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie mit weiteren Skalen zur Erfassung sozialer, familiärer und personaler Ressourcen der Kinder und Jugendlichen. [...] Die Ergebnisse zum Lebensqualitätsmessinstrument *KINDL-R* belegen seine hervorragende Eignung für bevölkerungsbezogene Surveys im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen.“ (Ravens-Sieberer, Bettge & Erhart, 2003, S. 345).

2.5 Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)

Infolge der Kenntnis, dass Untersuchungen zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen bisher nahezu vernachlässigt wurden und dass nur wenige zu diesem Zwecke geeignete Instrumente existieren, wurde das *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)* entwickelt.

2.5.1 Definition des Lebensqualitäts-Konzepts als Grundlage für das ILK

Im Hinblick auf die anhaltend sowie kontrovers diskutierten Definitionsversuche in der Fachliteratur sei hier kurz das der Entwicklung des ILK zugrunde liegende Konzept der Lebensqualität näher erläutert.¹⁷

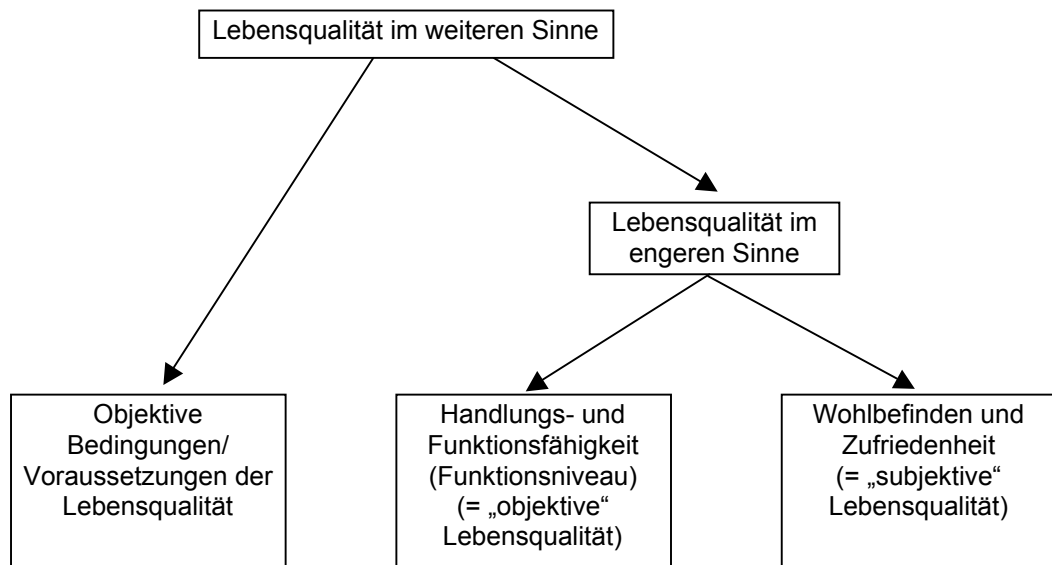
Mattejat und Remschmidt (1998) unterscheiden die Lebensqualität im weiteren von der Lebensqualität im engeren Sinne.

Lebensqualität im weiteren Sinne beschreibt zum Einen die materiellen Voraussetzungen und Bedingungen wie psychische oder körperliche Erkrankungen bzw. Behinderungen sowie psychosoziale Umfeldbedingungen, durch welche die Lebensqualität allgemein beeinflusst werden kann (positiv oder negativ) und zum Anderen die Lebensqualität im engeren Sinne.

Lebensqualität im engeren Sinne umfasst zwei grundsätzlich unterschiedliche Aspekte: einerseits die objektive Handlungs- und Funktionsfähigkeit, das Funktionsniveau, beispielsweise die objektive Leistungsfähigkeit einer Person und andererseits das subjektive Wohlbefinden oder die Zufriedenheit mit der eigenen körperlichen und psychischen Verfassung, mit der eigenen Lebenssituation und Lebensführung.

Zur Veranschaulichung stellt die folgende Abbildung 2-2 die verschiedenen erwähnten Grundaspekte der Lebensqualität bildlich dar (nach Mattejat & Remschmidt, 1998).

¹⁷ Vergleiche hierzu auch das Kapitel 2.1: *Definitionsansätze Lebensqualität*.



Quelle: Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998)

Abbildung 2-2: Grundaspekte der Lebensqualität

Das *ILK* behandelt ausschließlich die Lebensqualität im engeren Sinne, demzufolge die Handlungs- und Funktionsfähigkeit als *objektive* Lebensqualität und das Wohlbefinden sowie die Zufriedenheit als *subjektive* Lebensqualität einer Person (vgl. Abbildung 2-2). Diese verschiedenen Grundaspekte der Lebensqualität sind nur bedingt getrennt voneinander zu betrachten und können nicht auf ein Maß reduziert werden. Während nämlich die Handlungs- und Funktionsfähigkeit durch objektive Lebensbedingungen und -voraussetzungen mitbestimmt wird, hängen das subjektive Wohlbefinden sowie die Lebenszufriedenheit einer Person im Wesentlichen von seiner individuellen Bewertung und Wahrnehmung der Lebensbedingungen ab (Mattejat et al., 1998).

2.5.2 Das Konzept des *ILK*

Das von Mattejat et al. (1998) im Auftrag von sowie in kontinuierlicher Abstimmung mit der Forschungskommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände entwickelte Instrument dient der Erfassung von Lebensqualität von psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen sowie bei Kindern aus der Normalbevölkerung, im Alter von sechs bis 18 Jahren.

Mit dem Anspruch ein Instrument zu entwickeln, welches hinsichtlich Diagnostik und Therapieindikation eine Optimierung sowie bei ärztlicher und psychologischer Behandlung eine Qualitätssicherung bieten könnte, galt es neben den objektiven Aspek-

ten der Funktionsfähigkeit insbesondere auch vermehrt die subjektive Befindlichkeit und die Zufriedenheit der kindlichen Patienten mit einzubeziehen. Um demgemäß ein neuartiges Instrument zu konstruieren, welches zusätzlich geeignet erscheint die Lebensqualität sowohl von gesunden als auch von psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen zu messen, verfolgten Mattejat et al. (1998) bei der Entwicklung des ILK folgende Ziele (Mattejat et al., 1998, S. 175):

1. Die Lebensqualität soll – soweit dies irgend möglich – nicht mit der psychischen Störung selbst vermischt werden (z.B. Depression bzw. Depressivität), sondern soll möglichst klar hiervon abgegrenzt werden. [...]
2. Mit dem Instrument sollen objektive und subjektive Aspekte der Lebensqualität erfasst werden können. [...] sie sollen jeweils von den Beurteilern (Informationsquellen) erhoben werden, von dem am ehesten valide Informationen zu erwarten sind.
3. Die Lebensqualität soll differenziert nach verschiedenen Bereichen bzw. Dimensionen erfasst werden. [...]
4. Die gewonnenen Informationen sollen möglichst mit anderen schon vorhandenen Untersuchungen zur Lebensqualität vergleichbar sein. Deshalb sollte sich die Entwicklung des ILK nach Möglichkeit an vorhandenen Instrumenten orientieren.
5. Das Instrument soll nicht ausschließlich krankheits- oder störungsbezogen konzipiert sein, sondern auch bei psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen anwendbar sein, um Vergleiche mit der Normalbevölkerung zu ermöglichen.
6. Das Instrument soll im klinischen Bereich möglichst breit anwendbar sein, so dass körperliche und psychische Erkrankungen, verschiedene psychiatrische Diagnosen und verschiedene Altersgruppen miteinander verglichen werden können.
7. Durch das Instrument soll die Bedeutung bzw. der Einfluss der psychischen Erkrankung und ihrer Behandlung auf die Lebensqualität erfasst werden.
8. Weiterhin sollen durch das Instrument Informationen gewonnen werden, die für die klinische Praxis, d. h. für die Indikationsstellung und Therapieplanung von Bedeutung sind.
9. Das Instrument soll für die Therapie-Evaluation und Qualitätssicherung geeignet sein.
10. Schließlich soll das Instrument möglichst ökonomisch und praktikabel, d. h. möglichst kurz und leicht verständlich sein.

Anhand dieser Zielsetzungen wurde ein in der klinischen Praxis breit anwendbares Instrument entwickelt, welches als Screening-Verfahren mit der Möglichkeit der Selbst- und Fremdeinschätzung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden kann.

Im Rahmen der Lebensqualitätsbeurteilung einer Person sollte die Einschätzung des *objektiven* Funktionsniveaus bestenfalls durch externe Beobachter (*Außenperspektive*) oder objektive Testverfahren erfolgen, während das *subjektive* Wohlbefinden und die Zufriedenheit durch den Patienten selbst (*Innenperspektive*) beurteilt werden sollte (vgl. Abbildung 2-2, vgl. Mattejat et al., 1998). Vor diesem Hintergrund wurden verschiedene Versionen des ILK-Ratingbogens entwickelt, die es erlauben die Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen durch Beurteilungen aus drei verschiedenen Perspektiven zu erfassen (ebd.):

- Selbstbeurteilung durch das Kind oder den Jugendlichen
- Fremdbeurteilung durch die Eltern
- Fremdbeurteilung aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht durch Fachpersonal (Ärzte/Therapeuten)

Trotz der Erfassung der Lebensqualität aus unterschiedlichen Perspektiven erlaubt die Konzeption des ILK, dass die Angaben der unterschiedlichen Informationsquellen direkt aufeinander bezogen sowie miteinander verglichen werden können. Auf diese Weise können verschiedene Beurteilerperspektiven auf Übereinstimmungen und/oder Abweichungen überprüft sowie objektive und subjektive Einschätzungen miteinander verglichen werden.

Trotz der in Kapitel 2.1 angedeuteten terminologischen Divergenzen besteht in der entsprechenden wissenschaftlichen Literatur „wenigstens relative Einigkeit darüber, dass *Lebensqualität* ein komplexes Konstrukt darstellt, das mehrere Dimensionen bzw. Ebenen umfasst“ (Mattejat & Remschmidt, 1998, S. 187) und somit auf unterschiedlichen Ebenen zu betrachten ist, nämlich auf der physischen, der psychischen und der sozialen Ebene (ebd.). Dementsprechend weist der ILK Items für verschiedene Dimensionen (wie z.B. Schule, Familie, Soziale Kontakte, etc.) auf, die eine Erfassung der Lebensqualität differenziert nach einzelnen Lebensbereichen ermöglichen und somit eine Pauschal-Beurteilung der Lebensqualität unterbinden.

Wie in Tabelle 2-6 dargestellt, umfasst der Fragebogen sieben Items für gesunde Kinder und ihre Eltern bzw. neun Items für psychisch kranke Kinder bzw. elf Items für die Eltern kranker Kinder.

Tabelle 2-6: Items des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)

ITEMS	KINDER UND JUGENDLICHE	ELTERN
1. Schule		
2. Familie		
3. Andere Kinder		
4. Allein sein	→ Die ersten 7 Dimensionen sind von allen Probanden gleichermaßen zu beurteilen	
5. Körperliche Gesundheit		
6. Seelischer Zustand		
7. Insgesamtes Befinden		
8. Belastung des Kindes durch die Krankheit	→ Dimension 8 und 9 stellen krankheits- bzw. behandlungsspezifische Bereiche dar, nur für kranke Kinder und ihre Eltern	
9. Belastung des Kindes durch die Behandlung		
10. Belastung der Eltern durch die Krankheit des Kindes	—	→ Dimensionen 10 und 11 sind nur von den Eltern kranker Kinder zu beurteilen
11. Belastung der Eltern durch die Behandlung des Kindes		

Der Beurteilung der vorgestellten Items dienen fünf-stufige Likert-Skalen von „sehr gut“ bis zu „sehr schlecht“.

Diese Items werden nacheinander aus allen Perspektiven beurteilt und die Einschätzungen der Befragten auf den ILK-Ratingbögen auf Skalen festgehalten.¹⁸

Diese Einschätzungen dienen als Basis für das im folgenden Abschnitt vorgestellte Diagnostische Interview (D-ILK).

2.5.3 Erweiterung des ILK durch das Konzept des Diagnostischen Interviews (D-ILK)

Um das Ankreuzverhalten der Kinder und Jugendlichen auf dem ILK-Ratingbogen besser verstehen zu können, war es von großem Interesse eine Methode zu entwickeln, die es ermöglichen würde lebensqualitätsbeeinflussende Faktoren zu erkennen und damit Rückschlüsse auf das Antwortverhalten zulassen zu können. Eine solche Methode sollte es erlauben Bereiche beeinträchtigter Lebensqualität genauer zu erfassen sowie die jeweiligen positiv oder negativ beeinflussenden Faktoren zu identifizieren.

¹⁸ Zum genauen Aufbau des ILK siehe Kapitel 4.3.1: *Aufbau des ILK*.

ren. Auf diese Weise könnte die Ursache der Beeinträchtigung näher charakterisiert sowie, eventuell auch mit therapeutischer Hilfe, gezielter angegangen werden. Des Weiteren könnte ein Verfahren, welches lebensqualitätsbeeinflussende Faktoren erkennen ließe, zu einer Optimierung und Qualitätssicherung ärztlich- sowie psychologisch-therapeutischer Behandlung beitragen und für diese als Orientierungshilfe dienen.

Vor diesem Hintergrund wurde von Mattejat et al. (1998) ein Diagnostisches Interview (D-ILK) entwickelt, welches die Möglichkeit bietet, die im Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) angesprochenen Items in einem strukturierten Gespräch zu vertiefen. Die Idee, die anhand eines Fragebogens als beeinträchtigt identifizierten Lebensbereiche durch ein Interview näher zu explorieren, ist neu und auf diesem Gebiet bisher einzigartig. Durch die intensive Auseinandersetzung mit den im ILK explorierten Bereichen ermöglicht das D-ILK eine differenzierte Identifizierung der das Ankreuzverhalten beeinflussenden und somit auch lebensqualitätsbeeinflussenden Faktoren, die infolgedessen gezielter angegangen werden können (vgl. Hesse et al., 2002). Im Rahmen dieser Arbeit wurde das Diagnostische Interview (D-ILK) zum ersten Mal angewandt und seine Auswertung überprüft.

Theoretisch handelt es sich bei dem Diagnostischen Interview (D-ILK) um ein durch einen Interviewleitfaden bestimmtes, teilstandardisiertes Interview,¹⁹ welches entsprechend dem ILK in einer Version für Kinder und Jugendliche (D-ILK-J) und in einer Version für Eltern (D-ILK-E) sowie auch in einer Klinik- und in einer Schulversion vorliegt.²⁰

In Abhängigkeit des Antwortverhaltens auf dem *ILK-Ratingbogen* wurden zu jedem ILK-Item: 1 *Schule*, 2 *Familie*, 3 *Andere Kinder*, 4 *Allein sein*, 5 *Körperliche Gesundheit*, 6 *Seelischer Zustand*, 7 *Insgesamtes Befinden*, 8 bis 11 *Beeinträchtigung durch die Krankheit bzw. die Behandlung* vertiefende Fragen formuliert, die Aufschluss über die Motivation des Antwortverhaltens des Probanden hinsichtlich der angeführten Lebensbereiche geben sollen. Das Interview wird somit bei primär gleich bleibender Fragestellung, aber in Abhängigkeit des Antwortverhaltens für jeden Probanden individuell zusammengestellt.

¹⁹ Eine Einordnung des D-ILK in den theoretischen Rahmen verschiedener Interviewformen erfolgt in Kapitel 2.7.2.

²⁰ Eine ausführliche Beschreibung des D-ILK findet sich in Kapitel 4.4. Zur Veranschaulichung befindet sich der Interviewleitfaden zum D-ILK im Anhang 11.3.

Auf diese Weise entsteht ein Interviewleitfaden der sich ganz individuell an dem Lebensqualitäts-Profil eines jeden einzelnen Probanden orientiert und damit eine Möglichkeit zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit diesem bietet, als es mit dem ILK alleine möglich wäre. Dieses durch einen Interviewleitfaden strukturierte Diagnostische Interview ist hinsichtlich des Informationsgehalts und der Validität der gewonnenen Informationen einem unstrukturierten, subjektiven sowie damit intuitivem Interview überlegen und daher diesem vorzuziehen.

Folglich können Bereiche beeinträchtigter Lebensqualität mit Hilfe des ILK-Ratingbogens identifiziert, durch das D-ILK näher beleuchtet und damit lebensqualitäts-beeinträchtigende sowie lebensqualitäts-fördernde Faktoren identifiziert werden. Im Rahmen dieses Interviews können Ursachen der Beeinträchtigung näher charakterisiert, lebensqualitäts-fördernde Aspekte und Ressourcen des Patienten erkannt und anschließend zur Therapieoptimierung sowie Qualitätssicherung zielgerichtet eingesetzt werden. Um diese Vorteile in der Zukunft in den diagnostischen, wie auch therapeutischen Alltag gezielt einzubringen, wird dieses neu- sowie einzigartige Diagnostische Interview im Rahmen dieser Arbeit erstmals in der klinischen Praxis durchgeführt und in seiner Anwendbarkeit überprüft.

2.6 Das Interview als Forschungsinstrument

Die Methode der Befragung bildet in den empirischen Sozialwissenschaften sowie in Markt- und Meinungsforschung die am häufigsten angewandte Methode (Bungard, 1979, zit. nach Bortz & Döring, 2002; Hillmann, 1994). Welche Art der Befragung für welchen Forschungszweck vorzuziehen ist, ob die mündliche Befragung im Sinne der Interviewtechnik oder die schriftliche Befragung im Sinne der Fragebogentechnik, lässt sich nur individuell in Hinblick auf ein konkretes Untersuchungsvorhaben klären. Da sich die Fragestellung vorliegender Arbeit auf ein Interview zur Erörterung eines Forschungsproblems bezieht, behandelt folgendes Kapitel die mündliche Befragung in Form eines Interviews. Ungeachtet der Möglichkeit eines telefonischen oder computervermittelten Interviews wird hier lediglich die übliche, als persönliches Interview oder *face to face*-Interview bezeichnete Befragungsart in Form eines Einzelinterviews erläutert. Nach einem Überblick über die theoretisch-methodischen Grundlagen der unterschiedlichen Interviewformen sowie einer Darstellung der wesentlichen Kriterien eines *optimalen* Forschungsinterviews folgt in der zweiten Hälfte dieses Kapitels eine Gegenüberstellung der im Folgenden aufgeführten theoretischen Merkmale eines

Interviews und dem Befragungsinstrument vorliegender Untersuchung, dem Diagnostischen Interview (D-ILK).

2.6.1 Allgemeinmethodische Überlegungen: Interview- versus Fragebogentechnik

„Bei einem Interview handelt es sich um eine planmäßige und zweckbestimmte sprachliche Interaktion zwischen zwei Personen, die in der Regel von Angesicht zu Angesicht stattfindet und vom Interviewer eingeleitet und auf bestimmte relevante Inhalte gelenkt wird mit dem Ziel, vom Interviewpartner durch gezielte Fragen oder Bemerkungen verbale Informationen objektiver und/oder subjektiver Art zu gewinnen.“
(Wittkowski, 1994, S. 26)

Laut vorangehender Definition von Wittkowski (1994) stellt ein Interview im Sinne einer mündlichen Befragung ein Erhebungsinstrument mit weitreichenden Anwendungsmöglichkeiten dar. Durch ein Interviewverfahren „sollen Einstellungen, soziale Orientierungen, Denkgewohnheiten, spezifische Wahrnehmungsmuster, Handlungsmotive oder Ziele von Individuen und Gruppen erfasst, analysiert und möglicherweise weitergehenden wissenschaftlichen Problembearbeitungen, z.B. psychologischen oder pädagogischen Fragestellungen zugeführt werden“ (Hron, 1994, S. 119).

Obwohl mittlerweile ein umfangreiches Repertoire an Fragebogenverfahren mit ansprechenden Gütekriterien sowie vergleichsweise simplen Auswertungsmöglichkeiten zur Verfügung steht und für die meisten Anwendungsfelder des Interviews grundsätzlich auch Fragebögen in Betracht kämen, bleibt das Interviewverfahren nachweislich ein beliebtes und häufig eingesetztes Forschungsinstrument. Während diese Befragungsmethode früher lediglich in Expertengesprächen eingesetzt wurde, entwickelte sich das Interview, mit der Notwendigkeit nach umfangreicheren demoskopischen Umfragen und der dafür erforderlichen Erhebungsinstrumente, zunehmend zum „Königsweg der praktischen Sozialforschung“ (König, 1974, S. 35).

Bis heute erscheint das Interview ausgehend von den Grundsätzen eines gewöhnlichen Gespräches als das ursprünglichste Verfahren zur Gewinnung von Informationen, besonders geeignet zur Erfassung komplexer, wenig strukturierter Merkmale und qualitativer Informationen. In jeglicher Form von klinischer Praxis und Forschung nimmt das Interview einen herausragenden Stellenwert ein und erweist sich bei der Erfassung eines Phänomens, welches weder der direkten Beobachtung zugänglich, noch über standardisierte Tests, Fragebögen oder apparative Verfahren fassbar ist, als unentbehrliche Methode (Wittchen et al., 1994). Ungeachtet der bestehenden Kontroverse

quantitativer versus qualitativer Verfahren, unterscheidet sich ein Interview von einem Fragebogen in folgenden positiven Punkten (Wittkowski, 1994):

- Aufgrund der vergleichsweise allgemein hohen Akzeptanz eines Interviews und einer dementsprechend positiven Motivation des Untersuchungsteilnehmers sich wahrheitsgemäß zu äußern, ermöglicht ein Interview Erkenntnisse hoher Validität zu gewinnen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit die Validität von Informationen durch Berücksichtigung para- und nonverbaler Äußerungen des Sprechers einzuschätzen.
- Auch von Personen, die nicht willens oder fähig sind, einen Fragebogen auszufüllen (z.B. Kinder, ältere Personen, psychisch kranke und/oder gestörte Personen), ist es mittels eines Interviews möglich verbale Informationen zu erhalten.
- Aufgrund eines weniger stringenten Rahmens – im Gegensatz zu dem vorgegebenen Raster eines Fragebogens – erlaubt ein Interview die Erfassung von Informationen über den bestehenden Kenntnisstand des fraglichen Merkmals hinaus. Besonders hervorzuheben ist die Möglichkeit der Anpassung sowie damit die Annäherung des Gesprächs an den Gedankengang des Befragten.
- Auch komplexere Abläufe oder Motive für spezifische Handlungen können mittels eines Interviews umfassend und anschaulich erfasst werden.
- Die durch ein Interview gewonnenen Daten geben Informationen vergleichsweise ganzheitlich wieder.

Aus dieser Charakterisierung lässt sich ableiten, dass sich ein Interview einem Fragebogen gegenüber für Forschungszwecke als vorteilhaft erweist, wenn über den Untersuchungsgegenstand wenig bekannt ist, das fragliche Merkmal kaum strukturiert vorliegt und Informationen angestrebt werden, die keiner Quantifizierung bedürfen. Somit liegt die primäre Zielsetzung eines Forschungsinterviews nicht in der Überprüfung sondern in der Formulierung merkmalsbezogener Hypothesen (Wittkowski, 1994). Darüber hinaus scheint eine mündliche Befragung im Sinne eines Interviews bei bestimmten Persönlichkeitsstrukturen und/oder bei schwierig zu fassenden Untersuchungsgegenständen durchaus geeigneter, als ein unpersönliches Fragebogenverfahren.

Kritik am Einsatz von Interviewverfahren bezieht sich neben testtheoretischen Unzulänglichkeiten auf ökonomische Aspekte, vorwiegend auf Zeit- und Personalaufwand sowie auf die Notwendigkeit eines Interviewer-Trainings für den Laien (Hron, 1994; Wittkowski, 1994). Diese Aspekte ergeben hinsichtlich der Anwendung eines Interviews gewisse Einschränkungen und sind im klinischen Alltag in Gegenüberstellung zum Nutzen je nach Forschungsvorhaben individuell abzuwägen (vgl. Wittchen, Freyberger & Stieglitz, 2001).

2.6.2 Standardisierung und/oder Strukturierung

Um eine möglichst breite Anwendung von Interviewverfahren als Forschungsinstrumente trotz der Hinweise auf methodische Mängel testtheoretischer Gütekriterien zu rechtfertigen, werden im Rahmen der Konzeption, der Durchführung sowie der Auswertung von Interviews zunehmend höhere Standards formuliert. So ist beispielsweise eine forcierte Entwicklung inhaltsanalytischer Auswertungsmöglichkeiten zu beobachten, die entweder regelgeleitet qualitative Aussagen aus dem sprachlichen Material ableiten oder aber als Voraussetzung für eine statistische Auswertung der Daten, die sprachlichen Informationen (computergestützt) quantifizierend aufarbeiten (Wittkowski, 1994).

Als Instrument zur Erhebung sprachlichen Materials wird das Interview im allgemeinswissenschaftlichen Kontext den qualitativen Forschungsmethoden zugeordnet. Nach Wittkowski (1994) scheint es jedoch nicht „die“ qualitative Untersuchungsmethodik zu geben, „sondern ein breites Spektrum relativ eigenständiger qualitativer Untersuchungsmethoden.“ (Wittkowski, 1994, S. 10). Allein die Vielfalt mündlicher Befragungsformen (Interview) ist enorm (Bortz & Döring, 2002). Als ein geeigneter Anhaltspunkt für eine Untergliederung der differierenden Interviewverfahren wird der „Grad ihrer Strukturiertheit“ (Wittkowski, 1994, S. 10) bzw. der „Formalisierungsgrad der Durchführung“ (Wittchen, Freyberger & Stieglitz, 2001, S. 107) herangezogen. Da die Begriffe der *Strukturierung* und der *Standardisierung* eines Interviews häufig synonym verwendet werden, soll im Folgenden eine Präzisierung dieser Begriffe versucht werden.

Während sich der *Strukturiertheitsgrad* laut Wittchen, Unland und Käuper (1994, S. 108) auf den Grad der Systematisierung sowie der Kontrolliertheit der Erfassung verbaler Informationen bezieht, ist das Ausmaß der *Standardisierung* dadurch gekennzeichnet, dass alle Ebenen und Elemente der Informationssammlung, insbesondere auch Erhebungsbedingungen sowie Auswertung des Interviews, determiniert sind

(Wittchen, Unland & Käuper, 1994). Auch Hron (1994) beschreibt ein strukturiertes Interview als eine Erfassung verbaler Informationen, die systematisiert sowie unter größtmöglicher Kontrolliertheit der Befragungssituation stattfindet; dennoch verwendet er die Begriffe *strukturiertes* und *standardisiertes* Interview synonym (Hron, 1994). Wittkowski (1994) dagegen spricht von dem Grad der Standardisierung als eigenständiges Merkmal, welches zur Differenzierung der unterschiedlich stark strukturierten Interviews beiträgt. Demnach ist der Grad der Strukturiertheit gekoppelt an das Maß der Standardisierung. Entsprechend dient ebenfalls bei Bortz & Döring (2002) das Standardisierungsmaß als Merkmal zur Unterscheidung der Formen einer mündlichen Befragung in unstrukturierte, halbstrukturierte und strukturierte Interviews.

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe *strukturiertes* und *standardisiertes* Interview entsprechend der Definition von Wittkowski (1994) verwendet. Dazu folgt die Tabelle 2-7 als Übersicht der Charakteristika verschiedener Interviewverfahren, untergliedert nach ihrem Strukturierungsgrad (nach Wittkowski, 1994, S. 11):

Tabelle 2-7: Charakteristika verschieden strukturierter Interviewverfahren

MERKMAL	INTERVIEW		
	UNSTRUKTURIERT	HALBSTRUKTURIERT	HOCHSTRUKTURIERT
Grad der Standardisierung	Gering	Mittel	Hoch
Handlungsspielraum des Interviewers	Sehr groß	Mittel – Groß	Gering
Entfaltungsspielraum des Befragten	Sehr groß	Groß	Gering
Interview-Leitfaden	Nicht vorhanden	Leitfaden mit Primär- und Sekundärfragen	Vollständige Fragenliste
Art der Fragen	Offen	Offen	Geschlossen
Auswertung	Nicht Bestandteil des Interviews; meist keine Angabe	Kann Bestandteil des Interview sein	In das Interview integriert
Flexibilität/Rigidität	Sehr flexibel	Mäßig flexibel	Sehr rigide
Angezielte Merkmale	Breit, unspezifisch	Variabel	Eng, spezifisch
Ergebnis	Qualitative Aussage	Qualitative Aussage oder numerische Daten	Klassifikation

Quelle: Wittkowski (1994)

Wie aus Tabelle 2-7 ersichtlich wird ist ein hochstrukturiertes Interview in Durchführung und Auswertung streng standardisiert, ein unstrukturiertes Interview dagegen ist bezüglich seines Ablaufes wenig oder gar nicht standardisiert.

Eine geringe Strukturierung der Gesprächsführung macht ein Verfahren anfällig für methodische Kritik (Bortz & Döring, 2002). Verschiedene Interviewer, die denselben Probanden einschätzen, kommen häufig zu diskordanten Ergebnissen, so dass die

Objektivität dieses Verfahrens zu wünschen übrig lässt (Amelang & Zielinski, 2004). Durch die Standardisierung des Interviews erhöht sich der Grad der Objektivität als Voraussetzung für eine im testtheoretischen Sinne zuverlässige Messung (Bortz & Döring, 2002). Ziel der Standardisierung ist die Erhebung valider und reliabler Informationen, die Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse sowie letztendlich die Sicherung der Objektivität wissenschaftlicher Erkenntnisse (Hron, 1994).

Darüber hinaus fordert eine strenge Standardisierung jedoch ihren Preis: bei ausschließlicher Anwendung geschlossener Fragen als Kennzeichen einer hochgradigen Standardisierung erhält man keine Informationen jenseits des Spektrums der vorgegebenen Antwortalternativen. Demnach erscheint eine Standardisierung lediglich dann sinnvoll, wenn schon ein erhebliches Vorwissen über die zu erforschende Materie existiert (Diekmann, 1998).

2.6.3 Merkmale verschieden strukturierter Interviews

Das unstrukturierte Interview

Ein *unstrukturiertes Interview* ist demzufolge gekennzeichnet durch ein Minimum an Standardisierung, was sowohl für den Interviewer als auch für den Befragten ein Maximum an Handlungs- bzw. Entfaltungsspielraum bedeutet (Wittkowski, 1994). Die Gesprächsführung, die Reihenfolge sowie Formulierung der Fragen sind offen. Ein Interviewleitfaden fehlt, lediglich der thematische Rahmen ist vorgegeben. Auf diese Weise ist es dem Interviewer möglich sich dem Befragten anzupassen und auf seine Ausführungen flexibel zu reagieren. Auf Seiten des Befragten besteht die Möglichkeit für eine ausführliche sowie umfassende Beantwortung.

Ferner erlaubt dieses Interview mit dem Ziel ein weniger eingegrenztes Merkmal zu erfassen ein Erörtern verschiedenster merkmalsbezogener Sachverhalte und daraus resultierend einen bedeutenden Erkenntniszuwachs (Bortz & Döring, 2002; Hron, 1994). Da ein unstrukturiertes Interview in der Regel nicht auf eine bestimmte Form einer Auswertung ausgelegt ist, scheint das Ziel allein durch die Gewinnung des sprachlichen Materials bestimmt (Wittkowski, 1994). Ein Beispiel für ein solches Interview ist das *Narrative Interview*, in dem der Befragte gebeten wird bestimmte Vorgänge und Ereignisse, die er selbst miterlebt hat, in Form einer Erzählung zu schildern. Jenseits der Verantwortlichkeit des Interviewers für den Erzählanstoß zu Beginn des Interviews und den Erhalt des Erzählflusses, ohne Einfluss auf den Inhalt der Erzählung zu nehmen oder diesen zu bewerten, verhält sich der Interviewer völlig passiv.

Erst nach Abschluss der eigentlichen Erzählphase hat der Interviewer die Gelegenheit Fragen zu stellen, um konkretere Hinweise oder Details zu erfahren (ebd.). Dieses Instrument hat sich vor allem in explorativen Studien bewährt, in denen eine erste Orientierung über komplexe Merkmalsstrukturen wichtig ist. Als klinisches Interview dient es der diagnostischen Einordnung einer Person in die international akzeptierten Klassifikationssysteme (Wittchen, Freyberger & Stieglitz, 2001). Auch in der biographischen Forschung wird es gerne angewandt. Die Ergiebigkeit ist allerdings lediglich bei hohem Verbalisationsvermögen sowie gegebener Fähigkeit zur differenzierten Introspektion auf Seiten des Befragten gegeben. Da es keine vorformulierten Fragen gibt, ist kein Mindestmaß an Informationen gewährleistet, wodurch die Voraussetzung für die Generalisierbarkeit oder Vergleichbarkeit dieser qualitativen Daten nicht gegeben ist (Wittkowski, 1994).

Das strukturierte Interview

Demgegenüber eignet sich ein *strukturiertes Interview* für klar umgrenzte Themenbereiche, die bereits durch Vorkenntnisse ausgezeichnet sind (Bortz & Döring, 2002). Der Interviewer ist gehalten sowohl Wortlaut wie Abfolge der Fragen als auch vorgegebene Antwortalternativen eines Interviewleitfadens zu befolgen. Die Äußerungen des Befragten werden auf das vorgegebene Raster der Antwortalternativen reduziert sowie in diesem festgehalten und sind damit einer Auswertung leicht zugänglich. Folglich ist der Handlungs- und Entfaltungsspielraum auf beiden Seiten sehr gering, die Durchführung ähnelt einer mündlichen Vorstellung eines Fragebogens. Alle Schritte zur Informationsgewinnung und -verarbeitung sind detailliert reglementiert und gewährleisten so eine hohe Vergleichbarkeit sowie eine weitgehende Unabhängigkeit der Ergebnisse von der Person des Interviewers (Wittkowski, 1994). Häufig wird diese Art von Interview in der Diagnostik im psychiatrischen und klinisch psychologischen Bereich, z.B. als anamnestischer Fragebogen zur Erfassung der Vorgeschichte psychischer Probleme verwendet (ebd.; Wittchen, Freyberger & Stieglitz, 2001).

Das halb- oder teilstrukturierte Interview

Zwischen den beiden Extremen des strukturierten und des unstrukturierten Interviews befinden sich Interviewformen mit teils offenen, teils geschlossenen Fragen und einer unterschiedlichen Standardisierung der Interviewdurchführung, sog. *halb- oder teilstrukturierte Interviews*. Dabei handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Verfah-

ren, welche die Vorzüge der beiden genannten Interviews verbinden sowie gleichzeitig deren Nachteile vermeiden wollen (Amelang & Zielinski, 2004). Im Gegensatz zu dem unstrukturierten Interview wird das teilstrukturierte Interview durch einen Leitfaden bestimmt. Der Leitfaden gliedert sich in offene Primärfragen, dessen Wortlaut und Abfolge für den Interviewer verbindlich sind, und Sekundärfragen, die lediglich bei Bedarf gestellt und von dem Interviewer spontan formuliert werden. Durch diese Aufteilung ist ein Mindestquantum an Informationen gewährleistet, der Handlungsspielraum auf beiden Seiten jedoch eingeschränkt. Trotz der vorformulierten Fragen, die ein Abschweifen vom Thema verhindern, ist jedoch eine gewisse Flexibilität gesichert, die es dem Interviewer erlaubt auch auf sehr spezielle merkmalsbezogene Inhalte einzugehen, ohne dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu sehr leidet (Wittkowski, 1994). Wittchen, Freyberger und Stieglitz (2001) dagegen kennzeichnen ein halbstrukturiertes Interview lediglich durch die Vorgabe der Fragen aus, sowohl Ablauf als auch Wortlaut der Fragen sind unverbindlich und können vom Interviewer modifiziert werden.

Die Möglichkeiten für die Auswertung halbstrukturierter Interviews sind uneinheitlich, meist stützen sie sich auf Interviewprotokolle, die zumindest die zentralen Aussagen wörtlich registrieren.

Aus vorangehenden Ausführungen ergibt sich eine weite Einsatzmöglichkeit für das halbstrukturierte Interview, da es sowohl für die Erfassung psychischer Merkmale geeignet scheint als auch gute Voraussetzungen für eine quantifizierende oder qualitative Inhaltsanalyse bietet (Wittkowski, 1994). Durch die individuellen Anwendungsmöglichkeiten ist es eher für den klinischen Alltag, als für die Forschung geeignet.

2.6.4 Stilmerkmale eines Interviews

Neben dem Grad der Strukturierung oder der Standardisierung divergieren die verschiedenen Formen einer mündlichen Befragung entsprechend dem Autoritätsanspruch des Interviewers, der den Stil eines Interviews bestimmt. Demnach ist eine Unterteilung in *weiche*, *neutrale* und *harte* Interviews üblich (Bortz & Döring, 2002).

In einem *weichen Interview* demonstriert der Interviewer seine Akzeptanz dem Gesprächspartner als Person gegenüber durch eine betont einfühlsame, empathische sowie emotional beteiligte Gesprächsführung, um ein enges Vertrauensverhältnis zu schaffen (Reinecke, 1991).

Im Unterschied dazu ist das *harte Interview* durch eine autoritär-aggressive Haltung des Interviewers charakterisiert, die eine Überlegenheit des Interviewers suggeriert. Die Ausführungen des Befragten werden durch den Interviewer angezweifelt, er äußert eigene Ansichten und macht den Gesprächspartner auf Fehler und Widersprüche aufmerksam.

Zwischen diesen beiden extremen Interviewstilen findet sich das *neutrale Interview*, gekennzeichnet durch einen betont informationssuchenden Charakter. Der Proband wird als gleichwertiger Partner angesehen, ein höfliches, aber distanzierteres Auftreten des Interviewers prägt die Interviewsituation. Der Umgang ist freundlich-tolerant, aber sachbezogen (Wittkowski, 1994).

Tabelle 2-8 gibt eine Übersicht nach Wittkowski (1994) über die Formen eines Interviews in Abhängigkeit von Strukturierungsgrad und Stil.

Tabelle 2-8: Interviewverfahren in Abhängigkeit von Strukturierungsgrad und Stilmerkmal

STIL	GRAD DER STRUKTURIERTHEIT DES INTERVIEWS		
	UNSTANDARDISIERT	HALBSTANDARDISIERT	VOLLSTANDARDISIERT
Weich	Therapeutisches Interview	Klinisch-diagnostisches Forschungsinterview	–
Neutral	Narratives Interview	Forschungsinterview (Leitfaden-Interview)	Forschungsinterview (Leitfaden, Fragebogen)
Hart	Verhör, Eignungsdiagnostik	Eignungsdiagnostik	–

Quelle: Wittkowski (1994)

Aus vorangehender Tabelle 2-8 geht hervor, dass ein Interview zu Forschungszwecken sowohl im neutralen Stil, aber auch im weichen Stil als halbstandardisiertes Interview, beispielsweise im Rahmen klinisch-diagnostischer Fragestellungen, zum Einsatz kommt. Das halbstandardisierte, neutrale Interview scheint dabei die breitesten Anwendungsmöglichkeiten aufzuweisen und gilt daher als eine ideale Form des Forschungsinterviews (ebd.).

2.6.5 Systematische Verzerrungen und Interviewfehler

Um Störeffekte und Interviewfehler sowie systematische Verzerrungen der Äußerungen der Interviewteilnehmer zu minimieren, sollten Interviews zu Forschungszwecken durch besondere Sorgfalt und Systematik hinsichtlich Vorbereitung, Durchführung und Registrierung des Antwortverhaltens der Probanden gekennzeichnet sein. Bestimmung der Stichprobe, Entwicklung des Interviewleitfadens, Auswahl und Training der Inter-

viewer, räumliche Rahmenbedingungen sowie fehlerfreie Aufzeichnungen sind dabei wesentliche Kriterien (Wittkowski, 1994).

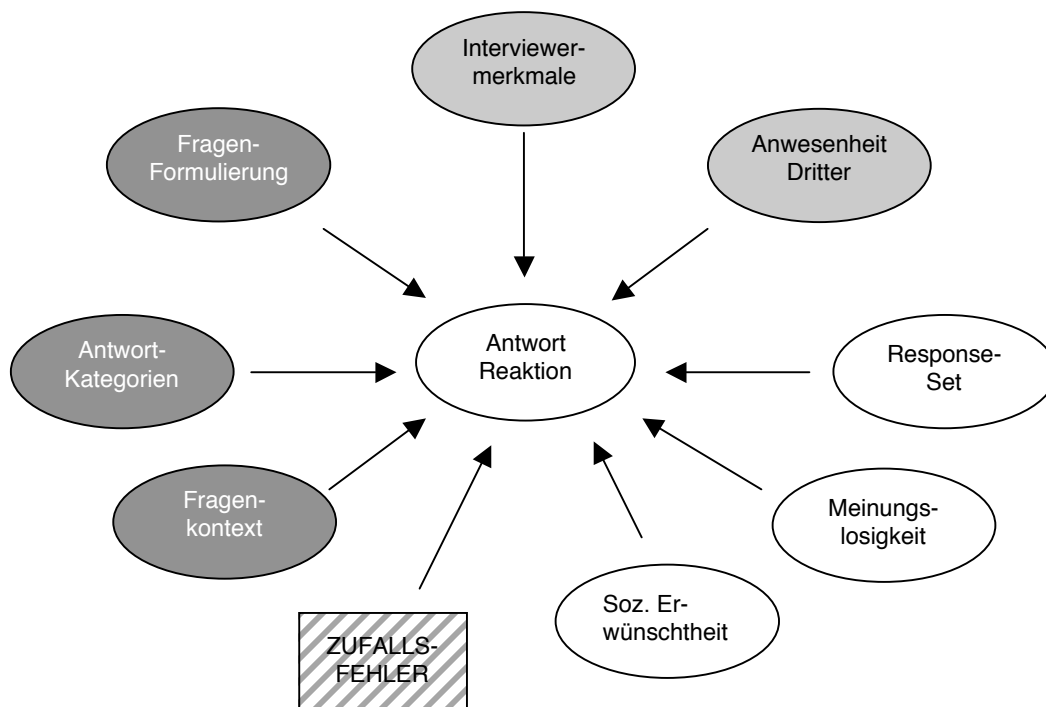
Obwohl nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar, werden grundsätzlich drei Kategorien von Fehlerquellen, die zu einer Verzerrung des Antwortverhaltens im Interview führen können, unterschieden (Diekmann, 1998):

1. *Befragtenmerkmale*: Soziale Erwünschtheit, Response-Set, „Meinungslose“
2. *Fragenmerkmale*: Fragenformulierung, Fragenposition, Effekt von Antwortkategorien
3. *Merkmale des Interviewers und der Interviewsituation*: Interviewermerkmale, Anwesenheit Dritter, Interviewsituation

Die Abbildung 2-3 zeigt die erwähnten Fehlerquellen zusammengestellt. Neben den Quellen der aufgeführten systematischen Antwortverzerrungen ist weiterhin der Zufallsmessfehler aufgeführt²¹. Der Zufallsfehler umfasst die Gesamtheit aller unsystematischen sowie nicht kontrollierbaren oder vorhersagbaren Einflussgrößen, die auf das Messergebnis einwirken, ohne in dieser spezifischen Art und Weise erneut bei einem anderen Probanden aufzutreten wie z.B. Konzentrationsstörungen, Ablenkung, Klima, Raumatmosphäre (Amelang & Zielinski, 2004).

Abbildung 2-3 präsentiert die Möglichkeiten der Antwortverzerrung im Rahmen eines Interviews im Überblick.

²¹ Eine detailliertere Beschreibung der einzelnen Fehlerquellen ist hier nicht aufgeführt, da dieses den Rahmen vorliegender Arbeit überschreiten würde. Eine ausführliche Darstellung diesbezüglich findet sich u. a. bei Reinecke, 1991, Diekmann, 1998 und Bortz & Döring, 2002.



- Befragtenmerkmale
- Fragenmerkmale
- Merkmale des Interviewers und der Interviewsituation

Quelle: Amelang & Zielinski (2004)

Abbildung 2-3: Möglichkeiten der Antwortverzerrung im Interview

Antwortverzerrung: Befragtenmerkmale

Hinsichtlich einer Verzerrung der Antworten aufgrund von Fehlerquellen aus der ersten Kategorie *Befragtenmerkmale* sind die inhaltsunabhängige Zustimmungstendenz als eine Art von Response-Set sowie die Tendenz sozial erwünscht zu antworten durch ein häufiges und systematisches Auftreten bekannt (Reinecke, 1991). Die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit ist eine

„Bezeichnung für eine Tendenz von Befragten und Testpersonen (Probanden), unter dem Einfluss soziokultureller Lebensverhältnisse, der jeweiligen Befragungssituation und vermeintlichen Erwartungen des Interviewers bzw. Forschers bewusst oder unbewusst unaufrichtig zu reagieren. Dieses methodische Problem führt insbesondere bei brisanten, heiklen, umstrittenen, unangenehmen oder sogar tabuisierten Themen [...] zu Antwortverzerrungen, Beschönigungen, zum Verschweigen eigener Meinungen, Absichten und Verhaltensweisen, zur „Meinungslo-

sigkeit“ oder zur Verweigerung von Antworten zugunsten des sozialen Ansehens beim Interviewer.“
(Edwards, 1957, zit. nach Hillmann 1994, S. 800)

Motiviert durch die Ahnung sozialer Verurteilung flüchtet der Befragte in konformes Verhalten und orientiert sich bei der Beantwortung der Fragen an allgemein verbreiteten Normen und Erwartungen (Bortz & Döring, 2002). In einer Befragungssituation können sich zusätzlich Differenzen zwischen dem Interviewer und dem Probanden hinsichtlich Geschlecht, Lebensalter, Status und ethnischer Zugehörigkeit antwortverzerrend auswirken (Reinecke, 1991). Auch durch die Anwesenheit Dritter kann die Neigung zu sozial erwünschten Äußerungen intensiviert werden. Allgemein ist festzustellen:

“Je heikler eine Frage aus der Sicht einer Person ist und je größer der Unsicherheitsbereich bezüglich des wahren Variablenwertes, desto stärker wird sich der Effekt sozialer Erwünschtheit bemerkbar machen.“
(Diekmann 1998, S. 384)

Um den Effekt der sozialen Erwünschtheit zu reduzieren, liegen verschiedene Gegenmaßnahmen vor, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll.²² Grundsätzlich gilt eine möglichst entspannte Befragungssituation als hilfreich.

Als weiteres Kriterium aus dem Bereich der *Befragtenmerkmale* beinhaltet die Problematik der Response-Sets (Antworttendenzen) das Phänomen stereotyper Reaktionsweisen auf Fragebogen- oder Testitems. Unabhängig von dem Fragen-Inhalt neigen die Befragten dazu entweder zustimmend zu antworten (Ja-Sage-Tendenz, Aquieszenz, inhaltsunabhängige Zustimmungstendenz), während andere grundsätzlich eher ablehnend reagieren (Nein-Sage-Tendenz) (Bortz & Döring, 2002). Eine eindeutige Itemformulierung sowie eine abgestufte Antwortmöglichkeit (nicht nur „Ja oder Nein“-Antworten) versuchen dieser Antwortverzerrung entgegenzuwirken.

Antwortverzerrung: Fragenmerkmale

Zur Vermeidung einer Antwortverzerrung im Rahmen der *Fragenmerkmale*, geht die Entwicklung eines Interviewleitfadens von einer sorgfältigen Deskription des Merkmalsbereichs und einer genauen Festlegung des Themenbereichs, der Gegenstand des Interviews sein soll, aus. Innerhalb des zu behandelnden Themenkreises werden

²² Random-Response-Technik, Kontrollskalen, ausbalancierte Antwortvorgaben, Aufforderung zu korrektem Testverhalten sind einige Beispiele dafür. Eine ausführliche Erläuterung der Gegenmaßnahmen, um den Effekt der sozialen Erwünschtheit zu reduzieren, findet sich u. a. bei Reinecke, 1991.

Primärfragen nach folgenden Richtlinien entwickelt, die in ihrer Gesamtheit den Leitfaden für ein strukturiertes Interview bilden (Bortz & Döring, 2002; Wittkowski, 1994):²³

- Die Fragen sollten möglichst kurz, aber präzise formuliert sein.
- Suggestivfragen sind zu vermeiden.
- Die Fragen sollten in Wortwahl und Satzbau auf die Verständnismöglichkeiten der Interviewpartner abgestimmt sowie an die Alltagssprache angelehnt sein.
- Eine Frage sollte sich nur auf jeweils einen Inhalt beziehen.
- Fragen, die den Interviewpartner in Verlegenheit bringen könnten, sollten so formuliert werden, dass dieser in jedem Fall sein Gesicht wahren kann.
- Mehrdeutigkeiten sowie Wiederholungen sollten vermieden werden.
- Jede Einzelfrage sollte sich in den Kontext des Gesamtinterviews einfügen.
- Bei eventuellen Antwortvorgaben ist darauf zu achten, dass diese angemessen und allumfassend formuliert sind.

Für die Reihenfolge der Fragen gelten Regeln, die eine Abfolge vom thematisch Allgemeinen zum Spezifischen vorgeben. Dabei erscheint es sinnvoll zunächst eine oder mehrere offene Fragen zu formulieren, um stärker geschlossene Fragen anzuschließen. Diese Anordnung bietet den Vorzug, dass sich ein Nachfragen häufig als überflüssig erweist. Grundsätzlich sollte die Abfolge der Fragen in sich stimmig sein und auch dem Gesprächspartner logisch erscheinen (Wittkowski, 1994).

Anfangs erweist sich eine Eingangsfrage, die den Bezugsrahmen des Interviews definiert, als empfehlenswert. Diese „sollte dem Gesprächspartner die Möglichkeit geben, sich in seiner Rolle einzufinden und sich der Angemessenheit seines Verhaltens zu versichern“ (Wittkowski 1994, S. 36). Besondere Bedeutung kommt dabei sogenannten Eröffnungs-(Eisbrecher-)Fragen zu, die weder emotionale Aspekte ansprechen noch dem Befragten Schwierigkeiten bereiten sollten. Fragen mit stärker affektiv besetzten Inhalten sollten erst in der Mitte oder gegen Ende des Themenbereichs gestellt werden, wenn das Verhältnis zwischen Interviewer und Befragtem bereits gefestigt ist (Bortz & Döring, 2002; Wittkowski, 1994).

²³ Diese Aufzählung beansprucht keine Vollständigkeit, sondern stellt nur eine Zusammenfassung der wesentlichen Richtlinien aus der angegebenen Literatur dar.

Um gravierende Ermüdungserscheinungen zu vermeiden, sollte ein Interviewleitfaden so konzipiert sein, dass im Regelfall mit höchstens 90 Minuten pro Interview zu rechnen ist (Wittkowski, 1994; Hron, 1994). Ferner sollte ein Interviewleitfaden in Voruntersuchungen überprüft und gegebenenfalls modifiziert worden sein.

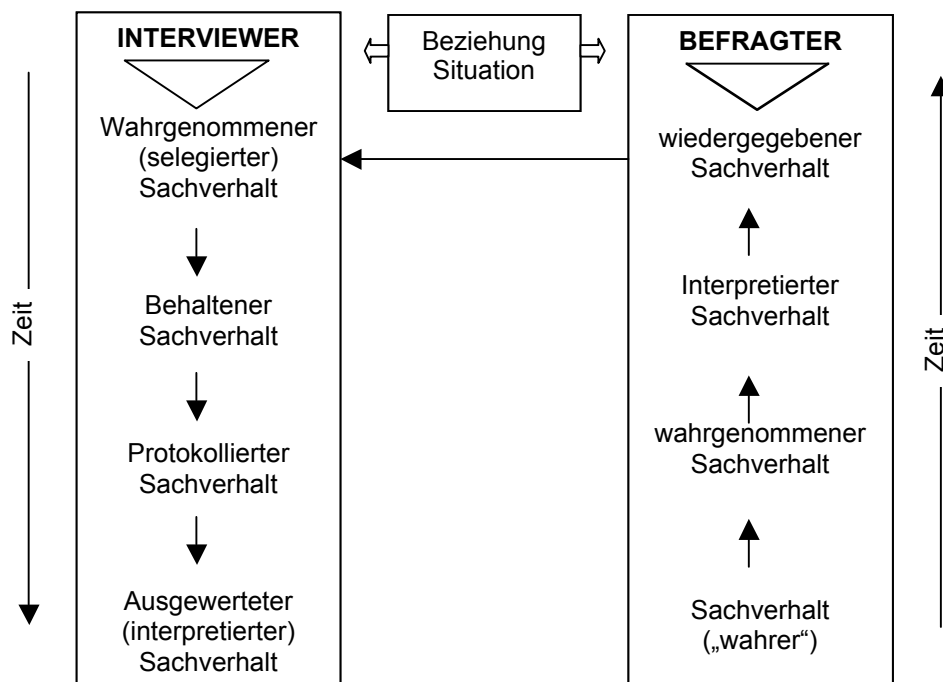
Antwortverzerrung: Merkmale des Interviewers oder der Interviewsituation

Um eine Antwortverzerrung der dritten Kategorie durch *Merkmale des Interviewers oder der Interviewsituation* bestmöglich auszuschließen, sollte der Durchführung eines Interviews ein intensives Training der Interviewer vorausgehen. Dieses Training sollte der allgemeinen Vermittlung von Kenntnissen über Interviewverfahren sowie Interviewer-Verhalten (insbesondere Interviewereffekte) dienen und eine umfassende Darstellung jener Themenkreise, die Gegenstand der Untersuchung sein sollen, beinhalten. Um den angehenden Interviewern ein Gespür für die Interviewsituation zu vermitteln, sollten Interviews aus Voruntersuchungen demonstriert und diskutiert sowie Probeinterviews im Rollenspiel durchgeführt werden (Wittkowski, 1994; Wittchen, Freyberger & Stieglitz, 2001; Diekmann, 1998).

Als Ergebnis weiß ein „guter Interviewer“ (Bortz & Döring, 2002, S. 247) eine gelöste Gesprächsatmosphäre mit den verschiedenartigsten Personen zu schaffen, in der es dem Befragten möglich ist sich unbefangen zu äußern. Ein guter Interviewer bewahrt eine Mindestdistanz zum Befragten und bleibt stets eng an den Inhalten des Gespräches über die er ausreichend informiert ist, um auch auf unerwartete Antworten kompetent reagieren und damit den Charakter des Forschungsinterviews unterstreichen zu können. Grundsätzlich sollte sich der Interviewer seines Einflusses auf das Interviewresultat bewusst sein und versuchen diesen weitgehend zu neutralisieren, indem er sein eigenes verbales sowie nonverbales Verhalten streng unter Kontrolle hält (Wittkowski, 1994). Individuelle thematische Präferenzen, Sympathien bzw. Antipathien und subjektive Bewertungen von Seiten des Interviewers sind von der Interviewsituation auszuschließen.

Ebenso wie auch das äußere Erscheinungsbild des Interviewers sollte die Gestaltung des Raumes, in dem das Interview stattfindet, auf den Befragten neutral wirken und keine Möglichkeiten für Rückschlüsse auf weltanschauliche Überzeugungen des Interviewers oder der Institution bieten (Reinecke, 1991; Bortz & Döring, 2002).

Weitere Beeinträchtigungsmöglichkeiten, die nicht durch eine hochgradige Strukturierung der Interviewsituation aufgefangen werden können, sind dem folgenden Schema von Kessler (1988) zu entnehmen. Laut Kessler (1988) unterliegen die Interviewdaten einer Reihe von Informationsverarbeitungsprozessen, welche damit Einfluss auf den Informationserhalt auf Seiten des Interviewers haben könnten (nach Amelang & Zielinski, 2004). Die Informationsverarbeitung in einer Interviewsituation verdeutlicht folgende Abbildung 2-4.



Quelle: Kessler (1988) in Amelang & Zielinski (2004)

Abbildung 2-4: Informationsverarbeitung in einer Interviewsituation

Gemäß der Abbildung 2-4 liegen zwischen dem vom Befragten erlebten wahren Sachverhalt und der letztendlichen Interpretation durch den Interviewer Prozesse der Selektion und Interpretation, welche die Diskrepanz zwischen wahren Sachverhalt und interpretiertem Sachverhalt vergrößern und letztendlich zu Unschärfen des Interviews führen können. Unschärfezonen auf der Befragten-Seite lassen sich nicht beeinflussen. Eine entspannte Atmosphäre sowie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Interviewer und Befragtem jedoch können zu einer Verringerung der Informationsselektion zwischen Befragtem und Interviewer führen.

Unschärfezonen auf der Interviewerseite lassen sich dagegen gut beeinflussen. Das Einverständnis des Befragten vorausgesetzt sollte der Gesprächsverlauf aufgezeichnet werden, um so Erinnerungs- und Protokollierungsfehler auszuschließen und somit eine wortgetreue sowie vollständige Transkription des Interviews zu ermöglichen (ebd.). Zusätzlich kann es sinnvoll sein, sich auch während des Gesprächsverlaufs stichwortartige Notizen zu machen.

Nach Abschluss des Interviews sollte dem Befragten Gelegenheit für mögliche Anmerkungen oder Kritikäußerungen gegeben werden, um diese u.a. für eventuelle Korrekturen des Interviewerverhaltens nutzen zu können.

2.6.6 Methodenkritik

Wie bereits kurz erwähnt ist ein Interview als Forschungsinstrument sehr anfällig für methodische Kritik (Bortz & Döring, 2002). Während die Objektivität der Durchführung eines Interviews durch eine zunehmende Standardisierung annähernd gesichert werden kann, ist die Problematik der Reliabilität und der Validität komplexer. Die Reliabilität eines Interviews, die Zuverlässigkeit dieser Methode, ist nicht wie bei anderen herkömmlichen Testverfahren wie z.B. einem Fragebogen durch die üblichen Reliabilitätsprüfungen wie Split-Half-Methode oder Paralleltestverfahren zu sichern.²⁴ Ein Interview besteht nicht aus homogenen, sondern heterogenen Fragen nach unterschiedlichen Sachverhalten, womit eine Überprüfung durch die Halbierungsmethode unangebracht erscheint. Auch das Paralleltestverfahren zeigt sich hier ungeeignet, da in der Regel kein paralleles Befragungsschema zur Verfügung steht (Amelang & Zielinski, 2004).

Vor diesem Hintergrund wird der Interrater-Reliabilität als Methode zur Überprüfung eines Interviews große Bedeutung zugeschrieben. Zur Erhebung dieser wird eine Person zu einem Zeitpunkt untersucht und das Gespräch von verschiedenen Ratern bewertet (Joint-Interview) (Wittchen, Freyberger & Stieglitz, 2001).

Schwieriger gestaltet sich die Überprüfung der Validität. Da es in der Regel keinen Standard als Außenkriterium gibt, werden zur Validierung klinische Urteile, andere Verfahren oder Experteneinschätzungen und alle verfügbaren Patienten(verlaufs)daten als Vergleichskriterien herangezogen (ebd.).

²⁴ Einen Überblick über verschiedene Methoden der Reliabilitätsprüfung findet sich in Kapitel 2.8.6: *Gütekriterien der Inhaltsanalyse*.

2.6.7 Selbst- versus Fremdbeurteilungsverfahren

Obgleich der Problematik der Erfassung sowie der Gewichtung gültiger Informationen aus unterschiedlichen Informationsquellen, finden Interviews als diagnostische Beurteilungsverfahren im Rahmen von Selbst- und/oder Fremdbeurteilungsverfahren in der klinischen Praxis zunehmend Anwendung.

In den letzten 20 Jahren ist eine umfangreiche Neu- oder Weiterentwicklung einer Vielzahl von Beurteilungsverfahren festzustellen. Sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung gewinnen neben Fremdbeurteilungsverfahren ebenso Selbstbeurteilungsverfahren stetig an Bedeutung. In der praktischen Anwendung dominieren die Selbstbeurteilungsverfahren und stellen damit die primäre Informationsquelle (Stieglitz & Freyberger, 2001).

Selbstbeurteilungsverfahren erlauben einen unentbehrlichen Einblick in klinische Bereiche wie beispielsweise Stimmungen, subjektive Befindlichkeit sowie Halluzinationen, die einer Fremdbeurteilung verborgen bleiben, da sie lediglich der Selbstwahrnehmung zugänglich sind. Während Selbstbeurteilungsverfahren auf Angaben der betroffenen Person basieren, können sich Fremdbeurteilungen auf unterschiedliche Datenquellen stützen. Zur Beurteilung stehen zum einen unabhängige Rater oder Experten (professionelle Helfer wie Pflegepersonal, Psychologen, Ärzte), zum anderen nahe stehende Personen wie Angehörige und Freunde zur Auswahl. Die Indikations- und Anwendungsbereiche der Selbst- bzw. Fremdbeurteilungsverfahren sind in der Klinischen Psychologie, Psychotherapie sowie Psychiatrie im Bereich der Diagnostik psychischer Störungen ähnlich und reichen von Screening-Verfahren und Schweregradbestimmungen bestimmter Syndrome über Basisanwendungen für therapeutische Entscheidungen bis hin zur Evaluation der Effektivität therapeutischer Interventionen (ebd.).

Obwohl die Selbstbeurteilungsverfahren aus bereits genannten sowie aus ökonomischen Aspekten vorteilhaft erscheinen, ist eine unreflektierte Verwendung dieser bedenklich, da sie zu einer globaleren Erfassung neigen und lediglich bei gering beeinträchtigten Personen einsetzbar sind. Fremdbeurteilungsverfahren beanspruchen einen größeren Zeitaufwand, sind jedoch auch bei stärkeren Beeinträchtigungen anwendbar und überzeugend, wenn die zu untersuchende Person nur unzureichend Auskunft geben will oder kann. Ferner können sie zu einer größeren Objektivität führen und erlauben ein differenzierteres Bild einer Störung.

Gleichwohl besteht die Gefahr, dass Fremdurteile über eine andere Person möglicherweise mehr über den Beurteiler selber oder die Beziehung des Beurteilers zu der zu beurteilenden Person aussagen, als über deren tatsächliche Merkmale.²⁵ Zusätzlich erscheint die natürliche Varianz an Informationen, Interpretationen und Beobachtungen zwischen den Beurteilern als problematisch: Interviewer differieren hinsichtlich ihrer Fragentechnik, Symptomgewichtung, Bewertung derselben Beobachtungen sowie Deutung von Begriffen und gelangen folglich zu unterschiedlichen Ergebnissen (vgl. Zimbardo & Gerrig, 2003).

Zur Reduktion dieser Verzerrungen ist neben der Anwendung eines Interviewleitfadens ein Training von Fremdbeurteilungsverfahren notwendig. Ferner ermöglicht ein Einsatz mehrerer Beurteiler die Berechnung der Beurteilerübereinstimmung (*Interrater-Reliabilität*). Bei sehr ähnlichen Beurteilungen einer Person kann davon ausgegangen werden, dass die Urteile effektiv die Merkmale und Eigenschaften dieser Person wiedergeben und nicht die Vorurteile der Beurteiler (ebd.).

Insgesamt sei neben der spezifischen Vor- und Nachteile beider Verfahrensgruppen darauf hingewiesen, dass „sich diese [...] nicht ersetzen können, sondern ihnen eine komplementäre Funktion zukommt und nicht alle Bereiche beider Datenquellen gleichermaßen zugänglich sein können“ (Stieglitz, Ahrens & Freyberger, 2001, S. 102). Wann welche Datenquelle zur Gewinnung welcher Information geeignet erscheint, ist jeweils abhängig von dem zu untersuchenden Phänomen. Jede Informationsquelle ist zur Erfassung eines Merkmals besser oder schlechter dienlich, als eine andere und keine Quelle allein ist ausreichend das interessierende Merkmal darzustellen. Deshalb ist zu fordern, möglichst mehrere unterschiedliche Datenquellen in eine Beurteilung mit einzubeziehen (ebd.).

2.7 Das Interview in diagnostischer Anwendung – methodische Aspekte ausgewählter Beispiele sowie des D-ILK

Nach den methodisch-theoretischen Erläuterungen bezogen auf das Interview als Forschungsinstrument folgt eine kurze methodische Darstellung zweier Interviews in klinisch-diagnostischer Anwendung sowie anschließend des D-ILK.

²⁵ Verzerrungen können beispielsweise durch den sogenannten Halo-Effekt oder Sterotypeneffekt entstehen.

2.7.1 Vorstellung ausgewählter Diagnostischer Interviews

Um einen kleinen Einblick hinsichtlich des klinischen Einsatzes diagnostischer Interviewverfahren zu vermitteln, sei auf zwei bedeutende diagnostische Interviews hingewiesen, die in praxi regelmäßig Verwendung finden: das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID)* und das *Diagnostische Interview für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)*.

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)

Ein international bekanntes sowie häufig eingesetztes Interview mit hohem Strukturierungsgrad ist das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV²⁶* (SKID; Wittchen et al., 1997). Es dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen, angepasst an die DSM-IV Kriterien. Die Anwendung setzt klinisch-psychiatrische Erfahrung sowie ein zweitägiges Training voraus (Wittchen, Freyberger & Stieglitz, 2001). Die Durchführung des Interviews selbst ist durch einen Explorationsleitfaden strukturiert, zur Ökonomisierung des zeitlichen Ablaufs, dienen Sprungregeln und die Möglichkeit einer gezielten Auswahl einzelner Sektionen. Die Auswertung ist Teil des Interviews.

Diagnostisches Interview für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)

Das *Diagnostische Interview für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Kinder-DIPS) wurde in Anlehnung an das bewährte DIPS für Erwachsene (Margraf et al., 1991) von Unnewehr und Schneider (1995) entwickelt. Im Rahmen differenzierter Diagnostik findet es als strukturiertes Interview zur symptomorientierten Erfassung psychischer Störungen speziell im Kindes- und Jugendalter zwischen sechs und 18 Jahren Anwendung. Parallel zu einer Kinderversion des Interviews für die direkte Exploration des Kindes dient eine weitere Version der Befragung der Eltern. Das Verfahren gliedert sich in drei Abschnitte. Es beginnt mit einem Überblicksteil zur Darstellung der im Vordergrund stehenden Problematik sowie belastender Lebensereignisse in den vergangenen sechs Monaten, der den betroffenen Kindern bzw. den Eltern die Gelegenheit bietet die Problematik des Kindes in eigenen Worten zu schildern.

²⁶ DSM-IV: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen.

Der sich anschließende, speziellere Hauptteil dient der Erfassung verschiedener psychischer Störungsbereiche des Kindes. Diese störungsspezifischen Abschnitte eröffnen mit einer Eingangsfrage, die über eine Exploration des jeweiligen Störungsbereichs entscheidet. Nur wenn die Eingangsfrage bejaht oder ein für diese Störung relevantes Verhalten geschildert wird, folgen differenziertere Fragen zu einzelnen Symptomen. Andernfalls leiten Sprungregeln zu entsprechend folgenden Abschnitten hin und ökonomisieren auf diese Weise den zeitlichen Ablauf. Anhand von Ratingskalen werden zutreffende Symptome in Abhängigkeit von Auftretenshäufigkeit und Intensität sowie unter zusätzlicher Berücksichtigung des klinischen Urteils durch den Diagnostiker eingeschätzt. Ferner dient ein weiterer Abschnitt der Erhebung der psychiatrischen Anamnese und Familienanamnese psychischer Störungen. Die Durchführung dauert in Abhängigkeit der Ausprägung der Symptomatik etwa 60 bis 90 Minuten. Durch eine Erfassung von diagnosespezifischen Kriterien ermöglicht das DIPS eine Diagnosestellung nach DSM-IV oder ICD-10.²⁷ Liegen sowohl Angaben des Kindes wie auch der Eltern vor, werden zur Diagnosestellung auch beide Informationsquellen berücksichtigt (Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U., 2001).

2.7.2 Methodische Aspekte des D-ILK

Standardisierung bzw. Strukturierung des D-ILK

Mattejat et al. entwickelten das Diagnostische Interview (D-ILK) als Erweiterung des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK), konzipiert zur differenzierten Identifizierung lebensqualitätsbeeinflussender Faktoren.²⁸ Orientiert an den theoretischen Ausführungen des Kapitels 2.5. *Das Interview als Forschungsinstrument* handelt es sich bei dem D-ILK um eine Befragungsart auf einer Stufe zwischen einem teil- und einem hochstrukturierten Interview im neutralen Gesprächsstil. In Hinblick auf Vorbereitung, Durchführung und Registrierung des Antwortverhaltens der Probanden ist das D-ILK weitgehend standardisiert. Die Fragen sind mit Hilfe eines D-ILK-Leitfadens in Wortlaut und Ablauf vorgegeben, der Interviewer hat sich strikt an diesen Leitfaden zu halten und ist dadurch in seinem Handlungs- und Formulierungsspielraum während des Interviews weitgehend eingeschränkt. Durch diese genaue Vorgabe zur Formulierung und Reihenfolge der Fragen leistet der Inter-

²⁷ ICD-10: International Classification of Diseases-10.

²⁸ Zur Entwicklung und Durchführung des D-ILK siehe Kapitel 4.4.

viewleitfaden einen wesentlichen Beitrag zur Standardisierung des D-ILK.²⁹ Eine Vorgabe von Antwortalternativen allerdings, wie es für ein hochstrukturiertes Interview nach Wittkowski (1994) charakteristisch wäre, weist der Interview-Leitfaden des D-ILK lediglich bei einem geringen Anteil der Fragen auf.

Antwortverzerrung Befragtenmerkmale

Die Dauer des Diagnostischen Interviews (D-ILK) ist in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren wie Komplexität bzw. Schweregrad der Störung des Kindes, Kooperationsbereitschaft und Verbalisationsvermögen der Befragten zu sehen. Es sollte 90 Minuten nicht überschreiten, da sonst eine Verzerrung oder Verweigerung der Antworten der Probanden durch Übermüdung, Langeweile oder Überanstrengung zu befürchten ist.

Antwortverzerrung durch Fragenmerkmale

Unter Berücksichtigung der allgemein verbreiteten Erkenntnis, dass sowohl Formulierung und Reihenfolge der Fragen innerhalb eines Themenkreises als auch Abfolge der Themen innerhalb eines Interviews Auswirkungen auf die Antworten der Befragten haben können, zeigt das D-ILK zum einen eine Abfolge der Fragen vom Allgemeinen zum Spezifischen und zum anderen eine Ansiedlung der komplexeren, schwierigeren Themenbereiche erst später während des Interviews. Dementsprechend findet sich der Themenkreis Schule wegen des eher geringen Schwierigkeitsgrades in der Beantwortung und in der Funktion als Eisbrecher an erster Stelle des Interviews. Im Gegensatz dazu ist der Themenkreis Seelischer Zustand, der sowohl für die Kinder als auch für die Eltern schwer zu fassen und zu beurteilen ist, eher am Abschluss der Exploration positioniert.³⁰

Zur Einleitung eines jeden Themenbereichs gibt eine Wiederholung der ILK-Frage sowohl dem Interviewer als auch dem Probanden eine neue Orientierung bezüglich des folgenden zu explorierenden Items. Anschließend folgen die allgemeinen Fragen sowohl nach den positiven wie auch nach den negativen Aspekten des jeweiligen Items, um im Anschluss zu den spezifischeren, zusätzlichen Fragen überzugehen.³¹

²⁹ Der Aufbau und die Anwendung des Interviewleitfadens sind ausführlich in Kapitel 4.4 beschrieben. Zusätzlich befindet sich der D-ILK-Leitfaden im Anhang 11.3.

³⁰ Nur bei der Exploration psychisch kranker Kinder mit ihren Eltern finden sich weitere spezifische Fragen bezüglich der Belastung durch die Krankheit bzw. durch die Behandlung im Anschluss.

³¹ Eine ausführliche Beschreibung dieser Fragen findet sich in dem Kapitel 4.4.

Bei Einhaltung dieser Richtlinien sollte eine Verzerrung der Antworten der Befragten bezüglich der Fragenmerkmale, wie in Kapitel 2.6.5 beschrieben, eingegrenzt sein.

