

Quiring, Juliane / Ochs, Matthias / Franck, Gideon / Wredenhagen, Nora  
/ Seemann, Hanne / Verres, Rolf / von Schlippe, Arist und Schweitzer,  
Jochen

**Zufriedenheit der Eltern mit einem psychosozialen  
Behandlungsprogramm für primäre Kopfschmerzen im Kindes- und  
Jugendalter**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 2, S. 123-147*

urn:nbn:de:bsz-psydok-47172

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

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

**Nutzungsbedingungen**

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

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

**Kontakt:**

**PsyDok**

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

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

# **Zufriedenheit der Eltern mit einem psychosozialen Behandlungsprogramm für primäre Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter**

Juliane Quiring, Matthias Ochs, Gideon Franck, Nora Wredenhagen, Hanne Seemann, Rolf Verres, Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer

## **Summary**

*Parent satisfaction with a child and family-centered treatment program for primary headache in childhood and adolescence*

Patient satisfaction represents a significant outcome criterion in the context of systemic psychotherapeutic therapy research. This study investigated parent satisfaction with a psychosocial treatment program (comprising three components: child group therapy, parents' evenings, systemic family sessions) for pediatric primary headache (diagnosed according to IHS criteria). 10 weeks after the end of the treatment program, the parents were sent a questionnaire containing open questions and ten-point numerical rating scales. The sample comprised n=48 families. The return rate was 89%. The qualitative content analysis showed a hierarchical category system consisting of 3 major categories, 7 main groups and 69 sub-categories. The parents stated that they were satisfied with (1.) the effects of the treatment program, (2.) the specific treatment techniques and the medical and psychosocial headache-related information provided, and (3.) the therapeutic relationship. The mean satisfaction for all three therapy components on the ten-point numerical rating scale was 8.1 with a standard deviation of 2.0 (child headache group: 8.5; parents' evenings: 8.2; family sessions: 7.5). The results are discussed with reference to methodological aspects: avoidance of ceiling effects and social desirability in measuring customer satisfaction, order effects of items, weighting of the significance of satisfaction levels as an outcome criterion.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 123-147*

## **Keywords**

primary headache – qualitative content analysis – patient satisfaction

## **Zusammenfassung**

Patientenzufriedenheit stellt ein bedeutsames Outcome-Kriterium im Kontext systemisch-psychotherapeutischer Therapieforschung dar. In der vorliegenden Studie wurde die Zufriedenheit der Eltern mit einem psychosozialen Behandlungsprogramm (bestehend aus drei Komponenten: Kindergruppentherapie, Elternabende, systemische Familiengespräche) für pädiatrische primäre Kopfschmerzen (diagnostiziert nach IHS-Kriterien) untersucht. Es wurde den Eltern 10 Wochen nach Beendigung des Behandlungsprogramms ein Fragebogen mit offenen Fragen und zusätz-

lichen zehnstufigen numerischen Ratingskalen samt anonymem frankierten Rückumschlag zugesandt. Die Stichprobengröße bestand aus  $n = 48$  Familien. Die Rücklaufquote betrug 89%. Die qualitative Inhaltsanalyse ergab ein hierarchisches Kategoriensystem aus 3 Oberkategorien, 7 Hauptgruppen und 69 Kategorien unterer Ordnung. Die Eltern gaben an, an erster Stelle mit den Wirkungen des Behandlungsprogramms, an zweiter Stelle mit den konkreten Behandlungstechniken und den vermittelten medizinischen und psychosozialen kopfschmerzbezogenen Informationen sowie an dritter Stelle mit der Beziehungsgestaltung und der Rahmensituation zufrieden zu sein. Die Durchschnittszufriedenheit auf der zehnstufigen numerischen Ratingskala gemittelt über alle drei Therapiekomponenten beträgt 8,1 mit einer Standardabweichung von 2,0. (Kinderkopfschmerzgruppe: 8,5; Elternabenden: 8,2; Familiengesprächen: 7,5). Die Ergebnisse werden unter methodischen Gesichtspunkten diskutiert: Vermeidung von sogenannten Deckeneffekten und sozialer Erwünschtheit bei Erfassung von Kundenzufriedenheit, Reihenfolgeeffekte der Items, Gewichtung der Bedeutung von Zufriedenheitsmaßen als Outcome-Kriterium.