Antwortverzerrung durch Merkmale des Interviewers

Die erwähnte Standardisierung hat neben einer Gewährleistung der Objektivität des Verfahrens ferner den Vorteil, dass die Interviewdurchführung an klinisch-psychiatrisch/-psychologisch unerfahrene Untersuchungsleiter abgegeben werden kann. Um diesen Leitfaden allerdings korrekt sowie ergebnisorientiert anwenden und eine Antwortverzerrung hinsichtlich der Interviewermerkmale minimieren zu können, bedarf es eines intensiven Interview-Trainings, welches den zukünftigen Interviewern eine Auseinandersetzung mit der Interviewsituation im Allgemeinen sowie dem D-ILK im Speziellen ermöglicht.³² Aufgrund der Erkenntnis, dass ein zielgerechtes Training der Interviewer später zuverlässigere Ergebnisse aus der Interviewsituation liefert, beinhaltet das Training neben einem Erörtern der Richtlinien zur Anwendung und Durchführung des D-ILK hauptsächlich eine Vorstellung von Beispielinterviews auf Videofilm sowie Durchspielen von Probeinterviews im Rollenspiel mit anschließender Diskussion. Vor dem Hintergrund von sich anschließenden korrigierenden Hinweisen und konstruktivem Feedback für den Interviewer werden *Ernstfall-Interviews* mit Patienten durch einen Supervisor verfolgt und beurteilt. Dieses Training trägt dazu bei eine Antwortverzerrung der Befragten aufgrund von Interviewermerkmalen möglichst gering zu halten.

Hinsichtlich der Durchführung des Interviews sollte von Seiten der Interviewer neben einem empathischen Auftreten den Probanden gegenüber eine einheitliche Handhabung des Interview-Leitfadens gesichert sein. Sowohl die Formulierung als auch die Reihenfolge der Fragen sind für den Interviewer obligatorisch. Ausnahme dieser Vorgabe bilden Verständnisprobleme des Befragten, die es dem Interviewer erlauben sich von der vorgegebenen Formulierung zu entfernen, um dem Befragten die nicht verstandene Frage zu erläutern. Dadurch ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse des D-ILK nicht gefährdet, die Rigidität jedoch ein wenig reduziert. Zusätzlich ökonomisieren Sprungregeln den zeitlichen Ablauf des Interviews: ist ein Merkmalsbereich ausreichend exploriert und würden weitere Fragen diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse liefern, können diese Fragen übersprungen und gezielt mit der Exploration des nächsten Bereichs begonnen werden.

³² Zu den Fehlerquellen eines Interviews siehe Kapitel 2.6.5.

Da der Interviewleitfaden bei einer Vielzahl der Fragen keine festgelegten Antwortvorgaben bietet, ist der Befragte in seinen Äußerungen weitgehend frei. Die Äußerungen der Probanden werden während des Interviews lediglich stichwortartig festgehalten und erst nachträglich anhand von Videoaufzeichnungen in einem eigens dafür entwickelten Auswertungsschema festgehalten.³³

Urteilsverzerrungen während der Auswertung des D-ILK

Um eine Vergleichbarkeit des gewonnenen Materials gewährleisten zu können, ist es abgesehen von der deutlich standardisierten Durchführung erforderlich die Auswertung des D-ILK zu schematisieren. Voraussetzung für eine sachgerechte, einheitliche Kodierung des verbalen Interviewmaterials ist eine sorgfältige Anweisung der Auswerter, im Folgenden auch Rater oder Kodierer genannt. Dazu gehört eine ausführliche Einweisung bezüglich des Forschungsvorhabens, eine genaue Anleitung zur Kodierung der Antworten sowie eine Kontrolle resultierender Daten. Neben einer umfassenden schriftlichen Instruktion erfährt der Rater eine Demonstration einer exemplarischen Auswertung des D-ILK anhand eines Beispielvideofilms. Mit dem Ziel einer zusätzlichen Reduktion von Urteilsverzerrungen werden nach erfolgreichem Training mehrere Rater zur Auswertung eingesetzt. Die Erfassung der Einschätzungen von jeweils zwei instruierten Ratern pro Interview, die das Interview anhand von Videofilmaufzeichnungen unabhängig voneinander beurteilen, ermöglicht die Berechnung der Interrater-Reliabilität, die für die Übereinstimmung zwischen den Ratern steht.³⁴ Bei einer ähnlichen Beurteilung eines Interviews von zwei unterschiedlichen Ratern kann davon ausgegangen werden, dass die Urteile die tatsächlichen sowie wahren Merkmalsausprägungen und Eigenschaften des Probanden widerspiegeln und nicht etwa Vorurteile eines einzelnen Raters. Dementsprechend ist ein Urteil eines Raters lediglich dann ein verlässlicher Indikator für Merkmalsausprägungen einer Person, wenn verschiedene Rater zu annäherungsweise identischen Einschätzungen dieser Merkmale kommen. Folglich liegt die Auswertung des D-ILK nicht im individuell subjektiven Ermessen eines Raters, sondern ist im Rahmen der Auswertung hinsichtlich der Instruktion, des Trainings und des Auswertungsschemas genau vorgegeben. Auf diese Weise werden Fehlerquellen auf Seiten der Beurteiler reduziert und auf ein Minimum an Zufallsfehlern begrenzt.

³³ Eine ausführliche Beschreibung zu Entwicklung und Aufbau des Auswertungsschemas, findet sich unter Kapitel 4.5.

³⁴ Zur Interrater-Reliabilität siehe auch Kapitel 2.8.6: *Gütekriterien der Inhaltsanalyse*.

Ein konsequenter Einsatz oben genannter Maßnahmen unterstreicht die Vorzüge eines teilstrukturierten Interviews und trägt zu einer Erhebung vergleichbarer Informationen bei, die mit Hilfe des im nächsten Kapitel beschriebenen Verfahrens systematisch ausgewertet werden können.

2.8 Theoretischer Hintergrund zur Auswertung des D-ILK

Mit der Erhebung sprachlicher Informationen im Rahmen eines Forschungsvorhabens, beispielsweise durch ein Interview, stellt sich das Problem der Auswertung dieses gewonnenen Materials. Da verbale Daten allein genommen noch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse bieten, liefert erst eine geeignete Auswertung im Sinne einer Transformation des gewonnenen Rohmaterials entweder qualitative Ergebnisse oder numerische Daten, die einer weiteren Aufarbeitung mittels mathematisch-statistischer Methoden zugrunde liegen könnten (Wittkowski, 1994). Qualitative Untersuchungsmethoden mit dem Ergebnis sprachlichen Materials finden lediglich mit Hilfe inhaltsanalytischer Verfahren eine zweckmäßige Auswertung (ebd.). Ungeachtet der fortwährenden Diskussionen bezüglich qualitativ interpretierender oder quantitativer Auswertungsverfahren beansprucht ein Interview wie in vorliegender Arbeit das *Diagnostische Interview (D-ILK)* als qualitative Untersuchungsmethode demzufolge eine inhaltsanalytische Auswertung.

Dieses Kapitel behandelt zunächst zusammenfassend die Idee der Inhaltsanalyse im Allgemeinen und erläutert die grundsätzlichen Unterschiede zwischen quantitativer und qualitativ-interpretierender inhaltsanalytischer Auswertungen.

Ein weiterer Abschnitt (2.8.5) liefert eine Übersicht über die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003), die der Auswertung des Diagnostischen Interviews (D-ILK) diene.

Abschließend bietet der letzte Abschnitt dieses Kapitels (2.8.6) allgemeine Überlegungen zu den Gütekriterien der Inhaltsanalyse.

2.8.1 Anwendungsmöglichkeiten und Definitionsversuche der Inhaltsanalyse

Unter den Vorläufern der heute gebräuchlichen Inhaltsanalysen lassen sich textanalytische Ansätze zur Überprüfung sprachlichen Materials bis in das 18. Jahrhundert zurückverfolgen. Damals wurde u.a. in Schweden die Häufigkeit religiöser Schlüsselbegriffe in gläubigen Schriften verglichen, um auf deren Gottesfürchtigkeit zu schließen (Bortz & Döring, 2002). Später im 19. Jahrhundert wurden Zeitungsanalysen,

im 20. Jahrhundert ferner Hörfunk-, Fernsehsendungen und andere elektronische Medienpublikationen wichtige Anwendungsbereiche der Inhaltsanalyse (Diekmann, 1998; Bortz & Döring, 2002).

Mittlerweile stellt die Inhaltsanalyse, alternativ auch als Aussagen-, Bedeutungs- und Dokumentenanalyse bezeichnet, eine insbesondere durch Lasswell und Berelson (1952 bzw. 1965) begründete Methode der empirischen Sozialforschung zur systematischen qualitativen oder quantitativen Untersuchung des Inhalts sowie der Wirkungen von Kommunikationsmaterial jeglicher Art dar (Hillmann, 1994).³⁵ Bis heute erfolgte eine interdisziplinäre Erweiterung und Differenzierung der Inhaltsanalyse mit methodischen Ansätzen nicht nur in den Sozialwissenschaften, sondern in einer Vielzahl wissenschaftlicher Disziplinen: beispielsweise werden in der Psychologie Testprotokolle anhand inhaltsanalytischer Verfahren ausgewertet, in der Psychiatrie benutzt man die inhaltsanalytische Methode zur Analyse von Patienteninterviews und Traumbeichten. Auch in anderen Geisteswissenschaften, in der Sozialpsychologie sowie in Literaturwissenschaften, Linguistik und einer Reihe anderer Wissenschaften, findet die Inhaltsanalyse eigenständige Anwendungsgebiete (Früh, 2004). Im Gegensatz zu Techniken wie Befragung oder Beobachtung ermöglicht die Inhaltsanalyse dabei eine Auswertung von Material aus längst vergangenen Zeiten und eignet sich damit besonders gut zur Erforschung von Wandel und Werten im langfristigen Zeitverlauf, auf die der Forscher zudem keinen Einfluss mehr nehmen kann. Dabei empfiehlt es sich, wie generell in der empirischen Sozialforschung, die Inhaltsanalyse mit einer präzisen Hypothese, mindestens aber mit einer klar formulierten Fragestellung anzugehen (Diekmann, 1998).

Entsprechend der vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten und -bereiche der Inhaltsanalyse finden sich in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedliche theoretisch-definitivische Ansätze und methodische Schwerpunkte der Inhaltsanalyse. Eine einheitliche, fachübergreifende Definition scheint nicht möglich. Allgemeiner Konsens herrscht lediglich hinsichtlich des Zieles der Inhaltsanalyse: die Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt (Mayring, 2003).

Die Definition des Inhaltsanalyseklassikers Berelson (1952) „Inhaltsanalyse ist eine Forschungstechnik für die objektive, systematische und quantitative Beschreibung manifesten Inhalts von Kommunikation“ findet immer wieder Kritik, da sich Inhaltsanalyse schon längst nicht mehr nur mit der Analyse manifesten Inhalts von Kommunikati-

³⁵ Hillmanns Ausführungen diesbezüglich basieren auf Berelson (1952) und Lasswell (1965).

on beschäftigt, sondern je nach Zielsetzung ferner Interesse an der Aufdeckung latenter und formaler Strukturen im Text sowie eine Berücksichtigung nonverbaler Aspekte zeigt (Mayring, 2003, vgl. Diekmann, 1998). Ähnlich definiert auch Früh (2004) die Methode der Inhaltsanalyse, setzt jedoch abweichende Akzente: „Die Inhaltsanalyse ist eine empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen.“ (Früh, 1991, S. 24). Im Unterschied zu einer subjektiven Interpretation von Textmaterial scheint demnach für die sozialwissenschaftliche Inhaltsanalyse Systematik und intersubjektive Nachvollziehbarkeit kennzeichnend zu sein. Inhaltsanalyse stellt sich damit als ein systematisches und objektives Verfahren dar, welches im Idealfall bei gleichartigen, explizit aufgeführten Regeln bezüglich Stichprobe und Materialauswertung bei wiederholter Untersuchung gleiche Resultate erzielt (Diekmann, 1998). Des Weiteren ergänzt Früh (1991) die Anwendbarkeit der inhaltsanalytischen Auswertung durch die Berücksichtigung formaler Textmerkmale, die ebenso wie inhaltliche Merkmale Rückschlüsse auf Verfasser und Entstehungssituation zulassen. In der sogenannten Marienthal-Studie (Diekmann, 1998) beispielsweise wurden Schulaufsätze zum Thema Weihnachtswünsche einer formalen, inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen.³⁶ Das Ergebnis ließ erkennen, dass Kinder arbeitsloser Marienthaler häufiger den Konjunktiv verwendeten, als Schulkinder aus Nachbarorten; wobei das Stilmerkmal Konjunktiv in diesem Fall als Indikator für Resignation und Hoffnungslosigkeit gewertet wurde und damit Rückschlüsse auf den Hintergrund dieser Kinder erlaubte.

Vor dem Hintergrund der definitorischen Mannigfaltigkeit fasst Mayring (2003) an Stelle eines neuen Definitionsversuches die Spezifika einer Inhaltsanalyse wie folgt zusammen:

1. Die Inhaltsanalyse hat Kommunikation zum Gegenstand und damit die Übertragung von Symbolen. Neben Sprache können auch Musik, Bilder u.ä. zum Gegenstand gemacht werden.
2. Gegenstand der Analyse ist fixierte Kommunikation, das heißt in irgendeiner Art protokolliert festgehalten.
3. Die Inhaltsanalyse geht systematisch vor, womit sie sich von den hermeneutischen Verfahren abgrenzt.

³⁶ Ein Forschungsteam der Wiener Wirtschaftspsychologischen Forschungsstelle untersuchte 1931 die soziale Lage der Bevölkerung des kleinen Ortes Marienthal in Niederösterreich, da dieser besonders hart von Massenarbeitslosigkeit betroffen war (Diekmann, 1998).

4. Die Inhaltsanalyse wird anhand von expliziten Regeln durchgeführt. Durch diese Regelgeleitetheit ist die Inhaltsanalyse intersubjektiv nachvollzieh- und überprüfbar.
5. Geleitet durch eine theoretisch ausgewiesene Fragestellung geht die Inhaltsanalyse bei der Analyse des Materials theoriegeleitet vor.
6. Inhaltsanalyse lässt Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu.

Inhaltsanalyse ist also der Oberbegriff vielfältiger Methoden der systematischen sowie objektiven Identifikation von Merkmalen sprachlicher Äußerungen, deren Ziel es ist Rückschlüsse auch auf nicht-sprachliche Merkmale zu ziehen (Wittkowski, 1994).

2.8.2 Bisher gebräuchliche Verfahren der Inhaltsanalyse

Bisher gebräuchliche klassische Verfahren der Inhaltsanalyse blieben nicht ohne Kritik. Während die empirische Sozialforschung der hermeneutisch-interpretierenden Textanalyse Subjektivität im Sinne freien Interpretierens, eine Vernachlässigung der Gütekriterien und damit lediglich willkürliche Ergebnisse vorhält, wird den rein quantitativ-erklärenden Verfahren obgleich ihrer reliablen und validen Ergebnisse, im wesentlichen die Beschränkung auf den manifesten Inhalt und damit ein Verlust wertvoller Informationen vorgeworfen (Bos & Tarnai, 1989). Ungeachtet der hermeneutisch-interpretierenden Ansätze, lassen sich auf Seiten der bisher gebräuchlichen empirisch-erklärenden Inhaltsanalysen vereinfachend folgende drei Formen unterscheiden (nach Schnell et al., 1999):

- *Frequenz- oder Häufigkeitsanalyse*: stellt die einfachste Art inhaltsanalytischer Arbeit dar, bestimmte Textkomponenten werden klassifiziert und die Häufigkeit ihres Vorkommens ausgezählt.
- *Valenz- oder Intensitätsanalyse*: bestimmte Textbestandteile werden durch die Angaben von Bewertungen (positiv, negativ, neutral) spezifiziert und skaliert.
- *Kontingenzanalysen*: überprüft das Auftreten bestimmter Textelemente in Zusammenhang mit anderen Begriffen und zählt diese.

Wie aus dieser kurzen Beschreibung des quantitativen Ansatzes ersichtlich, besteht die bisher überwiegend gebräuchliche quantitative Inhaltsanalyse aus „stumpfsinniger Wortzählerei“ (Bortz & Döring, 2002, S. 149). Eine Erfassung des komplexen Bedeu-

tungsgehalts eines Textes durch diese Vorgehensweise wird deshalb von Kritikern derselben angezweifelt (ebd.).

Auch Mayring (2003) bemängelt den durch ein Fehlen einer einheitlichen Definition der Inhaltsanalyse geprägten Umstand sowie die Abwesenheit einer systematischen, umfassenden Anleitung zur inhaltsanalytischen Auswertung komplexeren Sprachmaterials. Er kritisiert die bisher gebräuchlichen, kontrovers diskutierten inhaltsanalytischen Verfahren und konstatiert, dass ihm „die philosophische Hermeneutik zu vage und unsystematisch bleibt, die sprachwissenschaftlichen Textanalysen sich meist auf die Textstruktur beschränkt und die kommunikationswissenschaftliche Inhaltsanalyse nur sehr spezielle quantitative Techniken entwickelt hat“ (Mayring, 2003, S. 10).

2.8.3 Qualitative versus Quantitative Inhaltsanalyse

Mit der qualitativen Inhaltsanalyse scheint der grundsätzliche Widerspruch der bisher gebräuchlichen inhaltsanalytischen Verfahren aufgehoben und die bisherige einseitige Ausrichtung in der empirischen Sozialforschung mit standardisierten Vorgehen und quantitativen Aussagen durchbrochen (vgl. Bos & Tarnai, 1989; vgl. Mayring, 2003).

Das Anliegen dieses qualitativen Verfahrens „ist eine Methodik systematischer Interpretation zu entwickeln, die an den in jeder Inhaltsanalyse notwendig enthaltenen qualitativen Bestandteilen ansetzt sowie sie durch Analyseschritte und Analyseregeln systematisiert und überprüfbar macht. [...] Der grundlegende Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse ist nun, die Stärken der quantitativen Inhaltsanalyse beizubehalten und auf ihrem Hintergrund Verfahren systematischer qualitativ orientierter Textanalyse zu entwickeln“ (Mayring, 2003, S. 42). Diese Methode beinhaltet folglich ein systematisches überprüfbares Vorgehen, bei dem gleichzeitig der Komplexität der Bedeutungsfülle sowie der Interpretationsbedürftigkeit sprachlichen Materials Rechnung getragen wird.

In Anbetracht der Möglichkeiten sprachliches Rohmaterial einerseits im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse zu verbalen Ergebnissen auf ein höheres Abstraktionsniveau zu überführen oder andererseits zu numerischen Daten zu verdichten, die im Sinne der quantitativen Inhaltsanalyse Grundlage einer statistischen Auswertung bilden, sei im Folgenden eine Gegenüberstellung dieser Methoden dargestellt (vgl. Wittkowski, 1994). Während einige Autoren eine strikte Gegenüberstellung qualitativer versus quantitativer Analysen ablehnen und eher nach Verbindungen oder Integrationsmöglichkeiten suchen (Mayring, 2003), stellt Wittkowski (1994) in folgender Tabelle 2-9 die grundsätzlichen Differenzen der quantitativen und qualitativ-

interpretierenden inhaltsanalytischen Auswertungsverfahren dar (nach Wittkowski, 1994):³⁷

Tabelle 2-9: Merkmale qualitativer versus quantitativer Inhaltsanalyse

MERKMAL	INHALTSANALYSE	
	QUALITATIV INTERPRETIEREND	QUANTITATIV
Analysematerial	Sozialwissenschaftl. Texte, unsystematisch o. systemat., un- o. halbstrukturiert gewonnen	Vorzugsweise Aufzeichnungen un- und halbstrukturierter Interviews und Beobachtungen
Vorgehen	Verstehende, regelgeleitete Interpretation; ggf. Einbeziehung externer Informationen	Erklärender Ansatz; Überführung in num. Daten anhand elaborierter Codierregeln; Beschränkung auf das gegebene Analysematerial
Zielsetzung	Aufdeckung latenter Sinnstrukturen, Erfassung der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes	„Messung“, Quantifizierung psychischer Merkmale, Zerlegung des Untersuchungsgegenstandes
Resultat	Inhaltlich differenzierte Beschreibung subjektiver Realitäten; „weiche“ verbale Daten	Erfassung von Vorhandensein/ Fehlen von Merkmalen, Merkmalsausprägungen; „harte“ num. Daten
Skalenniveau	Keine oder Nominalskala	Ordinal- oder Intervallskala
Geltungsbegründung, Gütekriterien	Qualitativ	Psychometrisch (Gütekriterien der klass. Testtheorie)

Quelle: Wittkowski (1994)

Während die meisten herkömmlichen Verfahren der empirischen Sozialforschung im Rahmen streng standardisierten Vorgehens auf quantitativen Arbeitsweisen beruhen, lässt sich gegenwärtig ein Trend in Richtung qualitativer Methoden erkennen. Einerseits werden zunehmend komplexere quantitative Auswertungsmodelle mit rigiden Anforderungen an das Datenmaterial empfohlen, andererseits „fordert gerade dies zur Kritik heraus, zu Forderungen nach offenen Erhebungsmethoden, bei denen die Befragten wirklich zur Sprache kommen, zu Forderungen nach interpretativen Methoden, die auch latente Sinnstrukturen erkennen können“ (Mayring, 2003, S. 9). Gleichwohl gibt es allgemeine Kritik der *Quantitativen* an den *qualitativ-interpretierenden* Ansätzen sowie *vice versa* die *Quantitativen* von den *Qualitativen* als unzureichend bemängelt werden (Mayring, 2003). Früh (1991) dagegen sieht in der Diskussion der qualitativen versus der quantitativen Inhaltsanalyse eine Scheinkontroverse, da sich qualitative und

³⁷ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Begrifflichkeiten der qualitativ-interpretierenden und der quantitativen Inhaltsanalyse in der wissenschaftlichen Literatur nicht ganz einheitlich verwendet werden. Während Wittkowski (1994) ein Analyseverfahren als quantitativ bezeichnet, sobald das Textmaterial in numerische Daten überführt wird, betitelt Mayring (2003) ein Verfahren als quantitativ, wann immer Zahlenbegriffe oder mathematische Operationen auftreten. Der vorliegenden Arbeit liegt, wenn nicht explizit anders erwähnt, die definitorische Begrifflichkeit von Mayring (2003) zugrunde.

quantitative Analyseschritte im allgemeinen Auswertungsprozess ergänzen sowie die sogenannten *qualitativen* Inhaltsanalysen regelmäßig aus ermittelten Quantitäten inhaltliche Schlüsse ziehen. Deswegen plädiert Früh (1991) dafür auf diese „unzutreffende dichotomisierende Bezeichnung“ zu verzichten (Früh, 1991, S. 230). Denn annähernd jeder Beginn eines wissenschaftlichen Vorgehens besteht aus einem qualitativen Schritt, um das *Was* des Untersuchungsvorhabens zu klären (Mayring, 2003). Auch Diekmann (1998) erwähnt, dass in der empirischen Sozialforschung „qualifizierende und quantifizierende Aspekte in verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses mit unterschiedlichem Stellenwert einfließen, fast immer wird es eine Kombination beider Vorgehensweisen sein“, wann immer sich inhaltliche Fragestellungen und damit *qualitative* Sachverhalte ergeben (Diekmann, 1998, S. 511). Ferner spiegelt sich innerhalb qualitativ-inhaltsanalytischer Kategoriensysteme erst mit der Häufigkeit einer Kategorie, somit einer Quantifizierung, ihre Bedeutung wider (Mayring, 2003). Indessen müssen Ergebnisse quantitativer Analyseschritte stets auf die Fragestellung zurück bezogen werden, „Zahlen sprechen niemals für sich selbst. Sie müssen immer interpretiert werden“ (Andersson, 1974; zit. nach Mayring, 2003).

Quantitative Inhaltsanalyse

Generell ist von *quantitativer Inhaltsanalyse* zu sprechen, „sobald Zahlenbegriffe und deren In-Beziehung-Setzen durch mathematische Operationen bei der Erhebung und der Auswertung verwendet werden“ (Mayring, 2003, S. 16). Geleitet durch definierte Ziele des Forschungsvorhabens sowie erklärte Hypothesen strebt sie eine Zuordnung einzelner Textteile, gekennzeichnet durch Merkmale stilistischer, grammatischer oder inhaltlicher Art, zu ausgewählten übergreifenden Kategorien (Bedeutungseinheiten) an, welche Operationalisierungen der interessierenden Merkmale darstellen. Die Häufigkeiten der Textteile in den verwendeten Kategorien geben Auskunft über die Eigenschaft bzw. die Merkmalsausprägung des untersuchten Textes (Bortz & Döring, 2002). Auf diese Weise wird das Textmaterial in numerische Daten überführt, die die Grundlage für eine statistische Auswertung bilden. *Externe* Informationen bleiben unberücksichtigt (Wittkowski, 1994). Wie bereits kurz erwähnt, bemängeln Kritiker der quantitativen Inhaltsanalyse, dass eine einfache Merkmalszählerei, die Wörter oder Satzteile aus dem sprachlichen Zusammenhang herauslöst, dem komplexen Bedeutungsgehalt von Texten nicht gerecht werden würde (Bortz & Döring, 2002). Ähnlich argumentiert auch Früh (2004) für den qualitativen Einsatz der Inhaltsanalyse, da ein

quantifizierendes Vorgehen auf Abstraktion und Isolation konkreter Bedeutungen beruht, „wobei unzulässig viel Information vernichtet wird“ (Früh, 2004, S. 231).

Qualitative Inhaltsanalyse

Das Ziel der *qualitativen Inhaltsanalyse* dagegen ist die intersubjektiv nachvollziehbare, regelgeleitete sowie inhaltlich möglichst erschöpfende Interpretation manifester und latenter Inhalte des sprachlichen Materials in seinem Kommunikationszusammenhang und sozialen Kontext (Mayring, 2003; Bortz & Döring, 2002). Ebenso in der qualitativen Inhaltsanalyse stellt das Kategoriensystem das zentrale Instrument der Analyse dar, anhand dessen die Ziele der Analyse konkretisiert werden (Mayring, 2003). Im Gegensatz zu klassisch hermeneutischen Verfahren bilden die Abgrenzung einzelner Untersuchungs- oder Analyseeinheiten eines Textes und die Erstellung eines Kategorienschemas unerlässliche Arbeitsschritte (Hillmann, 1994). Während die quantitative Inhaltsanalyse als Voraussetzung für eine Quantifizierung eine Zerlegung des zu untersuchenden Gegenstandes vornimmt, versucht die qualitative Inhaltsanalyse als qualitativ-verstehende Wissenschaft die volle Komplexität ihrer Gegenstände zu erfassen (Mayring, 2003). Mit der qualitativen Inhaltsanalyse hat sich eine eigenständige Methode entwickelt, die es erlaubt sprachliches Material systematisch auszuwerten ohne frei zu interpretieren oder wichtige Inhalte einer zu strengen Systematisierung zu opfern. Diese systematisch-transparente und damit nachvollziehbare sowie überprüfbare Vorgehensweise, die sowohl der Komplexität der Bedeutungsfülle sowie der Interpretationsbedürftigkeit sprachlichen Materials gerecht wird, erfüllt die wissenschaftlichen Standardanforderungen der Gütekriterien und erweitert somit die methodischen Zugänge zum Gegenstand, ohne die Stringenz der empirischen Forschung aufzugeben (ebd.).

2.8.4 Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsverfahren für das D-ILK

Infolge der Erfassung qualitativer Daten wie in Form von Interviewtranskripten, Diskussions- sowie Beobachtungsprotokollen oder wie im Rahmen vorliegender Arbeit erhobene Textdaten aus den Diagnostischen Interviews (D-ILK) stellt sich die Frage nach der bestmöglichen Auswertung dieses Materials. Obgleich einige verschiedene Auswertungstechniken in der einschlägigen wissenschaftlichen Methodenliteratur beschrieben sind, fand sich für die Auswertung der gewonnenen Daten dieser Arbeit vorerst keine sinnvoll und umfassend erscheinende Anleitung. Eine einfache, aus dem Kontext eines Textes herausgelöste „Wort oder Satzteilzählerei“ (Bortz & Döring, 2002,

S. 149) im Sinne einer quantitativen Inhaltsanalyse, die den vielschichtigen Bedeutungsgehalt des sprachlichen Materials nicht erfassen könnte, erschien für die erhobenen Daten wenig wertvoll und wäre der Komplexität dieser Daten nicht gerecht geworden. Folglich war eine Textanalysemethode erforderlich, welche sowohl manifeste als auch latente Inhalte des Materials in ihrem sozialen Kontext interpretiert und eine intersubjektiv nachvollziehbare sowie systematische Auswertung ermöglicht. Diese Textanalyse sollte es außerdem erlauben auch von untersuchungsfremden Auswertern (Ratern) angewandt zu werden und ebenso wie die quantitative Inhaltsanalyse nach vorher festgelegten Regeln ablaufen, um später validierbar zu sein. Für die Auswertung der Diagnostischen Interviews (D-ILK) sollte gelten, dass jeder Analyseschritt und jede Entscheidung im Auswertungsprozess auf eine begründete Regel zurückgeführt werden kann.

Vor diesem Hintergrund erschien eine Analyse der durch das D-ILK erhobenen Daten in Anlehnung an die Methode der *Qualitativen Inhaltsanalyse* nach Phillip Mayring (2003) am besten geeignet, um eine Auswertung zwar systematisch und nachvollziehbar zu gestalten, jedoch keinen Verlust informationsreichen Materials hinnehmen zu müssen. Diese Methode findet in Folgendem eine Vorstellung ihres Ablaufes.

2.8.5 Vorstellung der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring

Die der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) zugrunde liegenden theoretischen Überlegungen wurden in vorangehendem Kapitel ausführlich erläutert. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden der Ablauf einer qualitativen inhaltsanalytischen Auswertung sprachlichen Materials nach der Anleitung von Mayring (2003) vorgestellt werden. Eine Darstellung der Vorgehensweise der inhaltsanalytischen Auswertung des Diagnostischen Interviews (D-ILK) wird in Kapitel 4 vorgenommen.

Inhaltsanalytischer Auswertungsprozess

Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) ist eine Anleitung zu einer regelgeleiteten, intersubjektiv nachvollziehbaren Analyse umfangreicher Textmaterialien, welche nicht als Alternative zur quantitativen Inhaltsanalyse konzipiert ist, sondern an den in jeder Inhaltsanalyse notwendig enthaltenen qualitativen Bestandteilen ansetzt sowie diese durch festgelegte Analyseschritte und -regeln systematisiert und damit überprüfbar macht (Mayring, 2003). Der Autor betont, dass die Inhaltsanalyse kein Standardinstrument sein kann, welches stets gleich aussieht, sondern an den konkreten, zu untersuchenden Gegenstand angepasst sowie auf die spezifische Fragestel-

lung des Forschungsvorhabens hin konstruiert werden muss. Im Gegensatz zur freien Interpretation gilt, dass jeder Analyseschritt, jede Entscheidung im Auswertungsprozess auf eine begründete und vorher festgelegte Regel zurückgeführt werden kann.

Um eine Übersicht über eine mögliche Durchführung einer inhaltsanalytischen Auswertung zu gewinnen, zeigt folgende Abbildung 2-5 ein inhaltsanalytisches Ablaufmodell, nach dem Vorschlag von Mayring (2003).

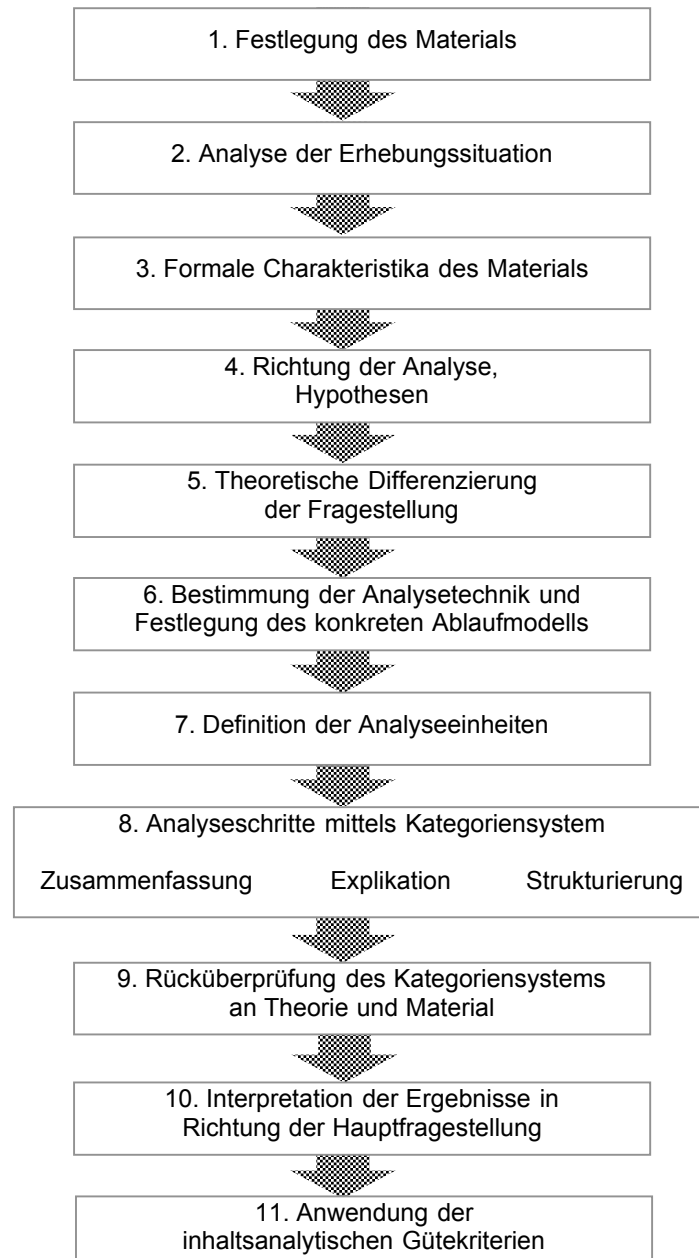


Abbildung 2-5: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring (2003)

In Anlehnung an die Abbildung 2-5 ist bei der Durchführung einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) zusammenfassend folgendes zu beachten.³⁸

1. *Festlegung des Materials:* Am Anfang der Inhaltsanalyse steht eine genaue Definition des der Analyse zugrunde liegenden Ausgangsmaterials. Dieser Korpus sollte später weder erweitert, noch sonst irgendwie verändert werden.
2. *Analyse der Erhebungssituation:* Im zweiten Schritt sollte eine genaue Beschreibung des Verfassers bzw. der an der Entstehung des sprachlichen Materials beteiligten Personen sowie deren Handlungshintergrund, der Zielgruppe, in deren Richtung das Material verfasst wurde, der Entstehungssituation und dem sozio-kulturellen Hintergrund erfolgen.
3. *Formale Charakteristika des Materials:* Hier sollte die genaue Form des vorliegenden Materials beschrieben werden, in aller Regel in niedergeschriebener Textform. Gesprochene Sprache sollte von Tonbandaufnahmen anhand von Transkriptionsmodellen in einen geschriebenen Text überführt werden.
4. *Richtung der Analyse:* Entsprechend der Lasswell'schen Formel (1949) „Wer sagt was, mit welchen Mitteln, zu wem, mit welcher Wirkung?“ lassen sich aus dem sprachlichen Material Aussagen in vielfältige Richtungen ziehen. Deswegen sollte der Fokus der Analyse vorab eindeutig bestimmt werden.
5. *Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung:* Die Analyse sollte einer präzisen theoretisch begründeten inhaltlichen Fragestellung folgen. Daher sollte die Fragestellung der Analyse vorab geklärt, theoretisch an die bisherige Forschung über den zu untersuchenden Gegenstand angebunden sowie in Unterfragen differenziert sein.
6. *Bestimmung der Analysetechnik und Festlegung des konkreten Ablaufmodells:* Hierin besteht die herausragende Bedeutung der qualitativen Inhaltsanalyse gegenüber freier Interpretationsverfahren: die Analyse wird in einzelne, vorab bestimmte Interpretationsschritte zerlegt. Das zu verwendende interpretative Verfahren (vgl. Punkt 8.) ist auszuwählen sowie zu begründen, um anschließend ein anschauliches Ablaufmodell festzusetzen.
7. *Definition der Analyseeinheiten:* Entsprechend dem ausgewählten Verfahren werden die Textteile bestimmt, die ausgewertet werden sollen, einschließlich der Kriterien der Abgrenzung dieser Textteile. Mayring (2003) unterscheidet hier zwischen folgenden Analyseeinheiten:

³⁸ Eine detaillierte Anleitung findet sich bei Mayring, 2003.

- *Kodiereinheit*, die festlegt, was der kleinste Textbestandteil ist, der ausgewertet werden darf;
 - *Kontexteinheit*: größter Textbestandteil, der ausgewertet werden darf;
 - *Auswertungseinheit*: bestimmt die Reihenfolge der auszuwertenden Textteile.
8. *Analyseschritte mittels Kategoriensystem*: Im Mittelpunkt der inhaltsanalytischen Auswertung steht ein Kategoriensystem, welches die Basis für eine zusammenfassende Deutung des Materials bildet. Die Kategorien werden in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie der Fragestellung und dem konkreten Material entwickelt und während der Analyse immer wieder überarbeitet. Das Auswertungskonzept nach Mayring (2003) umfasst dabei drei grundlegende Techniken der Interpretationsvorgänge, die wiederum mehrere einzelne Analyseschritte beinhalten:
- *Zusammenfassung*: Ziel ist eine Reduktion des Ausgangsmaterials auf einen Textkorpus, der ein überschaubares Abbild des Grundmaterials darstellt. Im Zuge der Zusammenfassung werden die wesentlichen Aussagen herausgearbeitet und auf einzelne Kategorien reduziert. Zu den Analyseschritten der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gehören Paraphrasierung – Wegstreichen ausschmückender Redewendungen, Transformation auf grammatische Kurzformen; Generalisierung – konkrete Beispiele werden verallgemeinert; und Reduktion – ähnliche Paraphrasen werden zusammengefasst.
 - *Explikation*: Ziel ist eine genauere Bedeutungsanalyse problematischer Textstellen unter Heranziehen zusätzlicher Materialien (beispielsweise Informationen des Befragten), welches das Verständnis erweitert und die Textstelle erläutert.
 - *Strukturierung*: Ziel ist es bestimmte Aspekte des Materials unter Anwendung des Kategoriensystems herauszufiltern und aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.

Außerdem sind auch verschiedene Mischformen dieser Analysearten denkbar.

9. *Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material*: Am Ende jeder Interpretationsphase sollte überprüft werden, ob die als Kategoriensystem zusammengestellten Aussagen das Ausgangsmaterial noch erschöpfend repräsentieren. Alle ursprünglichen Paraphrasen des ersten Materialdurchganges

müssen im Kategoriensystem aufgehen. Anhand von Probekodierungen werden Kodierleitfaden, der genaue Zuordnungsregeln und prägnante Ankerbeispiele³⁹ enthält, und Kodierschema überprüft und gegebenenfalls modifiziert.

10. *Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung*: Schließlich werden die Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung interpretiert.

11. *Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien*: Die Aussagekraft der Analyse wird anhand der inhaltsanalytischen Gütekriterien eingeschätzt.

Da die Anwendung des Kategoriensystems im Vordergrund dieser Inhaltsanalyse steht und es damit den Kern und somit zugleich einen kritischen Punkt im inhaltsanalytischen Prozess bildet, sei im Folgenden noch einmal ausführlicher auf die Kategorienbildung nach der Anleitung von Mayring (2003) eingegangen.⁴⁰

Kategorienbildung

Innerhalb der inhaltsanalytischen Auswertung repräsentiert das Kategoriensystem trotz seines reduzierten, überschaubaren Maßes die wesentlichen Inhalte des Ausgangsmaterials und damit die Grundlage jeglicher Ergebnisse. Vor dem Hintergrund des inhaltsanalytischen Auswertungsprozesses sollte das Thema der Kategorienbildung theoriegeleitet, folglich in Abhängigkeit der Fragestellung des Forschungsvorhabens bestimmt werden. Dazu sollte ein Selektionskriterium gewählt werden, welches den Ausgangspunkt der Kategoriendefinition bestimmt und Unwesentliches, Ausschmückendes, vom Thema Abweichendes ausschließt. Nach Festlegung des Abstraktionsniveaus der zu bildenden Kategorie (von sehr konkret oder ganz allgemein gehaltenen Kategorien) wird das Material sorgfältig durchgearbeitet. Sobald das Selektionskriterium im Material erfüllt ist, wird möglichst nah an der Textformulierung eine Kategorie als Kurzsatz formuliert. Ist das Selektionskriterium ein weiteres Mal erfüllt, sollte überprüft werden, ob diese Textstelle unter die bereits gebildete Kategorie fällt (*Subsumption*) oder ob eine neue Kategorie gebildet werden sollte. Wird auf diese Weise ein Großteil des Materials durchgearbeitet ohne, dass viele Kategorien neu gebildet werden müssen, sollte eine Revision des Kategoriensystems durchgeführt werden. Dabei sollte überprüft werden, ob die Kategorien sich bei der Rücküberprüfung als repräsentativ

³⁹ Ankerbeispiele führen konkrete, einer Kategorie zugeordnete Beispiele an und gelten für diese Kategorien als beispielhafte Orientierungshilfe.

⁴⁰ Ein genaue Beschreibung der Kategorienbildung nach Mayring findet sich auch in Kapitel 4, welches u.a. die Kategorienbildung der dieser Arbeit zugrundeliegenden inhaltsanalytischen Auswertung des D-ILK erörtert.

erweisen und ob Selektionskriterium sowie Abstraktionsniveau überlegt gewählt worden sind.

Das Ergebnis dieser Vorgehensweise ist ein System an Kategorien, erläutert durch ausgewählte prägnante Ankerbeispiele zu einem bestimmten Thema. Das komplette Kategoriensystem kann im Sinne der Fragestellung interpretiert, Hauptkategorien gebildet oder im Anschluss eine quantitative Analyse durchgeführt werden, beispielsweise um die Häufigkeit einzelner Kategorien festzustellen.

Kodierung

Die Zuordnung von Textteilen zu erwähnten Kategorien wird als Kodierung bezeichnet. Sie wird am besten von mehreren Kodierern/Ratern⁴¹ unabhängig voneinander vorgenommen, da die Übereinstimmung der Kodierer als Maß für die Reliabilität des Verfahrens gelten kann.⁴² Eine Kodierung ist intersubjektiv nachvollziehbar, wenn die Kategorien eindeutig definiert, klar voneinander abgegrenzt sowie erschöpfend sind, so dass ein beliebiger Kodierer Textelemente problemlos zuordnen kann (Bortz & Döring, 2002):

- *Die Kategorien müssen exakt definiert sein (Genauigkeits-Kriterium):* Das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Merkmals entscheidet über die Zugehörigkeit der Textelemente zu den einzelnen Kategorien. Hierfür sind präzise definierte, operationalisierte Indikatoren für die einzelnen Kategorien des Merkmals erforderlich.
- *Die Kategorien müssen sich gegenseitig ausschließen (Exklusivitäts-Kriterium):* Diese Bedingung soll verhindern, dass einzelne Textelemente mehreren Kategorien zugeordnet werden könnten.
- *Die Kategorien müssen ein Merkmal erschöpfend beschreiben (Exhaustivitäts-Kriterium):* Die Kategorien müssen so geartet sein, dass jeder Textbestandteil einer Kategorie zugeordnet werden kann.

Damit ist das Ziel, protokollierte Kommunikation zuverlässig zu analysieren weitreichend erfüllt und deswegen geeignet die der vorliegender Arbeit zugrunde liegenden Interviewprotokolle auszuwerten.

⁴¹Die Begriffe *Rater* und *Kodierer* werden in dieser Arbeit synonym verwandt. Die Anwendung dieser Begriffe variiert je nach Autor, meint aber das Gleiche.

⁴²Die Interrater-Reliabilität wird zudem als ein Kennzeichen der Objektivität eines Instrumentes anerkannt.

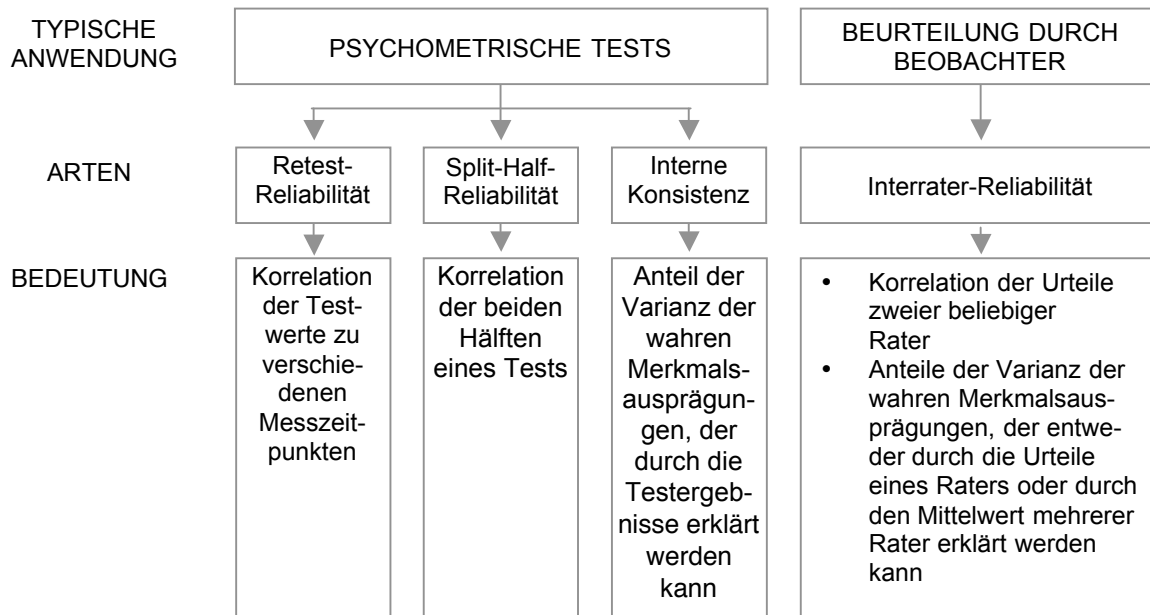
2.8.6 Gütekriterien der Inhaltsanalyse

Obwohl mittlerweile eine Vielzahl von Ansätzen qualitativer Methoden existiert, herrschen immer noch große Vorbehalte gegenüber der qualitativen Forschung. Kritiker qualitativer Arbeiten bemängeln eine unzureichende intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Verletzungen klassischer Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität sowie eine ungenügende Verallgemeinbarkeit qualitativer Ergebnisse (Mayring, 2003). Wollte die Inhaltsanalyse den Status einer sozialwissenschaftlichen Forschungsmethode für sich beanspruchen, sollte der Nachweis einer einheitlichen Handhabung des Erhebungsverlaufes gegeben sowie ihre Brauchbarkeit anhand von testtheoretischen Gütekriterien gemessen werden (vgl. Mayring, 2003; vgl. Rust, 1983). Um eine erste Voraussetzung für die Sicherung der Reproduzierbarkeit der inhaltsanalytischen Ergebnisse zu erfüllen, sollte deswegen zunächst die Transparenz der einzelnen Forschungsschritte gewährleistet sein (Rust, 1983). Hinsichtlich der Inhaltsanalyse bedeutet dies, dass die differenzierten Regeln der Kodierung eine gleichartige Anwendung der Instrumente des Verfahrens garantieren (ebd.). Im Unterschied zur subjektiven Interpretation von Texten sind Systematik und intersubjektive Nachvollziehbarkeit entscheidend, „in diesem Sinn ist die Inhaltsanalyse systematisch und objektiv“ (Diekmann, 1998, S. 482).

Reliabilität als Gütekriterium

Da für die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Untersuchung insbesondere die Interrater-Reliabilität als Methode zur Überprüfung des Auswertungsschemas von Bedeutung ist, sollen im Folgenden kurz die typischen Reliabilitätsarten beschrieben sowie die Interrater-Reliabilität im Rahmen dessen eingeordnet werden.

Die Reliabilität bezeichnet die Zuverlässigkeit mit der ein Ergebnis eines Messinstrumentes in einer weiteren Untersuchung replizierbar ist. Für psychometrische Tests sind drei Reliabilitätsmaße gebräuchlich: die Retest-Reliabilität, die Split-half-Reliabilität sowie die Interne Konsistenz, wie in folgender Abbildung 2-6 dargestellt (nach Wirtz & Caspar, 2002, S. 18):



Quelle: Wirtz und Caspar (2002)

Abbildung 2-6: Überblick über die verschiedenen Arten der Reliabilitätsdefinitionen

- **Retest-Reliabilität:** Zur Bestimmung muss ein Test zu zwei Zeitpunkten von denselben Probanden ausgefüllt werden. Die Korrelation der Messwerte zu den beiden Messzeitpunkten ist gleich dem Retest-Reliabilitätskoeffizienten. Diese Methode erfasst die zeitliche Stabilität eines Tests.
- **Split-Half-Reliabilität:** Quantifiziert die Zuverlässigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt, indem sie die Korrelation zweier Hälften eines Tests angibt.
- **Interne Konsistenz:** Auch als Cronbachs α bekannt. Gibt an, welcher Anteil der Varianz der wahren Merkmalsausprägungen durch die tatsächlich gemessenen Testergebnisse aufgeklärt werden kann. Quantifiziert ebenfalls zu einem bestimmten Zeitpunkt.
- **Interrater-Reliabilität:** Bezeichnet den Vergleich der Aussagen verschiedener Beurteiler in Bezug auf das gleiche Zielmerkmal. Diese gibt Auskunft darüber, inwieweit ein Ergebnis durch einen zweiten unabhängigen Rater reproduzierbar ist. Anders als bei psychometrischen Tests interessiert es nicht, ob die Summe aller Einschätzungen reliabel ist, sondern, ob die Einschätzung durch jeden einzelnen Rater zuverlässig ist (vgl. Wirtz & Caspar, 2002, S. 18 f).

Neben diesen bei Wirtz & Caspar (2002) aufgeführten Reliabilitätsmaßen findet sich in der einschlägigen Literatur ein weiteres, ebenso gebräuchliches Maß zur Überprüfung der Reliabilität (Bühner, 2004, S. 30):

Paralleltestreliabilität: Durch Berechnung der Korrelation zwischen zwei Tests mit inhaltlich möglichst ähnlichen Items (Itemzwillingen).

Angaben bezüglich testtheoretischer Kriterien von bisher durchgeführten Inhaltsanalysen aus der Vergangenheit fehlen leider gänzlich (Mayring, 2003). Unglücklicherweise scheint eine Übertragbarkeit *klassischer* Gütekriterien insbesondere der Reliabilität sowie der Validität auf die inhaltsanalytische Forschung nicht geeignet (ebd.). Bei der Bestimmung der Reliabilität erweisen sich übliche Parallel-Test-Verfahren oder Split-half-Methoden problematisch und in ihrer Anwendung auf inhaltsanalytische Methoden nicht sinnvoll.⁴³ Im Hinblick auf die Reliabilität sollte deswegen die komplette Analyse von mehreren Personen durchgeführt werden, um die ermittelten Ergebnisse in Bezug auf das Zielmerkmal miteinander vergleichen und damit den Grad der Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Ratern, die Interrater-Reliabilität, bestimmen zu können. Dabei muss sichergestellt werden, dass die Instrumente der Erhebungen von unterschiedlichen Ratern immer wieder in dem Sinn eingesetzt werden, in dem sie konzipiert worden sind (Rust, 1983). Dieser Anspruch stellt große Anforderungen an die Formulierung der Kategorien sowie die Instruktion zum Raten, denn „je sinnvoller die einzelnen Forschungselemente sich mit der inhaltlichen Fragestellung verbinden, je eindeutiger ihre Formulierung und je deutlicher ihre Abgrenzung gegeneinander ist, desto sicherer wird auch ihre Anwendung durch unterschiedliche Rater“ (ebd., S. 307).

Interrater-Reliabilität als inhaltsanalytisches Gütekriterium

Vor dem Hintergrund der testtheoretischen Güte der Auswertung muss zusammenfassend zu den Zielen eines inhaltsanalytischen Verfahrens gehören, dass:

1. „die gesamte Untersuchungsanlage wiederholbar ist und somit von anderen Forschern überprüft werden kann – dies ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für die zusätzliche Prüfung der Validität inhaltsanalytischer Instrumente und der Plausibilität ihrer Interpretationen;
2. unterschiedliche Kodierer die Kategorien gleich interpretieren, so dass eine aus technischen Gründen eingerichtete Arbeitsteilung nicht zu subjektiven Abweichungen bei der Zuordnung der Kategorien führt.“ (Rust, 1983, S. 307).

⁴³ Für eine detaillierte Erläuterung dieser Problematik siehe Mayring, 2003, S. 110.

Ebenso postulieren Wirtz und Caspar (2002) hinsichtlich der Güte der Beurteilung durch unterschiedliche Rater: „Eine Beurteilung ist reliabel, wenn andere Beurteiler mit gleichem Wissensstand zu einem ähnlichen Urteil kommen. [...] Genau dann kann das Urteil eines Raters als guter Indikator der Eigenschaftsausprägungen“ eines Zielmerkmals verwendet werden (Wirtz & Caspar, 2002, S. 15f).

Als statistisches Standardmaß für die Berechnung der Interrater-Reliabilität ist der Kappa-Koeffizient κ nach Cohen (1960) anzusehen. Dieser Koeffizient berechnet die zufallskorrigierte Übereinstimmung zweier Beurteiler, die bestimmte Merkmale mit Hilfe eines vorgegebenen Kategoriensystems klassifizieren. Er beschreibt damit die Stärke eines Zusammenhangs zwischen zwei nominal skalierten Variablen in der Weise, dass die beobachtete Übereinstimmung in Beziehung zu der sich zufällig einstellenden Übereinstimmung gesetzt wird. Damit quantifiziert der Kappa-Koeffizient κ das Ausmaß überzufälliger Übereinstimmungen auf einer prozentualen Basis. Als Korrelationskoeffizient kann er Werte zwischen $\kappa = -1$ und $\kappa = +1$ annehmen, wobei $\kappa > 0$ eine Übereinstimmung über der zufällig zu erwartenden und $\kappa = 1$ die perfekte Übereinstimmung ausdrückt.

Die Interrater-Reliabilität stellt folglich ein wichtiges spezifisch inhaltsanalytisches Gütekriterium dar. Trotzdem weist Rust (1983) darauf hin, dass nicht nur die Anwendung des Kategoriensystems zuverlässig ablaufen sollte, sondern auch die Entwicklung der Kategorien selbst, um der testtheoretischen Güte gerecht zu werden.

Zur Vertiefung der testtheoretischen Kriterien sei beispielsweise auf die Darstellung von Amelang & Zielinski (2002) hingewiesen.

Nach Reflexion möglicher inhaltsanalytischer Fehlerquellen werden von verschiedenen Autoren immer häufiger eigene inhaltsanalytische Gütekriterien vorgeschlagen, die sich an den Kriterien der Validität und der Reliabilität orientieren und die Anwendbarkeit der Inhaltsanalyse als sozialwissenschaftliche Forschungsmethode beweist. Auf eine detaillierte Beschreibung dieser Gütekriterien wird hier bewusst verzichtet, da diese im Rahmen vorliegender Arbeit keine Bedeutung finden und eine Darstellung dieser den Umfang der Arbeit übersteigen würde. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Mayring (2003).

3 Fragestellung und Zielsetzung

Vor dem Hintergrund des in vorangehendem Kapitel 2.1 bis 2.5 erläuterten Status der Lebensqualitätsforschung sowie der Notwendigkeit dieser Bemühungen in Anbetracht der steigenden Zahl chronisch sowie psychisch kranker Kinder, werden in diesem Kapitel die daraus hervorgehenden Zielsetzungen der vorliegenden Arbeit näher erläutert.

Die Frage, wie es Kindern und Jugendlichen in ihrer individuellen Lebenssituation geht, wie sie ihr Lebensumfeld, ihr eigenes Verhalten und Erleben im Alltag sehen, ist insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie von großer Bedeutung. Im Zusammenhang mit dem allgemeinen Aufschwung der Lebensqualitätsdiskussion der letzten Jahre jedoch konnte ein Mangel an entsprechenden Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen festgestellt und nachfolgend problematisiert werden.

Doch obgleich dem Thema *Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* zunehmend Bedeutung beigemessen wird, fehlt es bisher an geeigneten Messinstrumenten, um die Lebensqualität insbesondere bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu erfassen. Die Frage, wie es Kindern im Zusammenhang mit ihrem individuellen Gesundheitszustand sowie mit eventuellen therapeutischen Maßnahmen geht, ist bislang wenig beleuchtet.

Im Rahmen dieser Dissertation wurde erstmalig ein diagnostisches Interview (*D-ILK*) durchgeführt, welches sich in Ergänzung bzw. Erweiterung an das seit 1998 bestehende *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)* anschließt, um auf diese Weise eine erschöpfende Identifizierung lebensqualitätsbeeinflussender Faktoren zu ermöglichen.

Die Anwendung des *Diagnostischen Interviews (D-ILK)* steht im Vordergrund des Untersuchungsvorhabens. Die Darstellung des theoretischen Hintergrundes sowie die Schilderung der Durchführung und der dabei gewonnenen Erfahrungen und Eindrücke, sind erste Schwerpunkte dieser Arbeit.

Auf der Grundlage des durch diese Interviews gewonnenen Sprachmaterials wurde ein aus Kategorien bestehendes Auswertungsschema entwickelt, mit Hilfe dessen die im

Rahmen dieser Arbeit geführten *Diagnostischen Interviews (D-ILK)* sowie zukünftige *D-ILK* ausgewertet werden sollten. Die inhaltsanalytische Auswertung der Interviewdaten sowie die Überprüfung der Interrater-Reliabilität des neu entwickelten Auswertungsschemas unter Berechnung des Kappa-Koeffizienten nach Cohen (1960) sind zwei weitere Schwerpunkte. Um auf die praktische Relevanz der einzelnen Kategorien des Auswertungsschemas schließen zu können, sind zudem die Häufigkeiten der Kategorienauswahl durch die Rater bestimmt worden.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich für vorliegende Arbeit folgende zu prüfende Zielsetzungen:

1. Anwendung des neu entwickelten, standardisierten *Diagnostischen Interviews (D-ILK)* – Erfahrungen mit der Durchführung des ILK-Ratingbogens und des D-ILK
2. Erfahrungen mit der Entwicklung eines inhaltsanalytischen Auswertungsschemas für das *Diagnostische Interview (D-ILK)*
3. Überprüfung der Interrater-Reliabilität des neu entwickelten Auswertungsschemas unter Berechnung des Kappa-Koeffizienten

Bevor die Ergebnisse dargestellt werden sowie die Diskussion dieser stattfindet, wird in dem folgenden Kapitel ausführlich auf die Vorstellung der im Rahmen dieses Untersuchungsvorhabens verwandten Instrumente eingegangen.

4 Methoden – Untersuchungsdesign und Vorstellung der Instrumente

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den der Untersuchung zugrunde liegenden Methoden. Nach einem Überblick über Untersuchungsdesign und -ablauf folgen die Stichprobenbeschreibung sowie anschließend eine Vorstellung der angewandten relevanten Instrumente:

1. Das *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK)*⁴⁴
2. Das *Diagnostische Interview (D-ILK)*
3. Das im Rahmen dieser Arbeit, unter Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003), neu entwickelte Auswertungsschema für das *Diagnostische Interview (D-ILK)*.

Während der theoretische Hintergrund der Instrumente ausführlich in den Abschnitten 2.4 bis 2.6 der Theoretischen Grundlagen erläutert wurde, wird in einem ersten Abschnitt dieses Kapitels detailliert auf den Aufbau sowie auf die Durchführung des ILK (vgl. 4.3) und des D-ILK (vgl. 4.4) eingegangen.

Nachfolgend wird auf die Entwicklung sowie die Zielsetzung des Auswertungsschemas fokussiert, bevor sich eine detaillierte Darstellung des Aufbaus und der Anwendung desselben anschließt (vgl. 4.5 und 4.6).

Den Abschluss dieses Kapitels bilden Ausführungen zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität als Verfahren zur Überprüfung des Auswertungsschemas (vgl. 4.6.2).

4.1 Untersuchungsdesign und -ablauf

Die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Untersuchung zur Überprüfung eines standardisierten Interviews mit Kindern und Jugendlichen basiert auf dem in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Philipps-

⁴⁴ Wenn nicht explizit anders erwähnt meint *ILK für Kinder und Jugendliche* Kinder und Jugendliche zwischen zehn und 18 Jahren.

Universität in Marburg von Matthejat et al. (1998) entwickelten *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)*. Mit dem Ziel einer differenzierteren Erfassung der Lebensqualität, als dies mit dem ILK alleine möglich ist, entstand als Erweiterung dieses Konzepts das standardisierte *Diagnostische Interview (D-ILK)*.

Um die praktische Anwendbarkeit sowie die Zweckmäßigkeit des D-ILK zu überprüfen, wurden im Rahmen der Untersuchung, im Zeitraum von Juni 2001 bis Mai 2002, 64 Eltern-Kind-Paare verschiedener Populationen rekrutiert und mit Hilfe des D-ILK interviewt. Diese Interviews wurden per Ton- sowie per Videofilmkassette aufgezeichnet, um die dadurch fixierten Daten in einem weiteren Schritt einer Auswertung zuführen zu können. Zur Auswertung des D-ILK wurde in Anlehnung an das Konzept der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) ein Auswertungsschema entwickelt, welches über die Bestimmung der Interrater-Reliabilität hinsichtlich seiner Zuverlässigkeit überprüft sowie gesichert werden sollte. Nach einigen Modifikationen des Auswertungsschemas wurde dieses für die inhaltliche Auswertung aller im Rahmen dieser Untersuchung entstandenen Interviews angewandt. Um anschließend die Interrater-Reliabilität bestimmen zu können, wurden alle 128 Interviews von jeweils zwei Beurteilern eingeschätzt. Auf diese Weise konnte das Schema auf eine zuverlässige Auswertung hin beleuchtet werden.

Eine ausführliche Darstellung der einzelnen Komponenten des Untersuchungsvorhabens und der dafür angewandten Instrumente findet sich in den folgenden Abschnitten dieses Kapitels. Nachstehende Abbildung 4-1 gibt einen Überblick über das Untersuchungsdesign, die einzelnen Komponenten des Untersuchungsvorhabens sowie den Ablauf der Untersuchung.

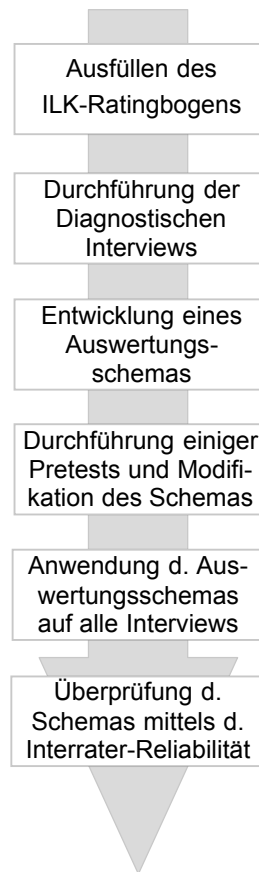


Abbildung 4-1: Einzelne Komponenten des Untersuchungsablaufes

Untersuchungsablauf

Die Datenerhebung erstreckte sich insgesamt über einen Zeitraum von Juni 2001, mit Beginn der Interview-Durchführung mit Eltern-Kind-Paaren aus der poliklinischen Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalter der Philipps-Universität Marburg, bis Mai 2002, als die letzten Interviews mit Eltern-Kind-Paaren einer Kontrollstichprobe durchgeführt wurden.

Im Anschluss dauerte die Entwicklung des Auswertungsschemas sowie dessen Überprüfung mittels Bestimmung der Interrater-Reliabilität bis ins Frühjahr 2003.

Ihren Anfang nahm die Untersuchung im Juni 2001 in der poliklinischen Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Philipps-Universität in Marburg. Die dort anzutreffende diagnostische Vielfalt des kind- und jugendlichen Klientel ist sehr umfangreich, sie erstreckt sich von Diagnosen auf der

Achse I des Multiaxialen Klassifikationsschemas nach Remschmidt et al. (2001)⁴⁵ wie Legasthenie, Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom über Anorexie bis zu Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und anderen Erkrankungsbildern. Hinsichtlich der Auswahl der für die Untersuchung in Frage kommenden Probanden bedurfte es der Berücksichtigung folgender Kriterien, die sich aus dem Untersuchungsvorhaben bzw. Untersuchungsmaterial heraus ergaben und vor Untersuchungsbeginn abgewogen wurden:

1. Die Probanden sollten ein Mindestalter von zehn Jahren erreicht, ein maximales Alter von 18 Jahren jedoch nicht überschritten haben.
2. Kinder mit schwerwiegenden geistigen Einschränkungen oder Erkrankungen, die nicht in der Lage sind an einem selbstreflektierenden Interview teilzunehmen, sollten von der Untersuchung ausgeschlossen werden.
3. Wenigstens ein Elternteil bzw. ein erziehungsberechtigter Betreuer sollte für das Interview im Rahmen der Fremdbeurteilung verfügbar sein.

Diese erwähnten Kriterien ergaben sich einerseits aus dem für diese Untersuchung verwandten Material, der ILK-Ratingbogen sowie das diesen ergänzende Interview (D-ILK) sind für Kinder ab zehn Jahren konzipiert, andererseits ist das Ausfüllen des ILK-Ratingbogens sowie das Beantworten differenzierter Fragen im Rahmen des Diagnostischen Interviews (D-ILK) lediglich mit einem Mindestmaß an Intelligenz und/oder Reife zu bewältigen.

Anhand dieser Auswahlkriterien wurden potentielle Probanden für die Interviews aus der poliklinischen Klientel ermittelt und für eine Interviewteilnahme im Rahmen einer regulären, poliklinischen Vorstellung der Patienten vorgemerkt.

Um von vornherein Kinder oder Jugendliche mit schwerwiegenden geistigen Einschränkungen wie Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auszuschließen, bedurfte es einer fortwährenden Ab- und Rücksprache mit den behandelnden Ärzten. Diese Absprachen hatten des Weiteren das Ziel, die Interviews bestmöglich in den poliklinischen Untersuchungsablauf zu integrieren, so dass sich für diesen durch die Interviews keine Zeitverzögerung ergab und der zusätzliche Zeitaufwand für die Patienten sowie deren Angehörigen gering gehalten werden konnte bzw. gar nicht entstand. Häufig konnten die Interviews mit den Elternteilen in der Zeit geführt werden, in der ihre Kinder in der poliklinischen Untersuchung eingebunden waren, so dass die

⁴⁵ Eine genauere Darstellung der Diagnosen erfolgt in Kapitel 4.2: *Beschreibung der Stichproben*.

Wartezeit der Eltern mit den Interviews überbrückt werden konnte. Dasselbe galt für die Wartezeit der Kinder, da auch die Eltern alleine in den poliklinischen Untersuchungsablauf miteinbezogen werden.

Im Falle eines positiven Bescheids von Seiten der Ärzte wurden die Patienten sowie deren Angehörige bezüglich des Untersuchungsvorhabens aufgeklärt und hinsichtlich der Anonymität sowie des Datenschutzes ihrer Auskünfte informiert.

Anschließend wurde die Bereitschaft der potentiellen Probanden zur Teilnahme an dem Interview für die Untersuchung zum Thema Lebensqualität erfragt.

Sobald eine Einverständniserklärung für eine Video- bzw. Tonbandaufnahme der Interviews von einem jeweiligen Elternteil vorlag, wurde das Eltern-Kind-Paar getrennt, um die Interviews in separaten Räumen stattfinden zu lassen. Je nach Organisation des poliklinischen Untersuchungsablaufes des Kindes fanden die Interviews parallel oder zeitversetzt statt, wobei darauf zu achten war, dass zwischen Eltern und Kind zwischen den jeweiligen Interviews kein Informations- oder Gedankenaustausch stattfinden sollte. Die Datenerhebung, das Ausfüllen des ILK-Ratingbogens durch die Probanden sowie das sich anschließende Diagnostische Interview (D-ILK) wurden in separaten Räumen der poliklinischen Ambulanz anonym sowie in ruhiger Atmosphäre durchgeführt.

Das Interview wurde mit der Beantwortung der letzten D-ILK-Frage beendet, der Proband anschließend mit einem Dank für seine Teilnahme verabschiedet und damit in die Poliklinik entlassen.

Mit der Absicht eine Stichprobe bestehend aus Kindern der Normalbevölkerung der erwähnten Klinikstichprobe zu Kontroll- und Vergleichszwecken gegenüber zu stellen, wurden zwei Schulen kontaktiert und mit einem gezielten Anschreiben auf das vorliegende Untersuchungsvorhaben aufmerksam gemacht. Aufgrund der positiven Resonanz von Seiten der Schulleitungen einer Mittelpunktschule (GHR-Schule mit Förderstufe⁴⁶) im Marburger Umland sowie eines Gymnasiums in Marburg wurde ein ausführliches Informations-Schreiben aufgesetzt und mit der Bitte dieses an die Schüler auszuhändigen, zufallsmäßig an einige Klassenlehrer verteilt. Mittels dieses Informations-Schreibens, welches über das Forschungsvorhaben aufklärte sowie die nötige Anonymität versicherte, entstand der Kontakt zu Eltern und deren Kindern aus zwei

⁴⁶ Grund-, Haupt- und Realschule (GHR)

sechsten Klassen des Gymnasiums sowie zu einigen Eltern, deren Kinder die Mittelpunktschule im Marburger Umland besuchten. Mit diesem Informationsschreiben konnten die Kinder zu Hause zusammen mit ihren Eltern über die Teilnahme an der Untersuchung entscheiden. In positivem Falle sollte der Informationsbogen unterschrieben sowie mit Name und Telefonnummer versehen an den Klassenlehrer bzw. an die Schulleitung zurückgehen. Anhand dieser rückläufigen Bögen konnten die Probanden anschließend kontaktiert sowie hinsichtlich des Untersuchungsvorhabens persönlich und ausführlich informiert werden. Bestenfalls konnte gleich anschließend ein Interviewtermin vereinbart werden.

In Absprache mit den Eltern fanden die Interviews entweder in den Räumen der dem Forschungsvorhaben angehörigen Arbeitsgruppe oder bei den Probanden zu Hause statt. Die Interviewsituation an sich gestaltete sich ähnlich wie bei den Probanden der Klinikstichprobe, mit dem Unterschied, dass der ILK-Ratingbogen für die Klinikstichprobe zusätzliche krankheits- bzw. behandlungsspezifische Fragen bereithält, die für die Kontrollstichprobe entfallen.⁴⁷ Während die soziodemographischen Daten bei der Klinikstichprobe bereits in der poliklinischen Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorlagen, wurden diese Daten in der Kontrollstichprobe separat mittels eines dafür vorbereiteten Basisdokumentationsbogens mit Hilfe der Eltern eruiert.

Den Probandenpaaren aus der Kontrollstichprobe wurde nach dem Interview eine Aufwandsentschädigung von 25 Euro ausgehändigt, da sich eine Rekrutierung einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung ohne ein In-Aussicht-Stellen einer Aufwandsentschädigung kaum realisieren ließe.

4.2 Beschreibung der Stichproben

In vorliegendem Abschnitt wird die untersuchte Stichprobe vorgestellt sowie die erwähnte Untergliederung in zwei Untergruppen näher erläutert.

Zur Veranschaulichung bietet die nachfolgende Abbildung 4-2 eine Übersicht der Unterteilung der untersuchten Stichprobe in zwei verschiedene *Unterstichproben*.

⁴⁷ Der Aufbau des ILK und des D-ILK sowie die Einteilung der Fragen differenziert nach Klinik- oder Kontrollstichprobe werden ausführlich in Kapitel 4.3 und 4.4 beschrieben.

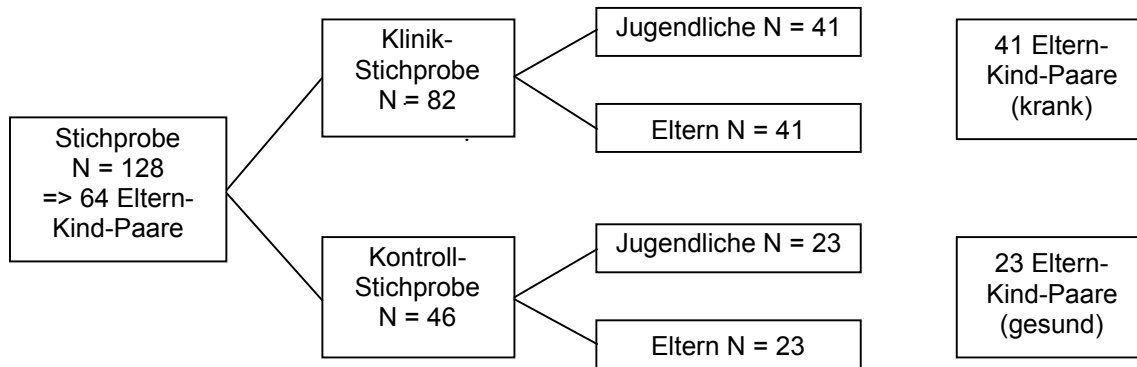


Abbildung 4-2: Unterteilung der untersuchten Stichprobe

Wie aus der obigen Abbildung 4-2 ersichtlich wird, umfasst die Stichprobe insgesamt 128 Personen, bestehend aus 64 Kindern bzw. Jugendlichen und 64 dazugehörigen Elternteilen, somit aus 64 Eltern-Kind-Paaren. In deutlich überwiegender Fallzahl wurde der interviewte Elternteil durch die Mutter repräsentiert, lediglich bei zwei der Eltern-Kind-Paare war der interviewte Elternteil ein Vater.

Das Mindestalter der interviewten Kinder, welches wie bereits erwähnt vor der Untersuchung festgelegt wurde, liegt bei zehn Jahren. Von dort aus reichte die Altersspanne der Kinder und Jugendlichen bis zu 18 Jahren. Die Mehrzahl der befragten Kinder, nämlich 71,9%, lag zu dem Interviewzeitpunkt zwischen zehn und zwölf Jahren. Nur 4,8% der Kinder waren bereits älter als 15 Jahre.

Mit 68,8% (44 Probanden) nahmen an der Untersuchung mehr Jungen als Mädchen teil, welche im Gegensatz dazu nur mit einem Prozentsatz von 31,2% (20 Probanden) vertreten waren.

Wie oben aufgezeigt (siehe Abbildung 4-2), wurden die Interviews mit zwei unterschiedlichen Stichproben durchgeführt:

1. mit einer Klinikstichprobe, bestehend aus 41 Eltern-Kind-Paaren und
2. mit einer Kontrollstichprobe, bestehend aus 23 Eltern-Kind-Paaren.

Entsprechend dieser Einteilung in eine Klinik- und eine Kontrollstichprobe, schloss die Untersuchung 64,1% kranke bzw. sich in poliklinischer Behandlung befindliche Kinder sowie 35,9% gesunde Kinder ein. Auffällig ist, dass von den 41 befragten kranken Kindern nur 19,5% weiblich, hingegen 80,5% männlich waren. Die gesunde Stichprobe dagegen weist unwesentlich mehr weibliche Probandinnen (52,2%) als männliche

Probanden (47,8%) auf. Nachfolgende Tabelle 4-1 stellt diese Zahlen im direkten Vergleich dar, eine grafische Darstellung findet sich in Abbildung 4-3.

Tabelle 4-1: Geschlechterverteilung der Klinik- und Kontrollstichprobe sowie Gesamtstichprobe

GESCHLECHTERVERTEILUNG	JUNGEN	MÄDCHEN	GESAMT
KLINIKSTICHPROBE	33	8	41
KONTROLLSTICHPROBE	11	12	23
GESAMTSTICHPROBE	44	20	64

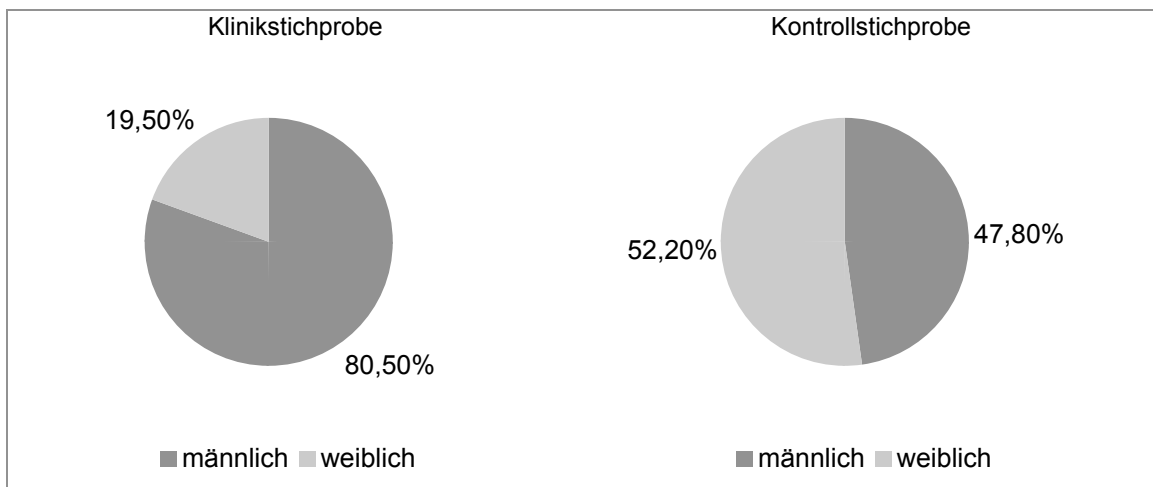


Abbildung 4-3: Geschlechterverteilung der Klinik- und Kontrollstichprobe

Zur Verdeutlichung folgt eine genauere Darstellung der zwei *Unterstichproben*.

Klinikstichprobe

Wie bereits erwähnt, besteht die Klinikstichprobe aus 41 Eltern-Kind-Paaren, rekrutiert aus der poliklinischen Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität in Marburg. Der Erhebungszeitraum der Interviews dieser Stichprobe erstreckt sich von Juni 2001 bis September 2001. Alle Interviews fanden in den Räumlichkeiten der poliklinischen Ambulanz statt. Die dort untersuchten Kinder waren zum Zeitpunkt der Untersuchung im Alter zwischen zehn und 18 Jahren alt (Mittelwert 12,39, Standardabweichung 2,12).⁴⁸

⁴⁸ Geschlechterverteilung 19,5% weiblich, 80,5% männlich (vgl. Abbildung 4-3).

Die jeweiligen Elternteile der Klinikstichprobe waren vorherrschend Mütter; unter den 41 untersuchten Eltern-Kind-Paaren mit denen das Interview durchgeführt wurde, fanden sich lediglich zwei Väter für das Interview.

Die Vorstellung der Kinder in der poliklinischen Ambulanz lag in unterschiedlichen Problemverhalten und Störungsbildern begründet. Folgende Tabelle 4-2 stellt die Diagnosen der Achse I⁴⁹ des Multiaxialen Klassifikationsschemas MAS zusammen.

Tabelle 4-2: Achse I Diagnosen des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) (nach Remschmidt et al., 2001) der Klinikstichprobe

DIAGNOSE	ANZAHL
Keine psychiatrische Diagnose auf Achse I des MAS	15
Drogenabusus	(F17.1) 1
Gemischte Anpassungsstörung	(F43.25) 1
Atypische Anorexia nervosa	(F50.1) 1
Asperger-Syndrom	(F84.5) 1
Aktivitäts-/Aufmerksamkeitsstörung	(F90.0) 5
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	(F90.1) 4
Störung des Sozialverhaltens	(F91) 2
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	(F92) 3
Emotionale Störung des Kindesalters	(F93.8) 8
SUMME	26

Zum Zeitpunkt der Untersuchung hatten 15 Kinder der klinischen Stichprobe keine Diagnose auf der ersten Achse des MAS erhalten. Von diesen waren fünf Kinder wegen einer Legasthenie (Diagnose auf Achse II⁵⁰ des MAS), zehn weitere Kinder waren ohne diagnostizierte psychiatrische Störung wegen Problemen in ihrem familiären und/oder sozialen Umfeld vorstellig.

Alle Probanden wurden im Rahmen einer Erstvorstellung oder einer poliklinischen Routineuntersuchung in der poliklinischen Ambulanz interviewt.

Kontrollstichprobe

Die *Kontrollstichprobe* setzt sich aus 23 Eltern-Kind-Paaren zusammen. 20 der Eltern-Kind-Paare wurden aus der Martin-Luther-Schule in Marburg rekrutiert, während die anderen drei Eltern-Kind-Paare aus einer Schule des Marburger Umlandes stammen.

⁴⁹ Auf Achse I des Multiaxialen Klassifikationsschemas MAS (Remschmidt et al., 2001) werden klinisch-psychiatrische Diagnosen erfasst.

⁵⁰ Auf Achse II des Multiaxialen Klassifikationsschemas MAS (Remschmidt et al., 2001) werden Entwicklungsstörungen erfasst.

Die Interviews in dieser Stichprobe wurden zwischen Dezember 2002 und Mai 2003 durchgeführt. Den Probanden wurde freigestellt, ob die Interviews in den Räumen der Arbeitsgruppe oder bei den Probanden zu Hause stattfinden sollten. In den meisten Fällen wurden die Interviews in den Räumen der Arbeitsgruppe durchgeführt, nur selten baten die Probanden zur Interviewdurchführung zu sich nach Hause. Da die Kontrollstichprobe ausschließlich aus Kindern der fünften und sechsten Klasse besteht, variiert das Alter dieser Stichprobe im Gegensatz zu der Klinikstichprobe lediglich zwischen zehn und 13 Jahren. Die Kinder aus der Martin-Luther-Schule waren zwischen zwölf und 13 Jahren alt und gingen alle in die sechste Klasse, die Kinder aus den Schulen des Marburger Umlandes waren etwas jünger, durchschnittlich zehn Jahre alt und besuchten alle die fünfte Klasse (Mittelwert 11,61, Standardabweichung 0,72).⁵¹

Die interviewten Elternteile dieser Stichprobe waren ausschließlich Mütter.

4.3 Vorstellung des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK)

Wie in dem Theoretischen Teil bereits erläutert, handelt es sich bei dem für diese Untersuchung verwendeten Instrument um den ILK-Ratingbogen zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen von Mattejat et al. (1998), der in enger Zusammenarbeit mit der Forschungskommission der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachverbände entwickelt wurde.

4.3.1 Aufbau des ILK

Ausgehend von verschiedenen Informationsquellen, welche für die Beurteilung und Einschätzung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen herangezogen werden können, liegt der ILK-Ratingbogen grundsätzlich in drei gering voneinander abweichenden Versionen vor, die auf die jeweiligen Informationsquellen zugeschnitten sind:

1. Eine Version für jüngere Kinder (sechs bis zehn Jahre) und ein etwas abgeänderter Bogen für Kinder und Jugendliche (zehn bis 18 Jahre), entwickelt zur Selbsteinschätzung der Lebensqualität durch die Kinder und Jugendlichen selbst.
2. Eine Version für Eltern (Vater und/oder Mutter), zur Einschätzung der Lebensqualität der Kinder durch ihre Eltern (Fremdeinschätzung).

⁵¹ In dieser Stichprobe waren 52,2% weiblichen und 47,8% männlichen Geschlechtes (vgl. Abbildung 4-3).

3. Eine Version für behandelnde Ärzte bzw. Therapeuten der Kinder, ebenfalls zur Fremdeinschätzung der Lebensqualität ihrer Patienten.

Da der ILK-Ratingbogen für Kinder unter zehn Jahren sowie der ILK-Ratingbogen für Ärzte bzw. Therapeuten im Rahmen des Untersuchungsvorhabens vorliegender Arbeit nicht von Bedeutung sind, wird im Folgenden nicht weiter darauf eingegangen.

Allen Versionen des ILK-Ratingbogens gemein ist eine Gliederung der Fragen nach sieben Lebensqualität definierenden Dimensionen, die im Folgenden als ILK-Items bezeichnet werden (vgl. Tabelle 4-3).

Tabelle 4-3: Dimensionen des ILK-Ratingbogens

ELTERN	KINDER/JUGENDLICHE
1. Schule	1. Schule
2. Familie	2. Familie
3. Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen	3. Andere Kinder
4. Allein sein	4. Allein sein
5. Körperliche Gesundheit	5. Körperliche Gesundheit
6. Nervlicher und Seelischer Zustand	6. Laune, Gefühle, Nerven
7. Allgemeine Lebensqualität	7. Insgesamtes Befinden

= Gesamtbeurteilung der Lebensqualität

Zu jeder dieser Dimensionen hält der ILK-Ratingbogen jeweils eine Frage bereit, so dass der ILK-Ratingbogen grundsätzlich aus sieben Fragen besteht. Als Beispiel zeigt die folgende Abbildung 4-4 die erste Frage des ILK-Ratingbogens für Kinder und Jugendliche.⁵²

1. Wie kommst du mit den schulischen Anforderungen zurecht ?	sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	eher gut <input type="checkbox"/> ₂	teils teils <input type="checkbox"/> ₃	eher schlecht <input type="checkbox"/> ₄	sehr schlecht <input type="checkbox"/> ₅
--	---	---	--	--	--

Quelle: ILK-Ratingbogen

Abbildung 4-4: Erste Frage des ILK-Ratingbogens für Kinder und Jugendliche (1 Schule)

Durch das Anhängen von krankheits- bzw. behandlungsbezogenen Fragen entstand ein globales Messinstrument, welches den Einsatz des ILK-Ratingbogens nicht nur bei

⁵² Der komplette ILK-Ratingbogen für Kinder und Jugendliche befindet sich im Anhang 11.1 und 11.2.

gesunden Kindern, sondern ebenso bei sich in Behandlung befindlichen Kindern erlaubt. Folglich gibt es für Kinder und Jugendliche in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung und deren Eltern zwei bzw. vier zusätzliche Dimensionen und damit zwei bzw. vier zusätzlichen Fragen auf dem ILK-Ratingbogen. Tabelle 4-4 zeigt die zusätzlichen Dimensionen für Kinder und Jugendliche in Behandlung und deren Eltern.

Tabelle 4-4: Zusätzliche Dimensionen für Kinder und Jugendliche in Behandlung und deren Eltern

ELTERN	KINDER/JUGENDLICHE
8. Belastung des Kindes durch die aktuellen Probleme	8. Belastung durch die aktuellen Probleme
9. Belastung des Kindes durch die therapeutischen Maßnahmen	9. Belastung durch die therapeutischen Maßnahmen
10. Eigene Belastung durch die aktuellen Probleme des Kindes	—
11. Eigene Belastung durch die therapeutischen Maßnahmen	—

Die kind- bzw. jugendlichen Patienten werden (8.) nach ihrer Belastung durch ihre aktuelle Erkrankung/ihre aktuellen Probleme und (9.) nach ihrer Belastung durch die diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gefragt.

Zur Veranschaulichung zeigt Abbildung 4-5 die zusätzlichen Fragen für kind- bzw. jugendliche Patienten.

Zusatzfragen:					
8. Wie stark fühlst du dich durch die Probleme (oder die Krankheit) , wegen denen du zu uns gekommen bist, beeinträchtigt oder belastet ?	überhaupt nicht belastet <input type="checkbox"/> ₁	wenig belastet <input type="checkbox"/> ₂	mäßig belastet <input type="checkbox"/> ₃	stark belastet <input type="checkbox"/> ₄	sehr stark belastet <input type="checkbox"/> ₅
9. Wie stark fühlst du dich durch die Untersuchung oder Behandlung bei uns belastet oder beeinträchtigt? (<i>Beispiele:</i> Belastungen durch Termin(e) in un serer Praxis bzw. Klinik, durch stationären Aufenthalt, Medikamente usw.)	überhaupt nicht belastet <input type="checkbox"/> ₁	wenig belastet <input type="checkbox"/> ₂	mäßig belastet <input type="checkbox"/> ₃	stark belastet <input type="checkbox"/> ₄	sehr stark belastet <input type="checkbox"/> ₅

Quelle: ILK-Ratingbogen

Abbildung 4-5: Zusätzlichen Fragen 8. und 9. für kind- bzw. jugendliche Patienten in Behandlung

Die Eltern dieser kind- bzw. jugendlichen Patienten werden ebenfalls zu einer Einschätzung der Belastung ihres Kindes (8.) durch die Erkrankung/Probleme sowie (9.) durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gebeten. Wie folgende Abbildung 4-6 veranschaulicht, beinhaltet der ILK-Ratingbogen für diese Eltern außerdem (10.) die Frage nach ihrer eigenen Belastung durch die Erkrankung/Probleme ihres Kindes sowie (11.) die Frage nach der eigenen Belastung durch die diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen ihres Kindes.

Damit wir Ihrem Kind helfen können, ist es für uns wichtig, zu wissen, wie Sie selbst die Probleme/Erkrankung Ihres Kindes verkraften und ob die Untersuchung(en) oder Behandlung(en) für Sie selbst eine Belastung darstellen. Deshalb die folgenden Fragen:					
1. Wie stark fühlen Sie sich selbst durch die Probleme (bzw. Erkrankung) Ihres Kindes innerlich (seelisch) und/oder äußerlich (z.B. organisatorisch) belastet oder beeinträchtigt?	überhaupt nicht belastet <input type="checkbox"/> ₁	wenig belastet <input type="checkbox"/> ₂	mäßig belastet <input type="checkbox"/> ₃	stark belastet <input type="checkbox"/> ₄	sehr stark belastet <input type="checkbox"/> ₅
2. Wie stark fühlen Sie sich selbst innerlich (seelisch) und/oder äußerlich (z.B. organisatorisch) durch die Untersuchung oder Behandlung Ihres Kindes bei uns belastet oder beeinträchtigt? (<i>Beispiele:</i> Belastungen durch Termin(e) in unserer Praxis bzw. Klinik, durch stationären Aufenthalt, Medikamente u.s.w.)	überhaupt nicht belastet <input type="checkbox"/> ₁	wenig belastet <input type="checkbox"/> ₂	mäßig belastet <input type="checkbox"/> ₃	stark belastet <input type="checkbox"/> ₄	sehr stark belastet <input type="checkbox"/> ₅

Quelle: ILK-Ratingbogen

Abbildung 4-6: Zusätzliche Fragen 10. und 11. für Eltern deren Kind in Behandlung ist

Folgende Tabelle 4-5 soll die abweichenden Fragenanzahlen in den unterschiedlichen Stichproben verdeutlichen.

Tabelle 4-5: Fragenanzahl auf dem ILK-Ratingbogen in Abhängigkeit vom Befragten

	KINDER/JUGENDLICHE	ELTERN
KIND GESUND	7 Fragen	7 Fragen
KIND IN BEHANDLUNG	7 Fragen + 2 Zusatzfragen	7 Fragen + 4 Zusatzfragen

Durch die Ergänzung des ILK-Ratingbogens mit krankheits- bzw. behandlungsspezifischen Fragen ist es gelungen ein variables Messinstrument zu entwickeln, welches sowohl bei Kindern und Jugendlichen aus der Normalbevölkerung als auch bei Kindern bzw. Jugendlichen in therapeutischer Behandlung angewandt werden kann. Während die letzten zwei bzw. vier Dimensionen ausschließlich kind- bzw. jugendliche Patienten sowie deren Eltern betreffen, können die ersten sieben Dimensionen des ILK-Ratingbogens sowohl bei Patienten als auch bei gesunden Personen erhoben werden, so dass hier die Möglichkeit für direkte Vergleiche besteht.

Wie auf den Abbildungen 4-4 bis 4-6 zu sehen, sind die Antwortmöglichkeiten auf dem ILK-Ratingbogen auf einer fünfstufigen Likert-Skala vorgegeben, die von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ reicht. Bei dem krankheits- bzw. behandlungsspezifischen Fragenkomplex, der die Belastung der Kinder und ihrer Eltern hinterfragt, lauten die vorgegebenen fünf Antwortmöglichkeiten „sehr wenig belastet“ bis „sehr stark belastet“.

In einem weiteren Abschnitt des ILK-Ratingbogens wird ferner die Einschätzung der Zeitvergabe hinsichtlich der dargestellten Dimensionen/Lebensbereiche an einem typischen Wochentag erfragt. Folgende Abbildung 4-7 zeigt den entsprechenden Ausschnitt der Kinder- und Jugendlichenversion.

Zeitverteilung:	
Ein Tag hat 24 Stunden. Wie viele Stunden verbringst du pro Tag mit den folgenden Aktivitäten? Stelle dir bitte bei der Beantwortung der Fragen einen ganz normalen Schultag (z.B. Montag oder Dienstag) vor.	
• ... beim Schlafen	ca. <input type="text"/> Stunden
• ... in der Schule	ca. <input type="text"/> Stunden
• ...bei den Hausaufgaben (alleine oder mit anderen)	ca. <input type="text"/> Stunden

Quelle: ILK-Ratingbogen

Abbildung 4-7: Ausschnitt aus dem ILK-Ratingbogen zur Frage der Zeitverteilung für Kinder und Jugendliche

Die Beantwortung der Fragen zu der Zeitverteilung hinsichtlich der Dimensionen des ILK-Ratingbogens Schule, Hausaufgaben, Zusammensein mit Eltern und Geschwis-

tern, Zusammensein mit Freunden, Allein sein sowie Schlafen, erfolgt durch eine Abschätzung der Kinder bzw. der Eltern in Zeitstunden.

Sowohl bei der Eltern- als auch bei der Jugendlichenversion gibt es anschließend Raum für Bemerkungen und Mitteilungen jeglicher Art.⁵³

Allgemein bestehen lediglich geringe Unterschiede zwischen der Eltern- und der Kinderversion. Die Formulierungen der Fragen sind weitgehend identisch, einige Ausdrücke in der Kinderversion sind kindgerechter. In der Kinderversion finden sich Umschreibungen schwieriger Begriffe, die als Hilfestellung bei Verständnisproblemen der Kinder und Jugendlichen dienen sollen. So ist beispielsweise das ILK-Item *6 Seelischer Zustand* bei Kindern/Jugendlichen mit den Begriffen *Laune, Gefühle, Nerven* umschrieben.

4.3.2 Durchführung des ILK

Nach einer kurzen Einleitung, welche die Zielsetzung sowie den Umfang des ILK-Ratingbogens in Ergänzung mit dem D-ILK verdeutlichen sollte, wurden die Probanden, in der vorliegenden Arbeit jeweils ein Eltern-Kind-Paar, bestehend aus einem Kind bzw. Jugendlichen zwischen zehn und 18 Jahren sowie einem Elternteil (Mutter oder Vater) gebeten den ILK-Ratingbogen selbständig und, um eine gegenseitige Beeinflussung auszuschließen, unabhängig voneinander auszufüllen. Die Einschätzungen der Kinder und ihrer Eltern bezüglich der vorgehend beschriebenen Dimensionen des ILK-Ratingbogens sollten sich dabei vornehmlich auf die letzte Woche beziehen.

Der ILK-Ratingbogen für Kinder und Jugendliche ist dem kindlichen Entwicklungsniveau entsprechend konzipiert und somit von den kind- und jugendlichen Probanden selbstständig auszufüllen. Für etwaige Verständnisprobleme standen die jeweiligen Versuchsleiterinnen dennoch jederzeit erklärend zur Verfügung.

Die Elternangaben sollten nach Möglichkeit stets von der engeren Bezugsperson des Kindes erhoben werden. Da diese überwiegend durch die Mutter repräsentiert war und bei der Durchführung der Befragung ebenso häufiger die Mutter anwesend war, schien es aus Gründen der Vergleichbarkeit sinnvoll, wenn möglich, immer die Angaben der Mutter zu erheben. Bestand der Fall, dass beide Elternteile zur Verfügung standen, war es notwendig, dass die Angaben getrennt sowie unabhängig voneinander erhoben wurden.

⁵³ Da die Einschätzungen der Zeitverteilung sowie die Bemerkungen und Mitteilungen auf dem ILK-Ratingbogen durch die Kinder und Jugendlichen bzw. durch die Eltern für vorliegendes Untersuchungs-vorhaben nicht von Bedeutung waren, wird im Weiteren nicht mehr darauf eingegangen.

Die Beantwortung des ILK-Ratingbogens durch die Probanden dauerte etwa fünf bis zehn Minuten.

4.4 Vorstellung des Diagnostischen Interviews (D-ILK)

Im Anschluss an die Beantwortung des ILK-Ratingbogens fand zur genauen Identifizierung der lebensqualitätsbeeinflussenden Faktoren ein für diesen Zweck entwickeltes exploratives Interview statt, das *Diagnostische Interview (D-ILK)*.

4.4.1 Aufbau des D-ILK

Während die Jugendlichen durch das Interview eine Selbsteinschätzung ihrer eigenen Lebensqualität geben, werden die Eltern gebeten nicht ihre eigene, sondern die Lebensqualität ihres Kindes in den einzelnen Dimensionen (ILK-Items) einzuschätzen (Fremdeinschätzung). Dementsprechend liegt der D-ILK-Leitfaden für das Interview, ebenso wie der ILK-Ratingbogen, in einer Version für Kinder und Jugendliche sowie einer Version für deren Eltern vor.

Gemäß der sieben (bzw. neun oder elf, wenn das Kind in Behandlung ist) ILK-Items auf dem ILK-Ratingbogen setzt sich der D-ILK-Leitfaden aus sieben (bzw. neun, wenn das Kind in Behandlung ist; bzw. elf, bei Eltern eines sich in Behandlung befindlichen Kindes) einzelnen Interviewbögen zusammen.⁵⁴ Für jedes ILK-Item auf dem ILK-Ratingbogen gibt es folglich einen entsprechenden Interviewbogen.

Trotz der fünf Antwortmöglichkeiten („sehr gut“, „eher gut“, „teils/teils“, „eher schlecht“, „sehr schlecht“) auf dem ILK-Ratingbogen, zwischen denen sich ein Proband bei der Beurteilung eines jeden ILK-Items entscheiden muss, gibt es den jeweiligen Interviewbogen jedoch nicht in fünf, sondern nur in drei verschiedenen Ausfertigungen. Diese Reduktion beruht auf einer Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten „sehr gut“ und „eher gut“ (bzw. bei Frage 8. bis 11.: „gar nicht belastet“ und „wenig belastet“) sowie den Antwortmöglichkeiten „eher schlecht“ und „sehr schlecht“ (bzw. bei Frage 8. bis 11.: „stark belastet“ und „sehr stark belastet“). Daraus ergibt sich, dass ein ILK-Item auf dem ILK-Ratingbogen durch drei verschiedene Interviewbögen näher eruiert werden kann.

⁵⁴ Zur Verdeutlichung der unterschiedlichen Fragen- bzw. Itemanzahl sei an dieser Stelle auf die Tabellen 4-3 bis 4-5 hingewiesen.

Abhängig vom Antwortverhalten des Probanden auf dem ILK-Ratingbogen wird jeweils einer von den drei möglichen Interviewbögen für die jeweilige Interviewsituation ausgewählt, wobei eine Einschätzung als „sehr gut“ zu dem gleichen Interviewbogen führt, wie eine Einschätzung als „eher gut“, für die Antwortmöglichkeit „teils/teils“ gibt es eine 2. Version des Interviewbogens und eine Einschätzung als „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“ führt zu einer 3. Version.

Zur Veranschaulichung siehe Abbildung 4-8 und im Anhang 11.1 bis 11.3.

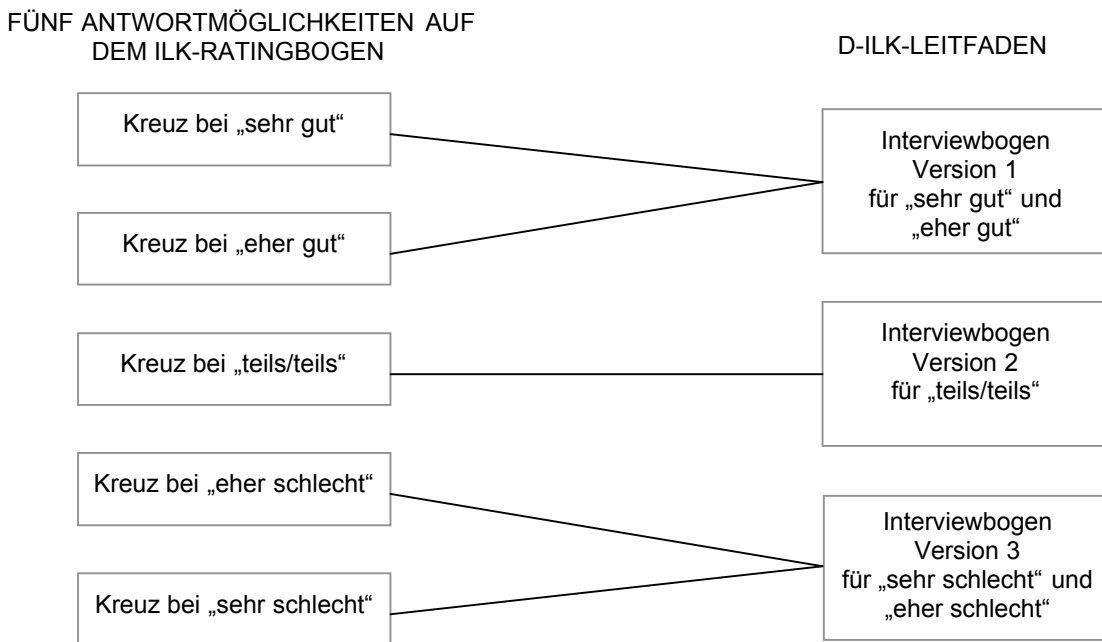


Abbildung 4-8: Zusammenstellung des D-ILK-Leitfadens in Abhängigkeit des Antwortverhaltens auf dem ILK-Ratingbogen

Gemäß dieses Schemas (vgl. Abbildung 4-8) wird anhand des ausgefüllten ILK-Ratingbogens eines Probanden für jedes ILK-Item der entsprechende Interviewbogen ausgewählt und auf diese Weise der komplette Interviewleitfaden bis zum (7.) (bzw. 9. oder 11.) Interviewbogen entsprechend dem individuellen Antwortprofil der Probanden zusammengestellt.

Jeder einzelne Interviewbogen aus dem Interviewleitfaden besteht aus zwei Teilen (siehe auch im Anhang 11.3).

Im *ersten Teil* werden die Probanden nach einer Wiederholung der ILK-Frage sowie einer Erinnerung an ihre gegebene Antwort gebeten ihre Einschätzungen näher zu erläutern. Zur Verdeutlichung folgt ein Beispiel aus dem Interviewleitfaden des Dia-

agnostischen Interviews für Kinder und Jugendliche (D-ILK-J), Frage 1.1, ILK-Item 1 *Schule*, bei Ankreuzung von „sehr schlecht“/„eher schlecht“:

Wie kommst Du mit den schulischen Anforderungen zurecht? Hier hast Du also „sehr schlecht“ angekreuzt. An was denkst Du denn, wenn Du sagst „sehr schlecht?“

Zusätzlich werden die Probanden aufgefordert ihre Antworten mit Beispielen zu unterlegen oder weiterführend zu erklären:

„Kannst Du mir vielleicht ein Beispiel dazu nennen oder mir das kurz erklären?“

Ferner werden die Probanden wiederholt aufgefordert intensiv zu überlegen und jegliche Aspekte eines Items zu erwägen:

„Gibt es denn noch mehr Dinge bei den schulischen Anforderungen, mit denen du eher schlecht (bzw. eher gut) zurechtkommst?“

Oder durch eine letzte Aufforderung:

„Waren das jetzt alle Dinge, mit denen Du im schulischen Bereich eher schlecht (bzw. eher gut) zurechtkommst, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!“

Je nachdem, ob ein Proband „sehr schlecht“/ „eher schlecht“ oder „sehr gut“/ „eher gut“ angekreuzt hat, wird mit der Exploration der negativen oder der positiven Aspekte eines ILK-Items begonnen, um anschließend zusätzlich ebenso die Gegenseite zu eruieren. Ein Beispiel aus dem D-ILK-J, ILK-Item 1 *Schule*, Frage 1.7 bei Ankreuzung von „sehr schlecht“/„eher schlecht“ gibt den genauen Wortlaut des Interviewleitfadens wieder:

„So, jetzt haben wir alle Sachen besprochen, die eher schlecht sind. Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur schlechte Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten. Überlege doch jetzt bitte einmal, mit welchen schulischen Anforderungen kommst Du denn eher gut zurecht?“

Hat ein Proband „teils/ teils“ angekreuzt, wird die Frage wie folgt eingeleitet. Wieder ein Beispiel aus dem D-ILK-J, ILK-Item 1 *Schule*, Frage 1.1,:

„Hier hast Du also „teils/ teils“ angekreuzt. Dabei hast Du bestimmt daran gedacht, dass die meisten Dinge im Leben sowohl positive als auch negative Seiten haben. Ich möchte jetzt gerne von Dir wissen, mit welchen schulischen Anforderungen Du eher gut und mit welchen Du eher schlecht zurechtkommst. Mit welchen möchtest Du beginnen, mit den guten oder mit den schlechten?“

Dem Probanden ist es folglich freigestellt, ob er lieber mit der Erläuterung der positiven oder der negativen Aspekte des ILK-Items beginnen möchte.

Der *zweite Teil* des Interviewbogens beschäftigt sich mit zusätzlichen Fragen zu den einzelnen ILK-Items, die in allen drei Versionen der Interviewbögen übereinstimmend lauten.

Auf einer fünfstufigen Skala von „sehr häufig“, über „häufig“, „gelegentlich“, „kaum“ bis zu „gar nicht“, wird der Proband gebeten einzuschätzen, mit welcher Häufigkeit er an das gerade explorierte ILK-Item denkt. Folgendes Beispiel aus dem D-ILK-J, ILK-Item *1 Schule*, Frage 1.13:

*„So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, mit denen du bei den schulischen Anforderungen gut oder nicht so gut zurechtkommst. Ich habe jetzt noch ein paar Fragen zum Thema Schule:
Sag mal, wie oft denkst du denn an die schulischen Anforderungen?“*

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum – gar nicht“

Anschließend folgen Fragen nach extrem guten bzw. extrem schlechten Aspekten des jeweiligen ILK-Items. Auf die Frage nach dem *Allerbesten* des ILK-Items, folgt die Frage nach dem *Allerschlimmsten*, anschließend die Frage nach dem *Allerwichtigsten*. Erneut ein Beispiel aus dem D-ILK-J, ILK-Item *1 Schule*, Frage 1.14 bis 1.16:

1.14: „Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was an der Schule das Allerbeste ist (ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergeilste an der Schule ist), was würdest Du denn da antworten?“

1.15: „Und was ist für Dich das Allerschlimmste an der Schule?“

1.16: „Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an der Schule?“

Die abschließende Frage versucht zu ergründen, „warum die auf vorherige Frage gegebene Antwort das Allerwichtigste“ ist:

1.17: „Und warum ist für Dich [...] das Wichtigste?“

Zusätzlich werden die Eltern gebeten neben ihrer Einschätzung mit welcher Häufigkeit ihr Kind an ein ILK-Item denkt, die Häufigkeit ihrer eigenen Gedanken an betreffendes ILK-Item auf einer fünfstufigen Ratingskala von „sehr häufig“ bis „gar nicht“ einzuordnen.

Aufgrund der aus Gründen der Standardisierung gleich bleibenden Reihenfolge und des identischen Wortlautes der Fragen auf den Interviewbögen kommt es auf Seiten der Probanden gelegentlich zu Irritationen oder gelangweilter Abwesenheit. Aus diesem Grund sind ab der zweiten Frage die Sätze, die sich immer wiederholen, aber nicht zwingend für das Verständnis oder die Atmosphäre der Interviews notwendig sind, kursiv gedruckt und damit für den Interviewer als für die entsprechende Interviewsituation verzichtbar markiert.

Der komplette Interviewleitfaden wird ergänzt durch eine Reihe von zusätzlichen Bögen, die der Dokumentation dienen und teilweise noch vor dem ausführlichen Interview auszufüllen sind:

1. Ein Basis-Dokumentationsbogen, der vor dem Interview von dem Elternteil auszufüllen ist.
2. Jeweils ein Deckblatt für Eltern- und Jugendlicheninterview, auf welchem Datum, Anfangs- sowie Endzeit des Interviews und Name des Interviewers notiert wird (siehe Anhang 11.3).
3. Eine Einverständniserklärung, welche, unterschrieben von dem jeweiligen Elternteil, bestätigt, dass sowohl der Elternteil als auch das Kind hinsichtlich einer Teilnahme an der Untersuchung einverstanden sind und, dass keine Einwände bezüglich einer Aufnahme des Interviews auf Ton- und/oder Videofilmband des Interviews bestehen.
4. Jeweils ein Abschlussbogen für Eltern- sowie Jugendlicheninterview, auf welchem der Interviewer nach Beendigung des Interviews seine Einschätzung der Gesprächsatmosphäre während des Interviews auf einer fünfstufigen visuellen Smile-Skala von „sehr gut“ bis zu „sehr schlecht“ einordnet, subjektive Eindrücke des Interviews festhält sowie gegebenenfalls Probleme der Interviewsituation dokumentiert (siehe Anhang 11.4).

4.4.2 Durchführung des D-ILK

Vor dem Interview, im Anschluss an das Ausfüllen des ILK-Ratingbogens durch ein Eltern-Kind-Paar, werden die entsprechenden Interviewbögen wie bereits beschrieben, in Abhängigkeit des Ankreuzverhaltens individuell zu einem kompletten Interviewleitfaden zusammengestellt. Durch diese spezifische Zusammenstellung des Interviewleitfadens erfolgt eine Anpassung des Interviews an die unterschiedlichen, individuellen

Probandenprofile (Dauer ca. 3 Minuten). Des Weiteren werden die erwähnten zusätzlichen Dokumentationsbögen bereitgelegt.

Noch bevor das Eltern-Kind-Paar getrennt wird, um das Interview in separaten Räumen stattfinden zu lassen, wird der jeweilige Elternteil gebeten eine Einverständniserklärung für Videofilm und/oder Tonbandaufnahme des Interviews für das Kind sowie für sich selbst zu unterschreiben. Auch die Basisdokumentation wird noch vor dem Interview von dem Elternteil vervollständigt sowie das Deckblatt von dem Interviewer ausgefüllt.

Anschließend werden die Probanden getrennt voneinander interviewt.⁵⁵

Hierbei erwies es sich als vorteilhaft, die Untersuchung mit zwei Versuchsleitern durchzuführen. Auf diese Weise ließen sich die Interviews parallel ausführen. Dies bringt einerseits eine Zeitersparnis für den Untersuchungsablauf sowie für die Probanden mit sich, andererseits wird den Probanden dadurch die Möglichkeit für einen Austausch an interview-relevanten Informationen untereinander genommen.

Im Interview selbst werden die Probanden, wie bereits erwähnt, gebeten ihre Antworten zu erklären und/oder aktuelle Beispiele zu nennen. Der Interviewer notiert sich stichwortartig die Aussagen des Probanden, um notfalls den roten Faden des Gesprächs wieder aufnehmen und sich einen Überblick verschaffen zu können.

Die Exploration eines ILK-Items ist erst dann beendet, wenn der Proband seinerseits äußert, dass es zu dem betreffenden ILK-Item keine weiteren Aspekte mehr zu nennen gibt oder der Interviewer sowohl die positive als auch die negative Seite dreimal explizit hinterfragt hat. Erst dann geht der Interviewer zu den zusätzlichen Fragen nach dem Allerbesten, dem Allerschlimmsten sowie dem Allerwichtigsten über.

Auf diese Weise wird jedes auf dem ILK-Ratingbogen aufgeführte ILK-Item exploriert. Dabei ist es wichtig die Abfolge sowie die Formulierungen der Fragen im Interviewleitfaden einzuhalten und den Probanden die nötige Zeit und Ruhe zu lassen, die Fragen bestmöglich zu beantworten.

Auf eigene Formulierungen oder Kommentare sollte im Allgemeinen verzichtet werden. Lediglich die vorgegebenen sowie Fragen aufgrund von Verständnisproblemen zur Präzision bzw. Konkretisierung sind zugelassen.

Das Interview dauert bei Jugendlichen etwa 30 bis 60 Minuten, bei den Eltern etwa 45 bis 90 Minuten; abhängig unter anderem davon, ob die Jugendlichen Patienten sind

⁵⁵ Zur Veranschaulichung finden sich Ausschnitte der aufgezeichneten Interviews auf einer DVD zusammengestellt. Diese ist der vorliegenden Arbeit im rückwärtigen Einband beigelegt.

und somit zwei bzw. bei den Eltern vier krankheitsspezifische Fragen zusätzlich beantwortet werden müssen. Die Dauer eines Interviews darf 90 Minuten nicht überschreiten, länger dauernde Interviews werden nach Erreichen dieses Zeitlimits abgebrochen.

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet, bestenfalls außerdem auf Videofilm, was lediglich wenige Probanden ablehnten.

Nach Beendigung des Interviews ergänzt der Interviewer die noch fehlende Dokumentation bezüglich Endzeit des Interviews auf dem Deckblatt und widmet sich dem Abschlussbogen. Wie bereits erwähnt, stellt der Abschlussbogen eine Grundlage für eine Bewertung der vorangegangenen Interviewsituation durch den Interviewer dar (siehe *Aufbau des D-ILK*, Kapitel 4.4.1 und im Anhang 11.4).

4.5 Vorstellung des Auswertungsschemas

Dieses Kapitel behandelt die Grundzüge der Entwicklung, des Aufbaus sowie der Anwendung des Auswertungsschemas, welches für die Analyse der durch die Untersuchung gewonnenen Textdaten neu entwickelt wurde. Dieser Entwicklung lag eine Anleitung der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) zugrunde, die in ihrem Ablauf ausführlich in Kapitel 2.8 dargestellt ist.

In vorliegendem Abschnitt wird nach einer Einleitung zu der grundlegenden Zielsetzung des Auswertungsschemas auf dessen Entwicklung sowie anschließend auf den Aufbau des Auswertungsschemas eingegangen.

4.5.1 Idee und Zielsetzung des Auswertungsschemas

Infolge der Erhebung qualitativer Daten wie unter Anwendung des Diagnostischen Interviews (D-ILK) im Rahmen dieser Arbeit bedarf es einer geeigneten Auswertungstechnik, die wie eine quantitative Inhaltsanalyse systematisch vorgeht, ferner aber ebenso Raum für Interpretationen sowohl manifester wie auch latenter Inhalte des Materials in ihrem sozialen Kontext zulässt (vgl. 2.8). Um auch untersuchungsfremden Auswertern eine Anwendung zu ermöglichen, sollten die inhaltsanalytischen Schritte transparent sowie intersubjektiv nachvollziehbar sein. Jeder Analyseschritt im Auswertungsprozess sollte auf eine festgelegte Regel zurückgeführt werden können.

Vor diesem Hintergrund erschien eine Auswertung der durch das D-ILK erhobenen Daten mittels einer Textanalyse in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) am besten geeignet. Gemäß dessen Anleitung wurde aus dem sprach-

lichen Material der D-ILK-Aufzeichnungen heraus ein Kategoriensystem entwickelt, welches sich für eine Verarbeitung der erhobenen Daten als annehmbar erwies und nachfolgend als Auswertungsschema der D-ILK-Interviews diente.

Die Erstellung sowie die Anwendung des Kategoriensystems auf das zu untersuchende Material im Sinne eines Auswertungsschemas stehen dabei als qualitativer Prozess des inhaltsanalytischen Verfahrens im Vordergrund.⁵⁶ Nachfolgend konnte das sprachliche Material von unabhängigen Auswertern (Ratern) kodiert und damit einer statistischen Auswertung, im Sinne eines quantitativen Prozesses zugänglich gemacht werden.

Das im Laufe des Kapitels ausführlicher erläuterte Ziel des Auswertungsverfahrens war eine Summenbildung der Positiv- bzw. Negativnennungen durch Auszählen der entsprechenden Aussagen der Probanden mit Hilfe des Auswertungsschemas, um damit auf die Zuverlässigkeit der Lebensqualitätserfassung bei Kindern und Jugendlichen durch das ILK bzw. D-ILK schließen zu können.

Zur Überprüfung dieses Auswertungsverfahrens erfolgte eine Bestimmung der Interrater-Reliabilität, eine Erfassung der Beurteilerübereinstimmung zwischen den einzelnen Ratern (vgl. dazu Kapitel 4.6.2).

4.5.2 Entwicklung des Auswertungsschemas

Wie bereits in vorangehendem Absatz erwähnt, diente die Methode der *Qualitativen Inhaltsanalyse* nach Mayring (2003) dem Untersuchungsvorhaben der vorliegenden Arbeit als Muster (vgl. 2.8.5). Im Folgenden wird die Entwicklung des Schemas zur Auswertung des durch die D-ILK-Interviews gewonnenen sprachlichen Materials beschrieben.

Die Entwicklung des Auswertungsschemas nahm ihren Anfang in einer intensiven Sichtung des Ausgangsmaterials, der Ausführungen der Probanden bezüglich der während des Diagnostischen Interviews (D-ILK) explorierten Items sowie nachfolgend einer Festlegung, welches Material der Analyse zugrunde liegen sollte. Nur solche Abschnitte, die sich auf den Gegenstand der Forschungsfrage beziehen, sollten selektiert sowie anschließend analysiert werden. Infolgedessen wurden inhaltlich definierte

⁵⁶ Der theoretische Hintergrund zur Kategorienbildung sowie zur Erstellung eines Kategoriensystems ist ausführlich in Kapitel 2.8 beschrieben.

Analyseeinheiten gebildet, die alle, für die spezifische Fragestellung bedeutenden Aspekte aus dem Ausgangsmaterial beinhalten sollten.

Mit dieser Zielsetzung wurden die auf Videofilmkassette aufgezeichneten Interviews angesehen und alle Aussagen, die hinsichtlich der Fragestellung von Bedeutung waren, extrahiert sowie transkribiert. Auf diese Weise wurde das Ausgangsmaterial auf eine überschaubare Kurzversion reduziert und jegliches für das Vorhaben überflüssige Datenmaterial (z.B. unwesentliche, den Satz ausschmückende Äußerungen, die im Inhalt keine neuen Informationen liefern; vom Thema abweichende Äußerungen, etc.) herausgefiltert, ohne dabei auf relevantes Sprachmaterial verzichten zu müssen.

Diese Vorgehensweise ermöglichte einen ersten repräsentativen Überblick über das vorhandene wesentliche Datenmaterial.

Anschließend wurde das reduzierte Material erneut gesichtet, um bedeutungsgleiche Aussagen sowie Wiederholungen zu streichen. Ähnliche Äußerungen wurden zusammengefasst und alle Aussagen auf eine grammatikalische Kurzform dezimiert, um eine einheitliche Sprachebene zu schaffen.

Diese Vorgehensweise wurde auf die Gesamtheit aller Ausführungen der Probanden, gemäß der ILK-Items inhaltlich unterteilt, angewandt.

Auf diese Weise entstand für jedes ILK-Item ein komprimierter Aussagenpool (siehe Anhang 11.5), der in einem weiteren Schritt hinsichtlich der Fragestellung organisiert sowie untergliedert wurde. Im Sinne einer induktiven Kategorienbildung wurden in einem Verallgemeinerungsprozess direkt aus dem Material heraus zu jedem ILK-Item Kategorien abgeleitet, die in ihrer Gesamtheit ein Kategoriensystem bildeten, durch welches alle ursprünglichen Aussagen repräsentiert waren. Die Kategorien wurden dabei sprachlich relativ eng an dem Ausgangsmaterial sowie im Wesentlichen durch nahe liegende Operationen wie Zusammenfassen, Bildung von Oberbegriffen, Zuordnen nach Ähnlichkeit sowie Abstraktion entwickelt. Dabei sollten die Kategorien so präzise gefasst und explizit definiert sein, dass entsprechend der Forderung nach Intersubjektivität verschiedene Auswerter/Rater bei der gleichen Aussage zu einer gleichen Kategorienzuordnung kommen würden.

Aus den Äußerungen bezüglich des ILK-Items *5 Körperliche Gesundheit* heraus, wurden beispielsweise folgende Kategorien gebildet (vgl. Tabelle 4-6).

Tabelle 4-6: Kategorien des ILK-Items 5 Körperliche Gesundheit

ILK- ITEM	KATEGORIEN
5. Körperliche Gesundheit	1 Gesundheit 2 Sport, Körperliche Fitness 3 Aussehen 4 Ernährung

Die Einteilung der aus dem Material entwickelten sowie auf das wesentliche gekürzten Aussagen in das neu gebildete Kategoriensystem erfolgte anhand ihrer Bedeutungsaspekte. Die einzelnen Kategorien sollten soweit möglich durch das Kriterium der Ausschließlichkeit gekennzeichnet sein, so dass jede Aussage jeweils nur einer Kategorie zugeordnet werden kann. Zur Veranschaulichung erneut ein Beispiel zu dem ILK-Item 5 *Körperliche Gesundheit*, Kategorie 3 *Aussehen* und die dieser Kategorie untergeordneten Aussagen (vgl. Tabelle 4-7):

Tabelle 4-7: Der Kategorie 3 Aussehen zugeordnete Aussagen innerhalb des ILK-Items 5 Körperliche Gesundheit

ILK- ITEM	KATEGORIE	AUSSAGEN
5 Körperliche Gesundheit	3 Aussehen	Ich bin mit meiner Figur nicht zufrieden. Ich fühle mich in meinem Körper wohl. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden. Ich finde meine Größe <i>okay</i> . Ich bin mit meinem Aussehen nicht zufrieden. Ich fühle mich zu dick. Ich hätte gerne mehr Muskeln. Andere lachen mich wegen meines Aussehens aus.

Diese Bearbeitung des Ausgangsmaterials entspricht der grundlegenden Technik der Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) mit den Analyseschritten der Paraphrasierung – Wegstreichen ausschmückender Redewendungen, Transformation auf grammatische Kurzformen; Generalisierung – konkrete Beispiele werden verallgemeinert; und Reduktion – ähnliche Paraphrasen werden zusammengefasst.⁵⁷

Durch diese Vorgehensweise entstand ein Abbild des Ausgangsmaterials, infolgedessen die wesentlichen Inhalte erhalten blieben, die große Materialmenge jedoch auf

⁵⁷ Vergleiche hierzu Kapitel 2.8.5: *Vorstellung der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003)*.

eine übersichtlichere Form reduziert werden konnte. Am Ende dieser Reduktionsphase wurde überprüft, ob die als Kategoriensystem zusammengestellten Aussagen das Ausgangsmaterial noch suffizient repräsentieren. Das Kategoriensystem sollte *erschöpfend* und *saturiert* sein; das heißt, alle Textteile bzw. alle ursprünglichen Aussagen des ersten Materialdurchganges müssen durch das Kategoriensystem abgedeckt sowie alle Kategorien durch darunter fallende Aussagen ausgefüllt sein. Um den ersten Teil dieser Forderung zu erfüllen, wurde das Kategoriensystem für nicht oder nur schwer kategorisierbare Aussagen durch eine Restkategorie, in Form einer zusätzlichen Kategorie *Sonstiges* ergänzt. Dabei sollte jedoch gelten, dass die Häufigkeit der in die Restkategorie fallenden Aussagen möglichst gering gehalten wird. Aufgrund der vorgenommenen induktiven Kategorienbildung, d.h. direkt aus dem Textmaterial heraus, scheint der zweite Teil der Forderung bereits gegeben.

Auf diese Weise wurden separat voneinander sowohl die Kinder- wie auch die Elterninterviews bearbeitet, so dass zwei unterschiedliche Auswertungsschemata entstanden. Im Folgenden wird primär auf die Anwendung des Auswertungsschemas für die Kinderinterviews eingegangen (siehe Anhang 11.6). Eine entsprechende Erläuterung der Elternangaben findet sich bei Tillmann (2006).

Um eine umfassende Erhebung sowie Auswertung der Interviews mittels des entstandenen Schemas zu ermöglichen, schien es erforderlich den Aussagen zusätzlich zu ihrer ursprünglichen Wertung, die jeweils gegensätzliche Bewertung zu verleihen. Folglich wurden alle Aussagen sowohl in einer positiven als auch in einer negativen Ausführung entwickelt. Ein Beispiel aus dem Auswertungsschema für die Kinderinterviews zum ILK-Item *5 Körperliche Gesundheit*:

„Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.“

und: *„Ich bin mit meinem Aussehen nicht zufrieden.“*

Damit das Schema nicht an Länge sowie damit an Unübersichtlichkeit zunahm, wurden die gegenläufig gepolten Aussagen wie folgt zusammengefasst:

„Ich bin mit meinem Aussehen (nicht) zufrieden.“

Infolge dieser Vorgehensweise entstand ein Schema, welches für die gesunden Kinder insgesamt 422 Aussagen, für die sich in Behandlung befindlichen Kinder aufgrund der zwei zusätzlichen, problemspezifischen Fragen *8 Belastung durch die Krankheit* und *9 Belastung durch die Behandlung* 487 Aussagen, optional in positiver wie auch in

negativer Ausführung, zählt. Folgende Tabelle 4-8 präsentiert die Aussagenanzahl der Kategorien der einzelnen ILK-Items im Überblick.

Tabelle 4-8: Aussagenanzahl der einzelnen Kategorien der ILK-Items

ILK- ITEM	KATEGORIE	AUSSAGENANZAHL
1. SCHULISCHE ANFORDERUNGEN		GESAMT: 77
	1 Rahmenbedingungen	5
	2 Lehrer	9
	3 Mitschüler	12
	4 Eigene Leistungen	4
	5 Fächer/Unterricht	3
	6 Fähigkeiten/Verhaltensweisen	15
	7 Hausaufgaben	10
	8 Speziell	9
	9 Generell	9
	10 Sonstiges	1
2. FAMILIE		GESAMT: 86
	1 Eltern	39
	2 Geschwister	25
	3 Haustier	8
	4 Verwandtschaft	3
	5 Generell	9
	6 Speziell	1
	7 Sonstiges	1
3. ANDERE KINDER		GESAMT: 72
	1 Kontakthäufigkeit	14
	2 Beziehung zu Freunden	21
	3 Beziehung zu and. Jugendlichen	23
	4 Aggressionen	4
	5 Speziell	9
	6 Sonstiges	1
4. ALLEIN SEIN		GESAMT: 44
	1 Interessen/Tätigkeiten	19
	2 Gefühle/Verhaltensweisen	19
	3 Speziell	5
	4 Sonstiges	1
5. KÖRPERLICHE GESUNDHEIT		GESAMT: 49
	1 Gesundheit	15
	2 Sport	10
	3 Aussehen	13
	4 Speziell	10
	5 Sonstiges	1

ILK- ITEM	KATEGORIE	AUSSAGENANZAHL
6. SEELISCHER ZUSTAND		GESAMT: 59
	1 Emotionen	22
	2 Umgang mit Problemen	10
	3 Bezug auf Leistungsfähigk./Schule	1
	4 Bezug auf Familie	1
	5 Bezug auf Freunde	1
	6 Bezug auf Allein sein	1
	7 Bezug auf Körperliche Gesundheit	1
	8 Speziell	10
	9 Generell	11
	10 Sonstiges	1
7. INSGESAMTES BEFINDEN		GESAMT: 35
	1 Bezug auf Schule	1
	2 Bezug auf Familie	1
	3 Bezug auf Freunde	1
	4 Bezug auf Allein sein	1
	5 Bezug auf Körperliche Gesundheit	1
	6 Bezug auf Seelischen Zustand	1
	7 Aktuell/Speziell	7
	8 Generell	21
	9 Sonstiges	1
8. BELASTUNG D. KRANKHEIT		GESAMT: 33
	1 Problembereich allgemein	10
	2 Krankheits-/Problembewusstsein	10
	3 Krankheitsspezifische Probleme	9
	4 Speziell	3
	5 Sonstiges	1
9. BELASTUNG D. BEHANDLUNG		GESAMT: 32
	1 Allgemein	7
	2 Umgang mit Behandlung	11
	3 Gefühle	7
	4 Atmosphäre in der Klinik	4
	5 Speziell	2
	6 Generell	1
GESAMTSUMME ALLER ILK-ITEMS		487

Im Sinne einer quantitativen Auswertungsmöglichkeit wurden dem Schema letztendlich jeweils eine Positiv- und eine Negativ-Spalte angehängt, um eine Summenbildung der Positiv- bzw. Negativ-Nennungen durch ein Auszählen der entsprechenden Aussagen

der Probanden zu ermöglichen. Dabei kennzeichnet das Symbol ☺ die Spalte für positive Erwähnungen und das Symbol ☹ die Spalte für negative Nennungen.

Zur Veranschaulichung zeigt Abbildung 4-9 einen Ausschnitt aus dem Auswertungsschema für Kinder zu dem ILK-Item 5 *Körperliche Gesundheit*, Kategorien 1 *Gesundheit*, 2 *Sport* und 3 *Aussehen*.

5. Körperliche Gesundheit

	☺	☹
Gesundheit		
Ich bin nur selten/ fast nie krank (<i>Ich bin oft krank</i>).		
Ich bin eigentlich oft krank, aber im Moment fühle ich mich gesund.		
Ich achte (<i>nicht</i>) auf meine Gesundheit (Ernährung, Sport... <i>Rauchen</i>).		
Ich fühle mich stark und kräftig (<i>schlapp und schwach</i>).		
Ich bin selten (<i>häufig</i>) verletzt.		
Ich bin beweglich und gelenkig (<i>unbeweglich/ungelenkig</i>).		
Ich habe (<i>keine</i>) chronische Krankheit (Migräne, Asthma, Allergien).		
Morgens vor der Schule fühle ich mich (<i>nicht</i>) oft krank.		
Ich muss (<i>nicht</i>) ständig Medikamente nehmen.		
Momentan bin ich krank/verletzt/ <i>kerngesund</i> .		
Mir geht es gesundheitlich eigentlich immer schlecht/ <i>Mir geht es gut</i> .		
Ich wurde (<i>nicht</i>) erst vor kurzem operiert, lag (<i>noch nie/ selten</i>) im Krankenhaus.		
Ich leide (<i>nicht</i>) unter den Folgen einer Krankheit/eines Unfalls.		
Ich bin (<i>nicht</i>) öfter krank als andere.		
Sonstiges		
SUMME G1:		
Sport		
Ich bewege mich (<i>nicht</i>) viel.		
Ich mache (<i>nicht</i>) viel Sport.		
Ich bin ein sportlicher Typ/ <i>Ich bin unsportlich</i> .		
Ich habe (<i>keine</i>) gute Kondition/ <i>Ich gerate immer schnell aus der Puste</i> .		
Ich bin im Sportunterricht gut (<i>schlecht</i>).		
Ich habe (<i>nicht</i>) viele Muskeln (<i>wenig</i>).		
Ich mache (<i>keinen</i>) Leistungssport.		
Die meisten in meinem Alter machen mehr (<i>weniger</i>) Sport als ich.		
Weil ich krank/verletzt bin, kann bzw. darf ich gerade keinen Sport machen.		
Sonstiges		
SUMME G2:		
Aussehen		
Ich bin (<i>nicht</i>) mit meiner Figur zufrieden.		
Ich fühle mich (<i>nicht</i>) in meinem Körper wohl.		
Ich bin (<i>nicht</i>) mit meinem Gewicht zufrieden.		
Ich finde meine Größe ok (<i>bin unzufrieden mit meiner Größe</i>).		
Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden (<i>Ich mag mein Aussehen nicht</i>)/ <i>Ich finde mich häßlich</i> .		
Ich fühle mich (<i>nicht</i>) zu dick.		
Ich fühle mich (<i>nicht</i>) zu dünn.		
Andere lachen mich (<i>nicht</i>) wegen meiner Figur oft aus.		
Ich finde, ich sehe besser (<i>schlechter</i>) aus als die meisten anderen.		
Ich hätte (<i>nicht</i>) gerne mehr Muskeln.		
Ich habe (<i>kein</i>) Übergewicht.		
Ich habe (<i>kein</i>) Untergewicht.		
Sonstiges		
SUMME G3:		

Quelle: Auswertungsschema Kinderversion

Abbildung 4-9: Ausschnitt aus dem Auswertungsschema für Kinder, ILK-Item 5 *Körperliche Gesundheit*, Kategorien 1 *Gesundheit*, 2 *Sport* und 3 *Aussehen*

4.5.3 Aufbau des Auswertungsschemas

Zur Veranschaulichung befinden sich das komplette Auswertungsschema sowie die Instruktion zur Anwendung des Auswertungsschemas im Anhang 11.6 und 11.7.

Wie bereits beschrieben, bilden die Ausführungen der Probanden bezüglich der während des Diagnostischen Interviews (D-ILK) explorierten Items die Grundlage für die Entstehung des Auswertungsschemas. Zur Auswertung eines Interviews mit einem gesunden Kind bzw. mit einem dazugehörigen Elternteil besteht das Auswertungsschema in Anlehnung an die sieben ILK-Items des ILK-Ratingbogens sowie des D-ILK aus sieben Teilbereichen. Dementsprechend gliedert sich das Auswertungsschema bei Kindern in therapeutischer Behandlung in neun Abschnitte. Das Auswertungsschema für die Interviews mit den Eltern dieser Kinder, zählt aufgrund der zusätzlichen krankheits- und behandlungsspezifischen Fragen sogar elf Teilbereiche. Zur Verdeutlichung folgende Tabelle 4-9.

Tabelle 4-9: Anzahl der Teilbereiche des Auswertungsschemas in Abhängigkeit des Probanden

	KINDER/JUGENDLICHE	ELTERN
KIND GESUND	7 ILK-Items → 7 Teilbereiche im Schema	7 ILK-Items → 7 Teilbereiche im Schema
KIND IN BEHANDLUNG	7 ILK-Items + 2 zusätzliche Items → 9 Teilbereiche im Schema	7 ILK-Items + 4 zusätzliche Items → 11 Teilbereiche im Schema

Zu jedem der ILK-Items (1 Schule, 2 Familie, 3 Andere Jugendliche, 4 Allein sein, 5 Körperliche Gesundheit, 6 Seelischer Zustand, 7 Insgesamtes Befinden) finden sich inhaltlich gruppiert sowie zu Kategorien zusammengefasst verschiedene Aussagen, die das jeweilige Item charakterisieren. Während die Kategorien dem Thema des Items entsprechend variieren, findet sich bei annähernd allen Items eine Ergänzung der itemspezifischen Kategorien um die allgemeinen Kategorien *Speziell*, *Generell* und die Restkategorie *Sonstiges*.

Allgemeinkategorie *Speziell*

Die Kategorie *Speziell* beinhaltet Aussagen, die ganz spezielle Situationen, individuelle Lebenslagen oder spezifische Gefühle eines Kindes oder Jugendlichen beschreiben, die keiner anderen itemspezifischen Kategorie zugeordnet werden könnten. Dazu ein Beispiel aus der Sicht eines Kindes zu dem ILK-Item 1 Schule:

„Ich kenne meine Mitschüler noch nicht, da ich gerade umgezogen bin.“

Allgemeinkategorie Generell

Die Kategorie *Generell* umfasst Aussagen, die das Item ganz allgemein (*generell*), in einem sehr allgemeinen Kontext beschreiben. Auch dazu ein Beispiel aus dem Bereich des ILK-Items 1 *Schule* aus der Sicht eines Kindes:

„Ich habe keinen Bock auf Schule.“

Restkategorie Sonstiges

Die Kategorie *Sonstiges* enthält keine vorgegebenen Aussagen, sondern zählt die während einer Auswertung anfallenden Aussagen, die keiner anderen Aussage entsprechen bzw. keiner vorgegebenen Kategorie eines entsprechenden Items zugeordnet werden können. Sie entspricht der bereits in vorangehendem Kapitel erwähnten Restkategorie.

Restaussage Sonstiges

Ferner ist ebenso jede einzelne Kategorie mit einer Aussage *Sonstiges* versehen, für den Fall, dass es zwar eindeutig möglich ist eine Aussage einer Kategorie, jedoch innerhalb dieser Kategorie unmöglich ist, diese Aussage einer bereits aufgelisteten Aussage zuzuordnen.

Alle Aussagen erscheinen in einer Positiv- sowie in einer Negativ-Ausführung. Kennzeichnet ist diese doppelte Polung durch eine im Aussagentext optional enthaltene Verneinung.

Folgende Abbildung 4-10 veranschaulicht die Ausführungen hinsichtlich der Restaussage *Sonstiges*, die jede Kategorie ergänzt, der Allgemeinkategorien *Speziell* und *Generell* und der Restkategorie *Sonstiges* sowie die doppelte Verneinung am Beispiel des ILK-Items 1 *Schulische Anforderungen* aus der Kinderversion des Auswertungsschemas (die Klammern (...) stehen für weitere Aussagen, die in dem Auswertungsschema unter den entsprechenden Kategorien aufgeführt sind, auf die an dieser Stelle jedoch verzichtet wurde, um das Beispiel nicht in die Länge zu ziehen).

1. Schulische Anforderungen

	☺	☹
Rahmenbedingungen / Organisation / Zeitverteilung		
Ich habe (<i>nicht</i>) viele Schulstunden und (<i>nicht</i>) genug Freizeit.		
(...)		
Sonstiges		
SUMME S1:		
Beziehung und Kontakt zu den Lehrern		
Ich komme mit meinen Lehrern im allgemeinen (<i>nicht</i>) gut klar.		
(...)		
Sonstiges		
SUMME S2:		
Beziehung und Kontakt zu den Mitschülern		
Mit meinen Mitschülern komme ich (<i>nicht</i>) gut zurecht.		
(...)		
Sonstiges		
SUMME S3:		
Eigene Leistungen generell		
Ich bin ein guter (<i>schlechter</i>) Schüler/ eine gute (<i>schlechte</i>) Schülerin.		
(...)		
Sonstiges		
SUMME S4:		
Fächer/ Unterricht (Teilleistungen)		
Es werden ein oder mehrere Präferenzen (Fächer/ Leistungsbereiche) genannt/ es werde „Haß“-Fächer (Leistungsbereiche) genannt, z.B.: Ich habe einige/ ein Lieblingsfach, Manche/ <i>alle</i> Fächer machen mir (<i>keinen</i>) Spaß, Ich interessiere mich für die Nebenfächer (<i>Hauptfächer</i>).		
(...)		
Sonstiges		
SUMME S5:		
Eigene Fähigkeiten / Gefühle / Verhaltensweisen		
Mir fällt es (<i>nicht</i>) schwer stillzusitzen / <i>still zu sein</i> .		
(...)		
Sonstiges		
SUMME S6:		
Hausaufgaben		
Ich mache (<i>nicht</i>) gerne Hausaufgaben.		
(...)		
Sonstiges		
SUMME S7:		
Speziell		
Ich kenne meine Mitschüler noch nicht, da ich gerade umgezogen bin.		
(...)		
Sonstiges		
SUMME S8:		
Generell		
Die Schule macht mir generell (<i>keinen</i>) Spaß.		
Die Schule nervt mich (<i>nicht</i>).		
(...)		
Sonstiges		
SUMME S9:		
Sonstiges (Rest)		
SUMME S10:		

Quelle: Auswertungsschema Kinderversion

Abbildung 4-10: Ausschnitt aus dem Auswertungsschema für Kinder, ILK-Item 1 Schulische Anforderungen, Allgemein-/Restkategorien

Um für die Auswertung durch Auszählen der entsprechenden Aussagen eine Summenbildung der Positiv- bzw. Negativ-Nennungen der Probanden zu ermöglichen, wurden die aus den Interviews gewonnenen Aussagen mit den aufgelisteten Aussagen bzw. Kategorien des Auswertungsschemas verglichen. Anschließend sollten die gehörten Aussagen zugeordnet sowie mit einer Wertung vermerkt werden. Zu diesem Zwecke verfügt das Auswertungsschema am Ende einer jeden Aussage über zwei Kästchen für eine Bewertung der vorangehenden Aussage als entweder positiv oder negativ. Diese Kästchen sind gekennzeichnet mit einem ☺ für eine positive Nennung und einem ☹ für eine Negativ-Nennung. Je nachdem, mit welcher Wertung bzw. in welchem Kontext der Proband eine Aussage erwähnt, ist diese positiv oder negativ zu vermerken, indem das entsprechende Kästchen hinter der ausgewählten Aussage markiert wird.

Zu Auswertungszwecken differenziert das Schema zusätzlich zu der Unterteilung in Positiv- und Negativ-Nennungen zwischen Einzel- und Gesamtsummen. Während die Einzelsummen eine Summenbildung innerhalb der einzelnen Kategorien ermöglichen, entstehen die sogenannten Gesamtsummen aus einer Addition der Einzelsummen eines ILK-Teilbereichs.

4.6 Durchführung der Materialauswertung und Überprüfung des Auswertungsschemas

Folgendes Kapitel bietet eine Darstellung des Auswertungsprozesses anhand des zuvor besprochenen, neu entwickelten Auswertungsschemas. Einer kurzen Beschreibung der ersten Probedurchläufe folgen eine Darstellung der Vorgehensweise bei der Materialauswertung sowie eine zusammenfassende Beschreibung der *Instruktion zum Raten*, die dem Auswertungsprozess als Anleitung diene.

Zum Abschluss erfolgt eine Übersicht über die vorgenommene Überprüfung des Auswertungsschemas mit Hilfe der Interrater-Reliabilität.

4.6.1 Anwendung des Auswertungsschemas

Um die Stichhaltigkeit sowie die Anwendbarkeit des neu entwickelten Auswertungsschemas auf das zu untersuchende Datenmaterial zu überprüfen bevor die Interviews durch unabhängige Rater ausgewertet werden sollten, wurden erste Probedurchläufe der Auswertung vorgenommen.

Anhand einiger zufällig ausgewählter Interviews, die anschließend für die späteren Auswertungszwecke verworfen wurden, wurde im Sinne eines Pretests eine Auswer-

tung durch zwei Rater durchgeführt sowie anschließend das Übereinstimmungsmaß ihrer Beurteilungen näher beleuchtet. Durch diese Vorgehensweise wurde das Kategoriensystem in seiner Funktion als Auswertungsschema für die auszuwertenden Interviews überprüft.

Aufgrund vereinzelter lediglich mäßig ausgefallener Werte der Übereinstimmung wurden voneinander abweichende Kodierungen explizit hinterfragt sowie genau analysiert. Daraufhin wurde das Kategoriensystem revidiert, durch einzelne modifizierende Beiträge optimiert sowie durch prägnante Ankerbeispiele präzisiert. Ferner wurden im Rahmen dieser Pretests die genauen Kodierregeln festgelegt, die später zu einer Instruktion zum Raten zusammengefasst wurden (vgl. Anhang 11.7).

Nach Erhalt zufrieden stellender Ergebnisse im Hinblick auf die Anwendbarkeit sowie die Interrater-Reliabilität wurde auf dieser Grundlage die ausführliche Instruktion zur Anwendung des Auswertungsschemas formuliert. Versehen mit zusätzlichen Videoaufnahmen sowie den entsprechenden Transkripten des sprachlichen Interviewmaterials, an welchen eine Auswertung beispielhaft vorgenommen wurde, sollte diese Instruktion insbesondere untersuchungsfremden Ratern als Vorlage und Anleitung dienen. Des Weiteren sollte dadurch ein systematisches Vorgehen des Auswertungsvorgangs gewährleistet werden.

Um das Schema wiederholt auf seine Objektivität sowie seine Reliabilität überprüfen zu können, erfolgte eine Rekrutierung einer ausreichenden Anzahl an untersuchungsfremden Personen, die es erlaubte jeweils zehn Interviews von jeweils zwei verschiedenen Personen auswerten zu lassen. Auf diese Weise wurde jedes Interview entweder sowohl von einer Versuchsleiterin wie auch zum Vergleich von einer untersuchungsfremden Person oder aber von zwei unabhängigen untersuchungsfremden Personen beurteilt.