## Schlüsselwörter

Primäre Kopfschmerzen – Kindes- und Jugendalter – Qualitative Inhaltsanalyse – Patientenzufriedenheit

## 1 Kunden- und Patientenzufriedenheit im systemischen Forschungskontext

Patienten- und Kundenzufriedenheit sind zu einem bedeutsamen Kriterium der Beurteilung psychosozialer Angebote geworden und werden als wichtiges Outcomekriterium – vor allem im Forschungskontext systemischer Therapie – diskutiert (z.B. Schweitzer u. Reuter, 1991; Ludewig, 1988, 1993; Schweitzer, 1995; Ochs et al., 1997; Ochs u. Lemme, 1998; Schweitzer, v. Schlippe u. Ochs, 2006). Die in früheren Forschungen häufig als Prä-Post-Vergleich präsentierten Kategorien von „Lebensqualität“ sind viel zu allgemein und auch zu wenig veränderungssensitiv. Patientenzufriedenheit wird als ein wichtiger Indikator der Qualität medizinischer Versorgung betrachtet. „Sie stellt die subjektive Bewertung einer medizinischen Versorgungsleistung durch den Patienten dar. Grundlage dieser Bewertung ist das Ausmaß a priori bestehender Erwartungen ...“ (Jacob u. Bengel, 2000, S. 281). Der Begriff „Kundenzufriedenheit“ stammt ursprünglich aus dem Wirtschaftsbereich. Dort gilt er als zentrales Kriterium für den Erfolg eines Dienstleistungsunternehmens: Kundenzufriedenheit kann alte Kunden binden und neue anwerben (Kordupleski et al., 1994; Meister u. Meister, 1996). Im psychosozialen Bereich werden die Begriffe „Kundenzufriedenheit“ und „Patientenzufriedenheit“ synonym verwendet. Es wird anstelle von „Patienten“ von „Kunden“ gesprochen, um das Bild des bedürftigen, dulddenden und leidenden Patienten durch das einer mündigen und informierten Person zu ersetzen (Ludewig, 1992; Schweitzer u. Schumacher, 1995). Es ist allerdings einzuräumen, dass bei schwer leidenden und verzweifelten Menschen die Begriffe „Kunde“ und „Zufriedenheit“ nicht immer als adäquat empfunden werden. Im Kontext der vorliegenden Studie scheinen sie dennoch nützlich.

### 1.1 „Objektive“ versus „subjektive“ Erfolgsmaße

Die Erfassung von Therapieerfolg durch subjektive Kundenurteile – in Abgrenzung zu (vermeintlich) objektiven Evaluationsmaßen – war und ist umstritten. So verwundert es nicht, dass die erste große subjektive Wirksamkeitsstudie, die Consumer Reports Study, erst 1995 erschienen ist (Seligman, 1995; s. auch Tallman u. Bohart, 1999). Für die Erfassung der subjektiven Kundenzufriedenheit sprechen verschiedene Gründe. Ludewig (1993, S. 24f) schreibt hierzu: „Da der so verstandene Anlass zur Therapie anders als eine Diagnose immer partikulär und systembezogen bleibt, können nur diejenigen über den Erfolg einer Hilfsmaßnahme Auskunft geben, die das Problem erzeugten und um Hilfe suchten: die ‚Therapiekunden‘ ... Das was Hilfe ist, bestimmt daher immer nur derjenige, der sie verlangt und bekommt. In diesem Sinne bildet die Kundenzufriedenheit ein zentrales Kriterium für eine systemisch orientierte Therapieevaluation.“

Darüber hinaus ist auch die Bestimmung des Therapieerfolges *ausschließlich* durch sogenannte „objektive Maße“ diskutierbar. Erstens ist die Symptomreduktion nur in wenigen Fällen wirklich objektiv bestimmbar:

Ein interessantes Beispiel bezogen auf Kopfschmerzen stellt eine schon ältere Untersuchung zum EMG-Biofeedback von Holroyd et al. (1984) dar. Dort wurden verschiedenen Behandlungsgruppen von Patienten mit Spannungskopfschmerzen teils wahrheitsgetreue und teils gefälschte EMG-Werte rückgemeldet. Es wurde etwa eine Verringerung der Muskelspannung mitgeteilt, wenn in Wirklichkeit ein Anstieg stattfand. Außerdem wurde einem Teil der Patienten rückgemeldet – wiederum unabhängig von den tatsächlichen EMG-Werten –, dass ihre Entspannungsbemühungen erfolgreich seien, und einem anderen Teil der Patienten, dass die Entspannungsbemühungen nicht erfolgreich seien. Das Ergebnis war, dass diejenigen Patienten von der Biofeedbacktherapie profitiert haben, die glaubten, dass ihre Entspannungsbemühungen Früchte zu tragen scheinen, sie also über interne Kontrollmöglichkeiten verfügen. Die tatsächliche Anspannung bzw. Entspannung der Muskulatur war für den Therapieerfolg unwichtig.

Zweitens ist Behandlungserfolg nicht einfach mit Symptomreduktion gleichzusetzen. So kann es bekanntlich vorkommen, dass sich jemand wohler fühlt, obwohl die Symptome nur wenig verändert wurden, oder auch dass sich jemand weniger wohl fühlt, obwohl die Symptome nahezu verschwunden sind. Therapieerfolg kann auch heißen, dass zum Symptom eine neue Haltung gefunden wurde, nicht unbedingt, dass das Symptom „objektiv“ reduziert oder beseitigt wurde. Dies ist etwa im Kontext chronischer Erkrankungen von besonderer Bedeutung (z. B. Ochs u. Altmeyer, 2006).

Der Zusammenhang zwischen Zufriedenheit mit einer Behandlung und den sogenannten objektiven Behandlungsergebnissen ist bekanntermaßen nicht sehr stark (Hannöver et al., 2000; Mattejat u. Remschmidt, 1993). Denn es geht hierbei um unterschiedliche Bedeutungen bei der Beurteilung einer Behandlung. Mattejat und Remschmidt (1993) konnten zeigen, dass die Zufriedenheit mit einer Behandlung meist höher ausfällt als der Erfolg im Hinblick auf Symptomreduktion. Die Frage

jedoch, ob sich jemand wieder an eine Klinik wenden würde, hängt eher mit der Zufriedenheit als mit dem vermeintlich objektiven Behandlungserfolg zusammen. Deshalb kommen etwa Müller et al. (2002) zu dem Resultat: „Patients' satisfaction (needs) to be taken into account in order to improve ... services" (S.93).

Elterliche Behandlungszufriedenheit stellt einen relevanten Aspekt der Qualitätssicherung von Dienstleistungen und Institutionen dar, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, z. B. Kinder- und Jugendhilfe; Erziehungsberatung, Schule, Kinder- und Jugendkliniken (z. B. Ochs u. Lemme, 1998; Storck et al., 1998; King et al., 2001; Laws u. Millward, 2001). Die nachhaltige effektive Behandlung psychischer, psychosomatischer und chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter erfordert elterliche Kooperation und Compliance (z. B. Storck et al., 1998; Theiling et al., 2000; Ochs et al., 2002a). Die subjektive Zufriedenheit der Eltern spielt deshalb eine große Rolle, weil die Eltern - wenn sie zufrieden sind - maßgeblich dazu beitragen können, Veränderungen nachhaltig in den Alltag zu integrieren - oder auch alleine die Behandlung konsequent durchzuführen (z. B. Kinder hinbringen und abholen).<sup>1</sup>