Die untersuchungsfremden Rater stammen aus der Studentenschaft des Psychologischen Fachbereichs der Philipps-Universität Marburg, aus dem 3. Fachsemester, die die Interviewauswertung im Rahmen ihrer abzuleistenden Versuchspersonenstunden durchführten.

Im Rahmen einer Durchführungsübersicht wurden 14 untersuchungsfremde Rater sowie die Versuchsleiterin zufällig auf die 64 zu ratenden Kinder-Interviews verteilt, so dass jedes Kinder-Interview von zwei Rater angesehen und die Rater somit jeweils zwischen sieben und zehn Auswertungen durchführten. Nach einer zufälligen Paarbildung der Rater wurde anhand eines aufgestellten Zeitstundenplans ein weitgehend

reibungsloser Auswertungsablauf gesichert, der die jeweils zweimalige Auswertung eines jeden Interviews garantierte sowie terminliche Überschneidungen verhinderte.

Nachdem die fremden Rater im Sinne eines Rater-Trainings mit Hilfe des Beispielinterviews auf Videoband sowie der Instruktion zum Raten in das Untersuchungsvorhaben eingeführt wurden, beanspruchte dieses Vorgehen der doppelten Interviewauswertung den Zeitraum von Herbst 2002 bis Frühjahr 2003.

Die Durchführung der Auswertung erwies sich als verhältnismäßig unkompliziert. Nach der beschriebenen Einführung in das Untersuchungsvorhaben sowie der Vorstellung der Instruktion zur Anwendung des Auswertungsschemas ergaben sich keine nennenswerten Probleme.

Zur Verdeutlichung der Durchführung des Auswertens (*Raten*) folgt hier eine Zusammenfassung der wichtigsten Anhaltspunkte der Instruktion.⁵⁸

1. Ziel der Auswertung ist eine Summenbildung der Positiv- bzw. Negativnennungen durch Auszählen der entsprechenden Aussagen der Probanden.
2. Geratet werden nur die Antworten der Probanden auf die Fragen nach den positiven bzw. nach den negativen Aspekten eines Items (siehe D-ILK-Leitfaden, Anhang 11.3), nicht die Antworten auf die Zusatzfragen.
3. Es gilt primär die Wertung der Aussagen der Probanden festzustellen, um alle Aussagen, die durch den Probanden eindeutig positiv oder negativ besetzt sind, in dem Auswertungsschema unter dem entsprechenden Item festzuhalten.
4. Es ist nicht notwendig, dass die gehörte Aussage vom Videoband mit der Aussage in dem Auswertungsschema wortgetreu übereinstimmt. Entscheidend für eine Zuordnung einer gehörten Aussage zu einer Aussage, die sich in dem Auswertungsschema befindet, ist der Inhalt, der Sinn, das Thema dieser Aussage.
5. Ist eine gehörte Aussage mit einer Wertigkeit behaftet, kann aber aus inhaltlichen Gründen keiner Aussage des entsprechenden Items in dem Auswertungsschema zugeordnet werden, ist diese Aussage in Stichworten und mit Strich bei Positiv- (☺) oder Negativnennung (☹) unter *Sonstiges* einer passenden Kategorie des Items zu vermerken. Kann die Aussage keiner der itemspezifischen Kategorien zugeordnet werden (auch nicht unter den Sonder-

⁵⁸ Eine komplette Ausführung der *Instruktion zum Raten* befindet sich im Anschluss an vorliegende Arbeit in Anhang 11.7.

- kategorien *Speziell* oder *Generell*), ist diese, wiederum in Stichworten und Strich bei ☺ oder ☹ unter der letzten Restkategorie eines jeden Items *Sonstiges* festzuhalten.
6. Äußert ein Proband eine Aussage lediglich zu Informationszwecken, ohne die Aussage positiv oder negativ zu besetzen, ist diese nicht zu raten.
 7. Undifferenzierte Aussagen, wie: “Manchmal (...), manchmal nicht (...)“ oder teils/teils-Aussagen werden nicht gewertet.
 8. Wiederholen sich Aussagen oder das Thema der Aussagen während der Exploration eines Teilbereichs, sind diese nur einmal mit nur einem Strich unter ☺ oder ☹ der entsprechenden Aussage zu vermerken.
 9. Generell gilt es mit einer hohen Sensitivität vorzugehen. Bei Unsicherheit gilt es lieber mehr, als zu wenig Aussagen zu raten.

Das Raten dauerte abhängig von der Länge des Interviews sowie der Vertrautheit des Raters mit der Anwendung des Auswertungsschemas in etwa so lange, wie das Interview selbst, folglich etwa 30 bis 60 Minuten.

4.6.2 Überprüfung des Auswertungsschemas

Wie bereits erwähnt, erfolgte die Rekrutierung der untersuchungsfremden Rater mit der Absicht die Objektivität sowie die Reliabilität des angewandten Auswertungsverfahrens zu überprüfen. Als Ziel der Paarbildung zur Auswertung der Interviews galt der Vergleich der beiden Rater bzw. die Ermittlung des Übereinstimmungsmaßes zwischen den Ratern, um damit auf die Interrater-Reliabilität als ein Gütekriterium des Auswertungsverfahrens zu schließen.

Grundlage der Berechnungen der Interrater-Reliabilität, die mit Hilfe des statistischen Auswertungsprogramms SPSS ausgeführt wurden, bildeten sowohl die Einzel- wie auch die Gesamt-Summenwerte des Auswertungsschemas.

Da es u.a. Zielsetzung der vorliegenden Arbeit war, zu überprüfen, ob das neu entwickelte Auswertungsschema reliabel anzuwenden sei, galt es festzustellen, inwieweit ein durch das beschriebene Auswertungsverfahren gewonnenes Urteil durch einen zweiten Rater reproduzierbar sein würde. Dabei interessiert zum einen der Anteil an Beurteilungen, bei welchem die Rater übereinstimmen, zum anderen der Anteil an Beurteilungen, bei denen eine Übereinstimmung per Zufall zu erwarten ist.

Als statistisches Maß der Beurteilerübereinstimmung fand in vorliegender Arbeit deshalb der Kappa-Koeffizient κ nach Cohen (1960) Verwendung, ein Standardmaß für die

Berechnung der Interrater-Reliabilität. Konkret wurden dieser Kappa-Koeffizient mit den zugehörigen Signifikanz-Werten unter Anwendung der SPSS-Prozedur „Kreuzta-bellen“, Option „Kappa“ berechnet. Der Kappa-Koeffizient basiert auf der prozentualen Übereinstimmung, berücksichtigt aber ebenso das Verhältnis von tatsächlicher zu der durch Zufall zu erwartenden Übereinstimmung. Dadurch quantifiziert er also das Ausmaß überzufälliger Übereinstimmung. Dabei kann er Werte zwischen -1 (maximale negative Übereinstimmung) und $+1$ (maximale positive Übereinstimmung) annehmen, wobei $\kappa > 0$ eine Übereinstimmung über der zufällig zu erwartenden und $\kappa = +1$ eine perfekte Übereinstimmung widerspiegelt.

Zur Berechnung der Kappa-Koeffizienten wurden die durch die Rater definierten Werte der Einzelsummen des Auswertungsschemas einer Dichotomisierung unterzogen. Dazu wurden die von den Ratern vorgenommenen Einschätzungen im Rahmen der Einzelsummen auf zwei Werte reduziert:

Null für Einzelsummen = 0

Eins für Einzelsummen > 0.

Durch den Rater nicht gewählte Kategorien erhielten somit eine *Null*. Kategorien, die durch den Rater ein- oder mehrfach gewählt wurden, sind durch eine *Eins* gekennzeichnet worden.

Auf der Basis dieser dichotomisierten Daten wurden sodann die Beurteilungs-Übereinstimmungen zwischen den Ratern für jede Kategorie errechnet.

Der jeweils resultierende Kappa-Koeffizient für eine bestimmte Kategorie stellt die quantitative Maßzahl für dessen Präzision und Explizitheit dar. Landis und Koch (1977) empfehlen für die Interpretation des Kappa-Koeffizienten, als Güte der Übereinstimmung, die in Tabelle 4-10 dargestellten inhaltlichen Interpretationen des Ausmaßes der Beobachterübereinstimmung (S. 165).

Tabelle 4-10: Güte der Übereinstimmung nach Landis & Koch, 1977

KAPPA-KOEFFIZIENT	STATISTIC
> 0.4	Moderate
> 0.6	Substantial
> 0.8	Almost perfect

Kappa-Werte von $\kappa > .4$ können nach Landis & Koch (1977) demnach als mittelmäßige, Kappa-Werte von $\kappa > .6$ als gute und Kappa-Werte von $\kappa > .8$ als sehr gute Übereinstimmung interpretiert werden. Als Maß der Beurteilerübereinstimmung bedeutet dies: je höher der Kappa-Koeffizient, desto häufiger wählen zwei Rater die identische Kategorie, um Aussagen zuzuordnen und desto besser stimmen sie in der Beurteilung der einzelnen Kategorien überein. Daraus lässt sich umgekehrt schließen, dass je besser die Übereinstimmung zweier Rater, desto weniger zufällig ist die Zuordnung der Aussagen und desto weniger anfällig ist die Kategorie gegenüber verschiedenen Ratern, desto zuverlässiger ist sie.

Da die Ausprägung des Kappa-Koeffizienten κ nach Übersax (2001) nicht allein von der Übereinstimmung der Rater abhängig ist, sondern auch von anderen Merkmalen wie der Grundhäufigkeit, mit der die Rater einzelne Kategorien wählen, wurden neben den Kappa-Koeffizienten ferner die Häufigkeiten bestimmt, mit denen positive bzw. negative Aussagen der Kinder und Jugendlichen einer jeweiligen Kategorie zugeordnet wurden (vgl. Kapitel 5.2).

5 Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der dieser Arbeit zugrunde liegenden Untersuchung dargestellt. Entsprechend der gesetzten Schwerpunkte hinsichtlich Fragestellung und Zielsetzung gliedert sich dieses Kapitel in Anlehnung an das Dritte in zwei Teile.

Der *erste Teil* schildert die persönlichen Erfahrungen und Eindrücke, die während der Untersuchung gewonnen werden konnten. Diese beziehen sich auf Erfahrungen aus der Anwendung des ILK-Ratingbogens, des Diagnostischen Interviews (D-ILK) sowie außerdem des neu entwickelten Schemas zur Auswertung des D-ILK. Dabei wird insbesondere auf die Erfahrungen mit den Untersuchungsinstrumenten in ihrer Anwendung bei Kindern und Jugendlichen eingegangen. Für eine ausführliche Schilderung der Erfahrungen und Eindrücke im Rahmen der Elterninterviews sei auf Tillmann (2006) verwiesen.

Teil zwei umfasst die quantitativen Ergebnisse der Überprüfung des Auswertungsschemas, welche mittels der Bestimmung der Interrater-Reliabilität unter Berechnung des Kappa-Koeffizienten nach Cohen durchgeführt wurde (vgl. hierzu Kapitel 4.6.2).

Näher erläutert sowie diskutiert werden die Ergebnisse in dem sich anschließenden sechsten Kapitel Diskussion.

5.1 Persönliche Erfahrungen und Eindrücke

Im Folgenden werden die insgesamt sehr positiven Erfahrungen mit dem Untersuchungsvorhaben zunächst hinsichtlich des ILK sowie des D-ILK geschildert. Darüber hinaus wird anschließend gesondert auf die Erfahrungen mit der Anwendung des Auswertungsschemas eingegangen.

5.1.1 Erfahrungen bei der Anwendung des ILK-Ratingbogens sowie des D-ILK

Das Untersuchungsvorhaben zur Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen fand insgesamt eine sehr positive Resonanz. Angefangen bei der Schulleitung der Proban-

den der Kontrollstichprobe, über die Mehrzahl der Eltern, die, teilweise froh ausführlich über ihre Sorgen und Ängste berichten zu können, das Interview als eine Gelegenheit zur Introspektion sowie Reflexion verstanden, bis hin zu den interviewten Kindern und Jugendlichen, die das Interview in der Klinik als abwechslungsreich, in der Kontrollstichprobe zudem wegen der Aufwandsentschädigung als interessant beurteilten, konnten überwiegend positive Eindrücke gesammelt werden.

Obgleich die eigentliche Durchführung des ILK mit dem sich anschließenden D-ILK in der Klinik- sowie in der Kontrollstichprobe annähernd identisch verlief, ergaben sich doch unterschiedliche Erfahrungen und Eindrücke, die deswegen im Folgenden teilweise getrennt voneinander, vergleichend dargestellt werden.

Rekrutierung der Probanden

Angefangen bei der Rekrutierung der Probanden sei auf verschiedenartige Umstände hingewiesen, die einen eventuellen Einfluss auf die nachfolgende Interviewsituation denkbar machen. Während nämlich die Probanden der Klinikstichprobe persönlich von den Interviewern angesprochen sowie aufgeklärt wurden, erhielten die Probanden der Kontrollstichprobe dagegen die ersten Informationen über das Untersuchungsvorhaben in schriftlicher Form über die Schule mitgeteilt. Dies bedeutete, dass sich die Eltern mit ihren Kindern der Kontrollstichprobe zu Hause, ohne Druck oder Anwesenheit fremder Dritter für oder gegen eine Teilnahme an dem Interview entscheiden konnten ohne jegliche Konsequenz dieser Entscheidung wahrnehmen zu müssen. Von den Probanden der Klinikstichprobe dagegen, aufgrund der befremdlichen Situation sowie der Atmosphäre in der Klinik eventuell sowieso schon in einem angespannten psychischen sowie physischem Zustand, wurde eine sofortige Entscheidung über die Teilnahme am Interview erwartet, da sie noch im Laufe des poliklinischen Untersuchungsablaufes des Kindes interviewt werden sollten. Dies könnte einige Probanden unter Druck gesetzt sowie Einfluss auf die spätere Interviewsituation gehabt haben.

Im Sinne einer Überbrückung der Wartezeit im poliklinischen Untersuchungsablauf ihrer Kinder, empfand eine Vielzahl der Eltern das Interview als sehr positiv, „ich bin ja eh hier und sitze nur rum, da können wir uns gerne unterhalten“ (Mutter eines Kindes aus der Poliklinik). Ebenso war das Interview für die Kinder eine willkommene Abwechslung und wurde dementsprechend gut akzeptiert.

Rückblickend lässt sich festhalten, dass die spontane Rekrutierung der Probanden in der Klinik keinen nachteiligen Einfluss auf die Interviewsituation gehabt zu haben

schien und, dass die Mehrheit der Interviews dessen ungeachtet in einer ruhigen, entspannten Atmosphäre durchgeführt werden konnte.

Vorstellung des Untersuchungsvorhabens in einem Informationsgespräch

Nach der Kontaktaufnahme mit den potentiellen Probanden konnte eine eventuell anfänglich bestehende Skepsis dem Untersuchungsvorhaben gegenüber mittels eines persönlichen Gespräches bezüglich des Hintergrundes sowie der Zielsetzung der Untersuchung in den meisten Fällen beseitigt werden. Dieses Gespräch fand in der Klinikstichprobe in einer vom poliklinischen Untersuchungsablauf separaten, ungestörten Atmosphäre, in der Kontrollstichprobe in telefonischer Verbindung statt. Bei diesen Vorab-Gesprächen war es vielen Eltern insbesondere in Bezug auf die Videoaufnahmen sehr wichtig, dass die Anwendung des Interviewmaterials lediglich vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Zielsetzung gesichert sowie ihre Anonymität gewahrt wurde. Das Gros der Kinder und Jugendlichen dagegen, unwissend ob der eventuellen Konsequenzen, die sich bei einer unseriösen Handhabung des Interviewmaterials ergeben könnten, erklärten sich spontan bereit an dem Interview teilzunehmen; einige Andere hingegen überließen die Entscheidung vorzugsweise ihrem jeweiligen Eltern teil. Nach Zusicherung der Anonymität sowie der vertraulichen Handhabung des Materials gab es lediglich vereinzelte Fälle, die ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung verweigerten.

Bearbeitung des ILK-Ratingbogens

Hinsichtlich des Ausfüllens des ILK-Ratingbogens durch die Probanden ergaben sich kaum Schwierigkeiten. Auffällig war lediglich die Problematik mit der Begrifflichkeit des Seelischen Zustandes, sowohl bei den Kindern wie auch bei den Eltern. Obwohl dieser Begriff in der Kinderversion bereits mit Umschreibungen wie Nerven und Laune versehen war, fiel es den Kindern sehr schwer diesen Zustand zu bewerten bzw. positive oder negative Aspekte dazu zu benennen.

Interviewerfahrungen auf Seiten der Interviewer

Obgleich auf Seiten der Interviewer bisher keine Erfahrungen hinsichtlich Interviewdurchführung bzw. -leitung vorlagen, gab es diesbezüglich keine Schwierigkeiten. Nach

dem beschriebenen Interview-Training⁵⁹ konnten die jeweiligen Interviewsituationen zufrieden stellend bewältigt werden. Zur Kontrolle der Interviewführung wurden einige Interviews stichprobenartig ausgewählt und von Seiten der Projektleitung kritisch begutachtet.

Probleme während der Interviewsituation

Nennenswerte Probleme oder Schwierigkeiten während des Interviews traten lediglich in seltenen Fällen auf. Insbesondere die ersten ILK-Items *1 Schule*, *2 Familie*, *3 Andere Kinder* und *5 Körperliche Gesundheit*, waren mit den meisten Kindern problemlos zu explorieren. Vielfach allerdings waren verwirrte Reaktionen hinsichtlich der durch den Interviewleitfaden vorgegebenen, sich beharrlich wiederholenden Nachfragen bezüglich der positiven bzw. negativen Aspekte eines einzelnen ILK-Items und dem damit verbundenen rigiden Interviewstil zu beobachten.⁶⁰ Die Kinder bemerkten irritiert: „Äh, das hast Du mich doch schon eben gefragt“ oder reagierten teilweise mit einem genervt-gelangweilten: „Weiß ich immer noch nicht“ oder „Habe ich doch schon gesagt“. Andererseits gab es auch Kinder, die sich auf jedes Nachfragen erneut ernsthaft Gedanken machten, ob sie wirklich alle relevanten Aspekte des ILK-Items bedacht hatten.

Ferner führten die Fragen nach dem *Allerbesten* bzw. dem *Allerwichtigsten* hinsichtlich der ILK-Items *8 Belastung durch die Krankheit* bzw. *9 Belastung durch die Behandlung* häufig zu einer deutlichen Verwunderung, nahezu Entrüstung: „Was soll schon an einer Krankheit das Allerbeste sein?“ (Kind auf die Frage: *Was ist das Allerbeste an Deiner Krankheit?*). Ebenso mit der Frage nach dem *Allerschlimmsten* stellte sich bei den Probanden vielfach Ratlosigkeit ein. Auffällig dabei war, dass die Schwierigkeiten auf Seiten der Erwachsenen größer waren, als auf Seiten der Kinder, die mit einer gewissen Spontaneität sowie kindlicher Überlegenheit noch jede Frage zu beantworten wussten.

Einfluss individueller Verhaltensmuster der Interviewten auf die Interviewsituation

In Bezug auf die eigentliche Interviewsituation ist insgesamt festzuhalten, dass diese sehr durch die individuellen Verhaltensweisen und Charaktere der Interviewten bestimmt wurde. Abhängig von der Offen- bzw. Verschwiegenheit eines Probanden,

⁵⁹ Das Interview-Training wird in Kapitel 2.6.5: *Systematische Verzerrung und Interviewfehler* und in Kapitel 2.7.2: *Methodische Aspekte des D-ILK* beschrieben.

⁶⁰ Siehe Interviewleitfaden im Anhang 11.3.

verlief das Interview entweder entspannt und aufschlussreich oder eher zäh und schwerfällig. Insbesondere das Verhalten der Kinder wies diesbezüglich enorme Unterschiede auf. Während die Mehrheit der Kinder dem Interview neugierig und erwartungsvoll gegenüberstanden und ihre Auskünfte mit sehr viel Engagement, Ausführlichkeit sowie mit anschaulichen Beispielen versehen erteilten, traten einige Kinder mit einer allgemeinen Lustlosigkeit auf, dessen durch Gleichgültigkeit geprägtes Antwortverhalten sich über das gesamte Interview hinweg bewahrte. Dementsprechend antworteten diese Kinder mehrfach mit: „weiß nicht“, „keine Ahnung“ oder „ist mir egal“, was sich dann sowohl für die Kinder als auch für die Interviewer sehr mühsam und unbefriedigend gestaltete. Dieses Verhalten war bei den Kindern aus der Klinikstichprobe häufiger zu beobachten, als bei den Kindern der Kontrollstichprobe. Einige andere Kinder wiederum verhielten sich lediglich anfänglich verschwiegen oder schüchtern, im Laufe des Interviews, und damit eines zunehmenden Vertrauensverhältnisses aber, zeigten sie sich aufgeschlossener und zugänglicher.

Abweichungen im Antwortverhalten Klinik- versus Kontrollstichprobe

Ungeachtet der zusätzlichen Fragen nach der Belastung durch die Krankheit bzw. Belastung durch die Behandlung ergaben sich kaum Diskrepanzen im Antwortverhalten oder Antwortinhalt zwischen den Kindern der Klinik- und den Kindern der Kontrollstichprobe. Diagnoseunabhängig war es den Kindern aus der Klinikstichprobe ebenso wie den Kindern aus der Kontrollstichprobe durchaus möglich ihre Lebensqualität in den abgefragten Bereichen kritisch zu hinterfragen.⁶¹ Gleichermäßen wurden die zusätzlichen Fragen nach der Belastung durch die Krankheit bzw. nach der Belastung durch die Behandlung durch die betroffenen Kinder sehr differenziert beantwortet. Denn nicht jedes Kind aus der Klinikstichprobe, welches sich in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befand, fühlte sich durch seine Krankheit in seiner Lebensqualität beeinträchtigt. Dementsprechend bewerteten die betroffenen Kinder ihre Lebensqualität durchaus reflektiert und konnten differenziert bestimmen, inwiefern sie durch ihre diagnostizierte Krankheit und die damit verbundene Problematik belastet sind oder nicht bzw. inwieweit sie sich durch die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung beeinträchtigt oder unterstützt fühlen.

⁶¹ An dieser Stelle sei wiederholt auf die Ausschlusskriterien der vorliegenden Untersuchung hingewiesen, siehe Kapitel 4.1: *Untersuchungsdesign und -ablauf*.

Abweichungen im Antwortverhalten bzw. Antwortinhalt Eltern versus Kinder

Eine auffällige Diskrepanz ergab sich indessen im Antwortverhalten ferner im Antwortinhalt zwischen den Eltern und ihren Kindern, sprich zwischen der Fremd- und der Selbsteinschätzung der Lebensqualität der Kinder. Bei Fragen nach der Stimmung oder der Befindlichkeit des Kindes wich die subjektive Sicht des Kindes vielfach von der ihrer Eltern ab. Häufig wurden emotionale Situationen oder das allgemeine Gefühlserleben der Kinder von den Eltern als wesentlich belastender wahrgenommen, als von den Kindern selbst erlebt. Beispielsweise nahm ein Kind seinen Mangel an Sozialkontakten sowie seine Schulprobleme kaum als Einschränkung war, während die Eltern diesen Zustand des Kindes indessen als unerträglich bezeichneten. Dadurch wurde wiederholt deutlich, dass eine Fremdbeurteilung des Empfindungserlebens des Kindes durch ein Elternteil nicht unbedingt mit der Zustandsbeurteilung des Kindes selbst übereinstimmt bzw. dass Kinder ihre Probleme häufig in anderen Bereichen sehen, als ihre Eltern. Mehrfach beschrieben die Eltern sich oder ihr Kind als durch die Krankheit sehr belastet, das betroffene Kind selbst jedoch schilderte sich nicht oder lediglich mäßig durch die Krankheit beeinflusst.

Die abweichende Problemgewichtung wurde zusätzlich bei den Fragen nach dem *Allerbesten*, nach dem *Allerschlimmsten* oder nach dem *Allerwichtigsten* deutlich. Mehrfach gaben Eltern bestimmte Umstände für ihr Kind als besonders belastend und damit als am allerschlimmsten an. Bei Befragung der Kinder selbst hingegen ergaben sich andere Ergebnisse. Dennoch schien die elterliche Angabe wiederholt als wertvolle Ergänzung, insbesondere dann, wenn ein Kind bei einem scham- oder angstbesetzten Thema verstummte oder offensichtlich im Sinne der sozialen Erwünschtheit antwortete.

Besondere Begebenheiten während der Interviewsituationen

Während die eigentlichen Interviews überwiegend ohne jegliche Zwischenfälle durchgeführt werden konnten, wurde in vereinzelt Fällen dennoch ein Abbruch der Interviewsituation von den Interviewern vorgeschlagen. Dies waren Situationen in denen der Proband entweder im Rahmen von sehr intimen Auskünften bzw. mit starken Emotionen behafteten Schilderungen die Fassung verlor oder der Interviewer das Antwortverhalten eines Probanden für das Interview als unzureichend beurteilte. In den meisten Fällen konnte allerdings nach einer beruhigenden Pause sowie einem kurzen, klärenden Gespräch das Interview wieder aufgenommen und fortgeführt werden.

5.1.2 Erfahrungen bei der Anwendung des Auswertungsschemas

Neben der Durchführung der Pretests, war es in der Phase der Vorbereitungen zur Anwendung des neu entwickelten Auswertungsschemas von wesentlicher Bedeutung eine Instruktion für dieses zu verfassen, welche es auch untersuchungsfremden Personen erlauben sollte die D-ILK-Interviews anhand des Schemas auszuwerten. Diese von der Autorin vorliegender Arbeit verfasste Instruktion wurde mit Hilfe einer untersuchungsfremden Testperson mehrfach auf Verständlichkeit sowie Vollständigkeit überprüft und entsprechend modifiziert, bis diese als ausreichend umfassend und erschöpfend beurteilt werden konnte.⁶²

Nach einer ausführlichen inhaltlichen Darstellung des Auswertungsschemas zur Erläuterung seiner Idee und Zielsetzung sowie der Instruktion zum Raten ergaben sich hinsichtlich der Anwendung des Auswertungsschemas auf das D-ILK-Interviewmaterial keine bedeutenden Schwierigkeiten für die aus dem Fachbereich Psychologie rekrutierten Rater. Die ungewohnte Arbeitsweise mit einem fremden und zudem sehr umfangreichen Auswertungsinstrument kostete den Ratern anfänglich sowohl viel Zeit als auch Mühe. Im Laufe der Untersuchung jedoch gestaltete sich das Auswertungsschema für die Rater, die in ständiger Auseinandersetzung mit diesem arbeiteten, zunehmend übersichtlicher, so dass die Aufgabe der Auswertung bald routinierter und einfacher durchzuführen war.

Von Seiten der Rater wurden Zeit- sowie Durchführungsplan präzise eingehalten, so dass die Auswertungen der Interviews ohne Verzögerungen vollendet werden konnten.

⁶² Die vollständige Instruktion zum Raten befindet sich im Anhang 11.7.

5.2 Quantitative Ergebnisse

Wie bereits in Kapitel 2.8.6 sowie in Kapitel 4.6.2 erläutert, wurde zur Überprüfung des Auswertungsschemas die Interrater-Reliabilität unter Berechnung des Kappa-Koeffizienten nach Cohen (1960) bestimmt.

Im Folgenden werden zunächst die Beurteilerübereinstimmungen für die Kategorien der einzelnen ILK-Bereiche dargestellt. Nach einer zusammenfassenden Darstellung dieser Ergebnisse wird die Berechnung zusätzlicher Score-Werte besprochen und diskutiert.

5.2.1 *Die Interraterübereinstimmung für die einzelnen Kategorien in den ILK-Bereichen*

Entsprechend der neun explorierten ILK-Items finden sich nachfolgend Tabellen, welche jeweils eine Auflistung der itemspezifischen Kategorien gemäß dem Auswertungsschema der D-ILK-Kinderinterviews beinhalten. Zur Verdeutlichung gibt die zweite Spalte der Tabellen eine Ausformulierung der einzelnen Kategorien an. Die dritte und fünfte Spalte der Tabellen präsentieren die Werte der errechneten Kappa-Koeffizienten als Maß der Übereinstimmung der Rater hinsichtlich der positiven (3. Spalte) wie negativen (5. Spalte) Aussagen der jeweiligen Kategorien des Auswertungsschemas (vgl. Kapitel 4.5.3 sowie im Anhang 11.6). Ferner geben die vierte und die sechste Spalte die Häufigkeiten an, mit denen positive (4. Spalte) bzw. negative (6. Spalte) Aussagen der Kinder und Jugendlichen den jeweiligen Kategorien zugeordnet wurden, da die Ausprägung des Kappa-Koeffizienten κ nicht allein von der Übereinstimmung der Rater abhängig ist, sondern auch von anderen Merkmalen wie der Grundhäufigkeit, mit der die Rater einzelne Kategorien wählen. Die angegebene Häufigkeit stellt demnach vor, wie oft in absoluter Anzahl (erster Wert in der Tabellenspalte) bzw. in wie viel Prozent (zweiter Wert in der Tabellenspalte) der 64 Interviewfälle die entsprechende Kategorie durch wenigstens einen der beiden Rater pro Interview geratet wurde. Bei 64 interviewten Kinder und Jugendlichen kann die absolute Häufigkeit Werte zwischen minimal 0 und maximal 64 annehmen. Aufgrund der Klinikstichprobengröße von 41 Kindern und Jugendlichen kann die absolute Häufigkeit bei den zusätzlichen krankheits- bzw. behandlungsspezifischen Fragen lediglich Werte zwischen 0 und 41 erreichen. Vor diesem Hintergrund sind die Häufigkeiten ein wichtiger Indikator für die praktische Relevanz und die Akzeptanz der Kategorien. Zur besseren

Übersicht sind die prozentualen Häufigkeiten zu jedem ILK-Item in einem Säulendiagramm im direkten Vergleich positiv versus negativ abgetragen (vgl. Abb. 5-1 bis 5-9). Wie bereits in Kapitel 4.6.2 erläutert, können nach Landis & Koch (1977) Übereinstimmungswerte mit einem Kappa-Koeffizienten $\kappa > .4$ als mindestens mittelmäßig, Kappa-Koeffizienten $\kappa > .6$ als gut und Kappa-Koeffizienten $\kappa > .8$ als sehr gut interpretiert werden. Errechnete Kappa-Koeffizienten $\kappa < .4$ weisen auf eine schwache Übereinstimmung der Rater hin. Zur besseren Übersicht sind in der Tabelle alle mindestens mittelmäßigen Kappa-Koeffizienten ($\kappa > .4$) fett markiert. Ferner sind hochsignifikante Werte mit zwei Sternchen (**) markiert und damit mit einer Wahrscheinlichkeit von 99 % nicht auf zufällige Einflüsse zurückzuführen. Signifikante Ergebnisse sind mit einem Sternchen (*) markiert. In einigen Fällen konnte der Übereinstimmungskoeffizient nicht berechnet werden, da die Kategorie von mindestens einem Rater (pro Interview) nicht gewählt wurde. Diese Felder sind mit einem Kreuz (x) gekennzeichnet. Zunächst erfolgt eine Übersicht über alle Übereinstimmungs- und Häufigkeitswerte (vgl. Tabelle 5-1), im Anschluss werden diese Werte im Rahmen jedes einzelnen ILK-Items tabellarisch aufgeführt und entsprechend der oben genannten Definitionsgrenzen hinsichtlich einer mittelmäßigen, guten bzw. sehr guten Übereinstimmung der Rater erläutert. Alle im Text angegebenen Übereinstimmungs- und Häufigkeitswerte sind den folgenden Tabellen zu entnehmen.

Tabelle 5-1: Übersicht Kappa-Koeffizienten und Häufigkeiten der Kategorien der jeweiligen ILK-Items

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
Kategorie 1 Rahmenbedingungen	.377**	4 (6,3)	1.000**	5 (7,8)
Kategorie 2 Lehrer	.850**	21 (32,8)	.763**	28 (43,8)
Kategorie 3 Mitschüler	.811**	32 (50,0)	.795**	14 (21,9)
Kategorie 4 Eigene Leistungen	.520**	18 (28,1)	.503**	8 (12,5)
Kategorie 5 Fächer/Unterricht	.682**	59 (92,2)	.521**	51 (79,7)
Kategorie 6 Fähigkeiten/Verhaltensweisen	.520**	18 (28,1)	.691**	22 (34,4)
Kategorie 7 Hausaufgaben	.650**	4 (6,3)	.784**	6 (9,4)
Kategorie 8 Speziell	.377**	4 (6,3)	.245	6 (9,4)
Kategorie 9 Generell	.390**	13 (20,3)	.301**	5 (7,8)
Kategorie 10 Sonstiges	x	0 (0,0)	x	0 (0,0)

* = Signifikantes Ergebnis

** = Hochsignifikantes Ergebnis

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem Rater nicht gewählt wurde.

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
2. FAMILIE				
Kategorie 1 Eltern	.525**	59 (92,2)	.772**	42 (65,6)
Kategorie 2 Geschwister	.749**	34 (53,1)	.687**	39 (60,9)
Kategorie 3 Haustier	.551**	5 (7,8)	x	3 (4,7)
Kategorie 4 Verwandtschaft	.633**	15 (23,4)	.680**	9 (14,1)
Kategorie 5 Generell	.520**	34 (53,1)	.320*	15 (23,4)
Kategorie 6 Speziell	.385**	4 (6,3)	-.032	4 (6,3)
Kategorie 7 Sonstiges	x	0 (0,0)	x	0 (0,0)
3. ANDERE KINDER				
Kategorie 1 Kontakthäufigkeit	.503**	54 (84,4)	.407**	7 (16,9)
Kategorie 2 Beziehung zu Freunden	.390**	56 (87,5)	.253*	27 (42,2)
Kategorie 3 Beziehung zu anderen Jugendl.	.355**	27 (42,2)	.649**	42 (65,6)
Kategorie 4 Aggressionen	.135**	9 (14,1)	.292*	13 (20,3)
Kategorie 5 Speziell	.360**	11 (17,2)	.292*	13 (20,3)
Kategorie 6 Sonstiges	x	2 (3,1)	-.024	4 (6,3)
4. ALLEIN SEIN				
Kategorie 1 Interessen/Tätigkeiten	.792**	62 (96,9)	.488**	19 (29,7)
Kategorie 2 Gefühle/Verhaltensweisen	.546**	28 (43,8)	.642**	44 (68,8)
Kategorie 3 Speziell	.324**	12 (18,8)	.202	29 (45,3)
Kategorie 4 Sonstiges	-.021	3 (4,7)	x	2 (3,1)
5. KÖRPERLICHE GESUNDHEIT				
Kategorie 1 Gesundheit	.600**	52 (81,3)	.561**	37 (57,8)
Kategorie 2 Sport	.808**	40 (62,5)	.599**	19 (29,7)
Kategorie 3 Aussehen	.817**	7 (10,9)	.632**	8 (12,5)
Kategorie 4 Speziell	.453**	18 (28,1)	.298*	21 (32,8)
Kategorie 5 Sonstiges	.304*	5 (7,8)	.377**	4 (6,3)
6. SEELISCHER ZUSTAND				
Kategorie 1 Emotionen	.612**	32 (50,0)	.551**	22 (34,4)
Kategorie 2 Umgang mit Problemen	.309*	9 (14,1)	.469**	6 (9,4)
Kategorie 3 Bezug auf Leistungsfähigk./Schule	.602**	19 (29,7)	.702**	19 (29,7)
Kategorie 4 Bezug auf Familie	.890**	12 (18,8)	.897**	13 (20,3)
Kategorie 5 Bezug auf Freunde	.925**	20 (31,3)	.702**	7 (10,9)
Kategorie 6 Bezug auf Allein sein	.385**	4 (6,3)	-.016	2 (3,1)
Kategorie 7 Bezug auf Körperliche Gesundheit	.203	7 (10,9)	.403**	7 (10,9)
Kategorie 8 Speziell	.401**	10 (15,6)	.518**	18 (28,1)
Kategorie 9 Generell	.337**	22 (34,4)	.551**	5 (7,8)
Kategorie 10 Sonstiges	-.039	5 (7,8)	-.027	6 (9,4)

* = Signifikantes Ergebnis

** = Hochsignifikantes Ergebnis

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem Rater nicht gewählt wurde.

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
7. INSGESAMTES BEFINDEN				
Kategorie 1 Bezug auf Schule	.780**	32 (50,0)	.726**	17 (26,6)
Kategorie 2 Bezug auf Familie	.858**	23 (35,9)	.653**	16 (25)
Kategorie 3 Bezug auf Freunde	.812**	33 (51,6)	-.043	6 (9,4)
Kategorie 4 Bezug auf Allein sein	.547**	5 (7,8)	-.032	4 (6,3)
Kategorie 5 Bezug auf Körperliche Gesundheit	.739**	18 (28,1)	.715**	13 (20,3)
Kategorie 6 Bezug auf Seelischen Zustand	.743**	8 (12,5)	.304*	5 (7,8)
Kategorie 7 Aktuell/Speziell	.486**	30 (46,9)	.484**	19 (29,7)
Kategorie 8 Generell	.088	43 (67,2)	.572**	9 (14,1)
Kategorie 9 Sonstiges	-.081	10 (15,6)	.304*	9 (14,1)
8. BELASTUNG DURCH DIE KRANKHEIT				
Kategorie 1 Problembereich allgemein	.333*	36 (56,3)	-.133	33 (51,6)
Kategorie 2 Krankheits-/Problembewusstsein	.341*	46 (71,9)	.322*	34 (53,1)
Kategorie 3 Krankheitsspezifische Probleme	.536**	34 (53,1)	.659**	47 (73,4)
Kategorie 4 Speziell	.376**	27 (42,2)	.287*	28 (43,8)
Kategorie 5 Sonstiges	-.166	35 (54,7)	.221	29 (45,3)
9. BELASTUNG DURCH DIE BEHANDLUNG				
Kategorie 1 Allgemein	-.135	40 (62,5)	.434**	34 (53,1)
Kategorie 2 Umgang mit Behandlung	.223	46 (71,9)	.417**	32 (50,0)
Kategorie 3 Gefühle	.326*	42 (65,6)	.580**	38 (59,4)
Kategorie 4 Atmosphäre in der Klinik	.723**	28 (43,8)	-.041	28 (43,8)
Kategorie 5 Speziell	.089	32 (50,0)	.266	35 (54,7)
Kategorie 6 Generell	-.034	26 (40,6)	-.041	28 (43,8)

* = Signifikantes Ergebnis

** = Hochsignifikantes Ergebnis

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem Rater nicht gewählt wurde.

ILK-Item 1 Schule

Tabelle 5-2: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Item 1 Schule

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
1. SCHULE				
Kategorie 1 Rahmenbedingungen	.377**	4 (6,3)	1.000**	5 (7,8)
Kategorie 2 Lehrer	.850**	21 (32,8)	.763**	28 (43,8)
Kategorie 3 Mitschüler	.811**	32 (50,0)	.795**	14 (21,9)
Kategorie 4 Eigene Leistungen	.520**	18 (28,1)	.503**	8 (12,5)
Kategorie 5 Fächer/Unterricht	.682**	59 (92,2)	.521**	51 (79,7)
Kategorie 6 Fähigkeiten/Verhaltensweisen	.520**	18 (28,1)	.691**	22 (34,4)
Kategorie 7 Hausaufgaben	.650**	4 (6,3)	.784**	6 (9,4)
Kategorie 8 Speziell	.377**	4 (6,3)	.245	6 (9,4)
Kategorie 9 Generell	.390**	13 (20,3)	.301**	5 (7,8)
Kategorie 10 Sonstiges	x	0 (0,0)	x	0 (0,0)

** = Hochsignifikantes Ergebnis

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem Rater nicht gewählt wurde.

Wie in Tabelle 5-2 ersichtlich, sind alle errechneten Ergebnisse der zehn Kategorien des ILK-Items *1 Schule*, ungeachtet der Kategorie *10 Sonstiges* sowie der negativen Aussagen der Kategorie *8 Speziell*, hochsignifikant. Auffällig ist dabei eine durchgehend mindestens mittelmäßige Übereinstimmung (Wert des Kappa-Koeffizienten $\kappa > .4$) sowohl der positiven wie auch der negativen Aussagen der Kategorien *2 Lehrer*, über *3 Mitschüler*, *4 Eigene Leistungen*, *5 Fächer/Unterricht*, *6 Fähigkeiten/Verhaltensweisen* bis zu der Kategorie *7 Hausaufgaben*. Dabei sind hinsichtlich der positiven Aussagen von zehn Kategorien des ILK-Items *1 Schule* unter sechs Kappa-Koeffizienten $\kappa > .4$ sogar zwei Kappa-Koeffizienten $\kappa > .8$, was für eine sehr gute Übereinstimmung spricht. Dieses trifft auf die Kategorien *2 Lehrer* und *3 Mitschüler* zu, wobei die höchste Übereinstimmung mit einem Kappa-Koeffizienten von $\kappa = .850$ für die Kategorie *2 Lehrer* steht. Die positiven Aussagen der zwei weiteren Kategorien *5 Fächer/Unterricht* sowie *7 Hausaufgaben* zeigen immerhin einen Kappa-Koeffizienten von $\kappa > .6$ und damit eine gute Übereinstimmung. Dagegen sind bei den negativen Aussagen sogar sieben von den zehn Kappa-Werten $\kappa > .4$, davon allerdings lediglich einer mit $\kappa > .8$. Unter diesen sieben Kategorien weisen die Kategorien *1 Rahmenbedingungen*, *2 Lehrer*, *3 Mitschüler*, *6 Fähigkeiten/Verhaltensweisen* sowie die Kategorie *7 Hausaufgaben* sogar gute Übereinstimmungen mit einem Kappa-Koeffizienten von

$\kappa > .6$ auf; für die Kategorie *1 Rahmenbedingungen* wurde sogar eine Übereinstimmung von $\kappa = 1.000$ errechnet. Auffällig ist der geringe Wert der positiven, jedoch äußerst hohe Wert der negativen Aussagen der Kategorie *1 Rahmenbedingungen*. Insgesamt streuen die Werte des Kappa-Koeffizienten im Bereich des ILK-Items *1 Schule* zwischen $\kappa = .245$ und $\kappa = 1.000$ im negativen und zwischen $\kappa = .377$ und $\kappa = .850$ im positiven Aussagebereich.

Im Bereich des ILK-Items *1 Schule* wurden insgesamt 318 Aussagen durch die Rater zugeordnet, davon 173 positive und 145 negative Aussagen. Auffällig ist die große Häufigkeit mit der sowohl die positiven (92,2%) wie auch die negativen Aussagen (79,7%) der Kategorie *5 Fächer/Unterricht* zugeordnet wurden. Des Weiteren werden innerhalb des ILK-Items *1 Schule* häufig positive Aussagen zu der Kategorie *3 Mitschüler* (50%), zu der Kategorie *2 Lehrer* (32,8%), zu der Kategorie *4 Eigene Leistungen* (28,1%) sowie zu Kategorie *6 Fähigkeiten/Verhaltensweisen* (28,1%) geratet. Negative Aussagen werden häufig neben der Kategorie *5 Fächer/Unterricht* (79,7%) den Kategorien *2 Lehrer* (43,8%) und *6 Fähigkeiten/Verhaltensweisen* (34,4%) zugeordnet (vgl. Abbildung 5-1).

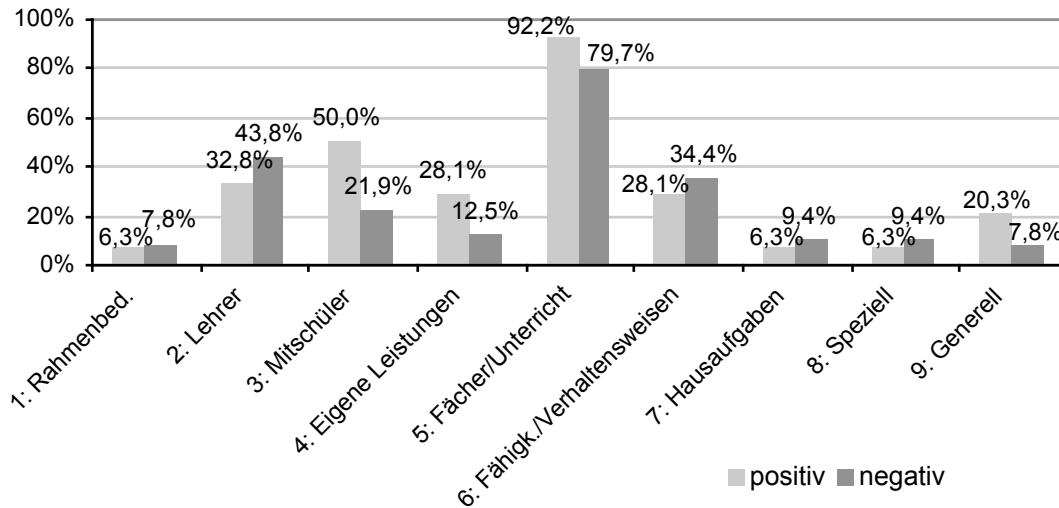


Abbildung 5-1: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items *1 Schule*

Zur besseren Übersicht sowie zur Gegenüberstellung der bipolaren Ausrichtung der Übereinstimmungen geht den folgenden Erläuterungen der Interrater-Übereinstimmungen bei der Beurteilung der einzelnen ILK-Items jeweils ein tabellarischer Überblick der Übereinstimmungen voraus. Die Tabellen beinhalten die Kategorien des jeweiligen ILK-Items sowie eine Übersicht über die Übereinstimmungen der Kodierer hinsichtlich der verschiedenen Kategorien. Ein einfaches Pluszeichen (+) steht dabei für eine mittelmäßige, ein doppeltes Pluszeichen (++) für eine gute und ein dreifaches Pluszeichen (+++) für eine sehr gute Übereinstimmung der Kodierer hinsichtlich der entsprechenden Kategorie. Diese Kategorien werden im Folgenden auch als zuverlässig bezeichnet, da hier davon ausgegangen werden kann, dass diese Kategorien den Bereich, den sie vorgeben, verlässlich sowie hinreichend repräsentieren. Kategorien, die mit einem Minuszeichen (-) gekennzeichnet sind, weisen eine sehr geringe Übereinstimmung auf und sind bezüglich des Untersuchungsvorhabens als unzuverlässig abzuwerten. Kategorien, für welche der Übereinstimmungskoeffizient nicht errechnet werden konnte, da die Kategorie von mindestens einem Kodierer nicht gewählt wurde, sind mit einem x gekennzeichnet.

Tabelle 5-3: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 1 Schule

ILK-ITEM	ÜBEREINSTIMMUNG	
	POS. AUSSAGEN ☺	NEG. AUSSAGEN ☹
1. SCHULE		
Kategorie 1 Rahmenbedingungen	-	+++
Kategorie 2 Lehrer	+++	++
Kategorie 3 Mitschüler	+++	++
Kategorie 4 Eigene Leistungen	+	+
Kategorie 5 Fächer/Unterricht	++	+
Kategorie 6 Fähigkeiten/Verhaltensweisen	+	++
Kategorie 7 Hausaufgaben	++	++
Kategorie 8 Speziell	-	-
Kategorie 9 Generell	-	-
Kategorie 10 Sonstiges	x	x

+++ = Sehr gute Übereinstimmung

++ = Gute Übereinstimmung

+ = Mittelmäßige Übereinstimmung

- = Sehr geringe Übereinstimmung

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem der Rater nicht gewählt.

Wie in vorangehender Tabelle 5-3 dargestellt, sind sechs von zehn Kategorien des ILK-Items *1 Schule* als mindestens mittelmäßig und damit als aussagekräftig anzuse-

hen, da sie einen Kappa-Koeffizienten von $\kappa > .4$ aufweisen. Diese vergleichsweise hohen Übereinstimmungswerte sowohl der positiven wie auch der negativen Aussagen der Kategorien *2 Beziehung zu Lehrern*, *3 Beziehung zu Mitschülern*, *4 Eigene Leistungen*, *5 Fächer/Unterricht*, *6 Fähigkeiten/Verhaltensweisen* und *7 Hausaufgaben* sind vermutlich auf die für Kinder große Anschaulichkeit und Vertrautheit mit der Situation Schule zurückzuführen. In diesem Bereich machen die Kinder klar verständliche und eindeutige Aussagen, die zu einer fast selbstverständlichen, sehr gut nachvollziehbaren Zuordnung der Aussagen zu den entsprechenden Kategorien im Auswertungsschema durch die Rater führen. Während nämlich der Bereich Schule für die Kinder ein alltägliches, dennoch sehr bedeutsames Thema darstellt, mit dem sich Kinder tagtäglich auseinandersetzen und deswegen eine Beurteilung dieses Lebensbereichs für sich bereits eingehend erfahren haben, werden die Einschätzungen anderer explorierter Lebensbereiche wie beispielsweise *6 Seelischer Zustand* erst im Moment des Interviews und damit mit größerer Unsicherheit entwickelt. Zu dem Thema Schule können Kinder kategorische Aussagen machen. Vor diesem Hintergrund scheint der Bereich Schule sowohl für die Kinder als auch für die Rater anschaulich segmentiert, was sich in dem Auswertungsschema sowie in der offensichtlichen Kodierung widerspiegelt. Somit tragen die eindeutigen Begrifflichkeiten, die inhaltliche Eindeutigkeit der Aussagen und der Auswertungskategorien sowie deren klare Abgrenzungen zueinander zu den hohen Übereinstimmungswerten bei. Die Kategorien im Auswertungsschema scheinen sowohl für die interviewten Kinder als auch für die Kodierer den Lebensbereich Schule auf seinen ausschlaggebenden Ebenen hinreichend und stichhaltig zu repräsentieren. Insbesondere die positiven Aussagen der Kategorien *2 Beziehung zu Lehrern* sowie *3 Beziehung zu Mitschülern* weisen sehr hohe Übereinstimmungswerte mit sehr guten Kappa-Koeffizienten auf. Das mag zum einen daran liegen, dass innerhalb des Bereichs Schule für die Kinder insbesondere die Lehrer sowie die anderen Mitschüler von großer Bedeutung sind und damit während eines Interviews in jedem Fall in eindeutigem Kontext genannt werden. Zum anderen ist auch die Zuordnung der Texteinheiten zu diesen Kategorien für die Kodierer offensichtlich. Denn sobald sich der Inhalt einer Aussage der Kinder auf Lehrer oder Mitschüler bezieht, ist diese Texteinheit dort dementsprechend einzuordnen, der Sachverhalt ist hier also eindeutig, es ergeben sich keine inhaltlichen Überschneidungen, die Kategorien nehmen auf klar und deutlich unterscheidbare Bereiche Bezug.

Auffällig ist die perfekte Übereinstimmung von $\kappa = 1.000$ hinsichtlich der Kategorie 1 *Rahmenbedingung* in negativem Kontext. Dieser Umstand liegt wohl in der Aussage: „Ich bin genervt von meinem Schulweg (z.B. lange Busfahrt)“ innerhalb der Kategorie 1 *Rahmenbedingungen* begründet, denn viele Kinder beschwerten sich hinsichtlich der negativen Aspekte des ILK-Items 1 *Schule* über lange Schulwege, insbesondere Busfahrten. Diese Aussagen der Kinder waren für die Kodierer wiederum ohne Zweifel in die entsprechende Kategorie einzuordnen.

ILK-Item 2 Familie

Tabelle 5-4: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Items 2 Familie

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
Kategorie 1 Eltern	.525**	59 (92,2)	.772**	42 (65,6)
Kategorie 2 Geschwister	.749**	34 (53,1)	.687**	39 (60,9)
Kategorie 3 Haustier	.551**	5 (7,8)	x	3 (4,7)
Kategorie 4 Verwandtschaft	.633**	15 (23,4)	.680**	9 (14,1)
Kategorie 5 Generell	.520**	34 (53,1)	.320*	15 (23,4)
Kategorie 6 Speziell	.385**	4 (6,3)	-.032	4 (6,3)
Kategorie 7 Sonstiges	x	0 (0,0)	x	0 (0,0)

* = Signifikantes Ergebnis

** = Hochsignifikantes Ergebnis

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem Rater nicht gewählt wurde.

Das ILK-Item 2 *Familie* weist insgesamt lediglich sieben Kategorien im Auswertungsschema und dementsprechend in Tabelle 5-4 auf. Wieder konnte der Kappa-Koeffizient für die Kategorie 7 *Sonstiges*, außerdem für die negativen Aussagen der Kategorie 3 *Haustier* nicht errechnet werden. Hinsichtlich der positiven Aussagen ergeben die Kategorien 1 bis 6 hochsignifikante Werte der Übereinstimmung mit einem Kappa-Koeffizienten zwischen $\kappa = .385$ und $\kappa = .749$. Von diesen sechs interpretierbaren Koeffizienten sind die Übereinstimmungen der positiven Aussagen bei den Kategorien 1 *Eltern*, 3 *Haustier* und 5 *Generell* als mittelmäßig, die positiven Aussagen der Kategorien 2 *Geschwister* sowie 4 *Verwandtschaft* sogar als gut anzusehen; die höchste Übereinstimmung weist einen Wert von $\kappa = .749$ für die Kategorie 2 *Geschwister* auf.

Die Übereinstimmungen der negativen Aussagen sind lediglich bei den Kategorien *1 Eltern*, *2 Geschwister* und bei *4 Verwandtschaft* hochsignifikant, mit Werten des Kappa-Koeffizienten zwischen $\kappa = .680$ und $\kappa = .772$, höchster Übereinstimmungswert hier bei der Kategorie *1 Eltern*. Die Übereinstimmungen der Kategorien *1 Eltern*, *2 Geschwister* sowie *4 Verwandtschaft* können somit als gut interpretiert werden. Die Kategorie *6 Speziell* dagegen weist einen negativen Übereinstimmungswert von $\kappa = -.032$ auf.

Innerhalb des ILK-Items *2 Familie* wurden insgesamt 263 Aussagen geratet, davon 151 positive und 112 negative Aussagen. Bemerkenswert ist die häufige Zuordnung sowohl positiver als auch negativer Aussagen zu den Kategorien *1 Eltern* (pos.: 92,2%, neg.: 65,6%) und *2 Geschwister* (pos.: 53,1%, neg.: 60,9%). Ferner wurden in mehr als der Hälfte der Interviewfälle, nämlich bei 53,1%, positive Aussagen der Kategorie *5 Generell* zugeordnet (vgl. Abbildung 5-2).

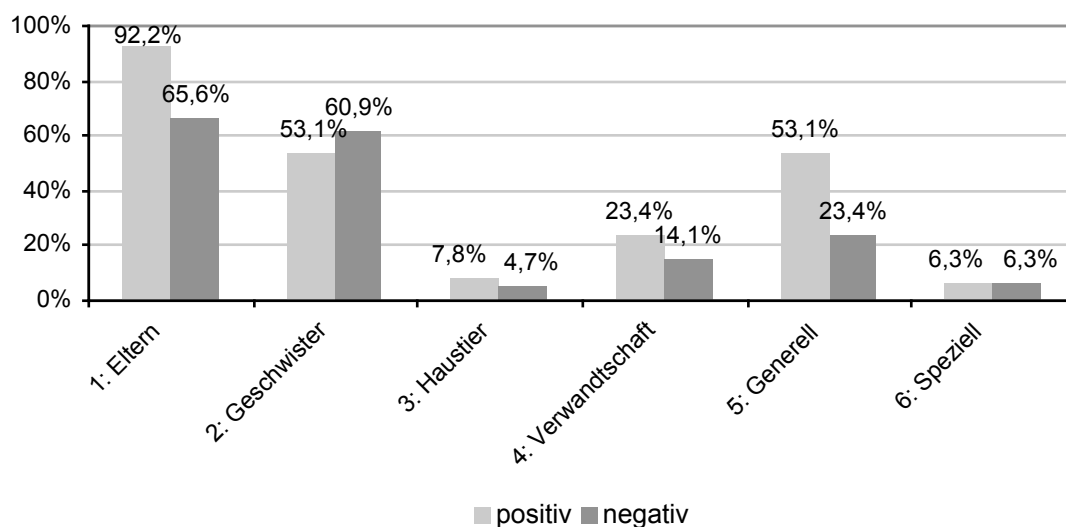


Abbildung 5-2: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items *2 Familie*

Tabelle 5-5: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 2 Familie

ILK-ITEM	ÜBEREINSTIMMUNG	
	POS. AUSSAGEN ☺	NEG. AUSSAGEN ☹
2. FAMILIE		
Kategorie 1 Eltern	+	++
Kategorie 2 Geschwister	++	++
Kategorie 3 Haustier	+	x
Kategorie 4 Verwandtschaft	++	++
Kategorie 5 Generell/Familie insgesamt	+	-
Kategorie 6 Speziell	-	-
Kategorie 7 Sonstiges	x	x

+++ = Sehr gute Übereinstimmung

++ = Gute Übereinstimmung

+ = Mittelmäßige Übereinstimmung

- = Sehr geringe Übereinstimmung

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem der Rater nicht gewählt.

Die positiven Aussagen des ILK-Items *2 Familie* (vgl. Tabelle 5-5) weisen neben den bereits kritisch bewerteten Restkategorien ausschließlich zufrieden stellende Übereinstimmungswerte auf. Die damit als zuverlässig zu interpretierenden Kategorien *1 Eltern*, *2 Geschwister*, *3 Haustier* sowie *4 Verwandtschaft* scheinen repräsentativ gewählt und weisen in sich eine gute Abgrenzung zueinander auf, so dass sich die Zuordnung der Aussagen der Kinder zu den entsprechenden Kategorien im Auswertungsschema als unkompliziert erwies. Aussagen wie: „Mein Bruder nervt“ oder „Meine Eltern sind sehr streng“ sind den entsprechenden Kategorien eindeutig zuzuordnen, hier finden sich keine inhaltlichen Überschneidungen. Ferner vereinigt die Kategorie *5 Generell/Familie insgesamt* die Aussagen, bei denen eine inhaltliche Differenzierung nach oben genannten Bereichen schwieriger erscheint; beispielsweise: „In meiner Familie gibt es häufig Streit“, so dass auch in diesem Fall eine Zuordnung zu der generellen Kategorie eindeutig ist. Auffallend ist der fehlende Übereinstimmungswert hinsichtlich der negativen Aussagen der Kategorie *3 Haustier*. Während der Übereinstimmungswert im positiven Kontext einen zufrieden stellenden Wert von $\kappa = .551$ erreicht, ist er für die negativen Aussagen nicht zu berechnen. Das liegt darin begründet, dass kein einziges Kind das Thema Haustier in einem negativen Kontext erwähnt hat, somit die Kategorie *3 Haustier* von keinem Kodierer negativ beurteilt wurde und dementsprechend keine Übereinstimmungen berechnet werden konnten.

ILK-Item 3 Andere Kinder

Tabelle 5-6: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitsverteilung des ILK-Items 3 Andere Kinder

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
3. ANDERE KINDER				
Kategorie 1 Kontakthäufigkeit	.503**	54 (84,4)	.407**	7 (16,9)
Kategorie 2 Beziehung zu Freunden	.390**	56 (87,5)	.253*	27 (42,2)
Kategorie 3 Beziehung zu anderen Jugendlichen	.355**	27 (42,2)	.649**	42 (65,6)
Kategorie 4 Aggressionen	.135**	9 (14,1)	.292*	13 (20,3)
Kategorie 5 Speziell	.360**	11 (17,2)	.292*	13 (20,3)
Kategorie 6 Sonstiges	x	2 (3,1)	-.024	4 (6,3)

* = Signifikantes Ergebnis

** = Hochsignifikantes Ergebnis

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem Rater nicht gewählt wurde.

Aus Tabelle 5-6 ist zu entnehmen, dass die Übereinstimmungswerte bezüglich des ILK-Items *3 Andere Kinder* durchgehend schlechter sind. Lediglich ein bzw. zwei von sechs Kategorien, nämlich sowohl die positiven als auch die negativen Aussagen der Kategorie *1 Kontakthäufigkeit* sowie die negativen Aussagen der Kategorie *3 Beziehung zu anderen Jugendlichen*, weisen hochsignifikante sowie mindestens mittelmäßige Übereinstimmungswerte zwischen $\kappa = .407$ und $\kappa = .649$ auf. Der höchste Übereinstimmungswert hinsichtlich der positiven Aussagen von $\kappa = .503$ konnte für die Kategorie *1 Kontakthäufigkeit* errechnet werden. Im Rahmen der negativen Aussagen findet sich ein guter Übereinstimmungswert für die Kategorie *3 Beziehung zu anderen Jugendlichen* mit $\kappa = .649$. Die Übereinstimmung für die positiven Aussagen der Kategorie *6 Sonstiges* konnte gar nicht berechnet werden, die Übereinstimmung der negativen Aussagen dieser Kategorie nimmt einen negativen Wert von $\kappa = -.024$ an.

Im Rahmen des ILK-Items *3 Andere Kinder* wurden insgesamt 265 Aussagen bewertet, 159 davon positiv, 106 negativ. Sehr häufig wurden die positiven Aussagen den Kategorien *1 Kontakthäufigkeit* (84,4%) und *2 Beziehung zu Freunden* (87,5%) zugeordnet, während die Zuordnung negativer Aussagen oftmals auf die Kategorie *3 Beziehung zu anderen Jugendlichen* (65,6%) fiel. Dennoch bezogen sich auch viele positive Aussagen auf die Kategorie *3 Beziehung zu anderen Jugendlichen* (42,2%), im Hinblick auf die Kategorie *2 Beziehung zu Freunden* wurden wiederum immerhin in 42,2% der

Interviewfälle Aussagen der Kinder und Jugendlichen als negativ bewertet (vgl. Abbildung 5-3).

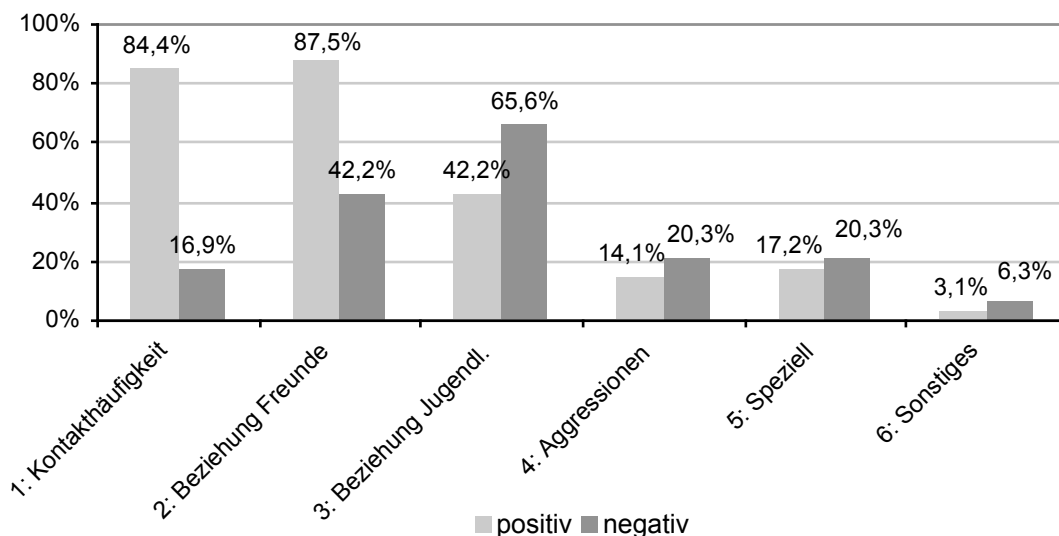


Abbildung 5-3: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items 3 Andere Kinder

Tabelle 5-7: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 3 Andere Kinder

ILK-ITEM	ÜBEREINSTIMMUNG	
	POS. AUSSAGEN ☺	NEG. AUSSAGEN ☹
3. ANDERE KINDER		
Kategorie 1 Kontakthäufigkeit und –umfang	+	+
Kategorie 2 Beziehung zu Freunden	-	-
Kategorie 3 Beziehung zu anderen Jugendlichen	-	++
Kategorie 4 Aggressionen	-	-
Kategorie 5 Speziell	-	-
Kategorie 6 Sonstiges	x	-

+++ = Sehr gute Übereinstimmung

++ = Gute Übereinstimmung

+ = Mittelmäßige Übereinstimmung

- = Sehr geringe Übereinstimmung

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem der Rater nicht gewählt.

Die in der Tabelle 5-7 aufgeführten Kategorien des ILK-Items 3 Andere Kinder weisen überwiegend sehr geringe Übereinstimmungswerte auf. Von sechs Kategorien zeigt lediglich die Kategorie 1 Kontakthäufigkeit und -umfang, zusätzlich noch die negativen Aussagen der Kategorie 3 Beziehung zu anderen Jugendlichen zufrieden stellende

Übereinstimmungswerte. Die Frage warum die Übereinstimmungen zwischen den Kodierern so gering sind lässt sich wie folgt erklären: Freundschaften und/oder Beziehungen zu anderen Kindern oder Jugendlichen werden von Kindern und Jugendlichen, aber auch von den Ratern individuell sehr unterschiedlich bewertet, die Definitionen sowie die Abgrenzung von Freund- zu einfacher Bekanntschaft ist subjektiv stark verfärbt. Somit lassen sich diese Themenbereiche wesentlich schwieriger in Kategorien fassen und objektivieren, als beispielsweise der Bereich Schule. Bereits bei der Kategorienbildung war das Problem der Abgrenzung zwischen den Kategorien *2 Beziehung zu Freunden* und *3 Beziehung zu anderen Jugendlichen* zu erkennen. Diese Kategorien schließen einander nicht eindeutig aus, sie sind inhaltlich sehr ähnlich, so dass eine eindeutige Zuordnung einer Aussage zu nur einer Kategorie durch die Kodierer nahezu unmöglich erscheint. Bei unzureichender Ausschließlichkeit der Kategorien untereinander ist folglich nicht eindeutig nachzuvollziehen, wann sich ein Kodierer für die eine oder für die andere Kategorie entscheidet. Die Kategorien weisen große inhaltliche Überschneidungen auf, da sie ungenau definiert und die jeweiligen Ankerbeispiele der Kategorien inhaltlich sehr ähnlich sind. Beispielsweise zeigen die Aussagen „*Ich kann mich (nicht) auf meine Freunde verlassen*“ aus der Kategorie *2 Beziehung zu Freunden* und die Aussage „*Ich kann anderen Jugendlichen (nicht) vertrauen*“ aus der Kategorie *3 Beziehung zu anderen Jugendlichen* inhaltliche Überschneidungen auf, die eine eindeutige Kodierung unmöglich machen. Entsprechendes gilt für die dritte unzuverlässige itemspezifische Kategorie des ILK-Items *4 Aggressionen*, da diese Aussagen und Beispiele umfasst, die ebenso zur Kategorie *3 Beziehung zu anderen Jugendlichen* passen würden. Infolge der vielen ähnlichen Beispielaussagen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Kodierer identische Aussagen in verschiedene Kategorien einordnen. Zusammengefasst führen diese Aspekte zu geringen Übereinstimmungswerten zwischen den unabhängigen Kodierern. Zur besseren Übersicht sollte die Anzahl an Beispielaussagen der einzelnen Kategorien reduziert werden, indem ähnliche Beispielaussagen zusammengefasst oder gestrichen und die Kategorien lediglich durch prägnante Ankerbeispiele gekennzeichnet werden. Die Abgrenzung zwischen den einzelnen Kategorien muss für die Rater inhaltlich verständlich, anschaulich und nachvollziehbar bezeichnet sein.

Die Kategorie *1 Kontakthäufigkeit und -umfang* dagegen grenzt sich inhaltlich gut ab und weist deswegen deutlich höhere Übereinstimmungswerte auf. Das Thema dieser

Kategorie ist eindeutig umgrenzt, die Ankerbeispiele dieser Kategorie sind treffend gewählt sowie präzise formuliert.

Der vergleichsweise hohe Übereinstimmungswert der negativen Aussagen der Kategorie 3 *Beziehung zu Jugendlichen* könnte darin begründet sein, dass die Kodierer, wenn sie von den interviewten Kindern eine Erwähnung anderer Kinder in negativem Kontext hören, diese Probleme, wenn nicht explizit anders erwähnt, eher der Kategorie 3 *Beziehung zu Jugendlichen*, als der Kategorie 2 *Beziehung zu Freunden* zuordnen (z. B. „*Andere Jugendliche nutzen mich aus/ erpressen mich.*“). Denn Freunde in negativem Kontext sind von außen betrachtet keine Freunde mehr, sondern andere Jugendliche.

ILK-Item 4 *Allein sein*

Tabelle 5-8: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Items 4 *Allein sein*

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
Kategorie 1 Interessen/Tätigkeiten	.792**	62 (96,9)	.488**	19 (29,7)
Kategorie 2 Gefühle/Verhaltensweisen	.546**	28 (43,8)	.642**	44 (68,8)
Kategorie 3 Speziell	.324**	12 (18,8)	.202	29 (45,3)
Kategorie 4 Sonstiges	-.021	3 (4,7)	x	2 (3,1)

** = Hochsignifikantes Ergebnis

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem Rater nicht gewählt wurde.

Tabelle 5-8 beinhaltet die Kategorien des ILK-Items 4 *Allein sein*. Sowohl die positiven als auch die negativen Aussagen von zwei der vier Kategorien, zeigen eine mindestens mittelmäßige, hochsignifikante Übereinstimmung mit Werten zwischen $\kappa = .488$ und $\kappa = .792$. Dies gilt für die Kategorien 1 *Interessen/Tätigkeiten* sowie für die Kategorie 2 *Gefühle/Verhaltensweisen*. Die positiven Aussagen der Kategorie 1 *Interessen/Tätigkeiten* weisen sogar eine gute Übereinstimmung mit einem Kappa-Koeffizienten von $\kappa = .792$ auf. Der höchste Übereinstimmungswert hinsichtlich der negativen Aussagen zeigt sich für die Kategorie 2 *Gefühle/Verhaltensweisen* mit einem Wert von $\kappa = .642$ und damit einer guten Übereinstimmung. Dagegen konnte die Übereinstimmung für die negativen Aussagen der Kategorie 4 *Sonstiges* gar nicht berechnet werden, die positiven Aussagen weisen einen negativen Wert von $\kappa = -.021$ auf.

Insgesamt wurden im Bereich des ILK-Items *4 Allein sein* 199 Aussagen geratet, 105 positive und 94 negative. Auffällig ist die große Häufigkeit mit der die positiven Aussagen der Kategorie *1 Interessen/Fähigkeiten* zugeordnet wurden (96,9%). Negative Aussagen fanden sich eher bei der Kategorie *2 Gefühle/Verhaltensweisen* (68,8%). Des Weiteren wurden innerhalb des ILK-Items *4 Allein sein* häufig positive Aussagen zu der Kategorie *2 Gefühle/Verhaltensweisen* (43,8%) geratet, während immerhin auch in 29,7% der Interviewfälle negative Aussagen der bereits erwähnten Kategorie *1 Interessen/Fähigkeiten* zugeordnet wurden. Ferner wurden der Kategorie *3 Speziell* häufig negative Aussagen zugeordnet (45,3%) (vgl. Abbildung 5-4).