## 1.2 Klinischer und forschender Kontext der Studie

Diese Studie ist Teil des Forschungsprojektes „Chronifizierungsprävention primärer Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen“, das in der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Heidelberg in der Zeit von 1999-2002<sup>2</sup> unter der Leitung von Dipl.-Psych. Hanne Seemann und Prof. Jochen Schweitzer durchgeführt wurde.<sup>3</sup> Hierbei wurde ein kindzentriertes und familienorientiertes Behandlungsprogramm evaluiert, das sich aus zehn eineinhalbstündigen Sitzungen Kindergruppenthypnotherapie, drei eineinhalbstündigen Elternabenden und drei eineinhalbstündigen systemischen Familieninterviews zusammensetzt. Das gruppenthypnotherapeutische Konzept, basierend auf dem Ansatz zur Behandlung psychosomatischer Schmerzen von Seemann (1998), ist in einem Manual dokumentiert (Seemann, 2002). Das Konzept der Elternabende wird ebenfalls von Seemann (2002) beschrieben. Die systemischen Famili-

<sup>1</sup> Um Missverständnisse zu vermeiden: Subjektive Behandlungszufriedenheitsmaße sollten komplementär und nicht alternativ zu etablierten Outcome-Maßen Verwendung finden. Die International Headache Society (IHS) schlägt eindeutige Kriterien für Symptomverbesserung vor, wie etwa Kopfschmerztagebücher pro Monat oder Attackenanzahl. Solche Symptomverbesserungsparameter sind zur Evaluation von Therapieprogrammen unverzichtbar. In anderen Teilstudien unseres Projektes haben wir solche Messinstrumente entsprechend auch eingesetzt (z. B. Seemann et al., 2002). Da die Erfassung der Elternzufriedenheit jedoch zur Reduktion der sozialen Erwünschtheit anonymisiert stattfand, konnten die Resultate dieser aber nicht mit den Kopfschmerztagebüchern, die wir u.a. einsetzen, korreliert werden.

<sup>2</sup> Deshalb konnten die inzwischen verfügbaren revidierten Diagnosekriterien der IHS aus dem Jahr 2004 leider noch keine Verwendung finden.

<sup>3</sup> Gefördert durch FSP „Multidimensionalität chronifizierenden Schmerzes“ des Universitätsklinikums der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg Projekt-Nr. E 3 (F 207042)

eninterviews besaßen einen evaluativ-diagnostischen und einen beratenden Anteil. Die Beratung und Diagnostik richtet sich an systemischen Interviewtechniken aus (v. Schlippe u. Schweitzer, 1996; Schweitzer u. Ochs, 2003, Schweitzer, v. Schlippe u. Ochs, 2006).<sup>4</sup>

## 2 Fragestellung

Die hier dargestellte Studie war der Frage gewidmet, wie die Eltern die verschiedenen Therapiekomponenten des Behandlungsprogramms beurteilen, was sie als hilfreich bzw. als nicht hilfreich erlebten, womit sie zufrieden waren und womit nicht und was sie sich zusätzlich oder anders gewünscht hätten. Dabei ging es um die Zufriedenheit mit der Kopfschmerzgruppe mit den Elternabenden und mit den Familiengesprächen und darum, inwieweit diese aus Sicht der Eltern zur Linderung der Kopfschmerzen bzw. zu einem besseren Umgang damit beigetragen haben (sofern es dazu kam). Außerdem wurde erfasst, ob und wie sich der Umgang mit den Kopfschmerzen des Kindes im familiären Alltag verändert hat.

## 3 Methode

### 3.1 Stichprobe

Die hier untersuchten befragten Eltern umfassten 48 Familien, in denen jeweils ein Kind an Migräne und/oder Spannungskopfschmerzen litt. Die Kopfschmerzen wurden gemäß den Kriterien der International Headache Society diagnostiziert (IHS, 1988).

Einschlusskriterien für die Teilnahme des Kindes am Behandlungsprogramm waren:

- ein Alter zwischen 8 und 15 Jahren,
- die Diagnose Migräne mit oder ohne Aura (IHS - Code 1.1 oder 1.2) und/oder Kopfschmerzen vom Spannungstyp (IHS - Code 2.1, episodisch und 2.2 chronisch), festgestellt in einem schmerzananamnestischen Gespräch vor Behandlungsbeginn,

---

<sup>4</sup> In einer kontrollierten Evaluationsstudien wurde die Wirksamkeit des Behandlungsprogramms anhand symptombezogener Outcomemaße (zum Beispiel Kopfschmerztagebücher und numerischen Ratingskalen) bereits belegt (Seemann et al., 2002). Zudem konnten wir zeigen, dass familiäre Faktoren wesentlich zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung primärer Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen beitragen können (vgl. Ochs et al., 2002a, b, 2004, 2005; Benedikt et al., 2004). Was Eltern und Patienten konkret als hilfreich bei der Bewältigung der Kopfschmerzen erfahren haben, wurde zudem in einer qualitativen Evaluationsstudie erkundet (Miksch et al. 2004). Für Kasuistiken aus dem Forschungsprojekt s. auch Schweitzer und Ochs (2003a, b). Für eine eher theoretische Arbeit zum Thema „Familie und kindliche Kopfschmerzen“ siehe Ochs und Schweitzer (2006). Ein Konzept zur systemischen Kurzzeitbehandlung von Kinderkopfschmerz stellen Ochs und Schweitzer (2005) vor.

- das Bestehen der Kopfschmerzen seit mindestens 6 Monaten mit mindestens zwei Attacken bzw. Episoden pro Monat im Durchschnitt der letzten 6 Monate und
- eine neurologische Untersuchung ohne positiven Befund.

Ausschlusskriterien waren:

- symptomatische Kopfschmerzen (IHS - Code 5-11),
- organische Psychosyndrome,
- eine Aufmerksamkeitsstörung,
- nicht ausreichende deutsche Sprachkenntnisse,
- keine Bereitschaft zur Teilnahme seitens der Familie.

Dauernde Medikamenteneinnahme inklusive prophylaktischer Migränemedikation galt nicht als Ausschlusskriterium.

Die Zuordnung der eingegangenen 43 Antwortbögen zu den 48 behandelten Kindern und Jugendlichen lässt sich nicht genau bestimmen, da die Befragung anonym erfolgte. Von den 48 behandelten Kindern und Jugendlichen waren 28 Jungen und 20 Mädchen. Das Durchschnittsalter betrug zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns 11,3 Jahre. Von den Mädchen hatten 12,5% Migräne (IHS Code 1.1 und 1.2), 50% Kopfschmerzen vom Spannungstyp (IHS Code 2.1 und 2.2) und 37,5% eine Doppeldiagnose, also sowohl Kopfschmerzen vom Spannungstyp als auch Migräne. Von den Jungen hatten 54,5% Migräne, 9,1% Kopfschmerzen vom Spannungstyp und 36,4% eine Mischdiagnose.

### 3.2 Beschreibung des Fragebogens

Der Zweitautor dieser Arbeit entwickelte für diese Studie einen Fragebogen, in den ein früher entwickelter Fragebogen zur Kundenzufriedenheit in der Jugendhilfe (Ochs u. Lemme, 1998) einging. Der Fragebogen wurde von einem Qualitätszirkel von Experten (face validity) begutachtet und als valide eingeschätzt. Der Qualitätszirkel bestand aus zwei Professoren für Medizinische Psychologie, einem promovierten medizinpsychologischen wissenschaftlichen Mitarbeiter und einer Diplom-Psychologin.

Der Fragebogen wurde den Eltern 10 Wochen nach Abschluss der Therapie per Post zugesandt. Der Fragebogen besteht aus 19 offenen Fragen, 9 zehnstufigen numerischen Ratingskalen und einer dichotom zu beantwortenden Frage.

Die Beantwortung, Rücksendung und Auswertung der Fragebögen erfolgte anonym, um dem Problem der sozialen Erwünschtheit zu begegnen.