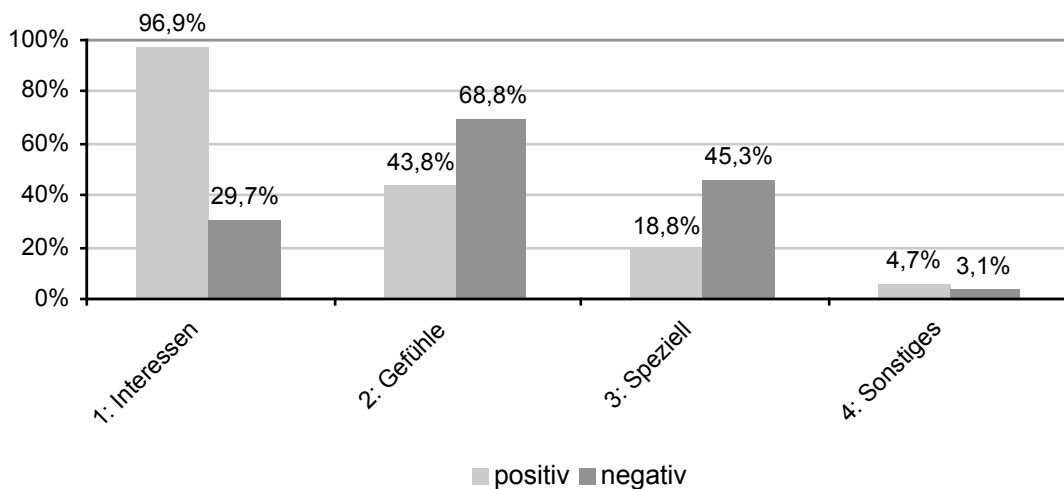


Abbildung 5-4: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items *4 Allein sein*

Tabelle 5-9: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item *4 Allein sein*

ILK-ITEM	ÜBEREINSTIMMUNG	
	POS. AUSSAGEN ☺	NEG. AUSSAGEN ☹
4. ALLEIN SEIN		
Kategorie 1 Interessen/Tätigkeiten	++	+
Kategorie 2 Gefühle/Verhaltensweisen	+	++
Kategorie 3 Speziell	-	-
Kategorie 4 Sonstiges	-	x

+++ = Sehr gute Übereinstimmung

++ = Gute Übereinstimmung

+ = Mittelmäßige Übereinstimmung

- = Sehr geringe Übereinstimmung

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem der Rater nicht gewählt.

Wie die Tabelle 5-9 zeigt, wird das ILK-Item *4 Allein sein* lediglich durch vier Kategorien abgebildet, durch die zwei itemspezifischen Kategorien *1 Interessen/Tätigkeiten* und *2 Gefühle/Verhaltensweisen* sowie durch zwei der einleitend besprochenen Restkategorien. Die teilweise guten Übereinstimmungswerte der itemspezifischen Kategorien liegen vermutlich unter anderem in ihrer geringen Anzahl begründet. Es ist offensichtlich sowie folgerichtig, dass mit wachsender Kategorienanzahl die Zuverlässigkeit der Kodierung leidet.⁶³ Beim lediglich zwei Kategorien im Verhältnis zu dem gleichen zu kodierenden sprachlichen Material, ist die Übereinstimmungswahrscheinlichkeit zwischen den einzelnen Ratern entsprechend höher. Zusätzlich sind die Kategorien mustergültig zu trennen. Einerseits werden die Interessen sowie die Tätigkeiten, denen ein Kind nachgeht, wenn es alleine ist, aufgelistet (z.B. „*Ich musiziere (nicht) gerne, ich spiele (k)ein Instrument*“), andererseits die Gefühle sowie Verhaltensweisen in eher passivem Sinne (z. B. „*Ich verbinde Allein sein (nicht) mit Bestrafung*.“). Die Zuordnung der Aussagen der interviewten Kinder in dieses Schema ist folglich verhältnismäßig gut nachvollziehbar, womit die hohen, teilweise sogar guten Übereinstimmungswerte zu erklären wären.

ILK-Item 5 Körperliche Gesundheit

Tabelle 5-10: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Items 5 Körperliche Gesundheit

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
5. KÖRPERLICHE GESUNDHEIT				
Kategorie 1 Gesundheit	.600**	52 (81,3)	.561**	37 (57,8)
Kategorie 2 Sport	.808**	40 (62,5)	.599**	19 (29,7)
Kategorie 3 Aussehen	.817**	7 (10,9)	.632**	8 (12,5)
Kategorie 4 Speziell	.453**	18 (28,1)	.298*	21 (32,8)
Kategorie 5 Sonstiges	.304*	5 (7,8)	.377**	4 (6,3)

* = Signifikantes Ergebnis

** = Hochsignifikantes Ergebnis

Wie aus Tabelle 5-10 ersichtlich wird, weist das ILK-Item *5 Körperliche Gesundheit* auffallend viele zufrieden stellende Übereinstimmungen der Rater auf. Im Hinblick auf

⁶³ Zur Zuverlässigkeit der Kodierung bei wachsendem Umfang des Kategoriensystems siehe auch im weiteren Verlauf dieser Ausführung.

die positiven Aussagen zeigen ungeachtet der Kategorie 5 *Sonstiges* alle Kategorien hochsignifikante, mindestens mittelmäßige Übereinstimmungswerte von $\kappa > .4$, wobei die Kategorie 1 *Gesundheit* eine gute Übereinstimmung ($\kappa > .6$) zeigt und die Kategorien 2 *Sport* sowie 3 *Aussehen* sogar Übereinstimmungswerte von $\kappa > .8$ annehmen und damit als sehr gut übereinstimmend interpretierbar sind. Die Kategorie 3 *Aussehen* weist dabei sowohl für die positiven als auch für die negativen Aussagen den höchsten Kappa-Koeffizienten dieses ILK-Items auf, für die positiven Aussagen mit einem Kappa-Koeffizienten von $\kappa = .817$ und für die negativen mit $\kappa = .632$. Ferner zeigen die negativen Aussagen der Kategorien 1 *Gesundheit*, 2 *Sport* und 3 *Aussehen* mindestens mittelmäßige Übereinstimmungswerte von $\kappa > .4$, die Kategorie 3 *Aussehen* weist sogar eine gute Übereinstimmung von $\kappa = .632$ auf. Insgesamt liegen die Kappa-Koeffizienten des ILK-Items 5 *Körperliche Gesundheit* zwischen $\kappa = .298$ und $\kappa = .817$.

Im Rahmen des ILK-Items 5 *Körperliche Gesundheit* wurden insgesamt 211 Aussagen durch die Rater gewertet, davon 122 positiv, 89 negativ. Auffallend deutlich ist die große Häufigkeit mit der die positiven Aussagen der Kategorie 1 *Gesundheit* zugeteilt wurden (81,3%). Außerdem werden innerhalb dieses Items viele positive Aussagen zu der Kategorie 2 *Sport* (62,5%) geratet. Lediglich eine geringe Anzahl positiver (10,9%) und ebenso wenige negative (12,5%) Aussagen wurden der Kategorie 3 *Aussehen* zugeordnet. Mehrfach wurden negative Aussagen der Kategorie 1 *Gesundheit* (57,8%), 2 *Sport* (29,7%) und der Kategorie 4 *Speziell* (32,8%) zuteil (vgl. Abbildung 5-5).

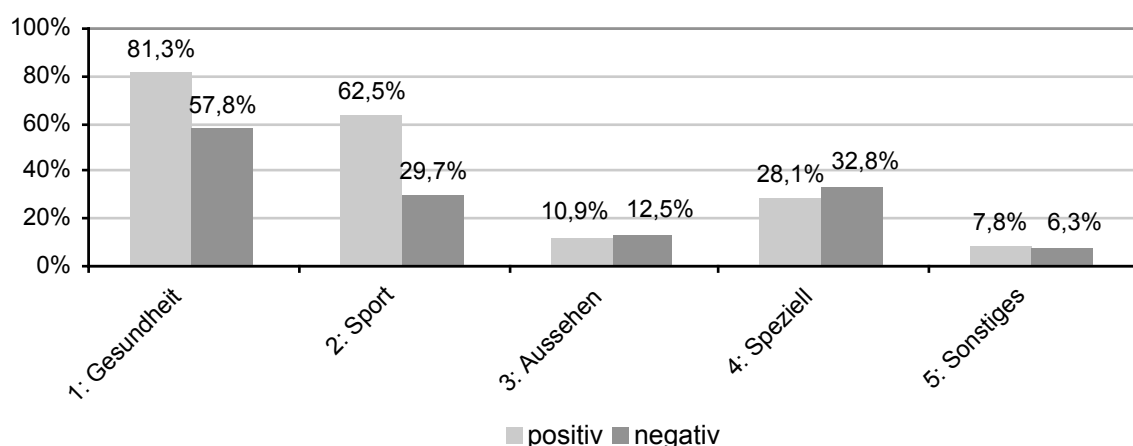


Abbildung 5-5: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items 5 *Körperliche Gesundheit*

Tabelle 5-11: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 5 Körperliche Gesundheit

ILK-ITEM	ÜBEREINSTIMMUNG	
	POS. AUSSAGEN ☺	NEG. AUSSAGEN ☹
5. KÖRPERLICHE GESUNDHEIT		
Kategorie 1 Gesundheit	++	+
Kategorie 2 Sport	+++	+
Kategorie 3 Aussehen	+++	++
Kategorie 4 Speziell	+	-
Kategorie 5 Sonstiges	-	-

+++ = Sehr gute Übereinstimmung

++ = Gute Übereinstimmung

+ = Mittelmäßige Übereinstimmung

- = Sehr geringe Übereinstimmung

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem der Rater nicht gewählt.

Aus Tabelle 5-11 ist zu entnehmen, dass im Rahmen der positiven Aussagen vier von fünf und der negativen Aussagen drei von fünf Kategorien innerhalb des ILK-Items *5 Körperliche Gesundheit* einen mindestens mittelmäßigen Kappa-Koeffizienten und damit akzeptable Übereinstimmungswerte aufweisen. Die unverkennbar zu definierenden Kategorien *2 Sport* und *3 Aussehen* weisen für die positiven Aussagen sogar sehr gute Übereinstimmungswerte auf. Dies ist bei Betrachtung der Kategorien nicht verwunderlich, die einzelnen Teilbereiche körperlicher Gesundheit sind offensichtlich benannt in Gesundheit, Sport und Aussehen. Damit ist der Bereich der Körperlichen Gesundheit erschöpfend umfasst: wird ein Kind bezüglich seiner körperlichen Gesundheit interviewt, wird dieses sicher sowie vergleichsweise präzise innerhalb dieser drei Dimensionen antworten. So lauten beispielsweise typische Aussagen der Kinder: „*Ich bin fast nie (häufig) krank.*“, welche eindeutig der Kategorie *1 Gesundheit* zuzuordnen ist; „*Ich bin (nicht) gut im Sportunterricht, bin (k)ein sportlicher Typ.*“, welche eindeutig der Kategorie *2 Sport* zuzuteilen ist oder „*Andere lachen mich (nicht) wegen meiner Figur aus.*“, welche deutlich der Kategorie *3 Aussehen* angehört. Diese Kategorienbildung ist intersubjektiv nachvollziehbar, was den Kodierern die Zuordnung der Textteile zu den Kategorien erleichtert. Die Zuordnung ist demnach auch für den Kodierer konkret.

ILK-Item 6 Seelischer Zustand

Tabelle 5-12: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Items 6 Seelischer Zustand

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
6. SEELISCHER ZUSTAND				
Kategorie 1 Emotionen	.612**	32 (50,0)	.551**	22 (34,4)
Kategorie 2 Umgang mit Problemen	.309*	9 (14,1)	.469**	6 (9,4)
Kategorie 3 Bezug auf Leistungsfähigkeit/Schule	.602**	19 (29,7)	.702**	19 (29,7)
Kategorie 4 Bezug auf Familie	.890**	12 (18,8)	.897**	13 (20,3)
Kategorie 5 Bezug auf Freunde	.925**	20 (31,3)	.702**	7 (10,9)
Kategorie 6 Bezug auf Allein sein	.385**	4 (6,3)	-.016	2 (3,1)
Kategorie 7 Bezug auf Körperliche Gesundheit	.203	7 (10,9)	.403**	7 (10,9)
Kategorie 8 Speziell	.401**	10 (15,6)	.518**	18 (28,1)
Kategorie 9 Generell	.337**	22 (34,4)	.551**	5 (7,8)
Kategorie 10 Sonstiges	-.039	5 (7,8)	-.027	6 (9,4)

* = Signifikantes Ergebnis

** = Hochsignifikantes Ergebnis

Neben dem bereits erwähnten ILK-Item 1 *Schule*, weist die Tabelle 5-12 des ILK-Items 6 *Seelischer Zustand* mit zehn Kategorien im Auswertungsschema die meisten Kategorien in vorangehenden Tabellen auf. Von diesen zehn Kategorien, mit einer Bandbreite der Übereinstimmungswerte der positiven Aussagen zwischen $\kappa = -.039$ und $\kappa = .925$ und der negativen Aussagen zwischen $\kappa = -.027$ und $\kappa = .897$, weisen die negativen Aussagen deutlich mehr Übereinstimmungen mit einem mittelmäßigen Wert auf, nämlich acht der zehn Kategorien, als die positiven Aussagen, wo es lediglich fünf der zehn Kategorien sind. Im Hinblick auf die negativen Aussagen zeigen die Kategorien 1 *Emotionen*, 2 *Umgang mit Problemen*, 7 *Bezug auf Körperliche Gesundheit*, 8 *Speziell* und 9 *Generell* durchgehend mittelmäßige Übereinstimmungswerte mit Kappa-Koeffizienten $\kappa > .4$ auf, die Kategorien 3 *Bezug auf Leistungsfähigkeit und Schule* und 5 *Bezug auf Freunde* sogar gute Übereinstimmungswerte mit einem Kappa-Koeffizienten $\kappa > .6$. Den höchsten und damit als sehr gut interpretierbaren Übereinstimmungswert zeigen die negativen Aussagen der Kategorie 4 *Bezug auf Familie* mit einem Kappa-Koeffizienten von $\kappa = .897$. Unter den positiven Aussagen zeigt die Kategorie 5 *Bezug auf Freunde* mit einem Kappa-Koeffizienten von $\kappa = .925$ eindeutig den höchsten und damit einen sehr guten Übereinstimmungswert. Neben diesem ist auch die Kategorie 4 *Bezug auf Familie* als sehr gut übereinstimmend interpretierbar,

da diese einen Kappa-Koeffizienten von $\kappa = .890$ aufweist. Daneben finden sich im positiven Aussagenbereich die Kategorien *1 Emotionen* und *3 Bezug auf Leistungsfähigkeit und Schule* mit guten Übereinstimmungswerten von $\kappa > .6$, die Übereinstimmung der Kategorie *8 Speziell* mit $\kappa > .4$ kann immerhin noch als mittelmäßig angesehen werden.

Innerhalb des ILK-Items *6 Seelischer Zustand* wurden insgesamt 245 Aussagen gewertet, 140 positive und 105 negative Aussagen. Die Häufigkeitsverteilung bezüglich der Kategorien zeigen sehr unterschiedliche Werte: hinsichtlich der positiven Aussagen zwischen 6,3% und 50,0%, bezüglich der negativen Aussagen zwischen 3,1% und 34,4%. Bei 50,0% der Interviewfälle wurden positive Aussagen der Kategorie *1 Emotionen* zugeordnet, negative Aussagen wurden dieser Kategorie lediglich in 34,4% zuteil. Gleich viele positive wie negative Aussagen wurden zu der bezugnehmenden Kategorie *3 Bezug auf Leistungsfähigkeit und Schule* geratet. Zu der Kategorie *5 Bezug auf Freunde* wurden etwa dreimal so viele positive Aussagen (31,3%) wie negative Aussagen (10,9%) gezählt (vgl. Abbildung 5-6).

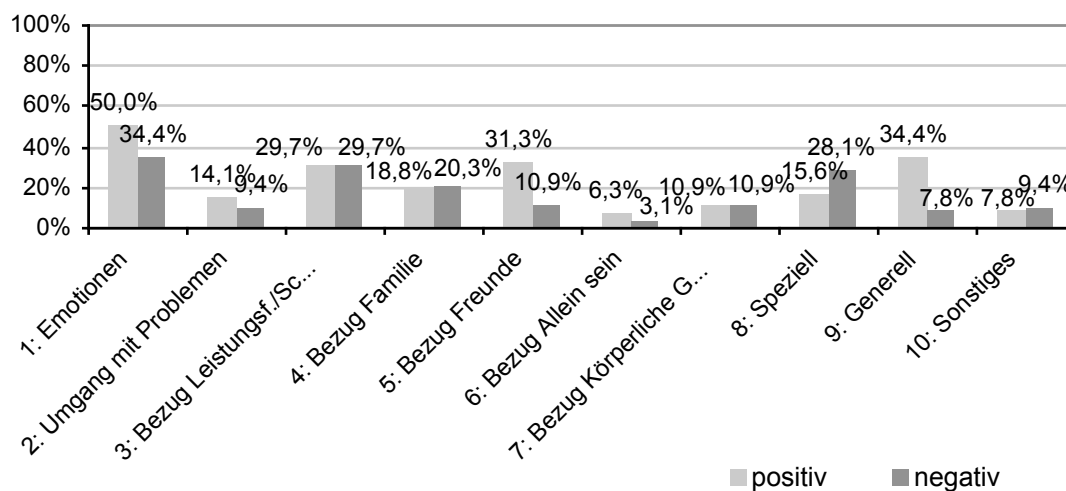


Abbildung 5-6: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items *6 Seelischer Zustand*

Tabelle 5-13: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 6 Seelischer Zustand

ILK-ITEM	ÜBEREINSTIMMUNG	
	POS. AUSSAGEN ☺	NEG. AUSSAGEN ☹
6. SEELISCHER ZUSTAND		
Kategorie 1 Emotionen	++	+
Kategorie 2 Umgang mit Problemen	-	+
Kategorie 3 Bezug auf Leistungsfähigkeit/Schule	++	++
Kategorie 4 Bezug auf Familie	+++	+++
Kategorie 5 Bezug auf Freunde	+++	++
Kategorie 6 Bezug auf Allein sein	-	-
Kategorie 7 Bezug auf Körperliche Gesundheit	-	+
Kategorie 8 Speziell	+	+
Kategorie 9 Generell	-	+
Kategorie 10 Sonstiges	-	-

+++ = Sehr gute Übereinstimmung

++ = Gute Übereinstimmung

+ = Mittelmäßige Übereinstimmung

- = Sehr geringe Übereinstimmung

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem der Rater nicht gewählt.

Bei Betrachtung der Übereinstimmungswerte des ILK-Items *6 Seelischer Zustand* in der Tabelle 5-13 ist auffallend, dass die Übereinstimmungswerte der negativen Aussagen häufiger mindestens mittelmäßig sind, als die der positiven Aussagen. Insbesondere die negativen Aussagen der Kategorien, die Bezug auf vorher explorierte Bereiche nehmen, weisen vergleichsweise hohe Übereinstimmungswerte auf. Die Kategorien *3 Bezug auf Leistungsfähigkeit und Schule*, *4 Bezug auf Familie* und *5 Bezug auf Freunde* zeigen in beiden Ausrichtungen gute bis sehr gute Übereinstimmungswerte. Diese hohen Übereinstimmungswerte der Rater sind auf die logisch nachvollziehbare Einordnung der Textteile durch die Bezugnahme auf die Bereiche Leistungsfähigkeit und Schule, Familie und Freunde zurückzuführen. Erwartungsgemäß hätten sich bei allen auf vorangehende ILK-Items bezugnehmenden Kategorien mindestens mittelmäßige Resultate ergeben müssen, da diese Kategorien durch ihren Bezug auf klar definierte Bereiche gut voneinander abgegrenzt sind und somit eine Zuordnung von Aussagen offensichtlich sein sollte. Die jeweilige Bezugnahme sollte eine inhaltliche Eindeutigkeit mit sich bringen. Neben den unzureichenden Übereinstimmungswerten hinsichtlich der positiven Aussagen der Kategorien *7 Bezug auf Körperliche Gesundheit* sind besonders die mangelnden Übereinstimmungen sowohl der positiven als auch der negativen Aussagen der Kategorie *6 Bezug auf Allein sein* auffällig. Im Rahmen der anderen guten Übereinstimmungen scheinen diese Werte

schwer erklärlich. Generell ist hier zu bemerken, dass ungenaue, zögerliche und unklare Aussagen der Kinder, wie diese häufiger bei dem ILK-Item 6 *Seelischer Zustand* zu hören waren, eher schlechte Übereinstimmungen mit sich bringen, als bei den ILK-Items, die den Kindern wesentlich vertrauter sind und damit zu klaren, präzisen Antworten der Kinder führen. Vage Aussagen sind für die Rater schwierig einzuordnen und führen damit zu schlechten Übereinstimmungen.

Des Weiteren zu bemerken sind die guten Werte der Übereinstimmungen der positiven und negativen Aussagen der Kategorien 8 *Speziell* sowie die negativen Aussagen der Kategorie 9 *Generell* zu nennen. Während der Grund für die zufrieden stellenden Übereinstimmungswerte hinsichtlich der Kategorie 8 *Speziell* vermutlich in sehr verschiedenen, individuellen und damit *speziellen* Anlässen wie ein bevorstehender Geburtstag oder eine bevorstehende Matheklausur begründet ist, lässt sich bezüglich der Kategorie 9 *Generell* die Vermutung anstellen, dass die guten Übereinstimmungswerte auf den sehr allgemein gehaltenen Aussagen, wie: „*Ich bin (nicht) normal.*“, „*Mir geht es (nicht) gut.*“, „*Ich finde das Leben (nicht) schön.*“, „*Ich bin seelisch (nicht) gesund.*“ oder „*Mich belasten meine Probleme. (nicht)*“, die unter der Kategorie 9 *Generell* zusammengefasst sind, beruhen. Die Mehrheit der Antworten der interviewten Kinder werden durch diese allgemeinen Aussagen hinreichend repräsentiert, da es den Kindern aufgrund der begrifflichen Schwierigkeit mit dem Terminus *Seelischer Zustand* sowie der ungewohnten Fragestellung bezüglich eines unüblichen und fremdartigen Themas meistens nicht möglich war differenzierter zu antworten. Dementsprechend war die Einordnung dieser allgemeinen Aussagen unter der Kategorie 9 *Generell* offensichtlich. Warum allerdings die Übereinstimmungen der positiven Aussagen dieser Kategorie nur sehr gering sind, ist nicht nachvollziehbar.

ILK-Item 7 Insgesamtes Befinden

Tabelle 5-14: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Items 7 Insgesamtes Befinden

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
7. INSGESAMTES BEFINDEN				
Kategorie 1 Schule	.780**	32 (50,0)	.726**	17 (26,6)
Kategorie 2 Bezug auf Familie	.858**	23 (35,9)	.653**	16 (25)
Kategorie 3 Bezug auf Freunde	.812**	33 (51,6)	-.043	6 (9,4)
Kategorie 4 Bezug auf Allein sein	.547**	5 (7,8)	-.032	4 (6,3)
Kategorie 5 Bezug auf Körperliche Gesundheit	.739**	18 (28,1)	.715**	13 (20,3)
Kategorie 6 Bezug auf Seelischer Zustand	.743**	8 (12,5)	.304*	5 (7,8)
Kategorie 7 Aktuell/Speziell	.486**	30 (46,9)	.484**	19 (29,7)
Kategorie 8 Generell	.088	43 (67,2)	.572**	9 (14,1)
Kategorie 9 Sonstiges	-.081	10 (15,6)	.304*	9 (14,1)

* = Signifikantes Ergebnis

** = Hochsignifikantes Ergebnis

Entsprechend der Tabelle 5-14 zählt das ILK-Item 7 *Gesamtbefinden* neun Kategorien, die hinsichtlich der positiven Aussagen neben der Kategorie 8 *Generell* sowie der Kategorie 9 *Sonstiges* durchgehend hochsignifikante, mindestens mittelmäßige Übereinstimmungswerte von $\kappa > .4$ aufweisen. Von diesen sieben Kategorien sind die Kategorien 1 *Bezug auf Schule*, 5 *Bezug auf Körperliche Gesundheit* und 6 *Bezug auf Seelischen Zustand* sogar in ihren Übereinstimmungswerten als gut, die Kategorien 2 *Bezug auf Familie* und 3 *Bezug auf Freunde* als sehr gut interpretierbar, da diese einen Kappa-Koeffizienten von $\kappa > .6$ bzw. $\kappa > .8$ aufweisen. Die Kategorie 2 *Bezug auf Familie* weist dabei mit einem Kappa-Koeffizienten von $\kappa = .858$ den höchsten Übereinstimmungswert auf. Die Bandbreite der Kappa-Koeffizienten reicht von diesem hohen Wert bis zu dem niedrigen Wert von $\kappa = -.081$ für die Kategorie 9 *Sonstiges*.

Die Übereinstimmungswerte der negativen Aussagen sind dagegen nicht ganz so eindeutig. Lediglich die Kategorien 1 *Bezug auf Schule*, 2 *Bezug auf Familie* und 5 *Bezug auf Körperliche Gesundheit* weisen gute Übereinstimmungen von $\kappa > .6$ auf, die Kategorien 7 *Aktuell/Speziell* und 8 *Generell* weisen lediglich mittelmäßige Übereinstimmungswerte von $\kappa > .4$ auf. Die negativen Aussagen der Kategorie 1 *Bezug auf Schule* zeigen dabei den größten Kappa-Koeffizienten von $\kappa = .726$. Die Kategorien 3

Bezug auf Freunde sowie *4 Bezug auf Allein sein* nehmen negative Übereinstimmungswerte an.

Hinsichtlich des ILK-Items *7 Insgesamtes Befinden* wurden insgesamt 300 Aussagen, davon deutlich mehr positive (202), als negative (98) Aussagen gewertet. Häufig bezogen sich positive Aussagen auf die Kategorie *1 Bezug auf Schule* (50,0%) sowie auf die Kategorien *3 Bezug auf Freunde* (51,6%) und *8 Generell* (67,2%). Annähernd ebenso häufig wurden positive Aussagen der Kategorie *7 Aktuell/Speziell* (46,9%) zugeordnet. Negative Aussagen bezogen sich am häufigsten auf die Kategorie *1 Bezug auf Schule* (26,6%), *2 Bezug auf Familie* (25,0%) sowie auf die Kategorie *7 Aktuell/Speziell* (29,7%) (vgl. Abbildung 5-7).

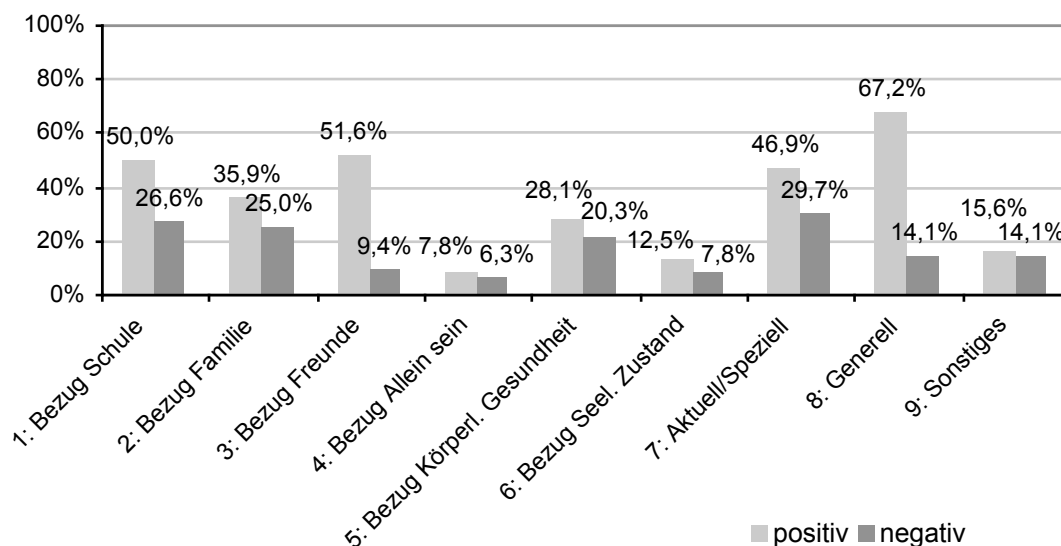


Abbildung 5-7: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items *7 Insgesamtes Befinden*

Tabelle 5-15: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 7 Insgesamtes Befinden

ILK-ITEM	ÜBEREINSTIMMUNG	
	POS. AUSSAGEN ☺	NEG. AUSSAGEN ☹
7. INSGESAMTES BEFINDEN		
Kategorie 1 Bezug auf Schule	++	++
Kategorie 2 Bezug auf Familie	+++	++
Kategorie 3 Bezug auf Freunde	+++	-
Kategorie 4 Bezug auf Allein sein	+	-
Kategorie 5 Bezug auf Körperliche Gesundheit	++	++
Kategorie 6 Bezug auf Seelischer Zustand	++	-
Kategorie 7 Aktuell/Speziell	+	+
Kategorie 8 Generell	-	+
Kategorie 9 Sonstiges	-	-

+++ = Sehr gute Übereinstimmung

++ = Gute Übereinstimmung

+ = Mittelmäßige Übereinstimmung

- = Sehr geringe Übereinstimmung

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem der Rater nicht gewählt.

Wie bei der Besprechung des vorherigen ILK-Items bereits erwähnt, scheint die Bezugnahme auf die diversen Bereiche des ILK-Ratingbogens für überzeugende Übereinstimmungswerte zu sorgen. Wie aus Tabelle 5-15 ersichtlich, zeigen im Bereich der positiven Aussagen des ILK-Items *7 Insgesamtes Befinden* sechs von sechs bezugnehmenden Kategorien mindestens zufrieden stellende, zwei davon sogar sehr gute Übereinstimmungswerte. Überraschend sind allerdings die beiden negativen Übereinstimmungswerte der Kategorien *3 Bezug auf Freunde* und *4 Bezug auf Allein sein*, für die sich hier keine Erklärung finden lässt.

Durch die Ergänzung der Kategorie *7 Speziell* um die weitere Bezeichnung *Aktuell* hat diese Kategorie die entsprechende Definitionshilfe erhalten, welche es für mindestens zufrieden stellende Übereinstimmungswerte brauchte. Durch die zusätzliche Bezeichnung *Aktuell* wird der Kategorie ein zeitlich abgegrenzter Rahmen gesetzt, der hinsichtlich der Kodierung der Textteile einen geeigneten Anhaltspunkt bietet, der die Kodierer zu gleichwertigen Einschätzungen veranlasst.

Abschließend sind die zwei krankheitsspezifischen ILK-Items *8 Belastung durch die Krankheit* und *9 Belastung durch die Behandlung* des Auswertungsschemas für Kinder zu erwähnen.

ILK-Item 8 Belastung durch die Krankheit

Tabelle 5-16: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeiten des ILK-Items 8 Belastung durch die Krankheit

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
Kategorie 1 Problembereich allgemein	.333*	36 (56,3)	-.133	33 (51,6)
Kategorie 2 Krankheits-/Problembewusstsein	.341*	46 (71,9)	.322*	34 (53,1)
Kategorie 3 Krankheitsspezifische Probleme	.536**	34 (53,1)	.659**	47 (73,4)
Kategorie 4 Speziell	.376**	27 (42,2)	.287*	28 (43,8)
Kategorie 5 Sonstiges	-.166	35 (54,7)	.221	29 (45,3)

* = Signifikantes Ergebnis

** = Hochsignifikantes Ergebnis

Wie aus Tabelle 5-16 ersichtlich wird, zeigt lediglich eine von fünf Kategorien des ILK-Items *8 Belastung durch die Krankheit*, sowohl im positiven wie auch im negativen Aussagenbereich, hochsignifikante sowie mindestens mittelmäßige Übereinstimmungswerte der Rater. Dies gilt für die Kategorie *3 Krankheitsspezifische Probleme* mit einem errechneten Kappa-Koeffizienten für die positiven Aussagen von $\kappa = .536$ und für die negativen Aussagen von $\kappa = .659$, damit eine gute Übereinstimmung. Die errechneten Übereinstimmungswerte der anderen Kategorien streuen von $\kappa = -.166$ bis $\kappa = .376$ und erreichen somit keine ausreichende, interpretierbare Übereinstimmung.

Insgesamt wurden innerhalb des ILK-Items *8 Belastung durch die Krankheit* 349 Aussagen geratet, 178 positive und 171 negative Aussagen. Bei der Zuordnung sowohl positiver als auch negativer Aussagen zu den entsprechenden Kategorien finden sich durchgehend hohe Häufigkeiten. Auffallend ist die große Häufigkeit, mit der negative Aussagen der Kategorie *3 Krankheitsspezifische Probleme* (73,4%) zugeordnet wurden und mit der sich positive Aussagen auf die Kategorie *2 Problembewusstsein* (71,9%) bezogen (vgl. Abbildung 5-8).

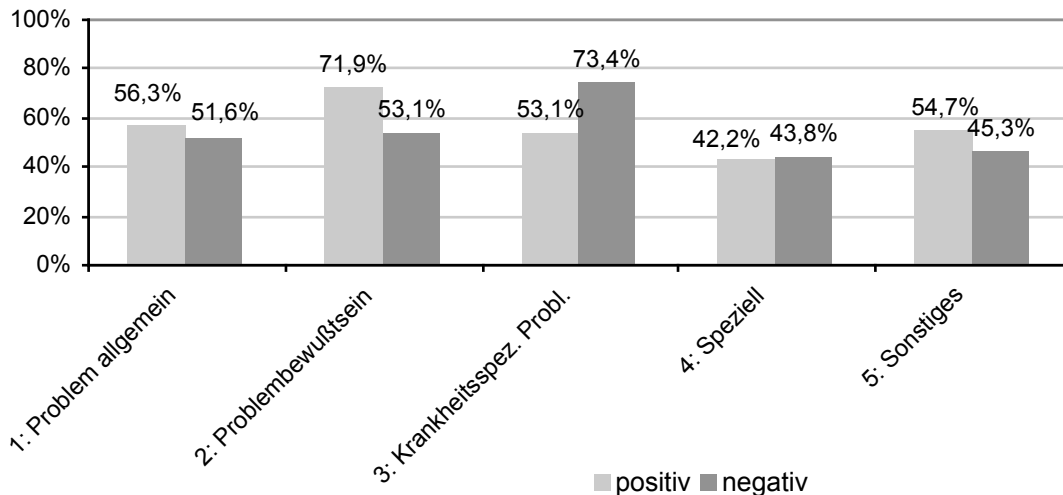


Abbildung 5-8: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items 8 Belastung durch die Krankheit

Tabelle 5-17: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 8 Belastung durch die Krankheit

ILK-ITEM	ÜBEREINSTIMMUNG	
	POS. AUSSAGEN ☺	NEG. AUSSAGEN ☹
8. BELASTUNG DURCH DIE KRANKHEIT		
Kategorie 1 Problembereich allgemein	-	-
Kategorie 2 Krankheits-/Problembewusstsein	-	-
Kategorie 3 Krankheitsspezifische Probleme	+	++
Kategorie 4 Speziell	-	-
Kategorie 5 Sonstiges	-	-

+++ = Sehr gute Übereinstimmung

++ = Gute Übereinstimmung

+ = Mittelmäßige Übereinstimmung

- = Sehr geringe Übereinstimmung

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem der Rater nicht gewählt.

Die Kategorien der krankheits- bzw. behandlungsspezifischen ILK-Items 8 Belastung durch Krankheit und 9 Belastung durch Behandlung sind zusammengefasst wenig überzeugend gewählt.

Wie in Tabelle 5-17 dargestellt, weist das ILK-Item 8 Belastung durch Krankheit lediglich eine itemspezifische Kategorie mit zufrieden stellenden Übereinstimmungswerten auf. Diese Kategorie 3 Krankheitspezifische Probleme ist erneut eine bezugnehmende Kategorie. Sie nimmt Bezug auf das direkte Umfeld der Kinder: Schule, Familie

sowie andere Jugendliche. Da die schulische sowie auch die familiäre Situation bei den meisten Kindern aufgrund der krankheitsbedingten Probleme belastet war, zeigt sich eine Zuordnung darauf bezogener Aussagen in die Kategorie 3 *Krankheitsspezifische Probleme* gemeinverständlich. Aufgrund der vagen Abgrenzung sowie der ähnlichen Formulierung der Beispielaussagen der zwei weiteren Kategorien 1 *Problembereich allgemein* und 2 *Krankheits-/Problembewusstsein und -umgang* des ILK-Items 8 *Belastung durch Krankheit* resultieren geringere Übereinstimmungswerte. Beispielsweise ist die Aussage: „Ich bin durch die Krankheit nicht anders als die anderen.“ unter der Kategorie 1 *Problembereich allgemein* aufgelistet, während die Aussage: „Ich akzeptiere mich so wie ich bin.“ in der 2 *Kategorie Krankheits-/Problembewusstsein/-umgang* auftaucht, obwohl die beiden Aussagen inhaltlich sehr ähnlich sind. Dieser Umstand erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Rater ähnliche Aussagen in verschiedene Kategorien einordnen und sich damit die Übereinstimmung verschlechtert. Es liegt auf der Hand, dass die Abwesenheit klarer Differenzen zwischen den einzelnen Kategorien zu einer lediglich geringen Übereinstimmung der Kodierer führt.

ILK-Item 9 Belastung durch die Behandlung

Tabelle 5-18: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeiten des ILK-Items 9 Belastung durch Behandlung

ILK-ITEM	POS. AUSSAGEN ☺		NEG. AUSSAGEN ☹	
	KAPPA	N (%)	KAPPA	N (%)
9. BELASTUNG DURCH DIE BEHANDLUNG				
Kategorie 1 Allgemein	-.135	40 (62,5)	.434**	34 (53,1)
Kategorie 2 Umgang mit der Behandlung	.223	46 (71,9)	.417**	32 (50,0)
Kategorie 3 Gefühle	.326*	42 (65,6)	.580**	38 (59,4)
Kategorie 4 Atmosphäre in der Klinik	.723**	28 (43,8)	-.041	28 (43,8)
Kategorie 5 Speziell	.089	32 (50,0)	.266	35 (54,7)
Kategorie 6 Generell	-.034	26 (40,6)	-.041	28 (43,8)

* = Signifikantes Ergebnis

** = Hochsignifikantes Ergebnis

Tabelle 5-18 stellt die Ergebnisse des abschließend explorierten ILK-Items 9 *Belastung durch die Behandlung* vor. Von insgesamt sechs Kategorien zeigen lediglich die positiven Aussagen der Kategorie 4 *Atmosphäre in der Klinik* einen hochsignifikanten, guten Übereinstimmungswert von $\kappa = .723$. Unter den anderen fünf Kategorien mit Werten

von $\kappa = -.135$ bis $\kappa = .326$ findet sich nicht eine weitere Kategorie mit wenigstens mittelmäßigem Übereinstimmungswert der Rater. Im Bereich der negativen Aussagen dagegen weisen zumindest drei Kategorien, nämlich *1 Allgemein*, *2 Umgang mit der Behandlung* und *3 Gefühle*, mittelmäßigen Übereinstimmungswerten zwischen $\kappa = .417$ und $\kappa = .580$ auf. Für die Kategorien *4 Atmosphäre in der Klinik* und *6 Generell* ergeben sich hinsichtlich der negativen Aussagenbewertung sogar negative Übereinstimmungswerte von $\kappa = -.041$.

Innerhalb des ILK-Items *9 Belastung durch die Behandlung* wurden insgesamt 409 Aussagen gewertet, davon 214 positiv, 195 negativ. Im Vergleich finden sich ähnlich hohe Häufigkeitswerte der positiven Aussagen wie der negativen Aussagen. Oftmals beziehen sich die positiven Aussagen auf die Kategorien *1 Allgemein* (62,5%), *2 Umgang mit Behandlung* (71,9%) sowie *3 Gefühle* (65,6%), während die Mehrzahl der negativen Aussagen der Kategorie *1 Allgemein* (53,1%), *3 Gefühle* (59,4%) und *5 Speziell* (54,7%) zugeordnet wurde (vgl. Abbildung 5-9).

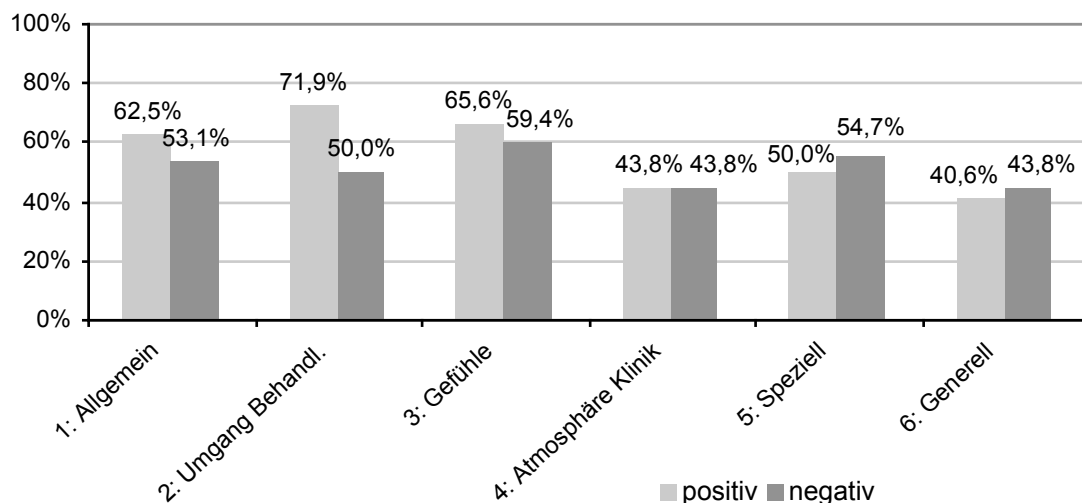


Abbildung 5-9: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Item 9 *Belastung durch die Behandlung*

Tabelle 5-19: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 9 Belastung durch die Behandlung

ILK-ITEM	ÜBEREINSTIMMUNG	
	POS. AUSSAGEN ☺	NEG. AUSSAGEN ☹
9. BELASTUNG DURCH DIE BEHANDLUNG		
Kategorie 1 Allgemein	-	+
Kategorie 2 Umgang mit Behandlung	-	+
Kategorie 3 Gefühle	-	+
Kategorie 4 Atmosphäre in der Klinik	++	-
Kategorie 5 Speziell	-	-
Kategorie 6 Generell	-	-

+++ = Sehr gute Übereinstimmung

++ = Gute Übereinstimmung

+ = Mittelmäßige Übereinstimmung

- = Sehr geringe Übereinstimmung

x = Kappa-Koeffizient nicht berechenbar, da Kategorie von mindestens einem der Rater nicht gewählt.

Tabelle 5-19 verdeutlicht die bemerkenswerte Überlegenheit der Übereinstimmungswerte der negativen gegenüber der positiven Aussagen der Kategorien des ILK-Item 9 *Belastung durch die Behandlung*: drei von vier itemspezifischen Kategorien weisen einen mittelmäßigen Wert auf, während die positiven Aussagen lediglich bei der Kategorie 4 *Atmosphäre in der Klinik* einen zufrieden stellenden Übereinstimmungswert zeigen. Das liegt wahrscheinlich darin begründet, dass wenn etwas Positives über die Behandlung in der Klinik berichtet wurde, dann hinsichtlich der Atmosphäre in der Klinik sowie des netten und verständnisvollen Klinikpersonals.⁶⁴ Die Einordnung dieser Aussagen konnte demnach eindeutig erfolgen. Warum der entsprechende Übereinstimmungswert für die negativen Aussagen negativ ist, lässt sich nach vorliegenden Ergebnissen nicht eindeutig klären. Ebenso wie die unzureichenden oder negativen Übereinstimmungswerte in positiver Ausrichtung hinsichtlich der Kategorien 1 *Allgemein*, 2 *Umgang mit Behandlung* sowie 3 *Gefühle* sind die schlechten Übereinstimmungen vermutlich auf die geringen Häufigkeiten zurückzuführen, mit denen diese Kategorien geratet wurden.

⁶⁴ Diese Angaben beziehen sich speziell auf die Ergebnisse des Untersuchungsvorhabens dieser Arbeit an der Poliklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität in Marburg und sind nicht als allgemeingültig zu interpretieren.

5.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse für die einzelnen Kategorien in den ILK-Bereichen

Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass bei 32 von den insgesamt 62 positiv bewerteten Kategorien des Auswertungsschemas die Übereinstimmung der Kodierer mindestens mittelmäßig ($\kappa > .4$) ist, die Übereinstimmung ist für 27 weitere Kategorien dagegen lediglich schwach bzw. gar nicht ausgeprägt. Da es Kategorien gab, die während der Auswertung nicht kodiert wurden, konnte für diese kein Kappa-Koeffizient errechnet werden (missings). Dies war hinsichtlich der positiven Aussagen bei drei Kategorien der Fall.

Im Hinblick auf die negativen Aussagen weisen von den 62 ursprünglichen Kategorien 34 Kategorien mindestens mittelmäßige ($\kappa > .4$) Übereinstimmungswerte auf. Keine oder lediglich eine schwache Übereinstimmung zeigte sich bei 24 Kategorien. Bei vier Kategorien konnten keine Übereinstimmungswerte errechnet werden (missings).

Folgende Tabelle 5-20 soll diese Verhältnisse verdeutlichen.

Tabelle 5-20: Übersicht der Übereinstimmungs-Häufigkeiten der Rater und Anzahl nicht errechenbarer Kappa-Koeffizienten gegenüber der positiven und negativen Gesamtkategorienanzahl

KATEGORIENANZAHL IM AUSWERTUNGSSCHEMA	ÜBEREINSTIMMUNG		KAPPA-KOEFFIZIENT NICHT ERRECHENBAR	
	MINDESTENS MITTELMÄßIG	KEINE BZW. SCHWACH		
Positive Aussagen	62	32	27	3
Negative Aussagen	62	34	24	4

Auffällig und deswegen besonders zu bemerken sind die zahlreichen *missings* bzw. die negativen Übereinstimmungen für die itemunabhängige Restkategorie *Sonstiges*. Ebenso erreichen ferner die Allgemeinkategorien *Generell* und *Speziell* lediglich in Ausnahmefällen einen als mindestens mittelmäßig interpretierbaren Übereinstimmungswert. Die inhaltlich nicht genauer spezifizierten Kategorien *Generell*, *Speziell* und *Sonstiges* weisen somit keine hinreichende Interrater-Übereinstimmung auf. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll bei einer weiteren Verwendung des Auswertungsschemas diese Kategorien, die ohnehin relativ selten verwendet werden, in den Datenanalysen nicht mehr zu berücksichtigen.

Durch die Nichtberücksichtigung der entsprechenden Kategorien reduziert sich das Auswertungsschema von 62 auf 41 inhaltlich spezifizierte Kategorien. In der Tabelle 5-21 sind die Ergebnisse für dieses reduzierte Schema dargestellt. Da jede Kategorie jeweils in positiver und negativer Ausprägung vorkommt, reduziert sich das Auswertungsschema von insgesamt $62 \times 2 = 124$ Kategorien auf $41 \times 2 = 82$ inhaltlich spezifizierte Kategorien. Wie Tabelle 5-21 zusammenfasst, erreichen von diesen 82 Kategorien 60 mindestens mittlere Interrater-Übereinstimmungen, 21 Kategorien verfehlen dieses Kriterium.

Tabelle 5-21: Übersicht der Übereinstimmungs-Häufigkeiten der Rater und Anzahl nicht errechenbarer Kappa-Koeffizienten hinsichtlich der positiven und negativen Gesamtkategorienanzahl ohne Allgemein- und Restkategorien

KATEGORIENANZAHL IM AUSWERTUNGSSCHEMA OHNE ALLG./RESTKAT.	ÜBEREINSTIMMUNG		KAPPA-KOEFFIZIENT NICHT ERRECHENBAR
	MINDESTENS MITTELMÄßIG	KEINE BZW. SCHWACH	
POSITIVE AUSSAGEN 40 bzw. 41*	29	12	0
NEGATIVE AUSSAGEN 40 bzw. 41*	31	9	1

* Da bei dem ILK-Item 7 *Insgesamtes Befinden* die Restkategorie *Speziell* um die Definition *Aktuell* ergänzt wurde, zählt diese Kategorie in dieser Tabelle als itemspezifisch und damit nicht als Restkategorie.

Wie aus obiger Tabelle 5-21 sowie im Vergleich dieser mit Tabelle 5-20 ersichtlich wird, ist der Großteil der mindestens mittelmäßigen Übereinstimmungen durch die Bewertung der itemspezifischen Kategorien bestimmt, während sich die Übereinstimmungen für die Restkategorien deutlich schwächer darstellen oder aber gar nicht zu berechnen sind. Wird eine mindestens mittelmäßige Interrater-Übereinstimmung für die Forschung als hinreichend betrachtet, so erreichen etwa zwei Drittel aller Kategorien eine solche hinreichende Übereinstimmung.

Zur weiteren Differenzierung der Übereinstimmungen führt die nachfolgende Tabelle 5-22 in der ersten Spalte die ILK-Items sowie die Anzahl der itemspezifischen Kategorien (exklusive der Restkategorien *Speziell*, *Generell* und *Sonstiges*) auf. Die sich anschließenden Spalten stellen die Häufigkeit der Übereinstimmungen (Kappa-Koeffizienten) differenziert nach schlechter ($\kappa < .4$), mittelmäßiger ($.6 > \kappa > .4$), guter ($.8 > \kappa > .6$) und sehr guter ($\kappa > .8$) Übereinstimmung der Kodierer für die einzelnen Kategorien dar. Dabei werden die Übereinstimmungswerte für positive und negative Aussagen getrennt dargestellt. In der letzten Tabellenzeile sind die Ergebnisse abschließend zusammengefasst.

Tabelle 5-22: Zusammenfassende Darstellung der ILK-Items mit itemspezifischer Kategorienanzahl sowie der Übereinstimmungs-Häufigkeiten dieser Kategorien unterteilt nach positiver und negativer Bewertung

ILK-ITEMS UND KATEGORIENANZAHL OHNE RESTKATEGORIEN	AUS SAGEN	HÄUFIGKEIT DER ÜBEREINSTIMMUNG				
		SEHR GUT	GUT	MITTEL- MÄSSIG	SCHLECHT	
		($\kappa > .8$)	($.6 < \kappa < .8$)	($.4 < \kappa < .6$)	($\kappa < .4$)	
1. Schule	7	POS	2	2	2	1
		NEG	1	4	2	0
2. Familie	4	POS	0	2	2	0
	3*	NEG	0	3	0	0
3. Andere Kinder	4	POS	0	0	1	3
		NEG	0	1	1	2
4. Allein sein	2	POS	0	1	1	0
		NEG	0	1	1	0
5. Körperliche Gesundheit	3	POS	2	1	0	0
		NEG	0	1	2	0
6. Seelischer Zustand	7	POS	2	2	0	3
		NEG	1	2	3	1
7. Insgesamtes Befinden	7**	POS	2	3	2	0
		NEG	0	3	1	3
8. Belastung durch Krankheit	3	POS	0	0	1	2
		NEG	0	1	0	2
9. Belastung durch Behandlung	4	POS	0	1	0	3
		NEG	0	0	3	1
Insgesamt	40/ 41	POS	8	12	9	12
		NEG	2	16	13	9

* Da bei dem ILK-Item 2 *Familie* die Kategorie *Haustiere* nicht einmal negativ kodiert wurde, konnte für die negative Bewertung dieser Kategorie kein Kappa-Koeffizient und damit Übereinstimmungswert errechnet werden, weswegen in dieser Tabelle lediglich drei Kategorien in der negativen Bewertung angeführt sind.

** Da bei dem ILK-Item 7 *Insgesamtes Befinden* die Restkategorie *Speziell* um die Definition *Aktuell* ergänzt wurde, zählt diese Kategorie in dieser Tabelle als itemspezifische und damit nicht als Restkategorie.

Hinsichtlich einer zusammenfassende Interpretation der dargestellten Kappa-Koeffizienten, die den Grad der intersubjektiven Übereinstimmung wiedergeben, dient die folgende Überlegung als Ausgangspunkt: Die intersubjektive Übereinstimmung ist umso höher, je geringer der subjektive Spielraum bei der Kodierung einer Äußerung ist. Je klarer die Regeln für eine Zuordnung „Äußerung → Kategorie“ sind, desto höher wird die Interrater-Übereinstimmung ausfallen. Die Eindeutigkeit der Zuordnung wiederum hängt von der semantischen Relation zwischen den Kategorien und den konkreten einzelnen Äußerungen ab. Die Zuordnung wird umso deutlicher ausfallen, je enger und offensichtlicher der semantische Bezug zwischen der Kategorien-Definition

und der zu kodierenden Äußerung ist, je klarer und eindeutiger die Kategorien definiert sind und je klarer und eindeutiger die Äußerungen selbst sind. Wenn die Kappa-Koeffizienten für die Kategorien in einem bestimmten Lebensbereich relativ hoch sind, so bedeutet dies, dass in diesem Lebensbereich die verschiedenen Aspekte der Lebensqualität (= Kategorien) klar definiert und voneinander abgrenzbar sind und dass die Äußerungen der Kinder relativ gut einem definierten inhaltlichen Aspekt zugeordnet werden können. Fallen die Kappa-Koeffizienten dagegen eher gering aus, dann bedeutet dies, dass die unter diesen Bereich fallenden Aspekte weniger deutlich inhaltlich beschrieben werden bzw. nicht so klar voneinander abgegrenzt werden können. Diese Äußerungen sind inhaltlich diffuser und können infolgedessen weniger eindeutig einem inhaltlichen Aspekt zugeordnet werden.

Im Rahmen einer Interpretation dieser Ergebnisse gilt es somit zu unterscheiden zwischen

- Bereichen und Kategorien, die inhaltlich eindeutig und klar erfassbar sind, die deshalb eine relativ hohe Interrater-Übereinstimmung aufweisen und somit leicht objektivierbar sind und
- solchen Bereichen, die inhaltlich diffuser sind, deshalb eine relativ geringe Interrater-Übereinstimmung aufweisen und somit schwer objektivierbar sind.

Vor dem Hintergrund dieser Interpretationsüberlegungen lässt sich feststellen, dass in den Bereichen

- *1 Schule,*
- *2 Familie,*
- *4 Allein sein* und
- *5 Körperliche Gesundheit*

alle Kategorien⁶⁵ eine hinreichende Inter-Rater-Übereinstimmung aufweisen.

Die Bereiche

- *6 Seelischer Zustand* und
- *7 Insgesamtes Befinden*

zeigen dagegen deutlich ungünstigere Werte. Gleichwohl erreicht allerdings mehr als die Hälfte der Kategorien in diesen Bereichen noch eine mindestens mittelmäßige Übereinstimmung.

⁶⁵ Alle Kategorien mit Ausnahme einer einzigen Kategorie im Bereich *1 Schule*.

Im Bereich *6 Seelischer Zustand* ergibt sich bei den negativ ausgeprägten Kategorien eine relativ gute Übereinstimmung; im Bereich *7 Insgesamtes Befinden* dagegen weisen die positiven Kategorien eine relativ gute Übereinstimmung auf.

Bei den Bereichen

- *3 Andere Kinder*
- *8 Belastung durch Krankheit* und
- *9 Belastung durch Behandlung*

ergeben sich dagegen schlechtere Interrater-Übereinstimmungen. Die Interrater-Übereinstimmungen sind hier als nicht hinreichend zu bewerten.

Die Differenzen zwischen den einzelnen ILK-Bereichen können zum Teil durch Bezug auf die Dimension der Objektivierbarkeit (siehe unten abgebildete Tabelle 5-23) erklärt werden: je mehr sich die Kategorien in den Bereichen auf innere Zustände beziehen, umso schwieriger ist es, die Äußerungen der Kinder einer bestimmten inhaltlichen Kategorie zuzuordnen. Zusätzlich zu der Objektivierbarkeit dürfte auch der Entwicklungsstand der Kinder und damit verbunden die Fähigkeit zur Selbstreflexion eine erhebliche Rolle spielen: je jünger ein Kind, umso schwieriger ist es für dieses, inhaltlich differenzierte Angaben über seine gefühlte Belastung (Bereiche *8 Belastung durch Krankheit* und *9 Belastung durch Behandlung*) zu machen oder Aspekte seines psychischen Wohlbefindens inhaltlich darzustellen (Bereiche *6 Seelischer Zustand* und *7 Insgesamtes Befinden*). Die vergleichsweise schlechten Übereinstimmungswerte im Bereich *3 Andere Kinder* sind schwerer zu erklären. Ein Erklärungsaspekt könnte darin liegen, dass die Aussagen der Kinder in diesem Bereich inhaltlich relativ pauschal sind und deshalb eine eindeutige Abbildung auf die Kategorien nicht erlauben (siehe hierzu die Erläuterungen auf S. 140 bis 142).

Tabelle 5-23: Objektivierbarkeit von inhaltlichen Aspekten: Hohe versus geringe Objektivierbarkeit

HOHE OBJEKTIVIERBARKEIT	GERINGE OBJEKTIVIERBARKEIT
Aspekte mit objektivierbaren Kriterien zur Orientierung	Aspekte, die stark von der subjektiven Bewertung abhängig sind bzw. keine objektivierbaren Kriterien zur Orientierung aufweisen
Aspekte, die der äußeren Beobachtung durch die Kinder zugänglich sind	Aspekte, die von den Kindern nicht oder nur teilweise beobachtet werden können oder die sich auf innere subjektive Zustände des Kindes beziehen

Neben der Objektivierbarkeit kann ferner zwischen primären und sekundären Bereichen unterschieden werden. Primäre Bereiche sind solche, für die spezielle charakteristische Kategorien – die in den anderen Bereichen nicht auftauchen – definiert werden können (typische Beispiele *1 Familie*, *2 Schule* und *5 Körperliche Gesundheit*). Sekundäre Bereiche indessen (abgeleitete oder auch indirekte Bereiche) sind solche, deren inhaltliche Kategorien zumindest teilweise durch den Bezug auf die primären Bereiche definiert werden (typisches Beispiel: *6 Seelische Zustand*). Möglicherweise hängen die bezüglich der Interrater-Übereinstimmung erhobenen Differenzen zwischen den einzelnen Bereichen auch mit dieser Unterscheidung zusammen.

Neben der Übereinstimmung der Kodierungen geben die absoluten Häufigkeiten Auskunft darüber, wie wichtig einzelne Aspekte für die Beurteilung der Lebensqualität der Kinder sind. Im Hinblick auf die prozentualen Häufigkeiten, die angeben, in wie viel Prozent der Fälle eine entsprechende Kategorie von mindestens einem der beiden Rater pro Interview geratet wurde (vgl. Abbildung 5-1 bis 5-9), ergeben sich insgesamt deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kategorien. Während bei dem ILK-Item *2 Familie* der Kategorie *1 Eltern* sowie der Kategorie *2 Geschwister* sehr häufig sowohl positive als auch negative Aussagen zugeordnet wurden (zwischen 53,1% und 92,2%), wurden Kategorien wie bei dem ILK-Item *1 Schule*, Kategorie *7 Hausaufgaben* vergleichsweise unerwartet selten gewählt (pos. 6,3%; neg. 9,4%). Auffallend ist, dass den Allgemeinkategorien *Speziell* und *Generell* vielfach positive und negative Aussagen von den Ratern zugeordnet wurden. Insbesondere das ILK-Item *7 Insgesamtes Befinden* sowie die krankheitsspezifischen ILK-Items *8 Belastung durch die Krankheit* und *9 Belastung durch die Behandlung* weisen bei den Allgemeinkategorien hohe prozentuale Häufigkeiten bis zu 67,2% auf. Ferner bemerkenswert ist, dass bei dem krankheitsspezifischen ILK-Item *8 Belastung durch die Krankheit* häufig die Restkategorie *Sonstiges* gewählt wurde (pos. 54,7%; neg. 45,3%), während dieser Kategorie bei den ILK-Items *1 Schule* bis *7 Insgesamtes Befinden* eher selten Aussagen zugeordnet wurden (bis 15,6%).

Abschließend ist zu bemerken, dass die Kinder und Jugendlichen insgesamt mehr positive als negative Aussagen machten. Die meisten positiven Aussagen betrafen die ILK-Items *2 Familie*, *4 Allein sein* und *7 Insgesamtes Befinden*, während die meisten negativen Aussagen zu den ILK-Items *1 Schule* und *2 Familie* gemacht wurden. Im Folgenden werden diese Häufigkeiten näher erläutert.

5.2.3 Die Interraterübereinstimmung der positiven und negativen Score-Werte für die ILK-Bereiche

Neben der Auswertung auf der Ebene der einzelnen Kategorien (Summenwerte für die jeweilige Kategorie) können die Interview-Kodierungen auch noch in der Weise verdichtet werden, dass in jedem ILK-Bereich (1 Schule, 2 Familie, 3 Andere Jugendliche, etc.) die positiven Scores für die einzelnen Kategorien zu einem Positiv-Score für den gesamten Bereich aufaddiert werden. In analoger Weise kann auch ein Negativ-Score für jeden Bereich gebildet werden. Auf diese Weise erhält man für jeden Bereich zwei Scores, die jeweils angeben wie viele positive bzw. negative Nennungen (Ressourcen bzw. Belastungen) der Proband zu einem Bereich abgegeben hat. Durch diese Score-Bildung können aus dem D-ILK-Kinderinterview somit 18 Messwerte gewonnen werden, die darüber Auskunft geben, wie viele positive bzw. negative Aspekte zu einem Bereich genannt wurden. Im Vergleich zur Auswertung auf der Ebene der insgesamt 124 einzelnen Kategorien handelt es sich bei den positiven und negativen Bereichscores um eine starke Komprimierung, bei der zwar viele differenzierte Informationen verloren gehen; der Vorteil einer solchen Zusammenfassung aber besteht darin, dass auf diese Weise sehr viel besser ein Gesamtüberblick über das Interview-Ergebnis gewonnen werden kann.

Um zu überprüfen, ob diese Art der Scorebildung empfohlen werden kann, wurde die Interrater-Übereinstimmung der Scores überprüft, indem die Spearman-Korrelationen zwischen Rater 1 und Rater 2 berechnet wurden. Die Korrelationen sind in folgender Tabelle 5-24 dargestellt.

Tabelle 5-24: Durchschnittswerte und Standardabweichungen der Positiv- und Negativ-Scores für die einzelnen ILK-Bereiche und Interrater-Übereinstimmungen für die Scores

GESAMTSUMMEN NACH ILK-ITEMS	RATER 1 M (SD)	RATER 2 M (SD)	KORRELATION RATER 1/RATER 2 (SPEARMAN)
Gesamtsumme 1 Schule pos	2.75 (1.709)	3,00 (1.755)	.495**
Gesamtsumme 1 Schule neg	2.25 (1.491)	2.47 (1.773)	.705**
Gesamtsumme 2 Familie pos	3.72 (1.915)	3.69 (2.210)	.615**
Gesamtsumme 2 Familie neg	2.14 (1.500)	2.25 (1.458)	.672**

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant.

M = Mittelwert

SD = Standardabweichung

GESAMTSUMMEN NACH ILK-ITEMS	RATER 1 M (SD)	RATER 2 M (SD)	KORRELATION RATER 1/RATER 2 (SPEARMAN)
Gesamtsumme 3 Andere Kinder pos	2.86 (1.271)	2.98 (1.558)	.642**
Gesamtsumme 3 Andere Kinder neg	1.47 (1.47)	1.67 (1.261)	.731**
Gesamtsumme 4 Allein sein pos	3.73 (1.626)	3.64 (1.749)	.680**
Gesamtsumme 4 Allein sein neg	1.41 (1.050)	1.52 (1.272)	.568**
Gesamtsumme 5 Körperliche Gesundheit pos	2.39 (1.387)	2.36 (1.326)	.756**
Gesamtsumme 5 Körperliche Gesundheit neg	1.56 (1.258)	1.44 (1.402)	.771**
Gesamtsumme 6 Seelischer Zustand pos	1.92 (1.418)	2.14 (1.582)	.653**
Gesamtsumme 6 Seelischer Zustand neg	1.36 (1.118)	1.53 (1.543)	.783**
Gesamtsumme 7 Insgesamtes Befinden pos	3.17 (1.538)	3.08 (1.721)	.753**
Gesamtsumme 7 Insgesamtes Befinden neg	1.22 (1.046)	1.27 (0.947)	.713**
Gesamtsumme 8 Bel. durch Krankheit pos	1.29 (1.006)	1.27 (0.949)	.631**
Gesamtsumme 8 Bel. durch Krankheit neg	1.05 (0.835)	1.15 (0.937)	.664**
Gesamtsumme 9 Bel. durch Behandlung pos	1.27 (0.949)	1.29 (1.101)	.519**
Gesamtsumme 9 Bel. durch Behandlung neg	1.02 (0.908)	1.12 (1.122)	.771**

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant.
M = Mittelwert
SD = Standardabweichung

Hinsichtlich der inhaltlichen Interpretation der angegebenen Spearman-Korrelationen, als Güte der Übereinstimmung der Rater, gelten die bereits in Kapitel 4.6.2 erläuterten inhaltlichen Ausmaße der Beobachterübereinstimmung (vgl. Tabelle 5-25).

Tabelle 5-25: Güte der Übereinstimmung nach Landis & Koch, 1977

SPEARMAN-KORRELATION	STATISTIC
> 0.4	Moderate
> 0.6	Substantial
> 0.8	Almost perfect

Demnach sind die Beobachterübereinstimmungen durchgehend als mindestens mittelmäßig, in den meisten Fällen sogar als gut zu interpretieren. Somit ist davon auszu-

gehen, dass die Beurteilungen der Rater tatsächlich die positiven bzw. negativen Aussagenhäufigkeiten der Kinder und Jugendlichen widerspiegeln.

Zusammenfassend ist der Tabelle 5-24 zu entnehmen, dass die interviewten Kinder und Jugendlichen allgemein mehr positive, als negative Aussagen zu ihrer Lebensqualität angaben: Rater 1 zählte im Mittel insgesamt 23,1, Rater 2 zählte 23,45 positive Aussagen pro Interview, während Rater 1 lediglich 13,48 negative Aussagen und auch Rater 2 nur 14,42 negative Aussagen pro interview kodierte. Bei allen neun ILK-Items wurden im Durchschnitt mehr positive, als negative Aussagen pro Interview gezählt.

Untergliedert in die verschiedenen, durch das D-ILK explorierten Lebensbereiche lässt sich festhalten, dass die Kinder und Jugendlichen die meisten positiven Aussagen bezüglich der ILK-Items *2 Familie* (Mittelwert Rater 1: 3,72 positive Aussagen; Mittelwert Rater 2: 3,69 positive Aussagen), *4 Allein sein* (Mittelwert Rater 1: 3,73 positive Aussagen, Mittelwert Rater 2: 3,64 positive Aussagen) sowie *7 Insgesamtes Befinden* (Mittelwert Rater 1: 3,17 positive Aussagen; Mittelwert Rater 2: 3,08 positive Aussagen) anführten. Die wenigsten positiven Aussagen machten die Kinder und Jugendlichen hinsichtlich der krankheitsspezifischen ILK-Items *8 Belastung durch die Krankheit* (Mittelwert Rater 1: 1,29 positive Aussagen; Mittelwert Rater 2: 1,27 positive Aussagen) und *9 Belastung durch die Behandlung* (Mittelwert Rater 1: 1,27 positive Aussagen; Mittelwert Rater 2: 1,29 positive Aussagen), wobei zu bemerken ist, dass die Aussagenhäufigkeit bei der Exploration der krankheitsspezifischen, zusätzlichen Fragen generell sehr gering ausfiel.

Die meisten negativen Aussagen finden sich für die ILK-Items *1 Schule* (Mittelwert Rater 1: 2,25 negative Aussagen; Mittelwert Rater 2: 2,47 negative Aussagen) und *2 Familie* (Mittelwert Rater 1: 2,14 negative Aussagen; Mittelwert Rater 2: 2,25 negative Aussagen). Hingegen zählen die ILK-Items *8 Belastung durch die Krankheit* (Mittelwert Rater 1: 1,05 negative Aussagen; Mittelwert Rater 2: 1,15 negative Aussagen) und *9 Belastung durch die Behandlung* (Mittelwert Rater 1: 1,02 negative Aussagen; Mittelwert Rater 2: 1,12 negative Aussagen) die wenigsten negativen Aussagen.

Während zu dem ILK-Item *1 Schule* ähnlich viele positive wie negative Aussagen gemacht wurden (von Mittelwert Rater 1: 2,25 negative Aussagen bis Mittelwert Rater 2: 3 positive Aussagen), zählen die ILK-Items *2 Familie*, *3 Andere Kinder*, *5 Körperliche Gesundheit* und *6 Seelischer Zustand* im Durchschnitt eine positive Aussage mehr. Hinsichtlich der ILK-Items *4 Allein sein* und *7 Insgesamtes Befinden* wurden sogar durchschnittlich etwa zwei mehr positive als negative Aussagen gezählt, so dass die

Häufigkeitendifferenz zwischen positiven und negativen Aussagen hier deutlicher ist. Bei den abschließenden ILK-Items *8 Belastung durch die Krankheit* und *9 Belastung durch die Behandlung* wurden durchweg wenige Aussagen gezählt, wobei etwa gleich viele positive wie negative Aussagen gemacht wurden (vgl. Tabelle 5-24).

6 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die erstmalige Anwendung sowie die Überprüfung eines Verfahrens zur Auswertung des neuartigen *Diagnostischen Interviews (D-ILK)* zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen.

Vor dem Hintergrund der theoretischen und methodischen Grundlagen sowie der Beschreibung der Ergebnisse sollen im Folgenden die Durchführung des Untersuchungsvorhabens sowie die daraus resultierenden Erkenntnisse in Bezug auf angesprochene Zielsetzung abgewogen und diskutiert werden.

Zunächst erfolgt eine Diskussion der vorliegenden Arbeit unter Berücksichtigung der theoretischen Grundlagen, bevor sich eine kritische Betrachtung der Methode sowie deren Anwendung anschließt. Dies beinhaltet zum einen die Durchführung des ILK und des D-ILK sowie des Weiteren die Anwendung des Auswertungsschemas auf das durch das D-ILK gewonnene Sprachmaterial.

Der darauf folgende Abschnitt liefert eine kritische Betrachtung und Diskussion der Ergebnisse zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität zur statistischen Überprüfung des Auswertungsverfahrens.

Ein zusammenfassendes Fazit sowie ein Ausblick hinsichtlich weiterer Forschungsvorhaben und -tätigkeiten findet sich in dem siebten Kapitel: Fazit und Ausblick, welches die Dissertation abschließt.

6.1 Reflexion der vorliegenden Untersuchung vor dem theoretischen Hintergrund

Vor dem Hintergrund der theoretischen Ausführungen bezüglich des Konstrukts zur Lebensqualität soll an dieser Stelle eine Einschätzung der wesentlichen Aspekte der Lebensqualitätsforschung in der Medizin bzw. in der Psychiatrie diskutiert und in ihrer Relevanz für vorliegende Arbeit geprüft werden.

6.1.1 Lebensqualität als Prüfstein medizinischen Handelns?

Wie aus den theoretischen Ausführungen in Kapitel 2.1 erkenntlich, scheint die Notwendigkeit der Lebensqualitätsforschung in der Medizin inzwischen erkannt sowie problematisiert zu werden. Als Prüfstein medizinischen Handelns hat sich die Lebensqualität zu einem unentbehrlichen Bewertungsmerkmal medizinisch-therapeutischer Leistungen sowie zu einem notwendigen Kriterium hinsichtlich der Risiko-Nutzen-Abwägung unterschiedlicher Therapien etabliert. Gleichwohl der öffentlichen, kontroversen Diskussion, welche einerseits durch die Betonung der individuellen Autonomie der Patienten, andererseits durch Erwägungen bezüglich der Kosten des Gesundheitssystems charakterisiert ist, etabliert sich das Kriterium der Lebensqualität auch in der Kinder- und Jugendmedizin zunehmend. Die im Rahmen der Anwendung des D-ILK gewonnenen Selbsteinschätzungen der befragten Kinder und Jugendlichen bestätigen die Einschätzung, dass insbesondere im Hinblick auf die kindliche Compliance eine Beurteilung ihrer gegenwärtigen Lebensqualität durch die Kinder und Jugendlichen selber und ein darauf basierendes, auf das kindliche Erleben abgestimmte Therapie-Konzept für den Verlauf kinder- und jugendpsychiatrischen Betreuung von entscheidender Bedeutung ist.

6.1.2 Selbst- oder Fremdbeurteilung?

Ogleich der in der Kinder- und Jugendmedizin widersprüchlich diskutierten Frage, wessen Beurteilung der Lebensqualität letztendlich die zuverlässigere Informationsquelle darstellt, stützt sich die vorliegende Untersuchung auf die Erkenntnis der beschriebenen Literatur, dass eine Einschätzung der Lebensqualität am Zutreffendsten durch den Betroffenen selbst erfolgt, und deshalb eine subjektive Einschätzung durch die Kinder und Jugendlichen selbst nie außer Acht gelassen werden sollte. Im Rahmen dieser Arbeit konnte die Erfahrung gemacht werden, dass durch eine psychische Erkrankung betroffene Kinder und Jugendliche durchaus eine differenzierte, eigene Bewertung ihrer Lebensqualität aufweisen und sie dazu wertvolle Angaben machen können. Da bestimmte, klinisch bedeutsame Bereiche wie zum Beispiel Stimmungen primär der Selbstbeurteilung zugänglich sind, bedeutet dies für die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erfassung der Lebensqualität stets auch die Einschätzungen der Kinder selbst mit heranzuziehen.

Um neben einer subjektiven Einschätzung zusätzlich objektive Aspekte der Lebensqualität wahrzunehmen, ist eine Beurteilung aus der Perspektive einer Bezugsperson,

in diesem Falle eines Elternteils, dennoch ergänzend unbedingt sinnvoll. Obwohl die einschlägige Literatur empfiehlt einer Fremdbeurteilung von Lebensqualität eher mit Zurückhaltung zu begegnen, ließ sich in dieser Untersuchung bestätigen, dass eine ergänzende Fremdbeurteilung durch die Eltern neben den Angaben ihrer Kinder zusätzlich wertvolle Informationen liefert.

6.1.3 Selbstbericht trotz psychischer Krankheit?

Individuelles Erleben und Bewerten von Lebensqualität kann indes durch eine psychische Krankheit beeinflusst sein. Dadurch kann eine Fremdbeurteilung der Lebensqualität an Bedeutung gewinnen und für medizinische Entscheidungshilfen eventuell förderlich eingesetzt werden. Dennoch unterstützen die aus dieser Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse die von Bullinger (1996) aufgestellte These, dass die Tatsache, dass ein Patient unter einer psychiatrischen Symptomatik leidet nicht bedeutet, dass die subjektive Erfahrung seiner aktuellen Verfassung irrelevant sei – weil seine Befindlichkeit durch seine Symptomatik verzerrt wäre.⁶⁶ Mit Ausnahme einiger weniger psychiatrischer Zustände wie einer akuten Psychose oder einer manischen Episode sind Patienten in kinderpsychiatrischer Behandlung sehr wohl in der Lage und auch willens über ihr emotionales Erleben Auskunft zu geben. Nach den Erfahrungen aus dieser Untersuchung ist insbesondere im Hinblick auf die Compliance der sich in kinderpsychiatrischer Behandlung befindlichen Kinder und Jugendlichen der Selbstbericht sehr wohl ernstzunehmen. Eine alleinige Fremdbeurteilung dagegen birgt stets die Gefahr, dass die Einschätzungen von Lebensqualität durch die Kranken selbst sich wesentlich von den Beurteilungen durch Angehörige oder Ärzte unterscheiden. Ähnlich wie Helmchen (1990) beschrieb, dass Ärzte die Lebensqualität ihrer Patienten durch die Krankheit oft erheblich negativer sehen, durch die Therapie aber meist deutlich positiver beeinflusst, als der Kranke selbst, konnte im Rahmen dieser Untersuchung die Erfahrung gemacht werden, dass ebenso eine deutliche Diskrepanz zwischen den Angaben der Eltern als Fremdbeurteiler und den Angaben ihrer Kinder bezüglich ihrer Lebensqualitätsbeeinträchtigung durch die Krankheit und durch die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bestehen kann. Während nämlich die Eltern häufig bereits nach der Kontaktaufnahme bzw. dem ersten Termin bei einem Kinder- und Jugendpsychiater im Hinblick auf die Problematik ihres Kindes Erleichterung verspü-

⁶⁶ An dieser Stelle sei wiederholt auf die Ausschlusskriterien für das vorliegende Untersuchungsvorhaben hingewiesen, siehe Kapitel 4.1: *Untersuchungsdesign und -ablauf*.

ren, erleben die Kinder ihre Lebensqualität durch die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung eventuell sogar negativ beeinflusst.

6.1.4 Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wie in Kapitel 2.1.4 zur Lebensqualitätsforschung bereits erwähnt, war die Lebensqualität als Bewertungskriterium, trotz der dadurch gewonnenen Möglichkeit einer verstärkten Mitbestimmung des Patienten an der Behandlung, in der Psychiatrie lange zurückgehalten worden. Ein denkbarer Grund dafür liegt vermutlich u.a. in den ethischen Bedenken gegenüber eines Konstrukts, welches ideale Lebensbedingungen definiert.⁶⁷ Im Rahmen dieser Arbeit wurde deutlich, dass jedoch die Lebensqualität, als die vom Betroffenen selbstberichtete Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit in körperlicher, mentaler sowie sozialer Hinsicht, zunehmend Einzug in die psychiatrische Medizin finden sollte, da insbesondere psychiatrische Therapieansätze eine langfristige Perspektive und damit eine beständige Compliance anstreben. Ferner ist die Bedeutung der Lebensqualität für den Verlauf oder sogar für die Entstehung psychiatrischer Erkrankungen lediglich unzureichend geklärt. Nach wie vor besteht Unsicherheit inwiefern einzelne psychische Störungsbilder die Lebensqualität beeinflussen. Vor diesem Hintergrund scheint insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterhin großer Untersuchungsbedarf zu bestehen.

Gemäß den Erfahrungen, die während der Literaturrecherche im Rahmen dieser Arbeit gewonnen werden konnten, zeigt der aktuelle Forschungsstand weiterhin ein Missverhältnis zwischen der dringlichen Forderung und der Realisierung von Lebensqualität als Forschungsgegenstand. Insbesondere die Lebensqualitätsforschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin scheint vernachlässigt. Dennoch war während der Sichtung einschlägiger Literatur eindeutig festzustellen, dass auch dem Thema *Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen* zunehmend Bedeutung beigemessen wird.

Vor diesem theoretischen Hintergrund entstanden das Konzept des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) sowie das sich anschließende D-ILK. Die methodischen Aspekte dieser Messinstrumente werden in folgendem Kapitel diskutiert.

⁶⁷ Eine Ausführung alternativer Vorstellungen der Gründe für eine längere Zurückhaltung der Psychiatrie hinsichtlich der Lebensqualitätsforschung befindet sich bereits im Theoretischen Teil.

6.2 Diskussion der Methoden

Wie bereits beschrieben, besteht ein Missverhältnis zwischen der Forderung und der Realisierung von Lebensqualitätsforschung in der Kinder- und Jugendmedizin. Der im Rahmen dieser Arbeit angewandte ILK-Ratingbogen soll einen Beitrag zu der Aufklärung dieses Missverhältnisses leisten und dafür zukünftig in der klinischen Praxis eingesetzt werden.

Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, wurden bei der Entwicklung des ILK sowie des ergänzenden D-ILK folgende Punkte des allgemeinen Forschungsstandes berücksichtigt:

1. Da allgemeiner Konsens besteht, dass Lebensqualität ein multidimensionales Konstrukt darstellt, erfassen das ILK sowie das D-ILK Lebensqualität in physischer, psychischer sowie sozialer Dimension.
2. Das ILK in Ergänzung mit dem D-ILK ist hinsichtlich seiner Durchführung sowie seiner Auswertung ökonomisch einsetzbar. Die Handhabung des Instrumentes ist einfach, die Durchführungszeit ist vergleichsweise kurz und die Auswertung mit Hilfe des im Rahmen dieser Arbeit entwickelten Schemas plausibel durchzuführen. Ferner besteht eine gewisse Anpassungsmöglichkeit des Verfahrens insofern, dass lebensqualitätsbeeinträchtigte Bereiche mittels des ILK identifiziert und anschließend lediglich diese Bereich mit Hilfe des D-ILK näher exploriert werden können.
3. Das ILK mit dem D-ILK bietet eine Kombination aus Fragebogen und Interview, um die spezifischen Vorteile beider Methoden (Objektivität des Fragebogens und Individualität des Interviews) für die Lebensqualitätsforschung nutzbar zu machen und somit detaillierte Informationen zu erhalten.
4. Die Hauptgütekriterien sind durch vorangehende Arbeiten hinlänglich bestätigt.⁶⁸
5. Durch die allgemein gehaltenen Fragen sind der ILK und damit das D-ILK universell einsetzbar. Dennoch besteht die Möglichkeit durch die krankheits- bzw. behandlungsspezifischen Fragen problemorientiert zu explorieren. Somit erlaubt das ILK mit dem D-ILK eine Erfassung der Lebensqualität einerseits von gesunden Kindern, andererseits zusätzlich von psychisch auffälligen Kindern.
6. Entsprechend der mehrstimmigen Ansicht, dass die Lebensqualität primär in der subjektiven Einschätzung des Betroffenen erfasst werden sollte, folglich bei

⁶⁸ Vergleiche Kaestner, F. (2001) und Mattejat, F. et al (2003).

Kindern und Jugendlichen sowohl von den Kindern selbst wie auch von jeweiligen Bezugspersonen, existiert das ILK sowie das D-ILK in einer Kinder- wie auch in einer Elternversion.

Durch die Realisierung vorangehender Punkte konnte ein überzeugendes Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität entwickelt werden.

Ferner bedarf es in praxi weiterer Faktoren, die eine erfolgreiche Umsetzung des theoretischen Untersuchungsvorhabens maßgeblich unterstützen. Gemäß der Erfahrungen hinsichtlich Anwendung und Auswertung des ILK und D-ILK im Rahmen dieser Arbeit, sollen im Folgenden kurz zwei zum Erfolg der Umsetzung dieses Verfahrens bedeutende Faktoren näher beleuchtet werden, die bereits in der Vorbereitungsphase des Interviews zu beachten und für derartige Untersuchungen von entscheidender Bedeutung sind.

6.2.1 Erfolgsfaktor Interview-Training

Während diagnostische Interviews wie das *Diagnostische Interview für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Kinder-DIPS, Unnewehr, Schneider & Margraf, 1991) oder das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV* (SKID, Wittchen et al., 1997) lediglich von erfahrenen Diagnostikern angewandt werden sollten, lässt sich die Anwendung des D-ILK ebenso auf klinisch-psychiatrisch unerfahrene, jedoch durch ein Interview-Training in das Untersuchungsvorhaben eingeführte Personen übertragen. Da die Durchführung folglich nicht an einen erfahrenen Diagnostiker gebunden ist, entsteht ein ökonomischer und praktikabler Vorteil für das D-ILK, welcher sich im klinischen Alltag bezahlt machen sollte. Um jedoch etwaige Antwortverzerrungen auf Seiten der Befragten durch Interviewermerkmale oder eine unprofessionelle Interviewsituation zu vermeiden, sollte der Durchführung des D-ILK ein intensives Training, insbesondere unerfahrener Interviewer vorausgehen.⁶⁹ Das im Rahmen dieses Untersuchungsvorhabens durchgeführte instruktive Interviewer-Training erwies sich diesbezüglich als sehr wertvoll und hilfreich. Unter Zuhilfenahme von Videoaufnahmen und Rollenspielen wurden Interviewsituationen nachgestellt sowie das Interviewerverhalten analysiert. Dank dieses Trainings konnte einerseits die angebrachte Distanz, andererseits die nötige Empathie den Befragten gegenüber gewahrt und somit eine

⁶⁹ Der Inhalt sowie die theoretische Zielsetzung eines Interviewer-Trainings finden sich in Kapitel 2.6.5: *Systematische Verzerrungen und Interviewfehler* und in Kapitel 2.7.2: *Methodische Aspekte des D-ILK*.

gelöste, für die Interviewten angenehme Gesprächsatmosphäre geschaffen werden. Da sich die Interviewer durch das aufklärende Training ihres Einflusses auf die Interviewsituation bewusst waren, versuchten sie individuelle Präferenzen, Sympathien bzw. Antipathien und jegliche Bewertungen von der Interviewsituation auszuschließen. Ebenso wenig ließ das äußere Erscheinungsbild bzw. das nonverbale Verhalten der Interviewer, noch die räumliche Situation auf Überzeugungen der Interviewer-Person oder der Institution schließen.

Um ein Interview als Methode zu nutzen, mit Hilfe dessen verlässliche Informationen gewonnen werden können, ist nach diesen Erfahrungen ein intensives Interviewer-Training für derartige Untersuchungen unerlässlich.

6.2.2 Erfolgsfaktor Aufklärungsgespräch

Entsprechend der Erfahrungen im Rahmen vorliegender Arbeit sind eine ausführliche Vorstellung des Untersuchungsvorhabens sowie ein eingehendes Aufklärungsgespräch mit den Probanden hinsichtlich Zielsetzung, Durchführung und Anonymität des gewonnenen Interviewmaterials für die erfolgreiche Umsetzung der Untersuchung von großer Bedeutung. Um eventuellen Missstimmungen oder Verwunderungen aufgrund der fremden Interview-Situation auf Seiten der Probanden vorzubeugen, war eine Aufklärung über den rigiden Interviewstil sowie eine Erklärung der sich beharrlich wiederholenden Fragen vorab unbedingt sinnvoll.

Im Anschluss an das Aufklärungsgespräch konnten sich die Probanden auf die ungewohnte Interview-Situation einlassen und im Wissen des rigiden Interviewstils unbeirrt Auskunft geben.

Neben genannter Erfolgsfaktoren werden im Folgenden weitere allgemeine Überlegungen, die während des Untersuchungsverlaufes offensichtlich wurden, im Sinne einer Optimierung des Verfahrens angeführt und diskutiert.

6.2.3 Gegenüberstellung des D-ILK mit bereits etablierten Forschungsinstrumenten

Zur Einreihung des Diagnostischen Interviews (D-ILK) in den allgemein theoretischen Kontext wurde in dem ersten Teil dieser Arbeit das Interview als Forschungsinstrument vorgestellt (vgl. Kapitel 2.6). In diesem Rahmen wurden zwei bereits in der klinischen Diagnostik angewandte Interviews vorgestellt sowie das D-ILK anhand der dort aufgeführten Kriterien als Forschungsinstrument beleuchtet. Obgleich die vorgestellten

diagnostischen Interviews DIPS (*Diagnostische Interview für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*, Unnewehr, Schneider & Margraf, 1991) sowie auch das SKID (*Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV*, Wittchen et al., 1997) nicht das gleiche Ziel verfolgen wie das Diagnostische Interview (D-ILK) sei hier kurz auf methodische Analogien hingewiesen, die ein Interview als diagnostisches Instrument maßgeblich bestimmen.

Ebenso wie das DIPS und das SKID ist auch das D-ILK durch einen Interviewleitfaden, der durch die Exploration führt, weitgehend strukturiert. Wie bereits erläutert, ist diese Strukturierung insbesondere für ein diagnostisches Interview wertvoll, um die gewonnenen Aussagen vergleichen und als gültig anerkennen zu können. Diese wertvolle Unterstützung konnte auch im Rahmen dieser Untersuchung, insbesondere in kritischen Interview-Situationen wiederholt erfahren und ausgenutzt werden. Probanden-unabhängig bietet der Leitfaden in schwierigen Situationen der Verlegenheit oder Unstimmigkeit direkte Anhaltspunkte für die weitere Entwicklung des Interviews und gewährleistet somit eine einheitliche Interviewsituation.

Sprungregeln gewährleisten eine Ökonomisierung des zeitlichen Ablaufes des Interviews und dienen einer gezielten Auswahl einzelner Sektionen. Dieser Vorteil findet sich sowohl bei den etablierten Instrumenten DIPS und SKID wie auch beim D-ILK.

Ähnlich wie das DIPS liegt auch das D-ILK in einer Kinder- wie auch in einer Eltern-Version vor. Hinsichtlich der Beurteilerperspektive, wie bereits erläutert, hat sich diese Aufteilung, neben einer weiteren Einschätzungsquelle des Arztes oder Therapeuten, als optimal erwiesen. Auf diese Weise finden die unterschiedlichen Standpunkte und Problematiken im Umfeld des Kindes individuelle Bedeutung sowie dementsprechend Beachtung. Die Erfassung dieser unterschiedlichen Informationsquellen sollte also für derartige Untersuchungen unbedingt beibehalten werden.

6.2.4 Verbesserungswürdige Begriffsbestimmungen ILK und D-ILK

Hinsichtlich einiger Formulierungen gab es sowohl auf Seiten der Kinder wie auch bei den Eltern grundlegende Verständnisschwierigkeiten. Das ILK-Item *6 Seelischer Zustand* beispielsweise war selten ohne begriffliche Probleme zu explorieren. Obgleich die Kinder-Version bereits zusätzliche Umschreibungen dieses Begriffs anbietet wie *Nerven/Laune* und *Stimmung* sind diese offenbar nicht ausreichend und sollten ferner auch bei der Elternversion durch allgemein verständliche Begriffe ersetzt werden.

Vereinzelt hatten Kinder Probleme sich hinsichtlich der Beurteilung einzelner ILK-Items wie vorgegeben auf die gesamte letzte Woche zu beziehen. Beispielsweise wurde die

körperliche Gesundheit als sehr schlecht eingeschätzt, wenn das betroffene Kind am Vortag hingefallen war und Nasenbluten hatte.

Des Weiteren benötigten die Fragen des D-ILK nach dem *Allerbesten*, dem *Allerschlimmsten* sowie dem *Allerwichtigsten* häufig zusätzliche Erläuterungen. Insbesondere im Hinblick auf die krankheits- bzw. behandlungsspezifischen Items sollte diesbezüglich eine Umformulierung der Frage nach dem *Allerbesten* und *-wichtigsten* in Erwägung gezogen werden, um einer Empörung und damit misslichen Stimmung auf Seiten der Befragten vorzubeugen. Ferner bereiteten die Differenzierung zwischen der Frage nach dem *Allerbesten* und dem *Allerwichtigsten* sowie die Benennung des Grundes für die Wahl der Antwort bezüglich des *Allerwichtigsten* mehrfach Probleme und sollten deswegen eventuell überarbeitet werden.⁷⁰

6.2.5 Kritische Betrachtung der Interviewdurchführung

Insgesamt ist die Anwendung sowie die Durchführung des D-ILK als sehr positiv zu bewerten. Bezüglich der erwähnten unterschiedlichen Rekrutierungsweisen der Probanden ergaben sich letztendlich keine Auffälligkeiten. Die Interviews konnten insgesamt in beiden Stichproben in ruhiger sowie gelassener Atmosphäre durchgeführt werden. Zu keiner Zeit bestätigte sich die im Ergebnisteil beschriebene Vermutung, dass das Erwarten der Interviewer einer sofortigen Entscheidung über die Interview-Teilnahme durch die Eltern und ihre Kinder aus der Klinikstichprobe, diese unter Druck gesetzt und damit Einfluss auf die spätere Interviewsituation genommen haben könnte. Irritationen traten lediglich hinsichtlich der rigiden Interview-Führung auf. Aufgrund der wortgetreuen Wiederholungen der Fragen bezüglich der positiven bzw. negativen Aspekte reagierten einzelne befragte Kinder verunsichert, teilweise fast verärgert.⁷¹ In der Mehrzahl der Fälle konnten diese Reaktionen jedoch mit einer Erklärung des Grundes des expliziten Nachfragens, der sich auch im Interviewleitfaden finden lässt („Überlege bitte noch einmal genau, damit wir auch nichts vergessen“), aufgehoben werden. Wie bereits erwähnt, hat es sich im Laufe des Untersuchungsvorhabens bewährt bereits vor dem Interview auf den rigiden Interviewstil hinzuweisen, so dass sich während des Interviews keine überraschten Äußerungen mehr ergaben.

⁷⁰ Zur Veranschaulichung der hier besprochenen Fragenstellungen befinden sich die ILK-Ratingbögen im Anhang 11.1 und 11.2, der D-ILK-Leitfaden in 11.3.

⁷¹ Zu der Reaktion der Befragten auf einzelne Fragen siehe auch Kapitel 5.1.1: *Erfahrungen bei der Anwendung des ILK-Ratingbogen sowie des D-ILK.*

Vor dem Hintergrund den ILK-Ratingbogen in Ergänzung mit dem D-ILK als Screening-Instrument in der klinischen Praxis einzusetzen, bietet es sich zur Ökonomisierung des zeitlichen Ablaufes des D-ILK an, lediglich die ILK-Dimensionen mit Hilfe des D-ILK explizit zu explorieren, die durch den ILK-Ratingbogen als beeinträchtigt identifiziert wurden. Im Rahmen der zahlreichen Interviewdurchführungen vorliegender Arbeit stellte sich heraus, dass eine separate Exploration einzelner ILK-Dimensionen durchaus sinnvoll sein könnte und dadurch eine sehr gezielte, praktikable, weil zeitsparende Vorgehensweise gelingt, die sich für eine Integration in den klinisch-diagnostischen Alltag eignet.

Im Anschluss an zuvor angeführte verbesserungswürdige Aspekte des D-ILK sollen an dieser Stelle, vorerst ungeachtet der genauen, in folgendem Kapitel diskutierten, quantitativen Ergebnisse, allgemeine Überlegungen hinsichtlich des neu entwickelten Auswertungsschemas aufgezeigt und abgewogen werden.

6.2.6 Beurteilung des Auswertungsschemas

Die Entwicklung eines Schemas zur Auswertung des D-ILK erwies sich anfangs als schwierig, nach der Einarbeitung in die Thematik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) konnte jedoch ein für vorliegendes Untersuchungsvorhaben geeignetes Instrument zur Auswertung entwickelt werden. Wie bereits geschildert verlief die Auswertung insgesamt problemlos, trotzdem sind im Folgenden einige verbesserungswürdige Aspekte aufgeführt.

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Kodierung im Sinne einer Zuordnung von Textteilen zu Kategorien wurde von mehreren Kodierern unabhängig voneinander vorgenommen, um die Übereinstimmung der Kodierer als Maßstab für die Interrater-Reliabilität geltend machen zu können. Um das Ziel des Untersuchungsvorhabens, ein Kategorien- bzw. Auswertungsschema anbieten zu können, welches durch einen beliebigen Kodierer auf das D-ILK angewandt werden könnte, zu erreichen, musste die Kodierung intersubjektiv nachvollziehbar und deshalb auf klar definierten Regeln basieren. Die Nachvollziehbarkeit der Kodierung ist lediglich dann gewährleistet, wenn die Kategorien eindeutig definiert, klar voneinander abgegrenzt sowie erschöpfend formuliert sind. Innerhalb dieser Kriterien ist eine Beurteilungsübereinstimmung der Kodierer überzeugend sowie weniger zufällig und damit die Auswertung unter Anwendung des entwickelten Schemas zuverlässig.

Wie bereits im Kapitel 5.2 vorgestellt, fallen die Übereinstimmungswerte für die inhaltlich nicht spezifizierten Kategorien (Kategorien *Generell*, *Speziell* und *Sonstiges*) relativ ungünstig aus. Daraus lässt sich ableiten, dass diese im Rahmen ihrer aktuellen Darstellung nicht akzeptabel sind. Für die Kategorien *Generell* und *Speziell* gilt, dass diese durch Ankerbeispiele genauer definiert bzw. eingegrenzt werden könnten. Um Unstimmigkeiten bezüglich der Einordnung von Textteilen zu diesen Kategorien vorzubeugen, könnte mit Hilfe der Instruktion eine noch schärfere Vorgehens- bzw. Anwendungsweise bezüglich dieser Kategorien festgelegt werden,

Die Kategorie *Sonstiges* dagegen ist gar nicht mit Beispielaussagen versehen. Trotz eingehender Anwendungsanleitung in der Instruktion weisen unzureichende Übereinstimmungswerte darauf hin, dass eine eindeutige Einordnung bezüglich diese Kategorie nicht gewährleistet und ihre Verwendung infolgedessen für wissenschaftliche Zwecke nicht empfohlen werden kann. Stattdessen sollten zunächst sowohl die itemspezifischen Kategorien als auch die Allgemeinkategorien *Generell* und *Speziell* mit dem Ziel einer eindeutigen Zuordnung der Textbestandteile ohne Anwendung einer Kategorie *Sonstiges* überarbeitet werden.

„Es liegt auf der Hand, dass mit wachsendem Umfang des Kategoriensystems (Anzahl der Kategorien und deren Ausprägungen) die Zuverlässigkeit der Kodierung leidet, weil bei den Kodierern Grenzen der Gedächtnisleistung und Aufmerksamkeit erreicht werden“ (Bortz, 1996, S. 142). Diese Kritik scheint auch bezüglich des im Rahmen dieser Dissertation entwickelten Auswertungsschemas ihre Berechtigung zu finden. Auf den ersten Blick sowie bei den erstmaligen Anwendungen des Auswertungsschemas scheint dieses sehr unübersichtlich und unermesslich. Der Umstand, dass die Kodierer zwangsläufig nicht alle Beispielaussagen im Kopf haben können, führt möglicherweise zu Abweichungen zwischen den Kodierern, ohne, dass der zu kodierenden Aussage eine unterschiedliche Interpretation zu Grunde liegen müsste. Deswegen müssen die Kategorien sich grundlegend voneinander abgrenzen und deutlicher definiert sein. Denn auch, wenn die Kodierer bezüglich einer gehörten Aussage eventuell nicht die identische Aussage im Auswertungsschema wählen, sollte doch zumindest die aus inhaltlichen Gründen gewählte Kategorie bzw. der Bereich auf den sich die Aussage bezieht identisch ausfallen.

Mit wiederholter Anwendung des Schemas wachsen die Kenntnis einzelner Kategorien und Aussagen sowie damit die Erfahrung zur Anwendung des Schemas. Dennoch

wirkt sich selbst bei routiniertem Umgang mit dem Auswertungsschema der Umfang dieses auf die Auswertungszuverlässigkeit auswirken.

Ein Kategoriensystem sollte also, je umfassender es sich gestaltet, um so eindeutiger hinsichtlich der Formulierung seiner Kategorien sowie der Abgrenzung dieser Kategorien voneinander sein, um einer Einbuße an Übereinstimmungen zwischen den Kodierern vorzubeugen. Eine Überarbeitung des im Rahmen dieser Arbeit entwickelten Schemas zur Auswertung des D-ILK scheint anhand der erläuterten Kriterien daher durchaus sinnvoll. Bevor eine ausführlichere Diskussion der empirischen Ergebnisse in Kapitel 6.3 erfolgt, werden bereits in folgendem Kapitel 6.2.7 Hinweise und Überlegungen zur Verbesserung des Auswertungsschemas angestellt.

6.2.7 Überlegungen zur Verbesserung des Auswertungsschemas

Um dem Kriterium der Erschöpfung und der Vollständigkeit eines inhaltsanalytischen Kategoriensystems gerecht zu werden, wurden für die nicht oder schwer kategorisierbaren Texteinheiten bereits mehrfach erwähnte Allgemein- und Restkategorien vorgesehen. Wie zuvor geschildert sowie durch vorangehende Ausführungen bestätigt, lässt sich allerdings insgesamt festhalten, dass die Allgemeinkategorien *Generell* und *Speziell* sowie die Restkategorie *Sonstiges*, überwiegend unbefriedigende Übereinstimmungswerte der Kodierer liefern und deswegen für eine zuverlässige Auswertung ohne grundlegender Überarbeitung nicht annehmbar sind. Obgleich dieser miserablen Übereinstimmungswerte bestätigt aber die Praxis in Form der registrierten Häufigkeiten, mit denen die Allgemein- und Restkategorien im Rahmen der Auswertung gewählt wurden, einen erheblichen Bedarf solcher Residualkategorien. Dieser Bedarf könnte zum einen dadurch begründet sein, dass die Motive, Themen und Gedanken der interviewten Probanden nicht umfassend durch die vorhandenen, itemspezifischen Kategorien repräsentiert sind oder aber aus einer Unkenntnis des Kodiervorgangs sowie des Auswertungsschemas resultieren.

Unter der gegebenen Voraussetzung, dass das Verständnis für die Anwendung des Kategoriensystems durch eine stattgefundene Kodiererschulung⁷² unter den Kodierern einheitlich ist, ist bei unbefriedigender Übereinstimmung der Kodierer davon auszugehen, dass die itemspezifischen Kategorien nicht ausreichen und dass die Allgemein-

⁷² Im Rahmen dieser Untersuchung hat eine Kodiererschulung stattgefunden, die in Kapitel 4.6.1: *Anwendung des Auswertungsschemas* ausführlich dargestellt ist.

und Restkategorien als solche unzureichend definiert, expliziert oder veranschaulicht sind. Bemerkenswert dabei ist, dass eine definitorische Ergänzung dieser Kategorien wie beispielsweise bei der Allgemeinkategorie 5 *Generell* des ILK-Items 2 *Familie* um die Begriffsbestimmung *Familie insgesamt* zu vergleichsweise höheren Übereinstimmungswerten der Kodierer führt. Entsprechendes zeigt sich bei der Ergänzung der Kategorie 7 *Speziell* des ILK-Items 7 *Insgesamtes Befinden* um den begrifflichen Zusatz *Aktuell*. Diese definitorischen Ergänzungen präzisieren diese Kategorien, führen somit zu einer Ausschließlichkeit zwischen den jeweiligen Kategorien und verdeutlichen den Zuordnungsprozess einer Texteinheit zu lediglich einer Kategorie und nicht zu mehreren gleichzeitig.

Im Hinblick auf die Allgemeinkategorien *Speziell* und *Generell* sowie der Restkategorie *Sonstiges* sollte vor diesem Hintergrund überlegt werden, ob bei umfassendem sowie erschöpfendem Kategoriensystem, diese ersatzlos zu streichen wären. Da aber der Bedarf an Residualkategorien durch die Häufigkeiten, mit denen diese gewählt wurden bestätigt ist, sollten die übrigen, itemspezifischen Kategorien überarbeitet und ergänzt werden, um alle Themen und Motive der Probanden hinlänglich zu umfassen. Eine Alternative wäre der Versuch, ob eine definitorische Ergänzung der problematischen Allgemein- und Restkategorien die nötige Umschreibung liefern würde, mit Hilfe dessen die Kodierung von Textteilen in diese Kategorien und nur in diese eindeutig wäre.

Ferner empfiehlt sich die Überarbeitung einiger unter den jeweiligen ILK-Items aufgeführten, itemspezifischen Kategorien, die keinen zufrieden stellenden Übereinstimmungskoeffizienten der Kodierer erreichen. Diese problematischen Kategorien müssen einer erneuten, präziseren Kategorienexplikation unterzogen werden, damit eine Zuordnung der Textteile aus dem Interviewmaterial zu den Kategorien anschließend eindeutig und damit intersubjektiv nachvollziehbar erfolgen kann.

Dabei scheint es empfehlenswert entweder ähnliche Kategorien inhaltlich zu überprüfen und bei weitgehender Kongruenz des Inhaltes sodann zusammenzufassen, ohne dabei auf eine erschöpfende sowie umfassende Kategorienauswahl verzichten zu müssen. In Anbetracht des mächtigen Umfangs des Kategoriensystems wäre eine inhaltlich sinnvolle Zusammenfassung einzelner Kategorien durchaus erstrebenswert und wertvoll. Oder eine intensive Überarbeitung der bestehenden Kategorien vorzunehmen, mit der Zielsetzung einer inhaltlich präzisen, expliziten Begrenzungsangabe für den Umfang der jeweiligen Kategorie, um so eine deutliche, offensichtliche sowie intersubjektiv nachvollziehbare Zuordnung zu ermöglichen. Die Kategorien müssen

sich gegenseitig ausschließen und präzise definiert sein, inhaltliche Überschneidungen der Kategorien führen zu einer willkürlichen Kategorisierung bzw. Kodierung und damit zu unbefriedigenden Übereinstimmungskoeffizienten. Zudem müssen die vorgegebenen Kategorien erschöpfend sein, so dass jeder Textteil, jede Aussage genau einer vorgegebenen Kategorie zugeordnet werden kann.

Ferner sollten die Kategorien, die einen unzureichenden Übereinstimmungswert aufweisen auf ihre praktische Relevanz hin beleuchtet werden. Während nämlich beispielsweise die Kategorie *2 Beziehung zu Freunden* des ILK-Items *3 Andere Kinder* einen unzureichenden Übereinstimmungswert aufweist ($\kappa < .4$), beweisen aber die hohen Häufigkeiten mit der dieser Kategorie insbesondere positive (87,5%) als auch in etwas geringem Maß negative (42,2%) Aussagen zugeordnet wurden, eine große praktische Relevanz dieser Kategorie. Somit wäre eine Überarbeitung dieser Kategorie mit dem Ziel einer größeren Beurteilerübereinstimmung für eine zuverlässige Auswertung wertvoll. Andere Kategorien, die sowohl einen geringen Übereinstimmungswert als auch eine geringe praktische Relevanz aufweisen, sollten in ihrer Existenzberechtigung hinterfragt werden.

Jeglicher Modifikation der Kategorien muss eine Überprüfung der Kodiererübereinstimmung bei Anwendung des dementsprechend veränderten Kategoriensystems folgen. Ergibt sich dadurch ein zufrieden stellender Übereinstimmungskoeffizient bei der Kategorienanwendung, ist die Kategorienauswahl als Auswertungsschema hinreichend.

Unter der Voraussetzung, dass die Kodierer unabhängig voneinander urteilen, können dann die Häufigkeiten verglichen werden mit denen die verschiedenen Kodierer die Aussagen den einzelnen Kategorien zugeordnet haben, um die Übereinstimmung zwischen verschiedenen Kodierern anhand des Kappa-Koeffizienten zu bestimmen. Dabei gilt: Je häufiger die Kodierer zu denselben Urteilen kommen und je seltener Inkongruenzen zwischen den Kodierern registriert werden, desto höher ist die Übereinstimmung und desto zuverlässiger sind die Kategorien gewählt.

6.3 Diskussion der empirischen Ergebnisse

Nach vorangehenden allgemeinen Überlegungen sollen im Anschluss die empirischen Ergebnisse der Untersuchung diskutiert werden. Zur Orientierung und Einschätzung der Ergebnisse vor dem Hintergrund des Untersuchungsablaufs sei dieser hier zuvor noch einmal kurz zusammengefasst.

6.3.1. Zusammenfassung des Untersuchungsablaufs

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde das standardisierte D-ILK-Kinderinterview erprobt. Zu diesem wurde in mehreren Schritten ein inhaltsanalytisches Auswertungsschema entwickelt, welches anschließend in Hinblick auf die Interrater-Übereinstimmung überprüft wurde.

Ausgangspunkt dieser Arbeit war der ILK-Ratingbogen (Mattejat et al., 1998), mit Hilfe dessen Kinder und Jugendliche ihre Lebensqualität in sieben Lebensbereichen auf Ratingskalen einschätzen; für psychisch auffällige Kinder schließen sich zwei weitere Bereiche zur Beurteilung an.

Für die Untersuchung im Rahmen dieser Dissertationsarbeit wurde der ILK-Ratingbogen von insgesamt 64 Kindern und Jugendlichen (23 Schüler aus der Allgemeinbevölkerung und 41 kinder- und jugendpsychiatrische Patienten) bearbeitet und im Anschluss mit diesen Kindern ein standardisiertes Interview (D-ILK) durchgeführt. In diesem Interview wurden zu jedem Lebensbereich gezielte Fragen gestellt, um herauszufinden, welche inhaltlichen Aspekte bei der Einschätzung ihrer Lebensqualität für Kinder und Jugendliche in den verschiedenen Bereichen ihres Lebens von Bedeutung sind.

In einem nächsten Schritt wurde aufgrund der Interviewantworten der Kinder und Jugendlichen ein inhaltsanalytisches Auswertungsschema entwickelt, mit welchem die Interviewantworten in systematischer Weise ausgewertet werden können.

In einem abschließenden Schritt wurden die Videoaufnahmen der Kinderinterviews mit Hilfe des inhaltsanalytischen Schemas von jeweils zwei Beurteilern unabhängig von-

einander ausgewertet, um die Inter-Rater-Übereinstimmung des Auswertungsschemas zu ermitteln.

6.3.2 Hauptergebnisse der durchgeführten Untersuchung

1. Die Praktikabilität des standardisierten Kinderinterviews wurde mit gutem Erfolg erprobt: Die Kinder und Jugendlichen geben gerne, bereitwillig und in sehr differenzierter Weise Auskunft über ihre Lebensqualität.
2. Im Rahmen der Entwicklung des inhaltsanalytischen Auswertungsschemas wurde basierend auf den Angaben der Kinder und Jugendlichen ein großer Aussagenpool gewonnen, der alle Aussagen umfasst, die von den Kindern und Jugendlichen über ihre Lebensqualität in den einzelnen Lebensbereichen getroffen wurden und Aufschluss darüber gibt, welche inhaltlichen Aspekte in Bezug auf die einzelnen Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen als bedeutsam erachtet werden. Dieser Aussagenpool bildete in Folgearbeiten den Ausgangspunkt für die Entwicklung eines differenzierten Fragebogens zur Lebensqualität. Die vorliegende Arbeit stellt somit einen wesentlichen Entwicklungsschritt bei der Entstehung eines neuartigen Fragebogens dar.
3. Aufgrund des Aussagenpools wurde ein inhaltsanalytisches Kategorienschema für die Auswertung der diagnostischen Interviews entwickelt. Die Kategorien dieses Schemas zeigen in verdichteter Form auf, welche positiven und negativen inhaltlichen Hauptaspekte zu den einzelnen Lebensbereichen von den Kindern und Jugendlichen angesprochen wurden; dies wiederum zeigt, durch welche inhaltlichen Faktoren die Beurteilung der Lebensqualität in den einzelnen Bereichen beeinflusst wird.

Die Häufigkeit, mit der die inhaltlich verschiedenen Kategorien in positiver und negativer Hinsicht geäußert werden, gibt in quantitativer Hinsicht Aufschluss über ihre Bedeutung. So lassen sich inhaltliche Kategorien bzw. Faktoren identifizieren, die von den meisten Probanden angesprochen werden und solchen gegenüberstellen, die lediglich von wenigen Probanden genannt werden. Das Gleiche gilt für inhaltliche Kategorien, die vorwiegend entweder in positiver oder aber in negativer Hinsicht genannt werden.

4. Für jede einzelne Kategorie des Auswertungsschemas wurde die Interrater-Übereinstimmung überprüft. Da die Übereinstimmungswerte für die inhaltlich nicht spezifizierten Kategorien (Kategorien *Generell*, *Speziell* und *Sonstiges*) vergleichsweise schlecht ausfallen, sollte für mögliche weitere Untersuchungen eine reduzierte Form des Auswertungsschemas verwendet werden, welche die inhaltlich nicht genauer spezifizierten Kategorien, die ohnehin selten verwendet werden, nicht mehr beinhaltet. Durch die Nichtberücksichtigung dieser Kategorien reduziert sich das Auswertungsschema von 62 auf 41 inhaltlich spezifizierte Kategorien. Da jede Kategorie jeweils in positiver und negativer Ausprägung vorkommt, reduziert sich somit das Auswertungsschema von insgesamt $62 \times 2 = 124$ Kategorien auf $41 \times 2 = 82$ inhaltlich spezifizierte Kategorien.

Eine zusammenfassende Analyse dieser reduzierten Form des Auswertungsschemas ergab für die Bereiche *1 Schule*, *2 Familie*, *4 Allein sein* und *5 Körperliche Gesundheit* hinreichende Übereinstimmungswerte. Für die Bereiche *6 Seelischer Zustand* und *7 Insgesamtes Befinden* ergaben sich überwiegend hinreichende Übereinstimmungswerte. Für die Bereiche *3 Andere Kinder*, *8 Belastung durch die Krankheit* und *9 Belastung durch die Behandlung* ergaben sich keine hinreichenden Übereinstimmungswerte. Die zwischen den Bereichen gefundenen Unterschiede bezüglich der Inter-Rater-Übereinstimmung konnten unter Einbeziehung der Dimension der Objektivierbarkeit interpretiert und erklärt werden.

5. Zusätzlich zu den Übereinstimmungswerten für die einzelnen Kategorien wurden für jeden ILK-Bereich auf der Grundlage der systematischen Interviewauswertung ein positiver und ein negativer Score berechnet. Als zusammenfassende Kennwerte für die Interrater-Übereinstimmung wurden für diese Scores die Spearman-Korrelationen zwischen den Ratings von Rater 1 und Rater 2 berechnet. Da insgesamt neun Bereiche existieren, jeweils in positiver und negativer Ausprägung, ergeben sich 18 Score-Werte, für die Interrater-Korrelationen berechnet wurden. Bei fast allen Scores ergeben sich zumindest mittlere und somit für Forschungszwecke hinreichende Übereinstimmungswerte, bei 15 von 18 Scores ergeben sich sogar gute Übereinstimmungswerte.

6.3.3 Kritikpunkte und Schwächen der durchgeführten Studie

Die gewonnenen Ergebnisse sollten in zweierlei Hinsicht relativiert werden:

1. Die Entwicklung und Überprüfung des Auswertungsschemas erfolgte an denselben Stichproben bzw. mit demselben Interviewmaterial. Es wäre methodisch zu fordern, die Überprüfung an weiteren Interviews mit anderen Ratern fortzuführen, um die gewonnenen Ergebnisse zu replizieren.
2. Eine weitere Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse bezieht sich auf die Anzahl der Probanden; so war insbesondere die Zahl der Kontrollfälle aus der Normalbevölkerung sehr gering. Es wäre sinnvoll im Rahmen einer weiterführenden Studie die Anzahl der Probanden soweit zu erhöhen, dass auch Auswertungen möglich sind, in denen psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit gesunden Kindern verglichen werden können. Dies war in der vorliegenden Arbeit aufgrund der zu geringen Fallzahl und der leicht abweichenden Alters- und Geschlechtsverteilung nicht sinnvoll möglich.

Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass die Stichprobengröße in Anbetracht des großen Arbeitsaufwandes pro Fall erheblich war. Weiterführende Analysen wären zwar möglich gewesen, hätten aber den Rahmen dieser Dissertationsarbeit überschritten.

7 Fazit und Ausblick

Abschließend werden die Ergebnisse der Studie hinsichtlich der aus ihnen abzuleitenden Schlussfolgerungen für den klinischen und wissenschaftlichen Alltag zusammengefasst. Ferner finden sich Hinweise auf weitere aufschlussreiche Forschungsfragen.

7.1 Folgerungen für die klinische Praxis

Vor dem Hintergrund der vorangehend diskutierten Ergebnisse erscheint das im Rahmen dieser Arbeit erstmalig angewandte Diagnostische Interview (D-ILK) in Ergänzung zu dem bereits bewährten Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) als eine wertvolle Methode zur Lebensqualitätserhebung insbesondere bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Die positiven Erfahrungen mit der Durchführung des D-ILK weisen auf eine hohe Akzeptanz und Zweckmäßigkeit im klinischen Alltag hin. Im Rahmen einer ruhigen Gesprächsatmosphäre erwies sich das Interview für den Probanden als annehmbar, für den Interviewer darüber hinaus als zeitökonomisch und praktikabel. Während das D-ILK zu jedem Lebensbereich in systematischer Weise Ressourcen (positive Aspekte) und Belastungen (negative Aspekte) erfragt, liefert es zudem eine Fülle von fallspezifischen Informationen die für die weitere Planung therapeutischer Maßnahmen von hoher Bedeutung sind. Im Durchschnitt werden zu jedem Bereich mehrere positive Aspekte genannt, die in einer möglichen Therapie als Ressourcen genutzt werden können; ferner werden in der Regel mehrere negative Aspekte genannt, auf die sich die Therapie nach Möglichkeit beziehen sollte (z.B. bei der Definition der Therapieziele).

Allerdings wird eine Anwendung des D-ILK, mit den Einzelelementen des ILK-Ratingbogens, der Durchführung des D-ILK sowie der Auswertung des erhobenen Interviewmaterials anhand des entwickelten Auswertungsschemas aufgrund des hohen zeitlichen Aufwands für den klinischen Praxisalltag kaum zu empfehlen sein. In praxi empfiehlt sich die Möglichkeit, lediglich jene Bereiche, die anhand des ILK-Ratingbogens als beeinträchtigt identifiziert wurden, mit Hilfe des D-ILK zu explorieren. In dieser praktikablen Form werden Interview und Auswertungsanleitung bereits in der

klinischen Praxis und in der Psychotherapie-Ausbildung verwendet und stellen eine wichtige Hilfe bei der Indikationsstellung einer Therapie dar.

Eine zeitökonomische und praktikable Auswertung des gesamten D-ILK wird, wenn überhaupt, erst im Anschluss an eine Überarbeitung des Auswertungsschemas, die zu einem geringeren Umfang und damit zu einer besseren Übersichtlichkeit des Schemas führt (siehe 11.7 „Anregungen zur zukünftigen Verbesserung des Auswertungsschemas“), möglich sein.

7.2 Folgerungen für die weitere Verwendung des Interviews in der Forschung

In Hinblick auf die Verwendung des Interviews und des dazugehörigen Auswertungsschemas in der weiteren Forschung können aufgrund der gewonnenen Ergebnisse die folgenden Empfehlungen abgeleitet werden:

a) Das Auswertungsschema ist in seiner Anwendung sinnvoll, um positive und negative Scores für die verschiedenen ILK-Bereiche zu gewinnen. Auf diese Weise ist es möglich mit dem Interview und dem hierzu entwickelten systematischen Auswertungsschema insgesamt 18 verschiedene Messwerte zu gewinnen, die fast sämtlich eine gute Interrater-Reliabilität aufweisen.

b) Bei einer weiterführenden Anwendung der einzelnen Kategorien des Auswertungsschemas sind folgende Aspekte zu beachten:

- Da die Interrater-Übereinstimmungen für die inhaltlich nicht spezifizierten Kategorien (Kategorien *Generell*, *Speziell* und *Sonstiges*) relativ schlecht ausfallen, sollten diese Kategorien in den Datenanalysen nicht mehr berücksichtigt werden.
- Auch bei Berücksichtigung von lediglich 82 inhaltlich spezifizierten Kategorien, ist zu beachten, dass die Interrater-Übereinstimmungswerte für diese Kategorien nicht in allen ILK-Bereichen hinreichend ist:
 - Für die Bereiche *1 Schule*, *2 Familie*, *4 Allein sein* und *5 Körperliche Gesundheit* kann das Interview mit kategorienspezifischer Auswertung ohne Einschränkung empfohlen werden.

- Hinsichtlich der Bereiche *6 Seelischer Zustand* und *7 Insgesamtes Befinden* kann das Interview mit Auswertung allenfalls unter Vorbehalt empfohlen werden. Im Bereich *6 Seelischer Zustand* weisen lediglich die „negativen Kategorien“, im Bereich *7 Insgesamtes Befinden* die „positiven Kategorien“ eine hinreichende Inter-Rater-Übereinstimmung auf.
- Bei den Bereichen *3 Andere Kinder*, *8 Belastung durch die Krankheit* und *9 Belastung durch die Behandlung* liefert das Interview mit seiner Auswertung in der jetzigen Form noch keine hinreichend zuverlässigen Ergebnisse und kann deshalb nicht empfohlen werden.
- Falls das Auswertungsschema in seiner vollständigen Form (mit allen Kategorien) angewandt werden soll, wäre es zu empfehlen, das Auswertungsschema aufgrund der ungünstigen Ergebnisse in den problematischen Bereichen zu überarbeiten. Hinweise und Überlegungen zur Überarbeitung des Auswertungsschemas sind ausführlich in Kapitel 6.2.7: *Überlegungen zur Verbesserung des Auswertungsschemas* dargestellt.
- Da die systematische Auswertung des D-ILK-Kinderinterviews mit dem in der vorliegenden Dissertation entwickelten Auswertungsschema sehr aufwendig ist, sollte geprüft werden, ob der Aufwand einer Überarbeitung des Schemas wirklich effektiv wäre. Schließlich wurde, basierend auf dem Aussagenpool des im Rahmen dieser Arbeit gewonnenen Interviewmaterials, in weiteren Studien (Loreck 2004; Nass, 2005) ein ausführlicher Fragebogen entwickelt, welcher in praxi die Möglichkeit bietet umfassendere sowie detailliertere Angaben zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zu erhalten, als es vorher mit dem ILK-Ratingbogen alleine möglich war. Im Sinne eines diagnostischen Screening-Instruments ermöglicht dieser Fragebogen eine erste grobe Identifizierung lebensqualitätsvermindernder und/oder -fördernder Faktoren ohne den zeitintensiven Einsatz des ausführlichen Diagnostischen Interviews (D-ILK) aufwenden zu müssen. Dieser Fragebogen wurde bereits in großem Umfang in der Forschung der Arbeitsgruppe Lebensqualität an der Philipps-Universität Marburg eingesetzt und wird in laufenden Forschungsarbeiten verwendet. Die weitere Verwendung des D-ILK-Kinderinterviews in der Forschung wird deshalb insbesondere bei solchen Fragen von Interesse sein, die sich nicht durch

den Einsatz von Fragebogen beantworten lassen (z.B. weiterführende und genauere inhaltliche Analysen).

7.3 Folgerungen im Hinblick auf die Forschungsfrage, durch welche Faktoren die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen beeinflusst wird

Durch die Interviews, die im Rahmen der vorliegenden Dissertationsarbeit durchgeführt wurden, sollten Faktoren bzw. inhaltliche Aspekte ermittelt werden, durch welche die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen beeinflusst wird. Der im Rahmen der Dissertation erstellte Itempool kann als differenzierte Liste solcher Faktoren bzw. Aspekte betrachtet werden. Die Kategorien des Auswertungsschemas teilen diese Aspekte in inhaltliche Kategorien ein. Auf der Grundlage des Itempools und der Kategorienliste kann nun in weiteren Forschungsarbeiten untersucht werden, wie hoch die Bedeutung der verschiedenen inhaltlichen Faktoren bzw. Aspekte für die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen ist. Dementsprechend wird derzeit im Rahmen der Arbeitsgruppe Lebensqualität der Philipps-Universität Marburg u.a. versucht, signifikante Zusammenhänge zwischen den zuverlässigen Kategorien des inhaltsanalytischen Auswertungsschemas und den Antworten der Kinder auf dem ILK-Ratingbogen herauszustellen, um diese näher zu charakterisieren. Die dabei gefundenen Zusammenhänge zwischen den im Interview ermittelten lebensqualitätsrelevanten Aspekten und den ILK-Ratings lassen erste Schlussfolgerungen darüber zu, welche Faktoren die subjektive Einschätzung der Kinder beeinflussen und welche Faktoren keinen Einfluss auf die subjektiven Ratings zur Lebensqualität der Kinder haben.

Diese Untersuchungen können zwischen dem subjektiven Erleben psychisch kranker und gesunder Kinder differenzieren und lebensqualitätsbeeinflussende Faktoren psychisch kranker Kinder mit denen gesunder Kinder vergleichen. Neben den lebensqualitätsbeeinflussenden Faktoren ist insbesondere bei psychisch auffälligen Kindern die Identifizierung lebensqualitätsfördernder Faktoren von großer Bedeutung. Diese können somit identifiziert werden und den belasteten Kindern als positive Ressource für die Alltagsbewältigung ihrer Probleme dienen. Allgemeiner formuliert stellt sich die Frage, ob sich psychisch kranke Kinder und psychisch gesunde Kinder in Bezug auf die positiven und inhaltlichen Aspekte (Ressourcen und Belastungen), die von ihnen in den einzelnen ILK-Bereichen genannt werden unterscheiden. Ferner von großem Interesse wäre zu explorieren, welche inhaltlichen Aspekte (Interview-Kategorien) in den einzelnen ILK-Bereichen bei psychisch kranken Kindern gehäuft vorkommen.

Des Weiteren würde sich anhand des erhobenen Datenmaterials eine genauere Analyse der Lebensqualitätseinschätzungen der Kinder im Vergleich zu ihren Eltern anbieten. Welche inhaltlichen Aspekte werden von Eltern herausgestellt, welche werden eher von den Kindern und Jugendlichen betont? Diese Vergleichsanalyse könnte wertvolle Informationen bezüglich der anhaltenden Diskussion um validen Informationsgewinn durch Selbst- und/oder Fremdbeurteilung liefern und für den Einsatz von Selbst- und/oder Fremdbeurteilungsinstrumenten im klinischen Alltag von praktischem Interesse sein.

Ein weiterer äußerst interessanter Aspekt, der zudem von großer praktischer Relevanz ist, bezieht sich auf die prognostische Aussagekraft der von den Probanden genannten inhaltlichen Aspekte (Ressourcen und Belastungen) in Hinblick auf den Erfolg von Therapien mit psychisch kranken Kindern.

Diese Fragen können an größeren Stichproben mit der Fragebogenmethode beleuchtet werden; bei kleineren Stichproben bieten sich zur Durchführung genauerer Analysen die Anwendung des D-ILK-Interviews an. Zu einem Teil können diese Fragestellungen schon anhand der Daten untersucht werden, die im Rahmen der vorliegenden Dissertation erhoben wurden. So können z.B. die Ergebnisse aus den Kinderinterviews mit den parallel gewonnenen Ergebnissen aus den Interviews mit den Eltern verglichen werden.⁷³ Solche weiterführenden Auswertungen werden in der Arbeitsgruppe Lebensqualität der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Marburg und Gießen, Standort Marburg, durchgeführt; den Rahmen einer Dissertation des Fachbereichs Medizin würden sie jedoch bei weitem sprengen.

7.4 Abschließende, allgemeine Schlussfolgerungen

Als Folge eines Paradigmenwechsels in der Medizin hat sich der Terminus *Lebensqualität* als unersetzliches Bewertungskriterium medizinisch-therapeutischen Handelns etabliert. Es werden nicht mehr lediglich die Indikatoren Mortalität und Morbidität als Kriterien zur Einschätzung des Befindens eines Patienten herangezogen, sondern auch die Einschätzung des Patienten selbst bezüglich seiner Befindlichkeit und Verhaltensmöglichkeiten im täglichen Leben.

⁷³ Siehe hierzu die parallel erstellte Dissertation von Tillmann (2006).

Wenn auch die Theorien bisher eher rudimentär waren, hat die Lebensqualitätsforschung in den wenigen Jahren ihres Bestehens eine Vielfalt an Instrumenten zur Messung der Lebensqualität von Erwachsenen hervorgebracht, in geringerem Umfang auch solche für Kinder und Jugendliche. Im Bereich der Psychiatrie, und vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wird die Lebensqualität allerdings nach wie vor zu selten als Kriterium des Behandlungserfolgs herangezogen.

Gleichwohl wird der Einsatz des ILK in Ergänzung mit dem D-ILK in der klinischen Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie empfohlen und auch erwartet, da die Kombination aus Fragebogen und Interview ein neuartiges Instrument bietet, welches hinsichtlich der Optimierung und auch der Qualitätssicherung therapeutischer Interventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von großem Interesse sein dürfte. Denn neben der Identifizierung solcher Lebensbereiche in denen die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen beeinträchtigt ist (mit Hilfe des ILK) besteht nun auch die Möglichkeit diese mittels des D-ILK umfassender zu explorieren. Dadurch kann die Motivation, die sich hinter dem individuellen Ankreuzverhalten eines Kindes versteckt genauer abgebildet werden, zudem können für das jeweilige Kind spezifische lebensqualitätsbestimmende Faktoren identifiziert werden. Diese detaillierte Erfassung ist für die Entwicklung eines zielgerechten, aber individuellen Therapiekonzepts, für das Verstehen subjektiver Erlebnisweisen der Kinder und damit für wertvolle therapeutische Intervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unverzichtbar. Die Anwendung des Diagnostischen Interviews dient also nicht zuletzt der Verfeinerung der therapeutischen Angebote und ihrer bessere Abstimmung auf die Patienten. Letztendlich ist das Diagnostische Interview also ein Instrument zur erfolgreicherer Gestaltung von kinder- und jugendpsychiatrischen Therapien.

8 Zusammenfassung

Einführung: Vorliegende Dissertation wurde im Rahmen der Forschungsgruppe Lebensqualität an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität Marburg durchgeführt. In Erweiterung an das in dieser Arbeitsgruppe entwickelte und überprüfte Screening-Instrument – das „Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)“ – wurde ein diagnostisches Interview entwickelt, welches eine umfassendere Analyse der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen ermöglichen sollte, als dies mit dem ILK-Ratingbogen alleine möglich ist. Um einen differenzierten Informationsgewinn über die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zu erzielen, kann dieses „Diagnostische Kinderinterview zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen“ (kurz: „D-ILK-Kinderinterview“), dessen Fragen voll standardisiert, die Antwortmöglichkeiten jedoch offen sind, sowohl mit Kindern und Jugendlichen als auch, in etwas veränderter Form, mit ihren Eltern durchgeführt werden.

Fragestellung und Zielsetzung: Da für das „D-ILK-Kinderinterview“ bisher keine systematische und empirisch überprüfte Auswertungsmöglichkeit existierte, sollte diese im Rahmen der vorliegenden Dissertation entwickelt werden, um das Interview in der weiteren Lebensqualitäts-Forschung einsetzen zu können. Dabei ergaben sich folgende Zielsetzungen: 1. Die Erprobung des Interviews, 2. Die Entwicklung eines zuverlässigen Auswertungsschemas, 3. Die Überprüfung des Auswertungsschemas in Hinblick auf die Interraterübereinstimmung.

Stichprobe und Methode: Im Rahmen der Untersuchung wurden 64 Eltern-Kind-Paare mit dem D-ILK interviewt. Die Probanden wurden sowohl aus der Klientel der poliklinischen Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität Marburg (Klinikstichprobe) sowie aus einer zufällig ausgewählten Schülerschaft und deren Eltern (Kontrollstichprobe) rekrutiert. Die gewonnenen Interviewdaten wurden auf Ton- und Videofilmband dokumentiert, im

Rahmen dieser Dissertation wurde das aufgezeichnete Interviewmaterial der Kinder und Jugendlichen verwandt.⁷⁴

Anhand der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) wurde aus dem Datenmaterial ein Kategoriensystem entwickelt, welches in seiner Funktion als Auswertungsschema hinsichtlich seiner Zuverlässigkeit überprüft werden sollte. Dieses entsprechend der ILK-Items untergliederte Schema beinhaltet insgesamt 62 Kategorien. Jedes Interview wurde von jeweils zwei Auswertern (Ratern) unabhängig voneinander ausgewertet. Die Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Auswertern (Ratern) wurde anhand des Kappa-Koeffizienten nach Cohen (1960) bestimmt. Darüber hinaus wurden für jeden einzelnen ILK-Bereich Scores berechnet, für die ebenfalls die Interrater-Korrelation ermittelt wurde.

Ergebnisse: Die Erprobung des Interviews mit psychisch auffälligen und gesunden Kindern hat erstens gezeigt, dass das D-ILK sehr gut von den Kindern und Jugendlichen akzeptiert wurde und sie sich mit ihren Problemen und Ansichten ernst- und wahrgenommen fühlten. Im Gespräch mit den Kindern bzw. Jugendlichen können inhaltlich differenzierte Angaben zu den Ressourcen und Belastungen in den einzelnen Lebensbereichen gewonnen werden. Als zweites Ergebnis liegt der im Rahmen der Dissertation erstellte Aussagenpool, auf dessen Grundlage ein Fragebogenverfahren entwickelt werden konnte, vor. Das dritte Ergebnis der Dissertation ist das Auswertungsschema selbst, das empirisch überprüft wurde. Die Prüfung der Interrater-Übereinstimmung erbrachte überwiegend zufrieden stellende Ergebnisse: Das entwickelte Auswertungsschema beinhaltet neun Bereiche (jeder Bereich entspricht einem Item des ILK-Ratingbogens). Zu jedem dieser Bereiche wurde eine Reihe von inhaltlichen Kategorien definiert, insgesamt 62 Kategorien. Da jede Kategorie positiv und negativ formuliert wurde, ergibt sich hieraus eine Gesamtzahl von 124 Kategorien, für die Häufigkeiten und Kappa-Werte berechnet werden konnten. Bei über der Hälfte der Kategorien ergaben sich mittlere und gute Kappa-Werte. Bei einer auf die inhaltlich spezifizierten Kategorien reduzierten Version des Auswertungsschemas mit insgesamt 82 Kategorien ergaben sich bei 60 Kategorien (= 73 %) mindestens mittlere Übereinstimmungswerte. Ferner ist eine gröbere Auswertung des Interviews mit Hilfe des entwickelten Auswertungsschemas möglich, indem man die einzelnen Bereiche nicht in

⁷⁴ Für die entsprechende Untersuchung mit den Interviewdaten der Eltern sei auf die im gleichen Projekt entstandene Dissertation von Tillmann (2006) verwiesen.

inhaltliche Kategorien gliedert, sondern nur danach fragt, wie positiv bzw. wie negativ ein Bereich geschildert wird (Scorebildung: Anzahl der positiven bzw. negativen Aussagen pro Bereich). Hierbei ergaben sich in fast allen Bereichen (bei 15 von 18 Scores) gute Inter-Rater-Übereinstimmungen von über 0.60.

Diskussion: Die Dissertation ist eine empirische Arbeit im Bereich der Entwicklung und Überprüfung einer diagnostischen Methode. In der Diskussion werden die kritischen Aspekte der Arbeit diskutiert und die wichtigsten Schlussfolgerungen genannt: Aufgrund der gewonnenen Erfahrungen konnten Empfehlungen darüber abgeleitet werden, wie das Interview in der klinischen Praxis angewandt und in der Forschung genutzt werden kann. Bei der Verwendung des Interviews in der klinischen Praxis könnte der Gewinn von qualitativen Informationen eine Bereicherung sowohl für den diagnostischen wie auch für den therapeutischen Prozess darstellen, wobei die praktische Anwendung des Schemas einen erheblichen Zeitaufwand mit sich brächte. Auch bei der Anwendung des Schemas in der empirischen Forschung sollte das Auswertungsschema aus ökonomischen Gründen so reduziert werden, dass nur noch die Kategorien mit hinreichender Zuverlässigkeit verwendet werden. Die inhaltlichen Aussagen der Kinder, die im Rahmen der Interviews in der vorliegenden Arbeit gewonnen und im Aussagepool gesammelt wurden, konnten bereits zum Ausgangspunkt für die Entwicklung eines empirisch basierten Fragebogens zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen verwendet werden.

9 Literaturverzeichnis

Amelang, M. & Zielinski, W. (2004). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer.

Andersson, B. (1974). *The Quantifier as Qualifier. Some Notes on Qualitative Elements in Quantitative Content Analysis*. Gothenburg: University Publication 3.

Berelson, B. R. (1952). *Content Analysis in Communication Research*. Glencoe, Illinois: Free Press.

Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2001). *Die subjektive Gesundheit von Kindern*. Veröffentlicht im Internet (23.10.2004): <http://www.liga-kind.de/pages/301ravenssieberer.htm>.

Bloomfield, K. (1996). *Ein Wegweiser zur Anwendung ausgewählter Messinstrumente zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrum Public Health, 96-3*.

Bos, W. & Tarnai, C. (1989). Entwicklung und Verfahren der Inhaltsanalyse in der empirischen Sozialforschung. In: W. Bos & C. Tarnai (Hrsg.): *Angewandte Inhaltsanalyse in Empirischer Pädagogik und Psychologie*. Münster/New York: Waxmann Wissenschaft.

Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Britto, M. T., Kotagal, U. R., Chenier, T., Tsevat, J., Atherton, H. D. & Wilmott, R. W. (2004). Differences Between Adolescents' and Parents' Reports of Health-Related Quality of Life in Cystic Fibrosis. *Pediatric Pulmonology* 37, 165-171.

Brusis J. & Biefang S. (1980). Lebensqualität als Maßstab für Therapie-Evaluation. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 5, 1, 10-16.

Bühner, M. (2004). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium Psychologie.

Bullinger, M., Von Mackensen, S. & Kirchberger, I. (1994). KINDL - Ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. Sonderdruck *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1, 64-77.

Bullinger, M. (1996). Lebensqualität – ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In: H.-J. Möller, R. R. Engel & P. Hoff (Hrsg.): *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen*, 13-29. Wien: Springer.

Bullinger, M. (1997). Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität. In: M. Bullinger (Hrsg.): *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz*. Stuttgart: Schattauer.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2000, 43, 190-197. Berlin, Heidelberg: Springer.

Bullinger, M. (2000). Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte-Methoden-Anwendung*, 13-24. Landsberg: ecomed.

Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In: M. Bullinger, U. Ravens-Sieberer, J. Siegrist, (Hrsg.): *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive*. Jahrbuch für Medizinische Psychologie, 11-21. Göttingen: Hogrefe.

Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (2001). Diagnostik der Lebensqualität. In: R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger: *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2004). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Veröffentlicht im Internet (10.02.2004): <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de>

Bungard, W. (1979). Methodische Probleme bei der Befragung älterer Menschen. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 26, 211-237.

Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for nominal Scales. *Educational an Psychological Measurement*, 10 (1), 37-46.

Diehl, V., Von Kalle, A.-K., Kruse, T. & Sommer, H. (1990). Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Onkologie. In: P. Schölmerich & G. Thews (Hrsg.): „*Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur*, Mainz, 149-167. Stuttgart: Gustav Fischer.

Diekmann, A. (1998). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek: rowohlt's enzyklopädie, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Dierkes, M. & Bauer, R. A. (1973). *Corporate Social Accounting*, New York.

- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F.** (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Edwards, A.L.** (1994). The Social Desirability Variable in Personality Assessment and Research. In: K.-H. Hillmann: *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Alfred Kröner.
- Eiser, C. & Morse, R.** (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Asses*, 5 (4), 1-157.
- Fischer, P.M.** (1994). Inhaltsanalytische Auswertung von Verbaldaten. In: G. L. Huber & H. Mandl (Hrsg.): *Verbale Daten. Eine Einführung in die Grundlagen und Methoden der Erhebung und Auswertung*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Flehtner, H.** (1998). Lebensqualität in der Onkologie – Ein Modell für andere Disziplinen? In: K. Schmeck, F. Poustka & H. Katschnig.: *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 175-183. Wien: Springer.
- Flehtner, H., Möller, K., Kranendonk, S., Luther, S. & Lehmkuhl, G.** (2000). Zur Erfassung von Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Elternfragebogen „LKJ-E“ aus dem Fragebogensystem „LKJ“ (Lebensqualität Kinder- und Jugendpsychiatrie). In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.): *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 18)*, 247-273. Göttingen: Hogrefe.
- Flehtner, H., Möller, K., Kranendonk, S., Luther, S. & Lehmkuhl, G.** (2002). Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51 (2), 77-91.
- Früh, W.** (1992). Analyse sprachlicher Daten. Zur konvergenten Entwicklung „quantitativer“ und „qualitativer“ Methoden. In: Hoffmeyer-Zlotnik, J. (Hrsg.): *Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Früh, W.** (2004). Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. Unveränderter Nachdruck der 5. Aufl. von 2001. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Glatzer, W. & Zapf, W.** (1984). Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Groeben, N. & Rustemeyer, R.** (2002). Inhaltsanalyse. In: König, E & Zedler, P. (Hrsg.): *Qualitative Forschung*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Helmchen, H.** (1990). „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Psychiatrie. In: P. Schölmerich & G. Thews (Hrsg.): *„Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur*, Mainz, 93-115. Stuttgart: Gustav Fischer.

Hesse, J., Gawrilow, C., Simon, B., Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2002). Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Kinder- und jugendpsychiatrische Patienten vs. Schüler aus der Allgemeinbevölkerung. In: U. Lehmkuhl (Hrsg.): *Seelische Krankheit im Kindes- und Jugendalter – Wege zur Heilung. XXVII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Berlin vom 3.-6. April 2002. Die Abstracts, 70*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hillmann, K.-H. (1994). *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Alfred Kröner.

Hinz, A., Klaiberg, A., Schumacher, J. & Brähler, E. (2003). Zur psychometrischen Qualität des Lebensqualitätsfragebogens Nottingham Health Profile (NHP) in der Allgemeinbevölkerung. In: *Psychotherapie, Psych Med 53, 353-358*. Stuttgart: Georg Thieme.

Hron, A. (1994). Interview. In: G. L. Huber & H. Mandl (Hrsg.): *Verbale Daten. Eine Einführung in die Grundlagen und Methoden der Erhebung und Auswertung*. Weinheim und Basel: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Kästner, F. (2000). *Messung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Eine Befragung von 2527 Schülern*. Dissertation, Medizinische Fakultät der Philipps-Universität Marburg.

Karow, A. & Naber, D. (1990). Psychiatrie. In: U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte-Methoden-Anwendung, 199-211*. Landsberg: ecomed.

Katschnig, H. (1996). Von der Qualitätssicherung zur Lebensqualität. Vortrag auf dem Symposium „Von der Qualitätssicherung zur Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Frankfurt, 22.03. 1996

Katschnig, H. (1998). Qualitätssicherung und Lebensqualität bei psychischen Krankheiten. In: K. Schmeck, F. Poustka & H. Katschnig: *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 165-174*. Wien: Springer.

König, R. (1974). *Interview: Formen – Technik – Auswertung*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Kohlmann, T., Bullinger, M. & Kirchberger-Blumstein, I. (1997). Die deutsche Version des Nottingham Health Profile (NHP): Übersetzungsmethodik und psychometrische Validierung. *Soziale Präventivmedizin 1997; 42, 175-185*.

Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics, 33, 159-174*.

Lasswell, H. D. (1949). *Language of Politics : studies in quantitative semantics*. New York: Stewart.

Lasswell, H. D. & Leites, N. (1965). *Language of Politics*. Cambridge, Massachusetts.

Lauer, G. & Mundt, C. (1995). Lebensqualität und Qualitätssicherung. In: H. J. Haug & R. D. Stieglitz (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie*. Stuttgart: Enke.

Lehmann, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation Program Planning*, 11, 51-62.

Lodge, D. (1991). *Paradise news*. Penguin Books. Harmondsworth.

Loreck, E.-M. (2004). *Überprüfung der faktoriellen Struktur und der klinischen Validität der Fragebogenversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK-F), an einer ambulanten, kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation*, Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Universität Marburg.

Lorenz, W. & Koller, M. (1996). Lebensqualität als integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements in der Operativen Medizin. *Zentralblatt für Chirurgie*, Vol. 121, Nr. 7, 545-551.

Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A., DiNardo, P. & Barlow, D. H. (1991). Diagnostisches Interview für psychische Störungen. Berlin: Springer.

Mathes, R. (1992). Hermeneutisch-klassifikatorische Inhaltsanalyse von Leitfadengesprächen. Über das Verhältnis von quantitativen und qualitativen Verfahren der Textanalyse und die Möglichkeit ihrer Kombination. In: J. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.): *Analyse verbaler Daten. Über den Umgang mit qualitativen Daten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Majer, H. (1984). *Qualitatives Wachstum: Einführung in Konzeptionen der Lebensqualität*. Frankfurt/Main: Campus.

Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., Scholz, M., Schmidt, M.-H. & Remschmidt, H. (1998). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 26 (3), 173-182.

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

Mattejat, F., Simon, B., König, U., Quaschner, K., Barchewitz, C., Felbel, D., Herpertz-Dahlmann, B., Höhne, D., Janthur, B., Jungmann, J., Katzenski, B., Naumann, A., Nölkel, P., Schaff, C., Schulz, E., Warnke, A., Wienand, F. & Remschmidt, H. (2003). Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 31 (4), 293-303.

Mayring, P. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.

Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz.

Merten, K. (1995). *Inhaltsanalyse: Einführung in Theorie, Methode und Praxis*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Nass, O. (2005). *Entwicklung und Überprüfung eines differenzierten Fragebogens zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen*, Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Universität Marburg.

Pöppel, E. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Eine Anmerkung über verschiedene Menschenbilder und ethische Konsequenzen. In: U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte-Methoden-Anwendung*, 446-450. Landsberg: ecomed.

Ravens-Sieberer, U. (2000). Lebensqualitätsansätze in der Pädiatrie. In: U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte-Methoden-Anwendung*, 277-292. Landsberg: ecomed.

Ravens-Sieberer, U. (2003). Der Kindl-R Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen – Revidierte Form. In: J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.