### 3.3 Qualitative Inhaltsanalyse mit der Software ATLAS/ti

Die Auswertung der offenen Fragen erfolgte mit der Methode der induktiven Kategorienbildung. Diese Methode stellt eine Form der zusammenfassenden qualita-

tiven Inhaltsanalyse dar, wie sie von Mayring (1997, 1999) elaboriert wurde.<sup>5</sup> Sie wurde mithilfe von ATLAS/ti, einer speziellen Software zur computerunterstützten Realisierung qualitativer Inhaltsanalysen, durchgeführt (Muhr, 1997). Die induktive Kategorienbildung „leitet die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich auf vorab formulierte Theoriekonzepte zu beziehen“ (Mayring, 1997, S. 75). Die Auswertung erfolgte jeweils pro Frage. Diese Auswertungseinheiten pro Frage bildeten eine „*Hermeneutische Einheit*“. Eine Hermeneutische Einheit stellt eine Auswertungseinheit in ATLAS/ti dar (Muhr, 1997):

1. Innerhalb einer Hermeneutischen Einheit wurden die Originaläußerungen der befragten Eltern Zeile für Zeile in eine Paraphrase, eine prägnante Kurzform gebracht (zum Beispiel: „Mein Sohn hat sich in der Gruppe sehr wohlgefühlt“ wurde verkürzt zu „Wohlgefühl in der Gruppe“). Aus diesen Kurzbeschreibungen wurden dann Kategorien gebildet („Wohlgefühl in der Gruppe“ wurde mit anderen Paraphrasen, wie zum Beispiel „entspannte Atmosphäre“, und „vertrauenswerdendes Umfeld“, schließlich zur Kategorie „positive Atmosphäre“ zusammengefasst). Manchmal ergab eine Paraphrase direkt eine Kategorie. Häufig wurden die Paraphrasen jedoch nochmals zusammengefasst und/oder allgemeiner formuliert. Das Abstraktionsniveau dieser Kategorien richtete sich an zwei Kriterien aus: 1) die Aussagen sollten eine große Vielfalt abbilden, 2) es wurde eine möglichst geringe Anzahl von Kategorien (und insbesondere eine möglichst minimale Anzahl nichtinterpretierbare Restkategorien) angestrebt. Nachdem 25% des Materials auf diese Art und Weise bearbeitet worden war, wurden die Aussagen direkt den bestehenden Kategorien zugewiesen. Gegebenenfalls wurden neue Kategorien hinzugefügt.
2. Die Eltern haben die offenen Fragen unterschiedlich ausführlich beantwortet. Es gab einerseits Eltern, die differenzierte Angaben in Form mehrerer Sätze machten, und andererseits Eltern, die die Fragen nur in Form eines knappen Stichwortes beantworteten. Dies bedeutet, dass die Anzahl der Nennungen, die aus dem Originalmaterial abgeleitet wurden, nicht mit der Anzahl der Eltern übereinstimmt. Die Antworten der Eltern mit ausführlichen Statements ergaben mehr Nennungen, als die Antworten der Eltern in Form knapper Stichworte. Dies bedeutet, dass nicht linear direkt von der Anzahl der Nennungen auf die Anzahl der Eltern, welche diese Nennungen abgegeben haben, geschlossen werden kann. Es wurden im Folgenden die Nennungen in ihrer Gesamtheit und nicht pro Fragebogen ausgewertet.
3. Nach der Auswertung aller Hermeneutischen Einheiten wurden die Kategorien noch einmal mit dem Ausgangsmaterial verglichen (1. Überarbeitungsschritt). Bei jeder Kategorie wurde überprüft, ob die entsprechenden Textstellen tatsächlich zur ursprünglich gewählten Kategorie passen oder ob sie ggf. neu zugewiesen werden mussten. Dadurch ergaben sich einige Veränderungen: neue Kategorien, Zusammenfassungen oder Umbenennungen.

<sup>5</sup> Zu qualitativer Forschung in der Familienmedizin und zur Erfassung subjektiver Theorien siehe auch Verres, 1986; Elder u. Miller, 1995; Huston u. Rowan, 1998; Miller u. Crabtree, 1994.