Ravens-Sieberer, U., Bettge, S. & Erhart, M. (2003). Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder und Jugendgesundheits surveys. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 46, 340-345. Berlin, Heidelberg: Springer.

Reinecke, J. (1991). *Interviewer- und Befragtenverhalten. Theoretische Ansätze und methodische Konzepte*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2001). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Hans Huber.

Rupprecht, R. (1993). *Lebensqualität. Theoretische Konzepte und Ansätze zur Operationalisierung*. Inaugural-Dissertation in der Philosophischen Fakultät I der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Rust, H. (1983). *Inhaltsanalyse. Die Praxis der indirekten Interaktionsforschung in Psychologie und Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.

Sawyer, M. G., Whaites, L., Rey, J. M., Hazell, P. H., Graetz, B.W. & Baghurst, P. (2002). Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents With Mental Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41 (5), 530-537.

Schmeck, K. (1998). Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: K. Schmeck, F. Poustka & H. Katschnig (Hrsg.): *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (pp 195-208). Wien: Springer-Verlag.

Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg Verlag.

- Schölmerich, P.** (1990). Einführung. In: P. Schölmerich & G. Thews (Hrsg.): „*Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz, 9-11.* Stuttgart: Gustav Fischer.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E.** (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden.* Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R.-D. & Freyberger, H. J.** (2001). Selbstbeurteilungsverfahren. In: R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger: *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie.* Stuttgart: Georg Thieme.
- Stieglitz, R.-D., Ahrens, B. & Freyberger, H. J.** (2001). Fremdbeurteilungsverfahren. In: R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger: *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie.* Stuttgart: Georg Thieme.
- Tillmann, F.** (2006). Entwicklung und Überprüfung eines Auswertungsschemas zum teilstandardisierten Interview zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (Elternversion). Dissertation, Medizinische Fakultät der Philipps-Universität Marburg.
- Übersax, J. S.** (2001). Statistical methods für Rater Agreement (Internet). Verfügbar unter: <http://ourworld.compuserve.com/homepages/jsuebersax> (2001).
- Unnewehr, S., Schneider, S., & Margraf, J.** (1995). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS).* Berlin: Springer.
- Ware, J. E.** (1996). The SF-36 Health Survey. In: B. Spilker (Hrsg.): *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* Philadelphia, Lippincott-Raven, 337-346.
- WHO definition of Health** (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Wirtz, M. & Caspar, F.** (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystem und Ratingskalen.* Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Wittchen, H.-U., Freyberger, H.J. & Stieglitz, R.-D.** (2001). Interviews. In: R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger: *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie.* Stuttgart: Georg Thieme.
- Wittchen, H.-U., Unland, H. & Knäuper, B.** (1994). Interview. In: R.-D. Stieglitz & U. Baumann: *Psychodiagnostik psychischer Störungen, 107-125.* Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Wittkowski, J.** (1994). *Das Interview in der Psychologie. Interviewtechnik und Codierung von Interviewmaterial.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Göttingen: Hogrefe.

Wurst, E.; Herle, M., Fuiko, R., Hajszan, M., Kathouda, C., Kienboom, A. & Schubert, M. T. (2002). Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. Erste Erfahrungen mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30 (1), 21-28.

Zapf, W. (1972). Zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für Soziologie* 1.

Zapf, W., Breuer, S. & Hampel, J. (1987). *Individualisierung und Sicherheit*. München: C. H. Beck.

Zimbardo, P.G. & Gerrig, R.J. (2003). *Psychologie*. Berlin: Springer.

10 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

10.1 Abbildungen

Abbildung 2-1: Einflussfaktoren auf die Lebensqualität psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.....	21
Abbildung 2-2: Grundaspekte der Lebensqualität.....	35
Abbildung 2-3: Möglichkeiten der Antwortverzerrung im Interview	50
Abbildung 2-4: Informationsverarbeitung in einer Interviewsituation.....	54
Abbildung 2-5: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring (2003).....	72
Abbildung 2-6: Überblick über die verschiedenen Arten der Reliabilitätsdefinitionen	78
Abbildung 4-1: Einzelne Komponenten des Untersuchungsablaufes	85
Abbildung 4-2: Unterteilung der untersuchten Stichprobe.....	89
Abbildung 4-3: Geschlechterverteilung der Klinik- und Kontrollstichprobe.....	90
Abbildung 4-4: Erste Frage des ILK-Ratingbogens für Kinder und Jugendliche (1 Schule)	93
Abbildung 4-5: Zusätzlichen Fragen 8. und 9. für kind- bzw. jugendliche Patienten in Behandlung.....	94
Abbildung 4-6: Zusätzliche Fragen 10. und 11. für Eltern deren Kind in Behandlung ist	95
Abbildung 4-7: Ausschnitt aus dem ILK-Ratingbogen zur Frage der Zeitverteilung für Kinder und Jugendliche.....	96
Abbildung 4-8: Zusammenstellung des D-ILK-Leitfadens in Abhängigkeit des Antwortverhaltens auf dem ILK-Ratingbogen.....	99
Abbildung 4-9: Ausschnitt aus dem Auswertungsschema für Kinder, ILK-Item 5 Körperliche Gesundheit, Kategorien 1 Gesundheit, 2 Sport und 3 Aussehen.....	111
Abbildung 4-10: Ausschnitt aus dem Auswertungsschema für Kinder, ILK-Item 1 Schulische Anforderungen, Allgemein-/Restkategorien.....	114
Abbildung 5-1: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items 1 Schule.....	133

Abbildung 5-2: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items 2 Familie	137
Abbildung 5-3: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items 3 Andere Kinder	140
Abbildung 5-4: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items 4 Allein sein	143
Abbildung 5-5: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items 5 Körperliche Gesundheit	145
Abbildung 5-6: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items 6 Seelischer Zustand	148
Abbildung 5-7: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items 7 Insgesamtes Befinden	152
Abbildung 5-8: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Items 8 Belastung durch die Krankheit	155
Abbildung 5-9: Häufigkeiten der positiv und negativ gewerteten Aussagen der Kategorien des ILK-Item 9 Belastung durch die Behandlung	157

10.2 Tabellen

Tabelle 2-1: Dimensionen (Anzahl der Items) des SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)	27
Tabelle 2-2: Dimensionen (Anzahl der Items) des Nottingham-Health-Profile (NHP)	28
Tabelle 2-3: Dimensionen des Berliner Lebensqualitätsinterviews	30
Tabelle 2-4: Skalen des Fragebogensystem Lebensqualität Kinder- und Jugendpsychiatrie (LKJ)	31
Tabelle 2-5: Dimensionen und Items des Fragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Revidierte Form (KINDL-R)	33
Tabelle 2-6: Items des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)	38
Tabelle 2-7: Charakteristika verschieden strukturierter Interviewverfahren	44
Tabelle 2-8: Interviewverfahren in Abhängigkeit von Strukturiertheitsgrad und Stilmerkmal	48
Tabelle 2-9: Merkmale qualitativer versus quantitativer Inhaltsanalyse	68

Tabelle 4-1: Geschlechterverteilung der Klinik- und Kontrollstichprobe sowie Gesamtstichprobe	90
Tabelle 4-2: Achse I Diagnosen des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) (nach Remschmidt et al., 2001) der Klinikstichprobe	91
Tabelle 4-3: Dimensionen des ILK-Ratingbogens.....	93
Tabelle 4-4: Zusätzliche Dimensionen für Kinder und Jugendliche in Behandlung und deren Eltern	94
Tabelle 4-5: Fragenanzahl auf dem ILK-Ratingbogen in Abhängigkeit vom Befragten ..	95
Tabelle 4-6: Kategorien des ILK-Items 5 Körperliche Gesundheit.....	107
Tabelle 4-7: Der Kategorie 3 Aussehen zugeordnete Aussagen innerhalb des ILK-Items 5 Körperliche Gesundheit	107
Tabelle 4-8: Aussagenanzahl der einzelnen Kategorien der ILK-Items	109
Tabelle 4-9: Anzahl der Teilbereiche des Auswertungsschemas in Abhängigkeit des Probanden.....	112
Tabelle 4-10: Güte der Übereinstimmung nach Landis & Koch, 1977	119
Tabelle 5-1: Übersicht Kappa-Koeffizienten und Häufigkeiten der Kategorien der jeweiligen ILK-Items	129
Tabelle 5-2: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Item 1 Schule..	132
Tabelle 5-3: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 1 Schule	134
Tabelle 5-4: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Items 2 Familie	136
Tabelle 5-5: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 2 Familie.....	138
Tabelle 5-6: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Items 3 Andere Kinder	139
Tabelle 5-7: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 3 Andere Kinder.....	140
Tabelle 5-8: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Items 4 Allein sein.....	142
Tabelle 5-9: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 4 Allein sein	143
Tabelle 5-10: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Items 5 Körperliche Gesundheit	144
Tabelle 5-11: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 5 Körperliche Gesundheit.....	146
Tabelle 5-12: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Items 6 Seelischer Zustand.....	147
Tabelle 5-13: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 6 Seelischer Zustand	149

Tabelle 5-14: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeitenverteilung des ILK-Items 7 Insgesamtes Befinden	151
Tabelle 5-15: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 7 Insgesamtes Befinden.....	153
Tabelle 5-16: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeiten des ILK-Items 8 Belastung durch die Krankheit	154
Tabelle 5-17: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 8 Belastung durch die Krankheit.....	155
Tabelle 5-18: Kappa-Koeffizienten und Häufigkeiten des ILK-Items 9 Belastung durch Behandlung	156
Tabelle 5-19: Übereinstimmung der Kodierer ILK-Item 9 Belastung durch die Behandlung	158
Tabelle 5-20: Übersicht der Übereinstimmungs-Häufigkeiten der Rater und Anzahl nicht errechenbarer Kappa-Koeffizienten gegenüber der positiven und negativen Gesamt-Kategorienanzahl	159
Tabelle 5-21: Übersicht der Übereinstimmungs-Häufigkeiten der Rater und Anzahl nicht errechenbarer Kappa-Koeffizienten hinsichtlich der positiven und negativen Gesamt-Kategorienanzahl ohne Allgemein- und Restkategorien	160
Tabelle 5-22: Zusammenfassende Darstellung der ILK-Items mit itemspezifischer Kategorienanzahl sowie der Übereinstimmungs-Häufigkeiten dieser Kategorien unterteilt nach positiver und negativer Bewertung	161
Tabelle 5-23: Objektivierbarkeit von inhaltlichen Aspekten: Hohe versus geringe Objektivierbarkeit	163
Tabelle 5-24: Durchschnittswerte und Standardabweichungen der Positiv- und Negativ-Scores für die einzelnen ILK-Bereiche und Interrater-Übereinstimmungen für die Scores.....	165
Tabelle 5-25: Güte der Übereinstimmung nach Landis & Koch, 1977	166

11 Anhang

- 11.1. ILK-Ratingbogen Kinder/Jugendliche (Klinikversion)**
- 11.2. ILK-Ratingbogen Kinder/Jugendliche (Schulversion)**
- 11.3. Interviewleitfaden des D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews**
- 11.4. Abschlussbogen des D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews**
- 11.5 Exemplarischer Aussagenpool der D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews**
- 11.6. Auswertungsschema des D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews**
- 11.7. Instruktion zum Raten der Kinder- und Jugendlicheninterviews**
- 11.8. DVD mit Ausschnitten aus D-ILK-Kinder- und Elterninterviews**

11.1 ILK-Ratingbogen Kinder/Jugendliche (Klinikversion)

Dieser Anhang beinhaltet den ILK-Ratingbogen für die Kinder und Jugendlichen aus der Klinikstichprobe.

ILK-Jugendlichenbogen (Klinik)

Dein Name: _____

Heutiges Datum: _____

Wir haben die Bitte, dass du uns einige Fragen darüber beantwortest, wie du deine Situation einschätzt. Denke dabei **hauptsächlich an die letzte Woche** und kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

- | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| 1. Wie kommst du mit den schulischen Anforderungen zurecht ? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Wie ist deine Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern (Eltern, Geschwister) ? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. Wie kommst du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit aus ? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. Wie kannst du dich alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten) ? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 5. Wie schätzt du deine körperliche Gesundheit ein ? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. Wie schätzt du deinen „nervlichen“ und seelischen Zustand ein (Gefühle, Nerven, Laune) ? Bist du meistens gut drauf oder meistens nicht so gut drauf? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 7. Wenn du alle diese Fragen zusammenfasst: Wie geht es dir zur Zeit insgesamt ? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |

Zusatzfragen:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| 8. Wie stark fühlst du dich durch die Probleme (oder die Krankheit) , wegen denen du zu uns gekommen bist, beeinträchtigt oder belastet ? | überhaupt nicht belastet
<input type="checkbox"/> ₁ | wenig belastet
<input type="checkbox"/> ₂ | mäßig belastet
<input type="checkbox"/> ₃ | stark belastet
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr stark belastet
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 9. Wie stark fühlst du dich durch die Untersuchung oder Behandlung bei uns belastet oder beeinträchtigt? (<i>Beispiele:</i> Belastungen durch Termin(e) in unserer Praxis bzw. Klinik, durch stationären Aufenthalt, Medikamente usw.) | überhaupt nicht belastet
<input type="checkbox"/> ₁ | wenig belastet
<input type="checkbox"/> ₂ | mäßig belastet
<input type="checkbox"/> ₃ | stark belastet
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr stark belastet
<input type="checkbox"/> ₅ |

Bitte wenden !



Zeitverteilung:

Ein Tag hat 24 Stunden. Wie viele Stunden verbringst du pro Tag mit den folgenden Aktivitäten? Stelle dir bitte bei der Beantwortung der Fragen einen **ganz normalen Schultag (z.B. Montag oder Dienstag)** vor .

- ... beim **Schlafen** ca. Stunden
- ... in der **Schule** ca. Stunden
- ...bei den **Hausaufgaben** (alleine oder mit anderen) ca. Stunden
- ... mit den **Eltern und Geschwistern** (Essen, Unterhalten, Spielen etc.) ca. Stunden
- ... mit **Freunden** in der Freizeit (z.B. Spielen, in einem Verein, sonstige Aktivitäten mit Freunden, „Herumhängen“) ca. Stunden
- ... **alleine** (z.B. alleine im Zimmer, Spielen, Musik hören, am Computer, Fernsehen, Lesen, Hobbys nachgehen) ca. Stunden
- ... mit **der Freundin / dem Freund** in der Freizeit ca. Stunden
- ... an der **Arbeit, Nebenjob** (z. B. Zeitungen austragen) ca. Stunden

Möchtest du uns noch etwas mitteilen? Dann kannst du das hier machen:

Vielen Dank für deine Mitarbeit !



11.2 ILK-Ratingbogen Kinder/Jugendliche (Schulversion)

Folgender Anhang stellt den ILK-Ratingbogen für die Kinder und Jugendlichen der Kontrollstichprobe dar.

ILK-Jugendlichenbogen (Schule)

Bitte ankreuzen oder ausfüllen!

In welche Klasse gehst du? Klasse

Geschlecht weiblich männlich

Wie alt bist du? Jahre

Wir haben die Bitte, dass du uns einige Fragen darüber beantwortest, wie du deine Situation einschätzt. Denke dabei **hauptsächlich an die letzte Woche** und kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

- | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| 1. Wie kommst du mit den schulischen Anforderungen zurecht ? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Wie ist deine Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern (Eltern, Geschwistern) ? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. Wie kommst du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit aus ? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. Wie kannst du dich alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten) ? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 5. Wie schätzt du deine körperliche Gesundheit ein? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. Wie schätzt du deinen „nervlichen“ und seelischen Zustand ein (Gefühle, Nerven, Laune) ? Bist du meistens gut drauf oder meistens nicht so gut drauf? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 7. Wenn du nun alle diese Fragen zusammenfasst: Wie geht es dir zur Zeit insgesamt ? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |



Bitte wenden !**Zeitverteilung:**

Ein Tag hat 24 Stunden. Wie viele Stunden verbringst du pro Tag mit den folgenden Aktivitäten? Stelle dir bitte bei der Beantwortung der Fragen einen **ganz normalen Schultag (z.B. Montag oder Dienstag)** vor .

- ... beim **Schlafen** ca. Stunden
- ... in der **Schule** ca. Stunden
- ...bei den **Hausaufgaben** (alleine oder mit anderen) ca. Stunden
- ... mit den **Eltern und Geschwistern** (Essen, Unterhalten, Spielen usw.) ca. Stunden
- ... mit **Freunden** in der Freizeit (z.B. Spielen, in einem Verein, sonstige Aktivitäten mit Freunden, „Herumhängen“) ca. Stunden
- ... **alleine** (z.B. alleine im Zimmer, Spielen, Musik hören, am Computer, Fernsehen, Lesen, Hobbys nachgehen) ca. Stunden
- ... mit **der Freundin / dem Freund** in der Freizeit ca. Stunden
- ... an der **Arbeit, Nebenjob** (z. B. Zeitungen austragen) ca. Stunden

Möchtest du uns noch etwas mitteilen? Dann kannst du das hier machen:

Vielen Dank für deine Mitarbeit !



11.3 Interviewleitfaden des D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews

Im folgenden Anhang befindet sich der komplette Interviewleitfaden für das D-ILK mit Kindern und Jugendlichen. Dabei finden sich zu jedem ILK-Bereich drei Versionen des D-ILK, orientiert an den Antwortvorgaben auf dem ILK-Ratingbogen.

Zu Beginn dokumentiert ein Deckblatt Datum, Anfangs- und Endzeit des Interviews und den Namen des Interviewers.

ILK – Interview – Jugendlicher

Erstaufnahme/Wiederkommer

Beginn des Interviews:

Ende des Interviews:

Datum:

Interviewer:

Anmerkung: Das Interview darf maximal 1,5 Stunden dauern!!!

Ich würde jetzt gerne mit Dir noch über den Fragebogen sprechen, den Du gerade ausgefüllt hast. Unser Gespräch möchte ich, damit ich nicht alles mitschreiben muß, mit dem Kassettenrecorder (mit der Videokamera) aufnehmen.

Frage 1 (Wie kommst Du mit den schulischen Anforderungen zurecht?)**Bei Ankreuzung von „sehr schlecht“ bzw. „eher schlecht“ (in Klammern)**

1.1 Hier hast Du also „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. An was denkst Du denn, wenn Du sagst „sehr schlecht“ („eher schlecht“)?

1.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

1.3 Gibt es für Dich im Bereich schulischer Anforderungen denn noch mehr Dinge, mit denen Du eher schlecht zurechtkommst?

1.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

1.5 Waren das jetzt alle Dinge, mit denen Du im schulischen Bereich eher schlecht zurechtkommst, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

1.6 Fällt Dir dazu auch ein Beispiel ein?

1.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die eher schlecht sind. Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur schlechte Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten. Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es schulische Anforderungen, mit denen Du doch eher gut zurechtkommst?

1.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

1.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, womit Du bei den schulischen Anforderungen gut zurechtkommst?

1.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

1.11 Waren das jetzt alle Dinge, mit denen Du im schulischen Bereich eher gut zurechtkommst, oder fällt Dir noch etwas dazu ein ? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

1.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Schule)

1.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, mit denen Du bei den schulischen Anforderungen gut oder nicht so gut zurechtkommst. Ich habe jetzt noch ein paar Fragen zum Thema „Schule“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an die schulischen Anforderungen?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum – gar nicht

1.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was an der Schule das Allerbeste ist (ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergeilteste an der Schule ist), was würdest Du denn da antworten?

1.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste an der Schule?

1.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an der Schule?

1.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 1 (Wie kommst Du mit den schulischen Anforderungen zurecht?)**Bei Ankreuzung von „sehr gut“ bzw. „eher gut“ (in Klammern)**

1.1 Hier hast Du also „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. An was denkst Du, wenn Du sagst „sehr gut“ („eher gut“)?

1.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

1.3 Gibt es für Dich im Bereich schulischer Anforderungen denn noch mehr Dinge, mit denen Du eher gut zurechtkommst?

1.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

1.5 Waren das jetzt alle Dinge, mit denen Du im schulischen Bereich eher gut zurechtkommst, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

1.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

1.7 So, jetzt haben wir alle Sachen besprochen, die eher gut sind. Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur gute Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten. Überlege jetzt bitte einmal, mit welchen schulischen Anforderungen Du eher nicht so gut zurechtkommst?

1.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

1.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, womit Du bei den schulischen Anforderungen eher schlecht zurechtkommst?

1.6 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

1.6 Waren das jetzt alle Dinge, mit denen Du im schulischen Bereich nicht so gut zurechtkommst, oder fällt Dir noch was dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen !

1.6 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Schule)

1.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, mit denen Du bei den schulischen Anforderungen gut oder nicht so gut zurechtkommst. Ich habe jetzt noch ein paar Fragen zum Thema „Schule“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an die schulischen Anforderungen?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum – gar nicht

1.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was an der Schule das Allerbeste ist (ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergeilste an der Schule ist), was würdest Du denn da antworten?

1.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste an der Schule?

1.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an der Schule?

1.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 1 (Wie kommst Du mit den schulischen Anforderungen zurecht?)**Bei Ankreuzung von „teils, teils“**

- 1.1 Hier hast Du also „teils, teils“ angekreuzt. Dabei hast Du bestimmt daran gedacht, daß die meisten Dinge im Leben sowohl positive als auch negative Seiten haben. Ich möchte jetzt gerne von Dir wissen, mit welchen schulischen Anforderungen Du eher gut und mit welchen Du eher schlecht zurechtkommst. Mit welchen möchtest Du beginnen?

[Okay fangen wir mit den positiven (negativen) an!]

Mit welchen schulischen Anforderungen kommst Du denn eher gut (eher schlecht) zurecht?

- 1.2 Kannst Du mir das kurz erklären oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?
-

- 1.3 Gibt es denn noch mehr Dinge bei den schulischen Anforderungen, mit denen Du eher gut (eher schlecht) zurechtkommst?
-

- 1.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?
-

- 1.5 Waren das jetzt alle Dinge, mit denen Du im schulischen Bereich eher gut (eher schlecht) zurecht kommst, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!
-

- 1.6 Fällt Dir dazu auch ein Beispiel ein?
-

- 1.7 Dann kommen wir jetzt zu den negativen (positiven)! Mit welchen schulischen Anforderungen kommst Du denn eher schlecht (eher gut) zurecht?
-

- 1.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?
-

- 1.9 Gibt es denn noch mehr Dinge, mit denen Du bei den schulischen Anforderungen eher schlecht (eher gut) zurechtkommst?
-

1.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

1.11 Waren das jetzt alle Dinge, mit denen Du im schulischen Bereich eher schlecht (eher gut) zurecht-kommst, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

1.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Schule)

1.6 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, mit denen Du bei den schulischen Anforderungen gut oder nicht so gut zurechtkommst. Ich habe jetzt noch ein paar Fragen zum Thema „Schule“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an die schulischen Anforderungen?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum – gar nicht

1.6 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was an der Schule das Allerbeste ist (*ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergeilteste an der Schule ist*), was würdest Du denn da antworten?

1.6 Und was ist für Dich das Allerschlimmste an der Schule?

1.6 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an der Schule?

1.6 Und warum ist für Dichdas Wichtigste?

**Frage 2 (Wie ist Deine Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern
[Eltern, Geschwister] ?)**

Bei Ankreuzung von „sehr schlecht“ bzw. „eher schlecht“ (in Klammern)

2.1 Hier hast Du also „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. An was denkst Du denn, wenn Du sagst „sehr schlecht“ („eher schlecht“)?

2.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären oder ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

2.3 Gibt es für Dich bezüglich Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern denn noch mehr Dinge, die eher schlecht sind?

2.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

2.5 Waren das jetzt alle Dinge, die für Dich in Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher schlecht sind, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

2.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

2.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die eher schlecht sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur schlechte Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es Dinge in Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern, die für Dich doch eher gut sind?

2.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

2.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, was Du bei Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitglieder gut findest?

2.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

2.11 Waren das jetzt alle Dinge, die in Deiner Beziehung zu anderen Familienmitgliedern eher gut sind, oder fällt Dir noch etwas dazu ein ? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

2.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Familie)

2.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, die für Dich bezüglich Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher gut oder eher nicht so gut sind. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „Familie“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an Deine Beziehung zu anderen Familienmitglieder (Eltern, Geschwister)?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

2.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste an der Beziehung zu Deinen anderen Familienmitgliedern ist (*ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergeilste an Deiner Familie ist*), was würdest Du denn da antworten?

2.15 Und was ist das Allerschlimmste an deiner Familie?

2.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deiner Familie?

2.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

**Frage 2 (Wie ist Deine Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern
[Eltern, Geschwister] ?)**

Bei Ankreuzung von „sehr gut“ bzw. „eher gut“ (in Klammern)

- 2.1 Hier hast Du also „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. An was denkst Du, wenn Du sagst „sehr gut“ („eher gut“)?
-
- 2.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?
-
- 2.3 Gibt es für Dich in Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern denn noch mehr Dinge, die eher gut sind?
-
- 2.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?
-
- 2.5 Waren das jetzt alle Dinge, die in Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher gut sind , oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!
-
- 2.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?
-
- 2.7 So, jetzt haben wir alle Sachen besprochen, die eher gut sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur gute Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege jetzt bitte einmal, gibt es Dinge in Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern, die für Dich doch eher nicht so gut sind?
-
- 2.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?
-
- 2.9 Aha, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, was Du bei Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern nicht so gut findest?
-

2.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

2.11 Waren das jetzt alle Dinge, die in Deiner Beziehung zu anderen Familienmitgliedern eher nicht so gut sind , oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen !

2.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Familie)

2.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, die für Dich bezüglich Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher gut oder eher nicht so gut sind. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „Familie“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an Deine Beziehung zu anderen Familienmitglieder (Eltern, Geschwister)?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

2.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste an der Beziehung zu Deinen anderen Familienmitgliedern ist (*ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergeilste an Deiner Familie ist*), was würdest Du denn da antworten?

2.15 Und was ist das Allerschlimmste an deiner Familie?

2.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deiner Familie?

2.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

**Frage 2 (Wie ist Deine Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern
[Eltern, Geschwister] ?)**

Bei Ankreuzung von „teils, teils“

- 2.1 Hier hast Du also „teils, teils“ angekreuzt. *Dabei hast Du bestimmt daran gedacht, daß die meisten Dinge im Leben sowohl positive als auch negative Seiten haben.* Ich möchte jetzt gerne von Dir wissen, was für Dich bezüglich Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher gut und was für Dich eher schlecht ist. Mit welchen möchtest Du beginnen?
[Okay fangen wir mit den positiven (negativen) an!]
Was ist denn für Dich an Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher gut (eher schlecht)?
-
- 2.2 Kannst Du mir das kurz erklären oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?
-
- 2.3 Gibt es denn noch mehr Dinge, die in Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher gut (eher schlecht) sind?
-
- 2.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?
-
- 2.5 Waren das jetzt alle Dinge, die in Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher gut (eher schlecht) sind? Oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!
-
- 2.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?
-
- 2.7 Dann kommen wir jetzt zu den negativen (positiven)! Was ist denn für Dich an Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher schlecht (eher gut)?
-
- 2.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?
-
- 2.9 Gibt es denn noch mehr Dinge, die in Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher schlecht (eher gut) sind?
-

2.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

2.11 Waren das jetzt alle Dinge, die für Dich bezüglich Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher schlecht (eher gut) sind, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

2.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Familie)

2.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, die für Dich bezüglich Deiner Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern eher gut oder eher nicht so gut sind. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „Familie“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an Deine Beziehung zu anderen Familienmitglieder (Eltern, Geschwister)?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

2.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste an der Beziehung zu Deinen anderen Familienmitgliedern ist (*ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergeilste an Deiner Familie ist*), was würdest Du denn da antworten?

2.15 Und was ist das Allerschlimmste an deiner Familie?

2.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deiner Familie?

2.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 3 (Wie kommst Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit aus?)**Bei Ankreuzung von „sehr schlecht“ bzw. „eher schlecht“ (in Klammern)**

3.1 Hier hast Du also „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. An was denkst Du denn, wenn Du sagst „sehr schlecht“ („eher schlecht“)?

3.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

3.3 Gibt es für Dich denn noch mehr Situationen, wo Du sagst, daß Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher schlecht auskommst?

3.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

3.5 Waren das jetzt alle Situationen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher schlecht auskommst, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

3.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

3.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die eher schlecht sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur schlechte Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es Situationen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit doch eher gut auskommst?

3.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

3.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, womit Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit gut zurechtkommst?

3.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

3.11 Waren das jetzt alle Situationen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher gut auskommst, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

3.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (andere Jugendliche)

3.13 So, jetzt haben wir über all die Situationen gesprochen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit gut oder nicht so gut auskommst. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „Jugendliche in der Freizeit“ (Freunde, Kumpels, Clique...):

Sag mal, wie oft denkst Du denn an das Zusammensein mit anderen Jugendlichen in der Freizeit?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

3.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was denn beim Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit das Allerbeste ist (*ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergeilste an Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit ist*), was würdest Du denn da antworten?

3.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste beim Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit?

3.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten am Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit?

3.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 3 (Wie kommst Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit aus?)

Bei Ankreuzung von „sehr gut“ bzw. „eher gut“ (in Klammern)

3.1 Hier hast Du also „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. An was denkst Du, wenn Du sagst „sehr gut“ („eher gut“)?

3.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

3.3 Gibt es für Dich noch mehr Situationen, wo Du sagst, daß Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher gut auskommst?

3.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

3.5 Waren das jetzt alle Situationen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher gut auskommst, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

3.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein ?

3.7 So, jetzt haben wir alle Sachen besprochen, die eher gut sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur gute Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege jetzt bitte einmal, gibt es Situationen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher nicht so gut auskommst?

3.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

3.9 Aha, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, womit Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher schlecht zurechtkommst?

3.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

3.11 Waren das jetzt alle Situationen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit nicht so gut auskommst, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen !

3.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (andere Jugendliche)

3.13 So, jetzt haben wir über all die Situationen gesprochen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit gut oder nicht so gut auskommst. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „Jugendliche in der Freizeit“ (Freunde, Kumpels, Clique...):

Sag mal, wie oft denkst Du denn an das Zusammensein mit anderen Jugendlichen in der Freizeit?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

3.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was denn beim Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit das Allerbeste ist (*ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergerneiste an Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit ist*), was würdest Du denn da antworten?

3.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste beim Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit?

3.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten am Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit?

3.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 3 (Wie kommst Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit aus?)**Bei Ankreuzung von „teils, teils“**

3.1 Hier hast Du also „teils, teils“ angekreuzt. *Dabei hast Du bestimmt daran gedacht, daß die meisten Dinge im Leben sowohl positive als auch negative Seiten haben.* Ich möchte jetzt gerne von Dir wissen, in welchen Situationen Du eher gut mit anderen Jugendlichen in der Freizeit auskommst und in welchen Du eher schlecht auskommst. Mit welchen möchtest Du beginnen?
[Okay fangen wir mit den positiven (negativen) an!]
In welchen Situationen kommst Du denn mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher gut (eher schlecht) aus?

3.2 Kannst Du mir das kurz erklären oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

3.3 Gibt es denn noch mehr Situationen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher gut (eher schlecht) auskommst?

3.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

3.5 Waren das jetzt alle Situationen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher gut (eher schlecht) auskommst, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

3.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

3.7 Dann kommen wir jetzt zu den negativen (positiven)! In welchen Situationen kommst Du denn mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher schlecht (eher gut) aus?

3.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

3.9 Gibt es denn noch mehr Situationen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher schlecht (eher gut) auskommst?

3.10 Kannst Du mir auch dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

3.11 Waren das jetzt alle Situationen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit eher schlecht (eher gut) auskommst, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

3.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (andere Jugendliche)

3.13 So, jetzt haben wir über all die Situationen gesprochen, in denen Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit gut oder nicht so gut auskommst. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „Jugendliche in der Freizeit“ (Freunde, Kumpels, Clique...):

Sag mal, wie oft denkst Du denn an das Zusammensein mit anderen Jugendlichen in der Freizeit?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

3.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was denn beim Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit das Allerbeste ist (*ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergeilste an Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit ist*), was würdest Du denn da antworten?

3.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste beim Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit?

3.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten am Treffen mit anderen Jugendlichen in der Freizeit?

3.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 4 (Wie schaffst Du es Dich alleine zu beschäftigen [Spielen, Interessen, Aktivitäten] ?)

Bei Ankreuzung von „sehr schlecht“ bzw. „eher schlecht“ (in Klammern)

4.1 Hier hast Du also „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. An was denkst Du denn, wenn Du sagst „sehr schlecht“ („eher schlecht“)?

4.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären. Oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

4.3 Gibt es für Dich noch mehr Situationen, in denen Du es nicht so gut schaffst, Dich alleine zu beschäftigen?

4.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

4.5 Waren das jetzt alle Dinge, mit denen Du, wenn Du alleine bist eher schlecht zurechtkommst, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

4.6 Fällt Dir dazu auch ein Beispiel ein?

4.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die eher schlecht sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur schlechte Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es Situationen, in denen Du es gut schaffst, Dich alleine zu beschäftigen?

4.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

4.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, womit Du gut zurechtkommst, wenn Du alleine bist?

4.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

4.11 Waren das jetzt alle Situationen, in denen Du es eher gut schaffst, Dich alleine zu beschäftigen, oder fällt Dir noch etwas dazu ein ? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

4.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Alleinsein)

4.13 So, jetzt haben wir über all die Situationen gesprochen, in denen Du es gut oder nicht so gut schaffst Dich alleine zu beschäftigen. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „Alleinsein“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an die Zeit, in der Du alleine bist?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

4.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste am Alleinsein ist (*ich glaube ihr würdet sagen, was das Allerbeste am Alleinsein ist*), was würdest Du denn da antworten?

4.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste am Alleinsein?

4.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten am Alleinsein?

4.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 4 (Wie schaffst Du es Dich alleine zu beschäftigen [Spielen, Interessen, Aktivitäten] ?)

Bei Ankreuzung von „sehr gut“ bzw. „eher gut“ (in Klammern)

- 4.1 Hier hast Du also „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. An was denkst Du, wenn Du sagst „sehr gut“ („eher gut“)?
-
- 4.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?
-
- 4.3 Gibt es für Dich noch mehr Situationen, in denen Du es eher gut schaffst, Dich alleine zu beschäftigen?
-
- 4.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?
-
- 4.5 Waren das jetzt alle Dinge, mit denen Du, wenn Du alleine bist, gut zurechtkommst, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!
-
- 4.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?
-
- 4.7 So, jetzt haben wir alle Sachen besprochen, die eher gut sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur gute Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege jetzt bitte einmal, gibt es Situationen, in denen Du es nicht so gut schaffst, Dich alleine zu beschäftigen ?
-
- 4.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?
-
- 4.9 Aha, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, womit Du eher schlecht zurechtkommst, wenn Du alleine bist?
-

4.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

4.11 Waren das jetzt alle Situationen, in denen Du es eher nicht so gut schaffst, Dich alleine zu beschäftigen, oder fällt Dir noch etwas dazu ein ? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

4.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Alleinsein)

4.13 So, jetzt haben wir über all die Situationen gesprochen, in denen Du es gut oder nicht so gut schaffst Dich alleine zu beschäftigen. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „Alleinsein“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an die Zeit, in der Du alleine bist?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

4.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste am Alleinsein ist (*ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergerieste am Alleinsein ist*), was würdest Du denn da antworten?

4.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste am Alleinsein?

4.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten am Alleinsein?

4.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 4 (Wie schaffst Du es Dich alleine zu beschäftigen [Spielen, Interessen, Aktivitäten] ?)

Bei Ankreuzung von „teils, teils“

4.1 *Hier hast Du also „teils, teils“ angekreuzt. Dabei hast Du bestimmt daran gedacht, daß die meisten Dinge im Leben sowohl positive als auch negative Seiten haben. Ich möchte jetzt gerne von Dir wissen , in welchen Situationen Du es eher gut schaffst Dich alleine zu beschäftigen und in welchen Dir dies eher schlecht gelingt. Mit welchen möchtest Du beginnen?*
[Okay fangen wir mit den positiven (negativen) an!]
In welchen Situationen schaffst Du es denn eher gut (eher schlecht) Dich alleine zu beschäftigen?

4.2 Kannst Du mir das kurz erklären oder mir ein Beispiel dafür nennen?

4.3 Gibt es denn noch mehr Situationen, in denen Du eher gut (eher schlecht) alleine zurechtkommst?

4.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

4.5 Waren das jetzt alle Situationen, in denen Du eher gut (eher schlecht) alleine zurechtkommst, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

4.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

4.7 Dann kommen wir jetzt zu den negativen (positiven)!
In welchen Situationen schaffst Du es denn eher schlecht (eher gut) Dich alleine zu beschäftigen?

4.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

4.9 Gibt es denn noch mehr Situationen, in denen Du eher schlecht (eher gut) alleine zurechtkommst?

4.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

4.11 Waren das jetzt alle Situationen, in denen Du eher schlecht (eher gut) alleine zurecht kommst, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

4.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Alleinsein)

4.13 So, jetzt haben wir über all die Situationen gesprochen, in denen Du es gut oder nicht so gut schaffst Dich alleine zu beschäftigen. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „Alleinsein“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an die Zeit, in der Du alleine bist?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

4.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste am Alleinsein ist (*ich glaube ihr würdet sagen, was das Allergerneiste am Alleinsein ist*), was würdest Du denn da antworten?

4.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste am Alleinsein?

4.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten am Alleinsein?

4.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 5 (Wie schätzt Du Deine körperliche Gesundheit ein ?)**Bei Ankreuzung von „sehr schlecht“ bzw. „eher schlecht“ (in Klammern)**

5.1 Hier hast Du also „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. An was denkst Du denn, wenn Du sagst „sehr schlecht“ („eher schlecht“)?

5.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

5.3 Gibt es für Dich noch mehr Dinge, wegen denen Du Deine körperliche Gesundheit nicht so gut einschätzt?

5.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

5.5 Waren das jetzt alle Dinge, wegen denen Du Deine körperliche Gesundheit eher schlecht einschätzt, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

5.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

5.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die eher schlecht sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur schlechte Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es etwas, was an Deiner körperliche Gesundheit doch eher gut ist?

5.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

5.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, was an Deiner körperlichen Gesundheit gut ist?

5.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

5.11 Waren das jetzt alle Dinge, die an Deiner körperliche Gesundheit doch eher gut sind, oder fällt Dir noch etwas dazu ein ? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

5.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Körperliche Gesundheit)

5.13 So, jetzt haben wir über all die Dinge gesprochen, wegen denen Du Deine körperliche Gesundheit gut oder nicht so gut einschätzt. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „körperliche Gesundheit“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an Deine körperliche Gesundheit?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

5.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was an Deiner körperlichen Gesundheit das Allerbeste ist, was würdest Du denn da antworten?

5.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste an Deiner körperlichen Gesundheit?

5.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deiner körperlicher Gesundheit?

5.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 5 (Wie schätzt Du Deine körperliche Gesundheit ein ?)**Bei Ankreuzung von „sehr gut“ bzw. „eher gut“ (in Klammern)**

- 5.1 Hier hast Du also „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. An was denkst Du, wenn Du sagst „sehr gut“ („eher gut“)?
-
- 5.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?
-
- 5.3 Gibt es für Dich noch mehr Dinge, wegen denen Du Deine körperliche Gesundheit eher gut einschätzt?
-
- 5.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?
-
- 5.5 Waren das jetzt alle Dinge, wegen denen Du Deine körperliche Gesundheit eher gut einschätzt, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!
-
- 5.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?
-
- 5.7 So, jetzt haben wir alle Sachen besprochen, die eher gut sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur gute Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es etwas, was an Deiner körperlichen Gesundheit doch eher nicht so gut ist?
-
- 5.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?
-
- 5.9 Aha, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, was an Deiner körperlichen Gesundheit eher schlecht ist?
-

5.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

5.11 Waren das jetzt alle Dinge, die an Deiner körperlichen Gesundheit eher nicht so gut sind, oder fällt Dir noch etwas dazu ein ? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

5.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Körperliche Gesundheit)

5.13 So, jetzt haben wir über all die Dinge gesprochen, wegen denen Du Deine körperliche Gesundheit gut oder nicht so gut einschätzt. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „körperliche Gesundheit“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an Deine körperliche Gesundheit?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

5.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was an Deiner körperlichen Gesundheit das Allerbeste ist, was würdest Du denn da antworten?

5.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste an Deiner körperlichen Gesundheit?

5.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deiner körperlichen Gesundheit?

5.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 5 (Wie schätzt Du Deine körperliche Gesundheit ein ?)**Bei Ankreuzung von „teils, teils“**

- 5.1 Hier hast Du also „teils, teils“ angekreuzt. *Dabei hast Du bestimmt daran gedacht, daß die meisten Dinge im Leben sowohl positive als auch negative Seiten haben.* Ich möchte jetzt gerne von Dir wissen, was für dich an Deiner körperlichen Gesundheit eher gut und was eher schlecht ist. Womit möchtest Du beginnen?

[Okay fangen wir mit den positiven (negativen) an!]

Wegen welchen Dingen schätzt Du Deine körperliche Gesundheit eher gut (eher schlecht) ein?

- 5.2 Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?
-

- 5.3 Gibt es denn noch mehr Dinge, wegen denen Du Deine körperliche Gesundheit eher gut (eher schlecht) einschätzt?
-

- 5.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?
-

- 5.5 Waren das jetzt alle Dinge, wegen denen Du Deine körperliche Gesundheit eher gut (eher schlecht) einschätzt, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!
-

- 5.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?
-

- 5.7 Dann kommen wir jetzt zu den negativen (positiven)!
Wegen welchen Dingen schätzt Du Deine körperliche Gesundheit eher schlecht (eher gut) ein?
-

- 5.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?
-

- 5.9 Gibt es denn noch mehr Dinge, wegen denen Du Deine körperliche Gesundheit eher schlecht (eher gut) einschätzt?
-

5.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

5.11 Waren das jetzt alle Dinge, wegen denen Du Deine körperliche Gesundheit eher schlecht (eher gut) einschätzt, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

5.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Körperliche Gesundheit)

5.13 So, jetzt haben wir über all die Dinge gesprochen, wegen denen Du Deine körperliche Gesundheit gut oder nicht so gut einschätzt. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „körperliche Gesundheit“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an Deine körperliche Gesundheit?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

5.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was an Deiner körperlichen Gesundheit das Allerbeste ist, was würdest Du denn da antworten?

5.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste an Deiner körperlichen Gesundheit?

5.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deiner körperlicher Gesundheit?

5.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 6 (Wie schätzt Du Deinen seelischen Zustand ein ?)**Bei Ankreuzung von „sehr schlecht“ bzw. „eher schlecht“ (in Klammern)**

6.1 Hier hast Du also „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. An was denkst Du denn, wenn Du sagst „sehr schlecht“ („eher schlecht“)?

6.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

6.3 Gibt es für Dich noch mehr Dinge, wegen denen Du Deinen seelischen Zustand nicht so gut einschätzt?

6.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

6.5 Waren das jetzt alle Dinge, wegen denen Du Deinen seelischen Zustand eher schlecht einschätzt, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

6.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

6.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die eher schlecht sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur schlechte Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es etwas, was an Deinem seelischen Zustand doch eher gut ist?

6.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

6.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, was an Deinem seelischen Zustand gut ist?

6.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

6.11 Waren das jetzt alle Dinge, die an Deinem seelischen Zustand doch eher gut sind, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

6.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Seelischer Zustand)

6.13 So, jetzt haben wir über all die Dinge gesprochen, wegen denen Du Deinen seelischen Zustand gut oder nicht so gut einschätzt. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „seelischer Zustand“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an Deinen seelischen Zustand?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

6.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was an Deinem seelischen Zustand das Allerbeste ist, was würdest Du denn da antworten?

6.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste an Deinem seelischen Zustand?

6.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deinem seelischen Zustand?

6.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 6 (Wie schätzt Du Deinen seelischen Zustand ein ?)**Bei Ankreuzung von „sehr gut“ bzw. „eher gut“ (in Klammern)**

6.1 Hier hast Du also „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. An was denkst Du, wenn Du sagst „sehr gut“ („eher gut“)?

6.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

6.3 Gibt es für Dich noch mehr Dinge, wegen denen Du Deinen seelischen Zustand eher gut einschätzt?

6.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

6.5 Waren das jetzt alle Dinge, wegen denen Du Deinen seelischen Zustand eher gut einschätzt, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

6.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

6.7 So, jetzt haben wir alle Sachen besprochen, die eher gut sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur gute Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es etwas, was an Deinem seelischen Zustand doch eher nicht so gut ist?

6.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

6.9 Aha, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, was an Deinem seelischen Zustand eher schlecht ist?

6.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

6.11 Waren das jetzt alle Dinge, die an Deinem seelischen Zustand eher nicht so gut sind, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

6.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Seelischer Zustand)

6.13 So, jetzt haben wir über all die Dinge gesprochen, wegen denen Du Deinen seelischen Zustand gut oder nicht so gut einschätzt. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „seelischer Zustand“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an Deinen seelischen Zustand?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

6.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was an Deinem seelischen Zustand das Allerbesten ist, was würdest Du denn da antworten?

6.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste an Deinem seelischen Zustand?

6.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deinem seelischen Zustand?

6.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 6 (Wie schätzt Du Deinen seelischen Zustand ein ?)**Bei Ankreuzung von „teils, teils“**

6.1 Hier hast Du also „teils, teils“ angekreuzt. *Dabei hast Du bestimmt daran gedacht, daß die meisten Dinge im Leben sowohl positive als auch negative Seiten haben.* Ich möchte jetzt gerne von Dir wissen, was für dich an Deinem seelischen Zustand eher gut und was eher schlecht ist. Womit möchtest Du beginnen?
[Okay fangen wir mit den positiven (negativen) an!]
Wegen welchen Dingen schätzt Du Deinen seelischen Zustand eher gut (eher schlecht) ein?

6.2 Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

6.3 Gibt es denn noch mehr Dinge, wegen denen Du Deinen seelischen Zustand eher gut (eher schlecht) einschätzt?

6.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

6.5 Waren das jetzt alle Dinge, wegen denen Du Deinen seelischen Zustand eher gut (eher schlecht) einschätzt, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

6.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

6.7 Dann kommen wir jetzt zu den negativen (positiven)!
Wegen welchen Dingen schätzt Du Deinen seelischen Zustand eher schlecht (eher gut) ein?

6.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

6.9 Gibt es denn noch mehr Dinge, wegen denen Du Deinen seelischen Zustand eher schlecht (eher gut) einschätzt?

6.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

6.11 Waren das jetzt alle Dinge, wegen denen Du Deinen seelischen Zustand eher schlecht (eher gut) einschätzt, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

6.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Seelischer Zustand)

6.13 So, jetzt haben wir über all die Dinge gesprochen, wegen denen Du Deinen seelischen Zustand gut oder nicht so gut einschätzt. Ich habe aber noch ein paar Fragen zum Thema „seelischer Zustand“:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an Deinen seelischen Zustand?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

6.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was an Deinem seelischen Zustand das Allerbeste ist, was würdest Du denn da antworten?

6.15 Und was ist für Dich das Allerschlimmste an Deinem seelischen Zustand?

6.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deinem seelischen Zustand?

6.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 7 (Wie geht es Dir zur Zeit insgesamt?)**Bei Ankreuzung von „sehr schlecht“ bzw. „eher schlecht“ (in Klammern)**

7.1 Hier hast Du also „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. An was denkst Du denn, wenn Du sagst „sehr schlecht“ („eher schlecht“)?

7.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr schlecht“ („eher schlecht“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

7.3 Gibt es für dich denn noch mehr Dinge, weswegen es Dir insgesamt eher schlecht geht?

7.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

7.5 Waren das jetzt alle Dinge, weswegen es Dir insgesamt eher schlecht geht, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

7.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

7.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die eher schlecht sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur schlechte Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es auch Dinge, weswegen es Dir insgesamt doch eher gut geht?

7.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

7.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, weswegen es Dir insgesamt doch gut geht?

7.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

7.11 Waren das jetzt alle Dinge, weswegen es Dir insgesamt eher gut geht, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

7.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben

Zusätzliche Fragen (Insgesamtes Befinden)

7.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, wegen denen es Dir insgesamt gut oder nicht so gut geht. Ich habe aber noch ein paar Fragen dazu:

Sag mal, wie oft denkst Du daran, wie es Dir insgesamt so geht?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

7.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste daran ist, wie es Dir insgesamt geht, was würdest Du denn da antworten?

7.15 Und was ist das Allerschlimmste daran, wie es Dir insgesamt geht?

7.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten daran, wie es Dir zur Zeit insgesamt geht?

7.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 7 (Wie geht es Dir zur Zeit insgesamt?)**Bei Ankreuzung von „sehr gut“ bzw. „eher gut“ (in Klammern)**

- 7.1 Hier hast Du also „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. An was denkst Du, wenn Du sagst „sehr gut“ („eher gut“)?
-
- 7.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr gut“ („eher gut“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?
-
- 7.3 Gibt es für Dich denn noch mehr Dinge, weswegen es Dir insgesamt eher gut geht?
-
- 7.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?
-
- 7.5 Waren das jetzt alle Dinge, weswegen es Dir insgesamt eher gut geht, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!
-
- 7.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?
-
- 7.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die eher gut sind. *Wie Du aber sicher weißt, hat eine Sache nicht immer nur gute Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl positive als auch negative Seiten.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es auch Dinge, weswegen es Dir insgesamt eher nicht so gut geht?
-
- 7.8 Kannst Du mir ein aktuelles Beispiel nennen?
-
- 7.9 Aha, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, weswegen es Dir insgesamt nicht so gut geht?
-

7.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

7.11 Waren das jetzt alle Dinge, weswegen es Dir insgesamt eher nicht so gut geht, oder fällt Dir noch etwas dazu ein ? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

7.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Insgesamtes Befinden)

7.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, wegen denen es Dir insgesamt gut oder nicht so gut geht. Ich habe aber noch ein paar Fragen dazu:

Sag mal, wie oft denkst Du daran, wie es Dir insgesamt so geht?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

7.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste daran ist, wie es Dir insgesamt geht, was würdest Du denn da antworten?

7.15 Und was ist das Allerschlimmste daran, wie es Dir insgesamt geht?

7.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten daran, wie es Dir zur Zeit insgesamt geht?

7.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 7 (Wie geht es Dir zur Zeit insgesamt?)**Bei Ankreuzung von „teils, teils“**

7.1 Hier hast Du also „teils, teils“ angekreuzt. *Dabei hast Du bestimmt daran gedacht, daß die meisten Dinge im Leben sowohl positive als auch negative Seiten haben.* Ich möchte jetzt gerne von Dir wissen, weswegen es Dir insgesamt eher gut bzw. eher schlecht geht. Mit welchen möchtest Du beginnen? [Okay fangen wir mit den positiven (negativen) an!]
Womit/wobei geht es Dir denn insgesamt eher gut (eher schlecht)?

7.2 Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

7.3 Gibt es denn noch mehr Dinge, weswegen es Dir insgesamt eher gut (eher schlecht) geht?

7.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

7.5 Waren das jetzt alle Dinge, bei denen es Dir insgesamt eher gut (eher schlecht) geht, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

7.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

7.7 Dann kommen wir jetzt zu den negativen (positiven)!
Womit/wobei geht es Dir denn insgesamt eher schlecht (eher gut)?

7.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

7.9 Gibt es denn noch mehr Dinge, weswegen es Dir insgesamt eher schlecht (eher gut) geht?

7.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

7.11 Waren das jetzt alle Dinge, bei denen es Dir insgesamt eher schlecht (eher gut) geht, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

7.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Insgesamtes Befinden)

7.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, wegen denen es Dir insgesamt gut oder nicht so gut geht. Ich habe aber noch ein paar Fragen dazu:

Sag mal, wie oft denkst Du daran, wie es Dir insgesamt so geht?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

7.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste daran ist, wie es Dir insgesamt geht, was würdest Du denn da antworten?

7.15 Und was ist das Allerschlimmste daran, wie es Dir insgesamt geht?

7.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten daran, wie es Dir zur Zeit insgesamt geht?

7.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 8 (Wie stark fühlst Du Dich Durch die Probleme (bzw. die Krankheit), wegen denen Du zu uns gekommen bist, beeinträchtigt oder belastet?)

Bei Ankreuzung von „sehr stark belastet“ bzw. „stark belastet“ (in Klammern)

8.1 Hier hast Du also „sehr stark belastet“ („stark belastet“) angekreuzt. An was denkst Du denn, wenn Du sagst „sehr stark belastet“ („stark belastet“)?

8.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr stark belastet“ („stark belastet“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

8.3 Gibt es für dich denn noch mehr Dinge an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) die Dich stark belasten?

8.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

8.5 Waren das jetzt alle Dinge, die Dich an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) stark belasten, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

8.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

8.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die Dich an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) stark belasten.
Wie Du aber sicher weißt, hat ein Problem (bzw. Krankheit) nicht immer nur belastende Seiten. Die meisten Dinge im Leben haben sowohl belastende als auch nicht belastende (möglicherweise sogar erfreuliche) Seiten. Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es auch Dinge bei Deinen Problemen (bzw. Krankheit), die Dich nicht belasten, möglicherweise sogar eher gut an Deinen Problemen (bzw. Krankheit) sind?

8.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

8.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, was an Deinen Problemen (bzw. Krankheit) sogar eher gut ist?

8.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

8.11 Waren das jetzt alle Dinge, die an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) doch sogar eher gut sind, oder fällt Dir noch etwas dazu ein ? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

8.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Belastung durch Krankheit)

8.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, die Dich an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) belasten oder nicht belasten. Ich habe jetzt noch ein paar Fragen dazu:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an das, was Dich an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) belastet?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

8.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, das Allerbeste an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) ist, was würdest Du denn da antworten?

8.15 Und was ist das Allerschlimmste an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit)?

8.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) ?

8.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 8 (Wie stark fühlst Du Dich Durch die Probleme (bzw. die Krankheit), wegen denen Du zu uns gekommen bist, beeinträchtigt oder belastet?)

**Bei Ankreuzung von „überhaupt nicht belastet“ bzw. „wenig belastet“
(in Klammern)**

- 8.1 Hier hast Du also „überhaupt nicht belastet“ („wenig belastet“) angekreuzt. An was denkst Du, wenn Du sagst „überhaupt nicht belastet“ („wenig belastet“)?
-
- 8.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „überhaupt nicht belastet“ („wenig belastet“) angekreuzt.
Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?
-
- 8.3 Gibt es für dich denn noch mehr Dinge an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit), die Dich eher nicht belasten?
-
- 8.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?
-
- 8.5 Waren das jetzt alle Dinge an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit), die Dich eher nicht belasten, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!
-
- 8.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?
-
- 8.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die Dich nicht belasten. *Wie Du aber sicher weißt, haben Deine Probleme (bzw. Krankheit) auch belastende Seiten, sonst wärest Du sicherlich nicht hier. Die meisten Dinge im Leben weisen sowohl belastende als auch nicht belastende (möglicherweise erfreuliche) Seiten auf.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es auch Dinge bei Deinen Problemen (bzw. Krankheit), die Dich belasten?
-
- 8.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?
-
- 8.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, was Dich an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) belastet?
-

8.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

8.11 Waren das jetzt alle Dinge, die Dich an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) belasten, oder fällt Dir noch etwas dazu ein ? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

8.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Belastung durch Krankheit)

8.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, die Dich an Deinen momentanen Problemen(bzw. Krankheit) belasten oder nicht belasten. Ich habe jetzt noch ein paar Fragen dazu:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an das, was Dich an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) belastet?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

8.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, das Allerbeste an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) ist, was würdest Du denn da antworten?

8.15 Und was ist das Allerschlimmste an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit)?

8.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deinem momentanen Problem/Deiner Krankheit?

8.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 8 (Wie stark fühlst Du Dich Durch die Probleme (bzw. die Krankheit), wegen denen Du zu uns gekommen bist, beeinträchtigt oder belastet?)

Bei Ankreuzung von „mäßig“

- 8.1 Hier hast Du also „mäßig“ angekreuzt. *Dabei hast Du bestimmt daran gedacht, daß die meisten Dinge im Leben sowohl belastende als auch nicht belastende (erfreuliche) Seiten haben.* Ich möchte jetzt gerne von Dir wissen , welche Dinge Dich an Deinen Problemen (bzw. Krankheit) eher belasten und welche Dich eher nicht belasten. Mit welchen möchtest Du beginnen?
[Okay fangen wir mit den nicht belastenden (belastenden) an!]
Welche Dinge an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) sind denn nicht belastend (belastend) für Dich?
-
- 8.2 Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?
-
- 8.3 Gibt es denn noch mehr Dinge an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) die Dich eher nicht belastend (belastend) sind?
-
- 8.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?
-
- 8.5 Waren das jetzt alle Dinge, die an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) eher nicht belastend (belastend) sind, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!
-
- 8.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?
-
- 8.7 Dann kommen wir jetzt zu den belastenden (nicht belastenden)!
Welche Dinge an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) belasten Dich (belasten Dich nicht)?
-
- 8.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?
-
- 8.9 Gibt es denn noch mehr Dinge an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit), die Dich eher belasten (nicht belasten)?
-

8.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

8.11 Waren das jetzt alle Dinge, die Dich an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) eher belasten (nicht belasten), oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

8.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Belastung durch Krankheit)

8.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, die Dich an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) belasten oder nicht belasten. Ich habe jetzt noch ein paar Fragen dazu:

Sag mal, wie oft denkst Du denn an das, was Dich an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) belastet?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

8.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit) ist, was würdest Du denn da antworten?

8.15 Und was ist das Allerschlimmste an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit)?

8.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an Deinen momentanen Problemen (bzw. Krankheit)?

8.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 9 (Wie stark fühlst Du Dich Durch die Untersuchung (bzw. die Behandlung), bei uns, beeinträchtigt oder belastet?)

Bei Ankreuzung von „sehr stark belastet“ bzw. „stark belastet“ (in Klammern)

9.1 Hier hast Du also „sehr stark belastet“ („stark belastet“) angekreuzt. An was denkst Du denn, wenn Du sagst „sehr stark belastet“ („stark belastet“)?

9.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „sehr stark belastet“ („stark belastet“) angekreuzt. Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

9.3 Gibt es für dich denn noch mehr Dinge, die Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) stark belasten?

9.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

9.5 Waren das jetzt alle Dinge, die Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) stark belasten, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

9.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

9.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die Dich bei der Untersuchung (bzw. Behandlung) stark belasten. *Wie Du aber sicher weißt, hat die Untersuchung (bzw. Behandlung) nicht immer nur belastende Seiten. Die meisten Dinge im Leben weisen sowohl belastende als auch nicht belastende (möglicherweise erfreuliche) Seiten auf.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es auch Dinge bei der Untersuchung (bzw. Behandlung), die Dich nicht belasten, möglicherweise sogar erfreuen?

9.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

9.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, was Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) nicht belastet oder sogar erfreut?

9.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

9.11 Waren das jetzt alle Dinge, die Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) nicht belasten oder sogar erfreuen, oder fällt Dir noch etwas dazu ein ? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

9.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Belastung durch Untersuchung/ Behandlung)

9.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, die Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) belasten oder nicht belasten. Ich habe aber noch ein paar Fragen dazu:

Sag mal, wie oft denkst Du an das, was Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns belastet?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

9.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns ist, was würdest Du denn da antworten?

9.15 Und was ist das Allerschlimmste an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns?

9.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns?

9.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 9 (Wie stark fühlst Du Dich Durch die Untersuchung (bzw. die Behandlung), bei uns, beeinträchtigt oder belastet?)

**Bei Ankreuzung von „überhaupt nicht belastet“ bzw. „wenig belastet“
(in Klammern)**

- 9.1 Hier hast Du also „überhaupt nicht belastet“ („wenig belastet“) angekreuzt. An was denkst Du, wenn Du sagst „überhaupt nicht belastet“ („wenig belastet“)?
-
- 9.2 Aha, Du hast also an gedacht, und deshalb „überhaupt nicht belastet“ („wenig belastet“) angekreuzt.
Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?
-
- 9.3 Gibt es für dich denn noch mehr Dinge, die Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) eher nicht belasten?
-
- 9.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?
-
- 9.5 Waren das jetzt alle Dinge, die Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) eher nicht belasten, oder fällt Dir noch etwas dazu ein? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!
-
- 9.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?
-
- 9.7 So, jetzt haben wir mal all die Sachen besprochen, die Dich nicht belasten. *Wie Du aber sicher weißt, hat die Untersuchung (bzw. Behandlung) nicht immer nur unbelastende Seiten. Die meisten Dinge im Leben weisen sowohl belastende als auch nicht belastende (möglicherweise erfreuliche) Seiten auf.* Überlege doch jetzt bitte einmal, gibt es auch Dinge bei der Untersuchung (bzw. Behandlung), die Dich belasten?
-
- 9.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?
-
- 9.9 Prima, fällt Dir vielleicht noch etwas ein, was Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) eher belastet?
-

9.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

9.11 Waren das jetzt alle Dinge, die Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) eher belasten, oder fällt Dir noch etwas dazu ein ? Überlege noch einmal in Ruhe, damit wir nichts vergessen!

9.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Belastung durch Untersuchung/ Behandlung)

9.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, die Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) belasten oder nicht belasten. Ich habe aber noch ein paar Fragen dazu:

Sag mal, wie oft denkst Du an das, was Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns belastet?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

9.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns ist, was würdest Du denn da antworten?

9.15 Und was ist das Allerschlimmste an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns?

9.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns?

9.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

Frage 9 (Wie stark fühlst Du Dich Durch die Untersuchung (bzw. die Behandlung), bei uns, beeinträchtigt oder belastet?)

Bei Ankreuzung von „mäßig“

9.1 Hier hast Du also „mäßig“ angekreuzt. *Dabei hast Du bestimmt daran gedacht, daß die meisten Dinge im Leben sowohl belastende als auch nicht belastende (teilweise sogar erfreuliche) Seiten haben.* Ich möchte jetzt gerne von Dir wissen , welche Dinge Dich bei den Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns eher belasten und welche Dich eher nicht belasten. Mit welchen möchtest Du beginnen?
[Okay fangen wir mit den erfreulichen (belastenden) an!]
Welche Dinge belasten Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) (nicht)?

9.2 Kannst Du mir das kurz erklären, oder mir ein aktuelles Beispiel dafür nennen?

9.3 Gibt es denn noch mehr Dinge, die Dich bei der Untersuchung (bzw. Behandlung) (nicht) belasten?

9.4 Kannst Du mir auch dazu ein Beispiel nennen?

9.5 Waren das jetzt alle Dinge, die Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) (nicht) belasten, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

9.6 Fällt Dir auch dazu ein Beispiel ein?

9.7 Dann kommen wir jetzt zu den (nicht)belastenden Dingen an der Untersuchung (bzw. Behandlung)! Welche Dinge belasten Dich bei der Untersuchung (bzw. Behandlung) (nicht)?

9.8 Kannst Du mir dafür ein aktuelles Beispiel nennen?

9.9 Gibt es denn noch mehr Dinge, die Dich bei der Untersuchung (bzw. Behandlung) eher (nicht) belasten?

9.10 Kannst Du mir auch dafür ein Beispiel nennen?

9.11 Waren das jetzt alle Dinge, die Dich bei der Untersuchung (bzw. Behandlung) (nicht) belasten, oder fällt Dir noch etwas ein? Überlege bitte noch einmal genau, damit wir nichts vergessen!

9.12 Kannst Du mir auch dafür noch ein Beispiel geben?

Zusätzliche Fragen (Belastung durch Untersuchung/ Behandlung)

9.13 So, jetzt haben wir über all die Sachen gesprochen, die Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) belasten oder nicht belasten. Ich habe aber noch ein paar Fragen dazu:

Sag mal, wie oft denkst Du an das, was Dich an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns belastet?

Sehr häufig – häufig – gelegentlich – kaum - gar nicht

9.14 Wenn Dich jetzt jemand fragen würde, was das Allerbeste an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns ist, was würdest Du denn da antworten?

9.15 Und was ist das Allerschlimmste an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns?

9.16 Was ist Dir denn am Allerwichtigsten an der Untersuchung (bzw. Behandlung) bei uns?

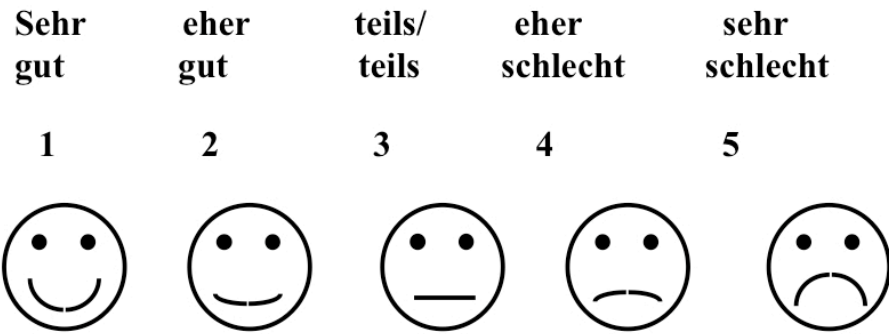
9.17 Und warum ist für Dich das Wichtigste?

11.4 Abschlussbogen des D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews

Folgender Anhang zeigt den Abschlussbogen für die D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews, auf welchem der Interviewer nach Beendigung des Interviews seine Einschätzung der Gesprächsatmosphäre während des Interviews auf einer fünfstufigen Smile-Skala von „sehr gut“ bis zu „sehr schlecht“ einordnet, subjektive Eindrücke des Interviews festhält sowie gegebenenfalls Probleme der Interviewsituation dokumentiert.

A 9 Abschlußbogen ILK – Interview - Jugendliche

Gesprächsatmosphäre/Rating:



Subjektive Eindrücke des Interviewers:

Gab es besondere Probleme in der Interviewsituation?

Datum:

Interviewer:

11.5 Aussagenpool der D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews

Dieser Anhang präsentiert beispielhaft an dem ILK-Bereich *3 Andere Jugendliche* einen ersten, repräsentativen Überblick über das aus den Interviews mit den Kindern und Jugendlichen gewonnene Aussagenmaterial, anhand dessen das Auswertungsschema entwickelt wurde.

Aussagenpool – 3 Andere Jugendliche - gesamt

Ich werde von anderen Jugendlichen geärgert/ gehänselt.
Ich bin anders als andere Jugendliche.
Ich bin ein Außenseiter/ <i>ich fühle mich ausgeschlossen/ es gibt bei uns Außenseiter.</i>
Andere Jugendliche nutzen mich aus/ erpressen mich.
Ich kann anderen Jugendlichen (<i>nicht</i>) vertrauen, ich werde (<i>nicht</i>) belogen.
Ich habe Angst vor anderen Jugendlichen/ andere Jugendliche haben Angst vor mir.
Ich bin oft in Schlägereien verwickelt.
Ich möchte immer im Mittelpunkt stehen.
Ich sage anderen gegenüber immer ehrlich meine Meinung/ <i>wir sind ehrlich zueinander.</i>
Andere Jugendliche machen Dinge, die ich doof finde (z.B. Rauchen, Kiffen, Klauen).
Andere Jugendliche verlangen Dinge von mir, die ich nicht machen möchte (z.B. Klauen, Kiffen)
Ich habe keine Probleme auf andere zuzugehen/ <i>neue Jugendliche kennenzulernen.</i>
Ich verstehe mich mit allen anderen gut.
Ich kann gut Streit zwischen Jugendlichen schlichten.
Andere Jugendliche akzeptieren mich so, wie ich bin.
Andere Jugendliche vertrauen mir.
Es kommt auf Situation, meine Stimmung und die Leute an, ob ich Probleme mit anderen Jugendlichen habe.
Ich bin mir mit meinen Freunden immer einig.
Meine Freunde verstehen mich immer, <i>wir haben ähnliche Probleme, die wir dann gemeinsam lösen können.</i>
Ich fühle mich meinen Freunden näher, als meiner Familie.
Meine Freunde können Geheimnisse für sich behalten.
Ich kann mit meinen Freunden herumalbern und Spaß haben
Ich hecke zusammen mit meinen Freunden Streiche aus.
Ich kann mich auf meine Freunde verlassen.
Wir helfen uns gegenseitig aus (z.B. Geld leihen), <i>halten immer zueinander.</i>
Wir hängen zusammen ab/ chillen.
Wir haben gemeinsame Hobbies.
Wir fahren zusammen in den Urlaub.
Wir respektieren/ <i>akzeptieren</i> uns gegenseitig.
Wir telefonieren/ chatten häufig.
Wir übernachten beieinander.
Wir beschützen/ verteidigen uns gegenseitig.
Unsere Familien sind befreundet.
Wir bestimmen alles zusammen, was wir machen, keiner will dominieren.
Ich habe coole Freunde und jeder wäre gerne in unserer Clique.
Wir arbeiten gemeinsam für die Schule (HA, Lernen).
Andere Jugendliche lachen über mich.
Keiner versteht mich.
Meine Eltern wollen nicht, dass ich Freunde habe.
Ich habe keine Freunde, weil mir meine Familie reicht.
Ich habe keine Zeit für Freunde.
Ich werde schnell eifersüchtig auf andere/ <i>andere auf mich.</i>
Ich habe keine Freunde, weil ich lieber für mich allein bin.

Ich habe keine Freunde, weil andere mich nur ausnutzen, neidisch auf mich sind (z.B. weil meine Eltern reich sind).
Ich habe keine Freunde, weil ich zu schüchtern bin jemanden anzusprechen.
Ich kenne noch keine anderen Jugendlichen, weil wir umgezogen sind.
Ich schäme mich für meine Familie und möchte deswegen keine anderen Jugendlichen mit nach Hause bringen.
Ich bin zusammen mit anderen Jugendlichen in einem Verein (Sportverein, Musikschule, Orchester).
Sonstiges
Ich habe oft Verabredungen mit anderen Jugendlichen, wir unternehmen viel zusammen (Schwimmen, Fahrrad fahren, PC, Skateboard, Leute veräppeln, rumhängen, Kino).
Ich bekomme häufig Besuch von anderen Jugendlichen.
Ich streite mich auch mit anderen Jugendlichen.
Es gibt auch andere Jugendliche, die mag ich überhaupt nicht (z.B. Angeber, Besserwisser).
Bei uns in der Clique spielt Geld (k)eine Rolle.
Ich ärgere mich oft über andere Jugendliche/ Freunde.
Zwischen meinen Freunden und mir gibt es schon mal Konkurrenzgehebe bezüglich irgendwelcher Leistungen.
Ich habe eher ein/ zwei gute Freunde, keine Clique.
Ich verstehe mich auch mit älteren oder jüngeren Jugendlichen gut.
Es kommt auch mal zu Gewalttätigkeiten zwischen uns Jugendlichen.
Ich kann mit meinen Freunden über alles reden, ohne Angst haben zu müssen, dass ich ausgelacht werde.
Ich werde häufig eingeladen, z.B. zu Geburtstagen.
Manchmal möchte ich gerne etwas unternehmen, aber keiner meiner Freunde hat Zeit für mich.
Manchmal verpetzen wir uns gegenseitig.
Ich habe in der Schule die gleichen Freunde, wie in meiner Freizeit zu Hause.
Ich habe auch Freundschaften „zum anderen Geschlecht“.

11.6 Auswertungsschema des D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews

Folgender Anhang stellt das komplette Auswertungsschema für die D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews dar, inhaltlich gegliedert nach den einzelnen Dimensionen/Bereichen des ILK-Ratingbogens.

AUSWERTUNGSSCHEMA - KinderversionFallnummer: Rater: **1. Schulische Anforderungen**

	☺	☹
Rahmenbedingungen / Organisation / Zeitverteilung		
Ich habe (<i>nicht</i>) viele Schulstunden und (<i>nicht</i>) genug Freizeit.		
Die Schulstunden sind innerhalb meines Stundenplans (<i>un</i>)günstig verteilt.		
Mit dem schulischem Umfeld z.B. Klassenraum, Klassengröße, Schulhofgestaltung.... bin ich (<i>nicht</i>) zufrieden.		
Ich bin genervt von meinem Schulweg (z.B. lange Busfahrt)/ <i>Mit meinem Schulweg komme ich gut zurecht.</i>		
Sonstiges		
SUMME S1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beziehung und Kontakt zu den Lehrern		
Ich komme mit meinen Lehrern im allgemeinen (<i>nicht</i>) gut klar.		
Meine Lehrer sind im allgemeinen (<i>nicht</i>) nett.		
Ich fühle mich (<i>nicht</i>) manchmal von meinen Lehrern ungerecht behandelt.		
Manche Lehrer machen einen schlechten (<i>guten</i>) Unterricht.		
Manche Lehrer meckern/ schimpfen zu viel (<i>zu wenig</i>), sind (<i>nicht</i>) <i>sehr streng</i> .		
Meine Lehrer haben immer (<i>selten</i>) etwas an meinen Hausaufgaben zu beanstanden.		
Die Lehrer können gut (<i>schlecht</i>) erklären, sind (<i>un</i>)geduldig, können den Lernstoff (<i>nicht</i>) gut vermitteln.		
Meine/n Klassenlehrer/in mag ich besonders (<i>un</i>)gerne.		
Sonstiges		
SUMME S2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beziehung und Kontakt zu den Mitschülern		
Mit meinen Mitschülern komme ich (<i>nicht</i>) gut zurecht.		
Wir machen viel (<i>nie etwas</i>) zusammen (z.B. Streiche aushecken, spielen in den Pausen).		
In den Pausen unterhalten wir uns (<i>selten</i>) und haben (<i>keinen</i>) Spaß zusammen.		
Im Unterricht arbeiten wir gut (<i>schlecht</i>) zusammen, helfen uns (<i>nicht</i>) gegenseitig.		
Wir können (<i>nicht</i>) über Probleme sprechen.		
Ich werde (<i>nicht</i>) von meinen Mitschülern geärgert/ gehänselt/ Meine Mitschüler machen mich fertig/ <i>Meine Mitschüler sind nett zu mir.</i>		
Meine Mitschüler sind alle doof (<i>nett</i>).		
Ich werde von meinen Mitschülern (<i>nicht</i>) ausgeschlossen, bin (<i>nicht</i>) <i>integriert</i> .		
Wir haben eine gute (<i>schlechte</i>) Klassengemeinschaft.		
Ich gehe (<i>nicht</i>) gerne zur Schule, weil ich dort meine Freunde treffe.		
Meine Klasse ist (<i>nicht</i>) sehr chaotisch, ich bin dann (<i>nicht schnell</i>) abgelenkt.		
Sonstiges		
SUMME S3:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eigene Leistungen generell		
Ich bin ein guter (<i>schlechter</i>) Schüler/ eine gute (<i>schlechte</i>) Schülerin.		
Ich bin ein/e Durchschnittsschüler/in.		
Ich habe einen guten (<i>schlechten</i>) Notendurchschnitt.		
Sonstiges		
SUMME S4:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	☺	☹
Fächer/ Unterricht (Teilleistungen)		
Es werden ein oder mehrere leistungs-gute Fächer (Leistungsbereiche) genannt/ es werden ein oder mehrere leistungs-schlechte Fächer (Leistungsbereiche) genannt, z.B.: Die mündliche Mitarbeit liegt mir mehr, als die schriftliche, In manchen/ allen Fächern habe ich gute Noten, In bestimmten Fächern bekomme ich Nachhilfe, Ich komme gut mit den Hauptfächern (<i>Nebenfächern</i>) zurecht.		
Es werden ein oder mehrere Präferenzen (Fächer/ Leistungsbereiche) genannt/ es werde „Haß“-Fächer (Leistungsbereiche) genannt, z.B.: Ich habe einige/ ein Lieblingsfach, Manche/ alle Fächer machen mir (<i>keinen</i>) Spaß, Ich interessiere mich für die Nebenfächer (<i>Hauptfächer</i>).		
Sonstiges		
SUMME S5:		
Eigene Fähigkeiten / Gefühle / Verhaltensweisen		
Mir fällt es (<i>nicht</i>) schwer stillzusitzen / <i>still zu sein</i> .		
Ich fühle mich in der Schule über-(<i>unter</i>)fordert/ verstehe den Unterrichtsstoff nicht (<i>gut</i>)/ Ich komme in der Schule nicht (<i>gut</i>) mit.		
Ich kann mich (<i>gut</i>) nicht (längere Zeit) konzentrieren.		
Ich bereite mich zu Hause (<i>nicht</i>) ausreichend vor.		
Ich bin oft zu müde, um dem Schulunterricht zu folgen/ <i>Ich kann dem Schulunterricht gut folgen</i> .		
Ich bin aufgeregt/ nervös (<i>ruhig/ gelassen</i>) während des Unterrichts.		
Die Schule macht mir manchmal (<i>keine</i>) Angst.		
Ich denke manchmal, dass ich nichts kann/ <i>Ich denke ich kann alles</i> .		
Ich habe (<i>keine</i>) Angst vor Klassenarbeiten.		
Ich habe (<i>keine</i>) Angst davor sitzenzubleiben.		
Das Lernen für die Schule fällt mir leicht (<i>schwer</i>).		
Ich bin/ werde während des Unterrichtes (<i>nicht</i>) schnell abgelenkt.		
Während des Unterrichtes arbeite ich immer (<i>kaum</i>) mit.		
Ich schwätze viel (<i>wenig</i>)/ störe (<i>nicht</i>) während des Unterrichtes.		
Sonstiges		
SUMME S6:		
Hausaufgaben		
Ich mache (<i>nicht</i>) gerne Hausaufgaben.		
Hausaufgaben interessieren mich (<i>nicht</i>).		
An den Hausaufgaben kann ich sehen, was ich in der Schule gelernt habe.		
Meine Hausaufgaben sind zu schwer (<i>leicht</i>), ich kann sie häufig (<i>nicht</i>).		
Ich brauche für meine Hausaufgaben immer (<i>nie</i>) sehr lange.		
Ich bin bei den Hausaufgaben immer (<i>nicht</i>) auf Hilfe angewiesen.		
Ich habe (<i>nicht</i>) zu viele Hausaufgaben auf.		
Die Hausaufgaben fordern mich (<i>nicht</i>) genug.		
In manchen Fächern mache ich (<i>nicht</i>) gerne Hausaufgaben, lerne ich (<i>nicht</i>) gerne.		
Sonstiges		
SUMME S7:		
Speziell		
Ich kenne meine Mitschüler noch nicht, da ich gerade umgezogen bin.		
Neben dem regulären Unterricht nehme ich noch an AGs teil.		
Ich bin mit dem Kurs- und Fächerangebot (<i>un</i>)zufrieden.		
Ich stehe in der Schule (<i>nicht</i>) unter Zeitdruck.		
In den Pausen und den Ferien langweile ich mich oft (<i>selten</i>).		
Meine Eltern machen mir (<i>keinen</i>) Druck, ein/e gute/r Schüler/in zu sein.		
Ich streite mich (<i>nicht</i>) wegen der Hausaufgaben mit meinen Eltern.		
Ich gehe zur Schule, weil meine Eltern das für wichtig halten.		
Sonstiges		
SUMME S8:		

	☺	☹
Generell		
Die Schule macht mir generell <i>(keinen)</i> Spaß.		
Die Schule nervt mich <i>(nicht)</i> .		
Der Unterricht ist langweilig <i>(interessant)</i> .		
Ich habe keinen Bock auf Schule/ <i>ich gehe gerne zur Schule.</i>		
Ich finde Schule ist <i>(un)</i> wichtig, weil ich dort etwas <i>(eh' nichts)</i> lerne.		
Mir ist der Schulabschluss <i>(un)</i> wichtig.		
<i>(Auch) Ohne Schulabschluss hat man (k)eine Zukunftsperspektive.</i>		
Schule ist für meinen späteren Berufsweg <i>(Studium)</i> <i>(un)</i> wichtig.		
Sonstiges		
SUMME S9:		
Sonstiges (Rest)		
SUMME S10:		
GESAMTSUMME SCHULE:		

2. Familie



	☺	☹
Eltern		
Das Verhältnis zwischen meinen Eltern und mir ist gut/ <i>ist schlecht.</i>		
Ich verstehe mich mit meinen Eltern <i>(nicht)</i> gut.		
Ich habe meine Eltern <i>(nicht)</i> lieb.		
Ich kann mit meinen Eltern <i>(nicht)</i> über alles reden (z.B. Schulprobleme), kann <i>(nicht)</i> über Probleme reden.		
Wir unternehmen <i>(nicht)</i> viel zusammen (z.B. Sport).		
Meine Eltern haben immer <i>(nie)</i> Zeit für mich.		
Meine Eltern unterstützen mich <i>(nicht)</i> und halten <i>(nicht)</i> zu mir.		
Meine Eltern erfüllen mir meine <i>(keine)</i> Wünsche.		
Meine Eltern helfen mir <i>(nicht)</i> (z.B. bei den Hausaufgaben).		
Meine Eltern erlauben mir <i>(nicht)</i> viel, <i>sind großzügig/</i> Meine Eltern sind sehr streng.		
Meine Eltern fahren mich <i>(nicht)</i> überall hin.		
Meine Eltern verlangen <i>(nicht)</i> viel von mir.		
Meine Eltern sind <i>(nicht)</i> besorgt um mich.		
Ich bereite meinen Eltern viele <i>(keine)</i> Probleme.		
Ich bin meinen Eltern <i>(nicht)</i> egal.		
Ich werde zu Hause <i>(nicht)</i> geschlagen.		
Ich habe <i>(keine)</i> Angst vor meinen Eltern.		
Ich streite mich <i>(nicht)</i> mit meinen Eltern.		
Meine Eltern verstehen mich/ meine Probleme <i>(nicht)</i> .		
Meine Eltern akzeptieren meine Freunde <i>(nicht)</i> .		
Meine Eltern machen mir <i>(keine)</i> Vorschriften, wie lange ich abends weg darf, wie lange ich aufbleiben darf.		
Meine Eltern schätzen meine Interessen <i>(nicht)</i> .		
Ich bekomme <i>(nicht)</i> genug Taschengeld.		
Meine Eltern schimpfen mich <i>(nicht)</i> oft an.		
Meine Eltern sind kaum <i>(häufig)</i> zu Hause, wir sehen uns selten <i>(oft)</i> .		
Nach einem Streit vertragen wir uns <i>(nicht)</i> schnell wieder.		
Manchmal bin ich meinen Eltern gegenüber zu frech oder zu vorlaut/ <i>Ich verhalte mich meinen Eltern gegenüber respektvoll und bescheiden.</i>		
Meine Eltern loben mich <i>(nicht)</i> , wenn ich etwas gut gemacht habe.		

		☺	☹
	Meine Eltern setzen mich, was schulische Belange angeht, <i>(nicht)</i> unter Druck.		
	Wenn ich eine schlechte Note nach Hause bringe, bekomme ich <i>(keinen)</i> Ärger.		
	Ich bekomme häufig <i>(selten)</i> Hausarrest.		
	Ich fühle mich von meinen Eltern <i>(un)</i> gerecht behandelt.		
	Wir haben <i>(keinen)</i> zusammen Spaß, albern <i>(nicht)</i> 'rum.		
	Meine Eltern sind mir <i>(nicht)</i> peinlich, versetzen mich <i>(nie)</i> in peinliche Situationen.		
	Ich fühle mich von meinen Eltern so wie ich bin <i>(nicht)</i> akzeptiert und geliebt.		
	Ich helfe meinen Eltern <i>(kaum)</i> im Haushalt.		
	Meine Eltern trösten mich <i>(nicht)</i> .		
	Ich komme <i>(nicht)</i> gut damit klar, dass meine Eltern getrennt leben und jeweils wieder neue Partner gefunden haben.		
	Sonstiges		
	SUMME FA1:		
	Geschwister		
	Ich verstehe mich gut <i>(nicht gut)</i> mit meinen Geschwistern.		
	Ich unternehme bzw. spiele <i>(nicht)</i> viel mit meinen Geschwistern/ <i>Mein Geschwister will nichts mit mir zu tun haben.</i>		
	Ich kann mit meinen Geschwistern <i>(nicht)</i> gut über meine Probleme reden.		
	Wir helfen uns <i>(nicht)</i> gegenseitig.		
	Wir machen <i>(keinen)</i> Blödsinn zusammen.		
	Wir halten (z.B. gegenüber den Eltern) <i>(nicht)</i> zusammen.		
	Wir können uns <i>(nicht)</i> aufeinander verlassen.		
	Wir sind <i>(nicht)</i> umeinander besorgt, <i>kümmern uns umeinander/ Mein Geschwister kümmert sich nicht um mich.</i>		
	Meine Schwester/ Bruder nervt mich <i>(nicht)</i> .		
	Mein/e Bruder/ Schwester verpetzt mich <i>(nicht)</i> bei unseren Eltern.		
	Ich mag es nicht, wenn einer meiner Geschwister einfach so in mein Zimmer hineinplatzt.		
	Wir streiten uns auch <i>(nicht)</i> untereinander.		
	Ich mag es <i>(nicht)</i> , wenn meine Geschwister immer mitspielen wollen.		
	Wir Geschwister stehen untereinander <i>(nicht)</i> in Konkurrenz bezüglich Schulnoten, Freunden...		
	Wir ärgern uns gegenseitig <i>(nicht)</i> .		
	Meine Geschwister wollen mir immer <i>(nicht)</i> die Schuld in die Schuhe schieben.		
	Ich fühle mich von meinem/r Bruder/ Schwester <i>(nicht)</i> im Stich gelassen.		
	Meine Geschwister setzen sich <i>(nicht)</i> für mich ein.		
	Mein Geschwister hält sein Versprechen <i>(nicht)</i> ein.		
	Ich fühle mich gegenüber meiner Geschwister <i>(nicht)</i> benachteiligt.		
	Meine Eltern behandeln uns Kinder <i>(un)</i> gleich.		
	Ich sehe meine Geschwister selten <i>(häufig)</i> .		
	Nach einem Streit vertrage ich mich <i>(nicht)</i> schnell wieder mit meinen Geschwistern.		
	Ich muß mir <i>(nicht)</i> mit einem Geschwister ein Zimmer teilen.		
	Sonstiges		
	SUMME FA2:		
	Haustier		
	Ich habe <i>(k)ein</i> Haustier, um welches ich mich alleine kümmere.		
	Mein Haustier tröstet mich <i>(nicht)</i> .		
	Mit meinem Haustier fühle ich mich nicht so alleine.		
	Ich mag <i>(keine)</i> Tiere.		
	Meine Eltern erlauben es mir <i>(nicht)</i> ein Haustier zu halten.		
	Mein Haustier ist gerade erst gestorben.		
	Ich habe <i>(k)eine</i> Allergie gegen Haustiere.		
	Sonstiges		
	SUMME FA3:		
	Verwandtschaft		
	Ich habe regen <i>(keinen)</i> Kontakt zu meinen Großeltern.		
	Wir treffen uns <i>(nicht)</i> regelmäßig mit allen Verwandten zu großen Familientreffen.		
	Sonstiges		
	SUMME FA4:		

		☺	☹
	Generell/ Familie insgesamt		
	Unsere Familie hält (<i>nicht</i>) zusammen.		
	Wir können uns innerhalb der Familie (<i>nicht</i>) aufeinander verlassen.		
	Wir unternehmen (<i>nichts</i>) etwas zusammen (z.B. Urlaub, Ausflüge), spielen zusammen.		
	Wir helfen uns (<i>nicht</i>) gegenseitig.		
	Bei uns in der Familie gibt es (<i>keinen</i>) Streit.		
	In der Familie macht (<i>nicht</i>) jeder nur sein Ding.		
	Es hat keiner (<i>immer einer</i>) Zeit für den anderen.		
	Wir haben (<i>keinerlei</i>) Gemeinsamkeiten.		
	Sonstiges		
	SUMME FA5:		
	Speziell		
	Sonstiges		
	SUMME FA6:		
	Sonstiges (Rest)		
	SUMME FA7:		
	GESAMTSUMME FAMILIE:		

3. Andere Jugendliche

		☺	☹
	Kontakthäufigkeit und Umfang		
	Ich werde häufig (<i>selten</i>) eingeladen, z.B. zu Geburtstagen.		
	Manchmal möchte ich gerne etwas unternehmen, aber keiner meiner Freunde hat Zeit für mich / <i>Ich finde immer jemanden, der für mich Zeit hat.</i>		
	Ich habe eher ein/ zwei gute Freunde, keine Clique.		
	Ich bin (<i>nicht</i>) zusammen mit anderen Jugendlichen in einem Verein (Sportverein, Musikschule, Orchester).		
	Ich habe oft (<i>selten</i>) Verabredungen mit anderen Jugendlichen, wir unternehmen viel (<i>wenig</i>) zusammen (Schwimmen, Fahrrad fahren, PC, Skateboard, Leute veräppeln, rumhängen, Kino).		
	Ich bekomme häufig (<i>selten</i>) Besuch von anderen Jugendlichen.		
	Wir telefonieren/ chatten häufig (<i>selten</i>).		
	Wir übernachten (<i>nicht</i>) beieinander.		
	Ich habe keine Freunde, weil mir meine Familie reicht/ <i>Ich habe viele Freunde.</i>		
	Ich habe keine Zeit für Freunde/ <i>Ich verbringe meine Zeit am liebsten mit Freunden.</i>		
	Ich habe (<i>keine</i>) Freunde, weil ich lieber (<i>nicht gern</i>) für mich allein bin.		
	Ich habe keine Freunde, weil andere mich nur ausnutzen, neidisch auf mich sind (z.B. weil meine Eltern reich sind).		
	Ich habe keine Freunde, weil ich zu schüchtern bin jemanden anzusprechen/ <i>Ich habe keine Probleme andere anzusprechen.</i>		
	Sonstiges		
	SUMME FR1:		

		
Beziehung zu Freunden/ Akzeptanz durch Freunde		
Ich bin mir mit meinen Freunden immer (<i>selten</i>) einig.		
Meine Freunde verstehen mich immer, wir haben ähnliche Probleme, die wir dann gemeinsam lösen können/ <i>Meine Freunde verstehen mich nicht, ich kann keine Probleme mit ihnen lösen.</i>		
Ich fühle mich meinen Freunden (<i>nicht</i>) näher, als meiner Familie.		
Meine Freunde können Geheimnisse (<i>nicht</i>) für sich behalten.		
Ich kann mit meinen Freunden (<i>nicht</i>) herumalbern und Spaß haben		
Ich hecke (<i>nicht</i>) zusammen mit meinen Freunden Streiche aus.		
Ich kann mich (<i>nicht</i>) auf meine Freunde verlassen.		
Wir helfen uns (<i>nicht</i>) gegenseitig aus (z.B. Geld leihen), <i>halten immer zueinander.</i>		
Wir hängen (<i>nicht</i>) zusammen ab/ chillen.		
Wir haben (<i>keine</i>) gemeinsame Hobbies.		
Wir fahren (<i>nicht</i>) zusammen in den Urlaub.		
Wir respektieren/ <i>akzeptieren</i> uns gegenseitig(<i>nicht</i>).		
Wir beschützen/ verteidigen uns gegenseitig (<i>nicht</i>).		
Unsere Familien sind (<i>nicht</i>) befreundet.		
Wir bestimmen (<i>nicht</i>) alles zusammen, was wir machen, (<i>k</i>)einer will dominieren.		
Ich habe (<i>un</i>)coole Freunde und jeder (<i>keiner</i>) wäre gerne in unserer Clique.		
Wir arbeiten (<i>nicht</i>) gemeinsam für die Schule (HA, Lernen).		
Ich kann (<i>nicht</i>) mit meinen Freunden über alles reden, ohne Angst haben zu müssen, dass ich ausgelacht werde.		
Zwischen meinen Freunden und mir gibt es schon mal (<i>kein</i>) Konkurrenzgehabe bezüglich irgendwelcher Leistungen.		
Bei uns in der Clique spielt Geld (<i>k</i>)eine Rolle.		
Sonstiges		
SUMME FR2:		
Beziehung zu anderen Jugendlichen/ Akzeptanz durch andere		
Ich werde von anderen Jugendlichen geärgert/ gehänselt/ <i>Ich werde von anderen Jugendlichen akzeptiert.</i>		
Ich bin anders als andere Jugendliche.		
Ich bin (<i>k</i>)ein Außenseiter, ich fühle mich (<i>nicht</i>) ausgeschlossen.		
Andere Jugendliche nutzen mich aus/ erpressen mich.		
Ich kann anderen Jugendlichen (<i>nicht</i>) vertrauen, ich werde (<i>nicht</i>) belogen.		
Ich habe (<i>keine</i>) Angst vor anderen Jugendlichen.		
Andere Jugendliche akzeptieren mich (<i>nicht</i>) so, wie ich bin.		
Ich sage anderen gegenüber immer (<i>selten</i>) ehrlich meine Meinung/ <i>wir sind (nicht) ehrlich zueinander.</i>		
Ich verstehe mich (<i>nicht</i>) mit allen anderen gut.		
Andere Jugendliche machen Dinge, die ich doof finde (z.B. Rauchen, Kiffen, Klauen).		
Andere Jugendliche verlangen (<i>keine</i>) Dinge von mir, die ich nicht machen möchte (z.B. Klauen, Kiffen)		
Ich habe (<i>keine</i>) Probleme auf andere zuzugehen, neue Jugendliche kennenzulernen.		
Ich kann (<i>nicht</i>) gut Streit zwischen Jugendlichen schlichten.		
Andere Jugendliche vertrauen mir (<i>nicht</i>).		
Andere Jugendliche lachen (<i>nicht</i>) über mich.		
Keiner versteht mich/ <i>Ich fühle mich verstanden.</i>		
Ich werde (<i>nicht</i>) schnell eifersüchtig auf andere.		
Andere Jugendliche sind (<i>nicht</i>) eifersüchtig/ neidisch auf mich.		
Es gibt andere Jugendliche, die mag ich überhaupt nicht (z.B. Angeber, Besserwisser)/ <i>....,die mag ich sehr.</i>		
Ich ärgere mich (<i>nicht</i>) oft über andere Jugendliche/ Freunde.		
Es gibt bei uns (<i>keine</i>) Außenseiter.		
Andere Jugendliche haben (<i>keine</i>) Angst vor mir.		
Sonstiges		
SUMME FR3:		

		☺	☹
	Aggression		
	Ich bin (<i>nicht</i>) oft in Schlägereien verwickelt.		
	Es kommt (<i>nicht</i>) zu Gewalttätigkeiten zwischen uns Jugendlichen.		
	Ich streite mich (<i>nicht</i>) mit anderen Jugendlichen.		
	Sonstiges		
	SUMME FR4:		
	Speziell		
	Manchmal verpetzen wir uns gegenseitig/ <i>Wir verpetzten uns gegenseitig nicht.</i>		
	Ich habe in der Schule die gleichen (<i>andere</i>) Freunde, wie (<i>als</i>) in meiner Freizeit zu Hause.		
	Ich habe auch (<i>keine</i>) Freundschaften „zum anderen Geschlecht“.		
	Ich möchte (<i>nicht</i>) immer im Mittelpunkt stehen.		
	Ich kenne noch keine anderen Jugendlichen, weil wir umgezogen sind.		
	Ich verstehe mich (<i>nicht</i>) auch mit älteren oder jüngeren Jugendlichen gut.		
	Meine Eltern wollen (<i>nicht</i>), dass ich Freunde habe.		
	Ich schäme mich (<i>nicht</i>) für meine Familie und möchte deswegen (<i>keine</i>) andere(n) Jugendliche(n) mit nach Hause bringen.		
	Sonstiges		
	SUMME FR5:		
	Sonstiges (Rest)		
	SUMME FR6:		
	GESAMTSUMME FREUNDE:		

4. Alleine

		☺	☹
	Interessen/ Tätigkeiten		
	Ich spiele/beschäftige mich (<i>nicht</i>) mit unseren Haustieren.		
	Ich höre (<i>keine</i>) Musik.		
	Ich musiziere (<i>nicht</i>)/ singe (<i>nicht</i>)/ spiele (<i>kein</i>) Instrument.		
	Ich lese (<i>nicht</i>).		
	Ich beschäftige mich (<i>nicht</i>) mit Gameboy, Playstation, Internet.		
	Ich spiele/ lerne (<i>nicht</i>) am PC (Lern- und Spaßspiele).		
	Ich spiele (<i>nicht</i>) eher drinnen		
	Ich spiele (<i>nicht</i>) lieber draußen.		
	Ich bastel/ male (<i>nicht</i>).		
	Ich koche(<i>nicht</i>).		
	Ich gucke (<i>kein</i>) fern.		
	Ich treibe (<i>keinen</i>) Sport.		
	Ich räume mein Zimmer (<i>nicht</i>) auf.		
	Ich schlafe(<i>nicht</i>).		
	Ich mache meine Hausaufgaben (<i>nicht</i>)/ lerne (<i>nicht</i>) für die Schule.		
	Ich denke (<i>nicht viel</i>) nach.		
	Ich telefoniere (<i>nicht</i>).		
	Ich schreibe (<i>keine</i>) Geschichten, Liedertexte.		
	Sonstiges		
	SUMME A1:		

		☺	☹
	Gefühle/ Verhaltensweisen		
	Ich bin (<i>nicht</i>) gerne allein, weil ich dann niemanden zum Reden habe.		
	Ich verbinde Alleinsein (<i>nicht</i>) mit Bestrafung.		
	Ich bin (<i>nicht</i>) gerne alleine, weil es mir (<i>keinen</i>) Spaß macht.		
	Ich bin (<i>nicht</i>) gerne alleine, weil ich dann ungestört für die Schule lernen kann.		
	Ich bin (<i>nicht</i>) gerne alleine, weil ich dann alles für mich habe.		
	Ich bin (<i>nicht</i>) gerne alleine, weil ich auch mal Zeit für mich brauche, weil es einfach gut tut/ ... <i>brauche keine Zeit für mich</i> .		
	Ich habe (<i>nicht</i>) gerne mal meine Ruhe.		
	Ich bin (<i>nicht</i>) gerne alleine, weil ich dann machen kann, was ich will (z.B. Fernsehen, Internet,...)/ <i>Allein kann ich Dinge machen, die ich sonst nicht machen würde (z.B. Essen, Fernsehen,...)</i> .		
	Ich bin (<i>nicht</i>) gerne allein, weil mich dann keiner stört/ nervt.		
	Ich kann mich alleine (<i>nicht</i>) besser konzentrieren.		
	Ich kann mich (<i>nicht</i>) gut mit Problemen alleine auseinandersetzen.		
	Ich habe (<i>keine</i>) Angst alleine zu sein, vor allem abends.		
	Alleine komme ich ins Grübeln (neg.)/ Alleine kann ich gut nachdenken (pos.).		
	Mir ist (<i>nicht</i>) langweilig alleine, kann mich alleine (<i>nicht</i>) beschäftigen.		
	Ich bekomme alleine (<i>keine</i>) schlechte Laune.		
	Alleine kann ich mich (<i>nicht</i>) gut entspannen/ Streß, Wut abbauen/ ausruhen.		
	Alleine kann ich mich (<i>nicht</i>) besser konzentrieren, kann ich (<i>nicht</i>) besser arbeiten, bin ich (<i>nicht</i>) kreativer.		
	Alleine verträdel ich (<i>nicht</i>) meine Zeit, mache (<i>nicht</i>) so sinnvolle Sachen.		
	Sonstiges		
	SUMME A2:		
	Speziell		
	Ich bin (<i>nicht</i>) häufig alleine, weil meine Eltern berufstätig/ viel unterwegs sind.		
	Ich suche mir die (<i>keine</i>) Zeit, in der ich alleine bin selber aus.		
	In fremden Situationen fällt es mir (<i>nicht</i>) schwer mich alleine zu beschäftigen.		
	Manchmal hat keiner von meinen Freunden Zeit für mich, mir wurde abgesagt/ <i>meine Freunde haben immer Zeit für mich, mir wird selten abgesagt, bin selten alleine</i> .		
	Sonstiges		
	SUMME A3:		
	Sonstiges (Rest)		
	SUMME A4:		
	GESAMTSUMME ALLEINSEIN:		

5. Körperliche Gesundheit

		☺	☹
	Gesundheit		
	Ich bin nur selten/ fast nie krank (<i>Ich bin oft krank</i>).		
	Ich bin eigentlich oft krank, aber im Moment fühle ich mich gesund.		
	Ich achte (<i>nicht</i>) auf meine Gesundheit (Ernährung, Sport... <i>Rauchen</i>).		
	Ich fühle mich stark und kräftig (<i>schlapp und schwach</i>).		
	Ich bin selten (<i>häufig</i>) verletzt.		
	Ich bin beweglich und gelenkig (<i>unbeweglich/ungelenkig</i>).		
	Ich habe (<i>keine</i>) chronische Krankheit (Migräne, Asthma, Allergien).		

		☺	☹
	Morgens vor der Schule fühle ich mich (<i>nicht</i>) oft krank.		
	Ich muss (<i>nicht</i>) ständig Medikamente nehmen.		
	Momentan bin ich krank/verletzt/ <i>kerngesund</i> .		
	Mir geht es gesundheitlich eigentlich immer schlecht/ <i>Mir geht es gut</i> .		
	Ich wurde (<i>nicht</i>) erst vor kurzem operiert, lag (<i>noch nie/ selten</i>) im Krankenhaus.		
	Ich leide (<i>nicht</i>) unter den Folgen einer Krankheit/eines Unfalls.		
	Ich bin (<i>nicht</i>) öfter krank als andere.		
	Sonstiges		
	SUMME G1:		
	Sport		
	Ich bewege mich (<i>nicht</i>) viel.		
	Ich mache (<i>nicht</i>) viel Sport.		
	Ich bin ein sportlicher Typ/ <i>Ich bin unsportlich</i> .		
	Ich habe (<i>k</i>)eine gute Kondition/ <i>Ich gerate immer schnell aus der Puste</i> .		
	Ich bin im Sportunterricht gut (<i>schlecht</i>).		
	Ich habe (<i>nicht</i>) viele Muskeln (<i>wenig</i>).		
	Ich mache (<i>keinen</i>) Leistungssport.		
	Die meisten in meinem Alter machen mehr (<i>weniger</i>) Sport als ich.		
	Weil ich krank/verletzt bin, kann bzw. darf ich gerade keinen Sport machen.		
	Sonstiges		
	SUMME G2:		
	Aussehen		
	Ich bin (<i>nicht</i>) mit meiner Figur zufrieden.		
	Ich fühle mich (<i>nicht</i>) in meinem Körper wohl.		
	Ich bin (<i>nicht</i>) mit meinem Gewicht zufrieden.		
	Ich finde meine Größe ok (<i>bin unzufrieden mit meiner Größe</i>).		
	Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden (<i>Ich mag mein Aussehen nicht</i>)/ <i>Ich finde mich häßlich</i> .		
	Ich fühle mich (<i>nicht</i>) zu dick.		
	Ich fühle mich (<i>nicht</i>) zu dünn.		
	Andere lachen mich (<i>nicht</i>) wegen meiner Figur oft aus.		
	Ich finde, ich sehe besser (<i>schlechter</i>) aus als die meisten anderen.		
	Ich hätte (<i>nicht</i>) gerne mehr Muskeln.		
	Ich habe (<i>kein</i>) Übergewicht.		
	Ich habe (<i>kein</i>) Untergewicht.		
	Sonstiges		
	SUMME G3:		
	Speziell		
	Manche Körperteile mag ich an mir (<i>überhaupt nicht</i>).		
	Ich habe oft (<i>keinen</i>) große(n) Gewichtsschwankungen.		
	Ich bin (<i>nicht</i>) auch mal gerne krank, weil sich dann alle so nett um mich kümmern.		
	Ich habe häufig (<i>selten</i>) Schmerzen oder Krämpfe.		
	Ich gehe oft (<i>selten</i>) an die frische Luft, weil das gesund ist.		
	Ich habe (<i>keine</i>) Ein-, Durchschlafprobleme und/oder Alpträume.		
	Ich esse(<i>nicht</i>) viele Süßigkeiten, ich ernähre mich (<i>nicht</i>) gesund.		
	Ich werde (<i>nicht</i>) aufgrund von bestimmten Körpermerkmalen gehänselt.		
	Ich bin (<i>nicht</i>) aufgrund von bestimmten Beschwerden in meinem Alltag eingeschränkt.		
	Sonstiges		
	SUMME G4:		
	Sonstiges (Rest)		
	SUMME G5:		
	GESAMTSUMME KÖRPERL. GESUNDHEIT:		

6. Seelischer Zustand

		☺	☹
	Emotionen		
	Meine Stimmung ist gut, ich bin oft gut gelaunt, <i>bin häufig schlecht gelaunt, (nicht) fröhlich/ Meine Stimmung ist gut, weil mir momentan vieles gelingt/ Meine Stimmung ist eher nicht so gut, ich bin traurig.</i>		
	Ich bin <i>(un)</i> ausgeglichen.		
	Ich bin <i>(nicht)</i> sorglos/ Ich fühle mich unbeschwert/ bin seelisch <i>(un)</i> belastet/ ich bin mit meinem seelischen Zustand <i>(un)</i> zufrieden.		
	Ich bin <i>(nicht)</i> glücklich/ Ich bin oft <i>(un)</i> zufrieden und <i>(un)</i> glücklich.		
	Ich nehme Dinge <i>(nicht)</i> so, wie sie kommen.		
	Ich muß momentan <i>(nicht)</i> viel weinen, ich weine <i>(nicht)</i> schnell.		
	Ich habe <i>(keine)</i> Ängste.		
	Ich habe <i>(nicht)</i> häufig ein schlechtes Gewissen.		
	Ich habe <i>(keine)</i> Angst vor der Angst.		
	Ich mache mir viele <i>(kaum)</i> Gedanken/ Sorgen.		
	Ich mache mir <i>(keine)</i> Gedanken um die Zukunft.		
	Ich bin/ reagiere immer <i>(selten)</i> sehr aufbrausend.		
	Ich fühle mich <i>(nicht)</i> gestresst.		
	Ich habe <i>(keine)</i> Schuldgefühle.		
	Ich habe <i>(keine)</i> Angst jemanden zu enttäuschen.		
	Mich nervt alles <i>(nichts)</i> , kotzt mich <i>(nicht)</i> an.		
	Ich bin <i>(nicht)</i> schnell genervt.		
	Ich bin <i>(nicht)</i> geduldig.		
	Ich bin <i>(nicht)</i> aggressiv, streitsüchtig.		
	Ich sehe <i>(nicht)</i> häufig schwarz.		
	Ich fühle mich manchmal ungerecht <i>(meistens gerecht)</i> behandelt.		
	Sonstiges		
	SUMME SZ1:		
	Umgang mit Problemen		
	Ich habe <i>(keine)</i> Probleme.		
	Über Probleme und Sorgen, die mich beschäftigen, rede ich mit jemandem <i>(keinem)</i> .		
	Über manche Sachen kann ich mit niemandem reden/... <i>kann ich gut mit jemandem reden.</i>		
	Ich behalte meine Sorgen und Gedanken lieber <i>(nicht)</i> für mich.		
	Nach Streit vertrage ich mich <i>(nicht)</i> schnell wieder.		
	Ich kann mit Streß <i>(nicht)</i> gut umgehen.		
	Ich kann mich <i>(nicht)</i> gut von meinen Problemen ablenken.		
	Ich kann <i>(nicht)</i> gut verzeihen, bin eher nachtragend/ <i>ich bin nicht nachtragend.</i>		
	Ich kann <i>(nicht)</i> gut abschalten, mich ausruhen, abreagieren.		
	Sonstiges		
	SUMME SZ2:		
	Bezug auf andere Bereiche:		
	Bereich Leistungsfähigkeit und Schule:		
	Meine Leistungsfähigkeit schätze ich gut ein.		
	Ich kann mich <i>(nicht)</i> gut konzentrieren, <i>habe Konzentrationsprobleme, bin schnell abgelenkt.</i> // Ich bin geistig fit, kann gut denken. // Ich bin intelligent, klug, schlau. // Ich kann anderen helfen. // Ich habe gute <i>(schlechte oder nicht so gute)</i> Noten in der Schule. // Das Lernen fällt mir leicht/ <i>schwer.</i> // Ich schaffe alles alleine. // Ich werde schnell müde. // Andere wissen mehr als ich. // Ich brauche immer Hilfe. // Ich fühle mich manchmal überfordert. // Manchmal habe ich Angst vor der Schule (z.B. vor Klassenarbeiten). <i>Ich freue mich auf die Schule.</i> // Ich müßte in der Schule besser sein.		
	Sonstiges		
	SUMME SZ3:		

	☺	☹
Bereich Familie: Ich komme gut mit Familie und Freunden aus. // Meine Familie steht hinter mir. // Ich fühle mich bei meiner Familie gut aufgehoben und verstanden. // Streit mit meiner Familie oder mit meinen Freunden belastet mich. // Meine Eltern haben nicht viel Zeit für mich. // Meine Eltern sind stolz auf mich. // Meine Eltern leben getrennt. // Ich kann gut mit meiner Familie oder mit Freunden über meine Sorgen/ Probleme reden. // Meine Eltern streiten sich oft. // Ich habe Angst, daß sich meine Eltern trennen könnten. Sonstiges		
SUMME SZ4:		
Bereich Freunde: Mich nerven meine Freunde und meine Familie. // Ich werde von allen akzeptiert, fühle mich (<i>nicht</i>) gemocht. // Manchmal bin ich auf meine Freunde eifersüchtig oder neidisch. <i>Manchmal sind meine Freunde eifersüchtig/ neidisch auf mich.</i> // Ich habe viel Spaß mit anderen. Sonstiges		
SUMME SZ5:		
Bereich Alleine: Ich habe viele Hobbies, Freizeitaktivitäten. // Mir geht es schlecht, wenn ich alleine zu Hause bin. Sonstiges		
SUMME SZ6:		
Bereich Körp. Ges.: Sonstiges		
SUMME SZ7:		
Speziell		
Ich habe (<i>k</i>)eine Krankheit/ Beschwerden, die sich auf meinen seelischen Zustand auswirkt.		
Ich habe (<i>keine</i>) Alpträume und schlafe (<i>nicht</i>) so gut.		
Ich habe häufig (<i>selten</i>) schlechte Laune, nachdem ich vor dem Fernseher oder dem PC saß.		
Meine Vergangenheit beschäftigt mich (<i>nicht</i>).		
Ich Sorge mich (<i>nicht</i>) um einen Freund (oder ein Familienmitglied).		
Ich stehe manchmal (<i>selten</i>) unter Zeitdruck, habe (<i>nicht</i>) zu viele Termine.		
Ich fühle mich (<i>nicht</i>) schlecht, wenn ich mal rummotze.		
Ich bin seelisch (<i>un</i>)abhängig (Drogen).		
Mir passieren momentan nur schlechte (<i>gute</i>) Sachen.		
Sonstiges		
SUMME SZ8:		
Generell		
Mir geht es (<i>nicht</i>) so gut.		
Ich finde das Leben (<i>nicht</i>) schön.		
Ich bin (<i>nicht</i>) normal, (<i>nicht</i>) behindert.		
Meine Seele ist (<i>nicht</i>) rein, gut, kommt (<i>nicht</i>) in den Himmel.		
Ich bin seelisch (<i>un</i>)stabil.		
Ich habe (<i>keine</i>) Beschwerden im Kopf, ich bin seelisch (<i>nicht</i>) gesund / <i>ich bin seelisch krank.</i>		
Andere halten mich für (<i>nicht</i>) normal.		
Ich habe (<i>keine</i>) starke(n) Nerven, habe selten (<i>häufig</i>) Nervenzusammenbrüche.		
Mich belastet momentan viel.		
Ich fühle mich (<i>nicht</i>) überlastet.		
Sonstiges		
SUMME SZ9:		
Sonstiges (Rest)		
SUMME SZ10:		
GESAMTSUMME SEEL. ZUSTAND:		

7. Insgesamtes Befinden

	☺	☹
Bezug auf andere Bereiche		
Schule: Ich bin momentan gut in der Schule/ Mir geht es nicht gut, weil ich zur Zeit nicht in der Schule bin/ Ich komme in der Schule insgesamt gut klar/ Mich belasten meine schulischen Leistungen/ Noten (<i>nicht</i>)/ Ich habe gerade Ferien/ Zur Zeit ist es in der Schule sehr anstrengend, ich muß viel Zeit für die Schule investieren/ Ich bin schnell abgelenkt, habe Konzentrationsprobleme/ Ich habe Angst sitzenzubleiben/ Ich habe momentan viele Hausaufgaben auf/ Ich habe momentan Ferien und damit mehr Zeit/ Sonstiges		
SUMME IB1:		
Familie: Ich komme gut mit meiner Familie klar/ <i>Ich komme mit meiner Familie nicht klar</i> / Ich verstehe mich gut mit meiner Familie/ Wir fahren bald in der Urlaub zusammen/ Meine Eltern haben ausreichend Zeit für mich/ Mir geht es gut, weil ich mich von meinen Eltern geliebt fühle/ Meine Eltern sind bei guten schulischen Leistungen stolz auf mich (<i>pos</i>)/ Ich versuche meine Eltern stolz zu machen/ Ich langweile mich mit meinen Eltern/ Meine Eltern fahren oft ohne mich weg, was ich doof finde/ Ich unternehme viel mit meinen Geschwistern/ Ich glaube manchmal bin ich zu böse zu meinen Eltern/ Es belastet mich, daß ich ein Elternteil viel seltener sehe/ Sonstiges		
SUMME IB2:		
Freunde: Ich habe viele Freunde/ <i>Ich habe keine Freunde</i> / Ich bin gerne mit meinem Freunden zusammen. Ich verstehe mich momentan gut mit meinen Freunden/ Ich habe momentan Freunde/ Ich fühle mich von meinen Freunden vernachlässigt , im Stich gelassen/ Ich betätige mich in einer Jugendgruppe/ Verein Sonstiges		
SUMME IB3:		
Alleinsein: Ich bin zur Zeit häufig alleine/ Sonstiges		
SUMME IB4:		
Körperl. Ges.: Ich bin momentan kerngesund/ Ich fühle mich körperlich fit/ Ich habe Schmerzen, Leiden/ Ich bin körperlich eingeschränkt/ Körperlich geht es mir momentan gut/ Ich war in letzter Zeit häufiger krank/ Ich fühle mich in meinem Körper wohl/ Ich habe keinerlei Beschwerden/ Sonstiges		
SUMME IB5:		
Seel. Zustand: Ich bin in letzter Zeit häufiger gut (<i>schlecht</i>) gelaunt/ Meine Stimmung ist vom Wetter abhängig/ Ich bin öfter mal lustlos/ Ich kann mich gut mit Sachen abfinden/ Ich habe Zukunftsängste/ Ich habe Ängste oder Befürchtungen anstehende Ereignisse betreffend/ Über manche Sachen kann ich mit niemandem reden/ Ich fühle mich manchmal unverstanden und allein gelassen/ Ich habe momentan Streß/ Ich vermisse zur Zeit irgendwen oder –etwas/ Manchmal bereue ich mein Verhalten in bestimmten Situationen/ Sonstiges		
SUMME IB6:		
Aktuell/ Speziell		
Ich habe (<i>keinen</i>) Ärger/ Streit.		
Es hat sich aktuell etwas (<i>nichts</i>) verändert, was mich beschäftigt.		
Ich habe in letzter Zeit (<i>nicht</i>) gefeiert, z.B. Geburtstag.		
Ich habe (<i>k</i>)ein neues Hobby/ (<i>k</i>)eine neue Beschäftigung, die mir sehr viel Spaß macht.		
Mir steht (<i>k</i>)eine Anschaffung/ Geschenk in Aussicht, welche mich freudig stimmt.		
Ich freue mich (<i>nicht</i>) auf bevorstehende Aktivitäten.		
Sonstiges		
SUMME IB7:		

		☺	☹
	Generell		
	Ich habe <i>(keine)</i> Angst vor der Zukunft.		
	Ich bin mit allem <i>(un)</i> zufrieden.		
	Ich habe momentan viel <i>(wenig)</i> Zeit für mich, viel <i>(wenig)</i> Freizeit/ <i>Ich habe momentan kaum/ nicht viel Zeit für mich.</i>		
	Ich kann machen, was ich will/ <i>Ich darf/ kann nicht alles machen, was ich will.</i>		
	Ich habe <i>(keine)</i> Probleme/ Sorgen/ Es gibt momentan keine Sachen, die mich beschäftigen oder mit denen ich nicht umzugehen weiß/ Ich muß momentan keine Probleme oder Sorgen mit mir rumtragen		
	Ich habe momentan <i>(nicht)</i> viele Termine.		
	Ich habe momentan <i>(nicht)</i> sehr viel zu tun (neg).		
	Mir werden viele <i>(selten)</i> Wünsche erfüllt/ Ich bekomme häufig das, was ich möchte.		
	Ich fühle mich <i>(nicht)</i> gut/ <i>Mir geht es gut.</i>		
	Ich ärgere <i>(nicht)</i> gerne andere.		
	Ich habe <i>(nicht)</i> viel Spaß/ Ich habe allgemein momentan <i>(nicht)</i> viel Spaß.		
	Ich beschäftige mich <i>(nicht)</i> gerne mit Tieren.		
	Ich bin insgesamt mit mir <i>(un)</i> zufrieden.		
	Ich habe momentan keine <i>(keine)</i> Wünsche.		
	Ich finde ich habe es im Vergleich zu anderen Kindern gut <i>(schlecht).</i>		
	Ich weiß, daß es anderen Kindern aufgrund von Ausländerfeindlichkeit, Krieg, Krankheit wesentlich schlechter geht als mir (pos).		
	Ich bin <i>(nicht)</i> schwer zufrieden zu stellen, bin anspruchsvoll <i>(-los).</i>		
	Ich verbringe momentan <i>(nicht)</i> viel Zeit mit Sachen, die mir Spaß machen.		
	Ich mache <i>(keine)</i> Fortschritte, was mich <i>(nicht)</i> freut und mir <i>(keinen)</i> Antrieb gibt.		
	Ich habe <i>(keine)</i> Probleme meine Zeit einzuteilen.		
	Sonstiges		
	SUMME IB8:		
	Sonstiges (Rest)		
	SUMME IB9:		
	GESAMTSUMME INSG. BEFINDEN:		



8. Belastung durch die Krankheit

		☺	☹
	Problembereich allgemein		
	Mir geht es gerade <i>(nicht)</i> gut.		
	Die Behandlung/ Therapie erinnert mich <i>(nicht)</i> an meine Krankheit.		
	Die Krankheit zeigt mir meine Stärken <i>(Schwächen).</i>		
	Ich bin durch die Krankheit <i>(nicht)</i> anders als die anderen.		
	Ich bin im Alltag <i>(nicht)</i> eingeschränkt.		
	Ich werde aufgrund meiner Probleme <i>(nicht)</i> gehänselt.		
	Ich bin <i>(in keiner Weise)</i> eingeschränkt.		
	Ich bekomme <i>(nicht)</i> mehr Aufmerksamkeit, als sonst/ Ich finde meine Probleme aufgrund der vermehrten Aufmerksamkeit <i>(nicht)</i> cool.		
	Durch meine Krankheit bin ich ein Außenseiter/ <i>Alle akzeptieren mich so wie ich bin.</i>		
	Sonstiges		
	SUMME BK1:		

	☺	☹
Krankheits-/ Problembewußtsein/ -umgang		
Mich belastet meine Krankheit (<i>nicht</i>).		
Ich habe keine Lust über meine Probleme nachzudenken/ <i>Ich denke über meine Probleme nach.</i>		
Ich versuche (<i>nicht</i>) etwas positives an meiner Krankheit zu finden.		
Ich habe (<i>keine</i>) Hoffnung, dass ich geheilt werden kann.		
Die Gedanken an meine Krankheit/ Probleme machen mich (<i>nicht</i>) traurig/ wütend.		
Ich akzeptiere mich (<i>nicht</i>) so wie ich bin.		
Ich tue alles/ viel (<i>nichts</i>) dafür, um wieder gesund zu werden.		
Ich tue anderen gegenüber (<i>nicht</i>) so, als ob es meine Probleme nicht gäbe.		
Ich beschäftige mich (<i>nicht</i>) viel mit meiner Krankheit/ mit meinen Problemen		
Sonstiges		
SUMME BK2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankheitsspezifische Probleme		
Ich werde (<i>nicht</i>) durch körperliche Erscheinungen an meine Krankheit erinnert.		
Schule: Ich komme in der Schule (<i>nicht mehr</i>) mit.		
Ich kann (<i>nicht</i>) zur Schule gehen.		
Familie: Meine Familie kommt mit meinen Problemen (<i>nicht</i>) gut klar.		
Andere Jugendliche: Ich werde von anderen (<i>nicht</i>) abgelenkt.		
Ängste		
Ich habe (<i>keine</i>) Angst vor einem Rückfall, vor einer Verschlimmerung.		
Der Gedanke an meine Probleme macht mir (<i>keine</i>) Angst.		
Ich habe (<i>keine</i>) Angst verrückt zu werden/ zu sein.		
Sonstiges		
SUMME BK3:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Speziell		
Ich bin wegen meiner Probleme in der Klinik.		
Nach der Therapie denke ich oft an meine Probleme (neg)/ Beim Spielen mit Freunden denke ich kaum an meine Probleme (pos).		
Sonstiges		
SUMME BK4:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstiges (Rest)		
SUMME BK5:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GESAMTSUMME BELASTUNG DURCH KRANKHEIT:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. Belastung durch Behandlung

	☺	☹
Allgemein		
Ich habe sehr viele (<i>wenig</i>) Behandlungstermine.		
Ich muss (<i>keine</i>) Medikamente nehmen.		
In der Gruppentherapie sehe ich, dass ich nicht der einzige mit Problemen bin.		
Ich finde, dass nicht ich, sondern meine Eltern Probleme haben.		
Ich bin gar (<i>nicht</i>) krank und sollte (<i>nicht</i>) hier sein.		
Ich bin (<i>nicht</i>) oft wegen meiner Behandlung in der Klinik.		
Sonstiges		
SUMME BB1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

		
Umgang mit der Behandlung		
Ich denke (<i>nicht</i>) viel über meine Behandlung in der Klinik nach.		
Ich denke (<i>nicht</i>) nur direkt vor und nach einer Sitzung an die Behandlung, danach denke ich dann (<i>nicht</i>) wieder an etwas anderes.		
Ich versuche (<i>nicht</i>) den anderen zu helfen, worüber ich oft meine eigenen Probleme vergesse/ <i>beiseite schiebe/ verdränge</i> .		
Abends vor dem Einschlafen oder nachts, denke ich (<i>nicht</i>) über die Behandlung nach.		
Mich nerven die vielen Fragen (<i>nicht</i> .)		
Ich will (<i>nicht</i>) über meine Probleme nachdenken.		
Die Behandlung bringt `eh nichts/ <i>Ich glaube an den Erfolg der Behandlung/ Das bringt hier `eh nichts</i> .		
Ich will (<i>nicht</i>) möglichst schnell wieder nach Hause.		
Mir ist die Behandlung (<i>nicht</i>) egal.		
Mir fällt es (<i>nicht</i>) schwer über meine Probleme zu reden.		
Sonstiges		
SUMME BB2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gefühle		
Ich freue mich (<i>nicht</i>) immer auf die Behandlung/Ich habe kein Bock auf die Behandlung.		
Manche Sachen sind mir unangenehm (EEG, Videoaufzeichnungen...)/ <i>Mit den meisten Untersuchungen komme ich gut klar</i> .		
Ich habe (<i>keine</i>) Angst vor der Behandlung.		
Ich mag es nicht/ <i>ich komme gut damit klar</i> , wenn meine Eltern mit dem Therapeuten über mich reden.		
Ich fühle mich (<i>nicht</i>) unverstanden.		
Ich sehe (<i>nicht</i>) ein, dass ich so lange in der Klinik zur Behandlung sein muss.		
Sonstiges		
SUMME BB3:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Atmosphäre in der Klinik/ Umgang mit dem Kind		
Mein Therapeut hört mir (<i>nicht</i>) zu und versteht mich(<i>nicht</i>).		
Die Leute in der Klinik sind nett (<i>unfreundlich</i>).		
Ich ärgere mich (<i>nicht</i>) über meine Therapeuten.		
Sonstiges		
SUMME BB4:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Speziell		
Ich kann dann meine Freunde nicht sehen.		
Sonstiges		
SUMME BB5:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstiges (Rest)		
SUMME BB6:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GESAMTSUMME BELASTUNG DURCH BEHANDLUNG:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11.7 Instruktion zum Raten der Kinder- und Jugendlichen-Interviews

Dieser Anhang gibt die Instruktion zum Raten der D-ILK-Kinder- und Jugendlicheninterviews wieder. In dieser ist die Anwendung des neu entwickelten Auswertungsschemas genau geregelt.

Auswertung der Kinderinterviews – Instruktion zum Raten –

Ziel: Summenbildung der Positiv- bzw. Negativnennungen durch Auszählen der entsprechenden Aussagen der Probanden

1. Vorabinformation:

Das Interview zur Erfassung lebensqualitätsbeeinflussender Faktoren, lässt sich, entsprechend dem ILK-Bogen, in 7 (für Probanden aus der Martin-Luther-Schule) bzw. in 9 (für Probanden aus der poliklinischen Ambulanz der KJP) Teilbereiche gliedern, die durch auf verschiedene Lebensbereiche bezogene Items (Items: 1.Schule, 2.Familie, 3.Andere Jugendliche, 4.Alleinsein, 5. Körperliche Gesundheit, 6.Seelischer Zustand, 7.Insgesamtes Befinden, 8. + 9. Belastung durch Krankheit bzw. durch Behandlung), gekennzeichnet sind.

Vor dem Interview, im Anschluss an das Ausfüllen des ILK-Bogens durch einen Probanden, wird in Abhängigkeit des Ankreuzverhaltens des Probanden ein Interviewleitfaden für das folgende Interview zusammengestellt. Auf diese Weise erfolgt eine Anpassung des Interviews an die individuellen Antwortenprofile eines jeden Probanden (siehe exemplarisch im Anhang: ILK-Bogen mit folgenden drei Varianten:

1. bei Ankreuzung von „*sehr gut*“ oder „*eher gut*“ → Auswahl der Interviewleitfaden-Variante 1,
2. bei Ankreuzung von „*teils, teils*“ → Auswahl der Interviewleitfaden-Variante 2
3. bei Ankreuzung von „*sehr schlecht*“ oder „*eher schlecht*“ → Auswahl der Interviewleitfaden-Variante 3).

Während des Interviews leiten die Interviewer die Teilbereiche jeweils mit einer Wiederholung der ILK-Frage zu dem entsprechendem Item und der dazu ausgewählten Antwort des Probanden ein. Innerhalb dieser Teilbereiche werden dann verschiedene Aspekte eines Items exploriert, indem sowohl die positiven, als auch die negativen Seiten der einzelnen Items von den Interviewern hinterfragt werden, um so möglichst viele Informationen zu den einzelnen Lebensbereichen von den Probanden zu erhalten.

Diese Interviews bzw. die Ausführungen der Probanden bezüglich der erfragten Items während der Interviews, bildeten die Grundlage für die Entstehung eines Auswertungsschemas. Die Aussagen der Probanden sind innerhalb der oben genannten Teilbereiche auf ihre inhaltlichen Übereinstimmungen überprüft, anschließend geordnet, gruppiert und unter verschiedenen Kategorien zusammengefasst worden. Auf diese Weise entstanden die vorliegenden „Rating-Bögen“, das Auswertungsschema.

Zur Verdeutlichung des Interviewablaufes und der „Rating-Aufgabe“ liegen Videoaufnahmen zweier Interviews mit einem Kind und die entsprechenden Transkripte vor, an welchen eine Auswertung beispielhaft vorgenommen wurde (siehe Transkript 1 + 2 und Auswertungsschema 1 + 2 im Anhang).

Die folgenden Punkte sind (soweit möglich) mit Beispielen aus der 1. Interviewsituation versehen.

2. Auf den vorliegenden **Rating-Bögen** (Auswertungsschema) findet man zu jedem der Teilbereiche des Interviews verschiedene Aussagen, die das jeweilige Item charakterisieren und die inhaltlich gruppiert zu Kategorien zusammengefasst sind (wie z.B. bei Item 1. Schule, Kategorien: Rahmenbedingungen/ Organisation/ Zeitverteilung, Beziehung zu Lehrern bzw. Mitschülern, ... siehe Auswertungsschema Seite 1). Während die ersten Kategorien dem Thema des Items entsprechend von Item zu Item variieren, sind die Kategorien „Speziell“, „Generell“ und „Sonstige (Rest)“ zu jedem Item zu finden (siehe z.B. Seite 2 des Auswertungsschemas).

Die Kategorie „Speziell“ beinhaltet Aussagen, die ganz spezielle Situationen, Lebenslagen oder Gefühle der Kinder und Jugendlichen beschreiben (Beispiel zu dem Item 1. Schule: „Ich kenne meine Mitschüler noch nicht, da ich gerade umgezogen bin“, siehe Seite 2 des Auswertungsschemas).

Unter der Kategorie „Generell“ sind Aussagen zusammengefasst, die das Item ganz allgemein (*generell*) beschreiben (Beispiel zu dem Item 1. Schule: „Ich habe keinen Bock auf Schule“, siehe Seite 2 des Auswertungsschemas).

Unter der Kategorie „Sonstiges (Rest)“ werden gehörte Aussagen notiert, die keiner Aussage bzw. Kategorie eines entsprechenden Items zugeordnet werden können (genaueres siehe 6.).

Um eine Summenbildung der Positiv- bzw. Negativnennungen eines Interviews zu ermöglichen, ist es notwendig, die gehörten Aussagen den aufgelisteten Aussagen bzw. Kategorien auf den Rating-Bögen zuzuordnen und mit einer Wertung (☺ oder ☹) zu vermerken.

3. Geratet werden lediglich die Aussagen der Probanden und außerdem nur die Antworten auf die Fragen nach den positiven bzw. negativen Seiten eines Items (Frage x.1 – x.12), **nicht** die Antworten auf die Zusatzfragen (Fragen nach dem Allerbesten, usw., siehe ILK-Bogen, 1.13 – 1.17).
4. Für den „Rater“ gilt es also primär die **Wertung** der Aussagen des Probanden festzustellen und außerdem alle **Aussagen**, die durch die Ausführungen des Probanden eindeutig positiv oder negativ besetzt sind, auf dem vorbereiteten Rating-Bogen des Auswertungsschemas unter dem entsprechenden Item **festzuhalten**. Neben der Wertung ist es außerdem wichtig das Thema der Aussage zu erkennen, um die gehörte Aussage einer Aussage bzw. Kategorie auf dem Rating-Bogen zuordnen zu können.

Beispiel zu 4.: 1.1, Proband: „ja, also mit den Hauptfächern komme ich eher schlecht zurecht.“ → Bewertung der Aussage ist eindeutig negativ → Strich bei ☹ bei einer dem Thema der gehörten Aussage entsprechenden Aussage auf dem Rating-Bogen: Kategorie: Eigene Leistung, Aussage: Ich habe gute Noten in den Hauptfächern.

5. Hinter den Aussagen auf den Rating-Bögen, am Ende einer jeden Zeile befinden sich zwei Kästchen für die Bewertung einer Aussage durch den „Rater“:

☺ für eine positive Wertung
und ☹ für eine negative Wertung.

Je nachdem, mit welcher Wertung bzw. in welchem Kontext eine Aussage des Probanden erwähnt wird, ist diese positiv oder negativ zu vermerken, indem der „Rater“ das entsprechende Kästchen mit einem Strich markiert.

Dabei ist es **nicht notwendig**, dass die gehörte Aussage vom Videoband mit der Aussage auf dem Rating-Bogen **wortgetreu** übereinstimmt. Entscheidend für eine Zuordnung einer gehörten Aussage zu einer Aussage, die auf dem Rating-Bogen steht, ist der Inhalt, der Sinn, das Thema dieser Aussage.

Beispiel: 2.9, Proband: „Ich ärger' ihn (Bruder) oft mal.“ → Thema der Aussage: Sich gegenseitig ärgern → negativer (geht aus dem Kontext hervor, siehe Transkript im Anhang) Vermerk (☹),
Kategorie: Geschwister, Aussage: Wir ärgern uns gegenseitig.

Achtung! Ein Strich bei ☺ (positiver Vermerk) heißt **nicht** der Proband stimmt der vorangegangenen Aussage zu, sondern, der Proband erwähnt das Thema der vorangegangenen Aussage in einem positiven Kontext, bzw. mit einer positiven Wertung, entsprechend bedeutet ☹ (negativer Vermerk) der Proband erwähnt das Thema der vorangegangenen Aussage in einem negativen Kontext, bzw. mit einer negativen Wertung.

Beispiel zu 6.: 1.9, Proband: „joa, also, mit so Hausaufgaben und so, also bin ich eigentlich nie, nicht überfordert.“ → erkannt als eindeutig positive Aussage → Thema der Aussage: Zurechtkommen mit den Hausaufgaben → positiver Vermerk (☺), Kategorie: Hausaufgaben, Aussage: Meine Hausaufgaben sind zu schwer, ich kann sie häufig nicht.

6. Ist eine gehörte Aussage mit einer Wertigkeit behaftet, kann aber aus inhaltlichen Gründen keiner Aussage des entsprechenden Items auf dem Rating-Bogen zugeordnet werden, ist diese Aussage in Stichworten und Strich bei ☺ oder ☹ unter „Sonstiges“ einer passenden Kategorie des Items zu vermerken. Kann die Aussage auch keiner der item-spezifischen Kategorien zugeordnet werden (auch nicht den Sonderkategorien „Speziell“ oder „Generell“), ist diese, wiederum in Stichworten und Strich bei ☺ oder ☹ unter der letzten Kategorie eines jeden Items „Sonstiges (Rest)“ festzuhalten.

Beispiel zu 7.: 2.7, Proband: „bei den Eltern, würd' ich mal sagen, rasten bisschen schnell aus“ → zwar von dem Probanden eindeutig negativ bewertet, aber nicht einer Aussage auf dem Rating-Bogen zuzuordnen → Vermerk stichwortartig unter der Kategorie: „Eltern“: „Sonstiges“: Eltern rasten schnell aus → dann Strich bei ☹ in der Zeile: „Sonstiges“.

Es gilt also generell der folgenden Hierarchie entsprechend die gehörten Aussagen auf den Rating-Bögen festzuhalten:

1. Ist es möglich die gehörte Aussage einer der aufgelisteten Aussagen des entsprechenden Items zuzuordnen?
Wenn ja: Vermerk dort, wenn nicht:
 2. Ist es wenigstens möglich die gehörte Aussage einer der Kategorien des Items (inklusive der Kategorien „Speziell“ und „Generell“) zuzuordnen?
Wenn ja: Vermerk der Aussage unter „Sonstiges“ in der entsprechenden Kategorie. Wenn auch das nicht:
 3. Notiz der gehörten Aussage stichwortartig unter der Restkategorie „Sonstiges (Rest)“ am Ende des entsprechenden Items.
7. Äußert ein Proband eine Aussage lediglich zu Informationszwecken, ohne die Aussage positiv oder negativ zu besetzen, ist diese nicht zu raten.

Beispiel zu 5. (nicht aus dem Transkript): Proband: „Ich verstehe mich mit allen Familienmitgliedern gut“ (→ eindeutig positiv !). „Meine Eltern leben getrennt voneinander.“ (→ weder positiv noch negativ besetzt ! → Aussage ist nicht zu raten.)

Undifferenzierte Aussagen, wie : „Manchmal, manchmal nicht.....“ oder teils, teils- Aussagen werden nicht gewertet.

8. **Wiederholen** sich Aussagen oder das Thema der Aussagen während der Exploration eines Teilbereiches, sind diese **nur einmal mit nur einem Strich** unter ☺ oder ☹ der entsprechenden Aussage zu vermerken. Gibt ein Proband jedoch auf Aufforderung ein konkretes Beispiel an, welches seine vorausgegangene Aussage nicht nur wiederholt oder näher beschreibt, sondern neue Aspekte bringt, eine neue gedankliche Einheit darstellt, wird das Beispiel als weitere Nennung gezählt.

Beispiel: 1.9, Proband: „joa, also, mit so Hausaufgaben und so, also bin ich eigentlich nie, ni-, also nicht überfordert oder so.“ → nach Aufforderung, 1.10, Proband:“ joa, also, da hab' ich eben eigentlich keine größeren Probleme, also das da zu machen, was wir, also, das, die Aufgaben zu lösen...“ → 1.10 stellt nur eine Wiederholung, keine neue gedankliche Einheit, keine neue Idee da → Aussage wird nicht zusätzlich gezählt.

Beispiel: 4.1, Proband: „an'n Computer → nach Aufforderung, 4.2, Proband: „ja, also dann geh' ich halt an den Computer, geh' ins Internet oder da treff- ich mich da mit anderen Leuten, also im Chat, weiß mich eigentlich auch ziemlich gut zu beschäftigen.“ → 4.2 stellt als neue Aspekte Internet und Chatten vor → Aussage wird zusätzlich gezählt und entsprechend unter 4., Interessen/ Tätigkeiten vermerkt.

Gleiches gilt für den Bereich „Fächer/Unterricht (Teilleistungen): „Nennung von leistungs-starken (bzw. leistungs-schwachen) Fächern/Leistungsbereichen“ und Nennung von „Präferenzen“ aus dem Teilbereich „Schule“ : hier nur jeweils ein Strich pro Kästchen, egal wie viele Nennungen der Proband äußert.

Ausnahmefelder, in welchen mehrere Striche pro Kästchen möglich sind, sind im Auswertungsschema **durch eine graue Schattierung gekennzeichnet**:

- 1. Generelle Ausnahme** ist die Aussage „Sonstiges“ oder die Restkategorie „Sonstiges (Rest)“, hier sind auch mehrere Striche pro Kästchen möglich, je nachdem wie viele zusätzliche Aussagen der Proband hervorbringt, die an anderer Stelle nicht einzuordnen sind.
- 2. Fragenspezifische Ausnahme:** Interviewfragen 6 und 7: Kategorie „Bezug auf andere Bereiche“, hier sind auch, je nach Nennung, mehrere Striche pro Kästchen möglich.

Beispiel zu 8. (nicht aus dem Transkript): 6. Frage (Seelischer Zustand): Kind nimmt Bezug auf den Bereich Schule: „In der Schule fällt mir das Lernen leicht, mich interessieren viele Dinge, aber ich habe trotzdem manchmal Angst vor der Schule.“ → Zwei Striche in dem Kästchen ☺ und einen Strich in dem Kästchen ☹, für zwei positive und eine negative Aussage im Bezug auf den Bereich Schule.

9. Wird ein Thema sowohl im positiven, als auch im negativen Kontext erwähnt, ist es möglich sowohl bei ☺ als auch bei ☹ in einer Zeile jeweils einen Strich zu machen.

Beispiel zu 9.: 1.2, Frage nach Dingen, die eher nicht so gut sind, Proband: ja, also, also Deutsch eben, hm, bei Mathe und Englisch könnt' es besser sein, aber ...

1.8, Frage nach Dingen, die eher gut sind, Proband: "Geschichte, Sozialkunde"
→ es werden leistungs-gute Fächer und leistungs-schwache Fächer genannt
→ Vermerk sowohl bei ☺, als auch bei ☹ in der gleichen Zeile unter der Kategorie Fächer/Unterricht.

10. Generell gilt es mit einer hohen Sensitivität vorzugehen. Bei Unsicherheiten gilt es lieber mehr, als zu wenig Aussagen zu raten. Bei Grenzfällen oder Zweifel, ob eine Aussage in das Auswertungsschema aufzunehmen ist oder nicht, erscheint es sinnvoller diese zu raten und damit in dem Auswertungsschema zu vermerken.

11. Durchführung:

1. Einlegen der Video- bzw. Tonbandkassette , Zurückspulen, um mit dem ersten Fragenkomplex beginnen zu können.
2. Starten der Videoaufnahme; beginnend mit der 1. Antwort auf die 1. Frage des Interviewers wird das Video Stück für Stück, Aussage für Aussage exploriert, nach jeder gehörten Aussage des Probanden, die verwertbar ist, Video stoppen, um eine entsprechende Aussage auf dem Rating-Bogen des Auswertungsschemas ausfindig zu machen.
3. Nach „Sucherfolg“ Markierung des entsprechenden ☺- oder ☹- Kästchens, je nach Wertung der Aussage durch den Probanden.
4. Gleiche Vorgehensweise Frage 1 bis 7 (bzw. 9).

11.8 DVD mit Ausschnitten aus D-ILK-Kinder- und Elterninterviews

Die im rückwärtigen Einband beigelegte DVD enthält beispielhafte Ausschnitte aus den D-ILK-Kinder- und Elterninterviews vorliegender Untersuchung.

Danksagung

Für den erfolgreichen Abschluss der vorliegenden Arbeit möchte ich folgenden Personen meinen herzlichen Dank widmen.

Zunächst möchte ich mich bei meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. F. Mattejat, für die Bereitstellung des Themas, für die beständige Geduld und die anhaltende Unterstützung während der Betreuung der Dissertation bedanken.

Ferner danke ich der Arbeitsgruppe Lebensqualität der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Marburg, B. Simon, G. Gawrilow, J. Hesse, A. Heidgen, M. Trosse, P. Ehnis, M. Michalke, O. Nass und besonders auch U. König, für ihre freundschaftliche Unterstützung und das angenehme Arbeitsklima. Hier gilt mein Dank insbesondere der Dipl.-Psychologin K. John für die eingehende Durchsicht des Manuskriptes.

Den Mitarbeitern der Poliklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Marburg vielen Dank für ihr Entgegenkommen, die Interviews mit den Kindern und ihren Eltern bestmöglich in den alltäglichen Untersuchungsablauf der Poliklinik zu integrieren.

Allen interviewten Eltern und Kindern bzw. Jugendlichen gilt mein Dank für ihre Bereitschaft an den Interviews teilzunehmen und diese mit ihrem individuellen Freimuth zu beleben.

Die Überprüfung des Auswertungsschemas bedurfte einiger fleißiger Hilfskräfte. Vielen Dank an die Psychologie-Studenten der Philipps-Universität Marburg, die sich dafür bereit erklärt haben.

Meiner lieben Kollegin und Freundin Frauke möchte ich für die gemeinsame Doktoranden-Zeit danken. Freue mich aber wieder auf Zeiten, in denen die Doktorarbeit nicht mehr den Großteil unserer Gespräche bestimmt.

Ein besonderer Dank gilt meiner Familie, die mich trotz der insgesamt sehr langwierigen Entwicklung in jeglicher Hinsicht motiviert hat, obwohl ich zuweilen am zweifeln war. Dank auch an Mike für die Wegweisung Richtung digitaler Medienwelt.

Und ein Riesendank an Bastian, der mich zu jeder Tages- und Nachtzeit meisterhaft aufgebaut und sowohl seelisch als auch fachgerecht durchdacht unterstützt und mich somit vor einer eventuellen, vorzeitigen Kapitulation bewahrt hat.

Verzeichnis der akademischen Lehrer

„Meine akademischen Lehrer waren Damen/Herren

in Marburg:

Arnold, Aumüller, Bandmann, Basler, Barth, Baum, Christiansen, Czubayko, Daut, Doss, Eilers, Geus, Gotzen, Griss, Görg, Happle, Hasilik, Hebebrand, Hellinger, Hesse, Heubel, Hofmann, Jungclas, Kern, Klenk, Klose, Koolman, Krieg, Köhler, Lang, Lam-mel, Lepppek, Lohoff, Maisch, Moll, Moosdorfer, Mutters, Neubauer, Oertel, Reichardt, Remschmidt, Röhm, Rothmund, Schmidt, Schäfer, Steiniger, Syberth, Vogelmeier, Vohland, Weihe, Westermann, Werner

in Wien: Ehrenberger, Freyler, Husslein

in Luzern: Bleichenbacher, Schüssler

in Bremen: Engel, Klose, Scalicky.“