4. Dann wurden die Kategorien der verschiedenen Hermeneutischen Einheiten miteinander verglichen. Es wurde versucht, die Bezeichnungen zu vereinheitlichen (2. Überarbeitungsschritt).
5. Danach schloss sich noch eine weitere Überarbeitungsphase (3. Überarbeitungsschritt) an: Alle Zuordnungen wurden noch einmal übergreifend für alle Hermeneutischen Einheiten geprüft. Es wurden viele Zitate neu zugeordnet, weil sich herausstellte, dass Kategoriennamen anderer Hermeneutischer Einheiten sinnvoller zu den jeweiligen Zitaten passten.
6. Schließlich wurden alle Kategorien zur besseren Übersicht auf Karteikarten festgehalten und nach Hauptgruppen und Oberkategorien sortiert.
7. ATLAS/ti zählt die Anzahl der Nennungen pro Kategorie automatisch mit. So lässt sich feststellen, wie oft eine bestimmte Kategorie vorkommt. Diese Häufigkeiten wurden zusätzlich die Hermeneutischen Einheiten übergreifend addiert und die Kategorien damit in eine Rangreihe gebracht.

### *Gütekriterien für die qualitative Inhaltsanalyse*

Die Gütekriterien qualitativer Studien lassen sich nicht so eindeutig bestimmen wie die quantitativer. Allgemein sei jedoch gesagt, dass sich die Güte qualitativer Untersuchungen vor allem in einer „kontrollierten und dokumentierten Subjektivität“ widerspiegelt (Krippendorff, 1980). Die Konstruktvalidität der vorliegenden Untersuchung lässt sich vor allem in der konsensfähigen Angemessenheit der Kategoriendefinitionen erkennen (semantische Gültigkeit nach Krippendorff, 1980). Diese wird hier zum einen durch den Kodierleitfaden (mit Definition der Kategorien, Ankerbeispielen und Kodierregeln, siehe Anhang zu Studie 4) und zum anderen durch die mehrfache Rücküberprüfung der Kategorien am Ausgangsmaterial sichergestellt. Dabei wurde mehrfach überprüft, ob Kategoriennamen, Differenzierungsgrad der Kategorie und Zuordnung von Textstellen zu den Kategorien angemessen sind. Gegebenenfalls wurde modifiziert.

Die InterCoderreliabilität ist als Maß der Reliabilität qualitativer Untersuchungen zentral. Die Kategorien wurden von zwei Kodierern unabhängig voneinander verglichen. Hierbei zeigte sich, dass beide Kodierer ähnliche Kategorien bestimmten – es unterschieden sich lediglich die Namen. So wurde die Kategorie „Atmosphäre“ auch als „Stimmung in der Gruppe“ bezeichnet. Es stellte sich heraus, dass die Bedeutungen und die Größen der Kategorien nahezu gleich waren. Eine numerische Darstellung der InterCoderübereinstimmung haben wir als nicht sinnvoll erachtet, da zwischen den Kodierern eine Übereinstimmung von nahezu 100% erzielt wurde. Zusätzlich gab es im Laufe des Auswertungsprozesses weitere Überprüfungen der Kategorien und Zuordnungen durch zwei Qualitätszirkel von Experten. Durch die mehrfache Rücküberprüfung der Kategorien und ihrer Zuordnungen am Ausgangsmaterial sowie die Überarbeitung und Zusammenfassung der Kategorien wurden auch Stabilität und Exaktheit der Auswertung überprüft.

### 3.4 Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung

Zur Auswertung der zehnstufigen numerischen Ratingskalen wurde mit Hilfe von SPSS eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Die Irrtumswahrscheinlichkeit Alpha wurde dabei je nach Anzahl der Vergleiche nach Bonferroni korrigiert.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Ergebnisse zur qualitativen Inhaltsanalyse

Von den 48 Fragebögen wurden 43 zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 89,6%. Maximal konnten 1.247 Fragen beantwortet werden (29 Fragen x 43 Antwortbögen). 444mal wurde bei einer Frage keine Antwort gegeben. Somit wurden 35,6% der Fragen nicht beantwortet (dies erscheint zunächst recht viel, wird aber weiter unten in der Diskussion aufgeklärt). Innerhalb der 64,4% beantworteten Fragen gab es 630 Nennungen. Eine Nennung bedeutet, dass ein Statement als eine Kategorie identifiziert bzw. einer solchen zugeordnet wurde. Davon bezogen sich 561 Nennungen (89%) auf Aspekte des Behandlungsprogramms, mit denen die Eltern zufrieden waren, und 69 (11%) Nennungen beinhalteten kritischnegative Statements zum Behandlungsprogramm. Durch das oben beschriebene inhaltsanalytische Vorgehen wurden 69 Kategorien identifiziert. Diese Kategorien wurden zu 7 Hauptgruppen zusammengefasst, welche wiederum in 3 Oberkategorien aufgeteilt wurden.

Die Ergebnisse werden anhand folgender Systematik vorgestellt:

1. Zunächst werden die Ergebnisse zu den Themen „Zufriedenheit mit den Komponenten des Behandlungsprogramms“ (dieser Themenbereich umfasst die Antworten der Eltern zu den Fragen 1A, 2A und 3A) und „Verbesserung der Kopfschmerzen und verbesserter Umgang mit den Kopfschmerzen“ (Elternantworten zu den Fragen 1B, 2B, 3B, 1C, 2C und 3C) vorgestellt. Hierbei werden jeweils die Kategorien mit den meisten Nennungen innerhalb der Themenbereiche samt Beispielzitate der Eltern aufgeführt. Außerdem wird innerhalb der Themenbereiche zwischen den drei Behandlungskomponenten Kindergruppentherapie, Elternabende und Familiengespräche differenziert. Abschließend werden die Ergebnisse zum Themenbereich „Umsetzung der Behandlungsergebnisse im familiären Alltag“ dargestellt.
2. Die Ergebnisse werden in einer Zusammenschau der Themenbereiche und aller Antworten in Form eines übergreifenden Kategoriensystems dargestellt. Hierbei werden die drei Oberkategorien samt deren Hauptgruppen dargestellt. Es werden zudem die wichtigsten Kategorien jeweils innerhalb einer Hauptgruppe anhand von Beispielzitate illustriert.
3. Kritikpunkte der Eltern werden dargestellt.

## Antworten der Eltern zu Themenbereichen

### *„Zufriedenheit mit den drei Komponenten des Behandlungsprogramms“*

Bei den Fragen nach der Zufriedenheit ist bei allen drei therapeutischen Komponenten – insbesondere jedoch bei der *Kindergruppentherapie* – die hohe Zufriedenheit mit der Atmosphäre auffallend (41 Nennungen<sup>6</sup>; typisches Beispielzitat: „Mein Sohn hat sich in der Gruppe sehr wohl gefühlt“) beziehungsweise der Umgang der TherapeutInnen mit den Kindern (21 „Individuelles Eingehen auf die Kinder“) auffallend. Innerhalb der Kategorie „Atmosphäre“ sind Aussagen zusammengefasst, die sich auf die gute Atmosphäre beziehen. Die Kategorie „Umgang der TherapeutInnen mit den Kindern“ subsumiert Aussagen, die den Umgang der TherapeutInnen mit den Kindern loben.

Zu den *Elternabenden* sind die Eltern vor allem mit den Informationen und Erkenntnissen zufrieden (21 „mehr Zusammenhänge werden klar“). Diese Kategorie vereint Aussagen, in denen ganz allgemein „Informationen“ oder „Erkenntnisse“ als Antwort gegeben wurde, ohne dass genauer vermerkt wurde, welche Informationen bzw. Erkenntnisse hilfreich waren. Außerdem waren die Eltern vor allem mit dem Erfahrungsaustausch der Familien untereinander innerhalb der Elternabende zufrieden (14 „Gespräche mit ebenfalls Betroffenen“). Diese Kategorie gruppiert Statements, die beschreiben, dass sich die Eltern untereinander ausgetauscht haben, sowie alle Angaben, die erläutern, dass es hilfreich war zu sehen, dass es auch in anderen Familien Kinder mit chronischen Kopfschmerzen gibt.

Zu den *systemischen Familiengesprächen* wurden die Behandlung des Themas mit der ganzen Familie (6 „Meinung der anderen Familienmitglieder zum Kopfschmerz erfahren“) und die systemische Sichtweise auf die Kopfschmerzen von den Eltern (5 „mehr Akzeptanz auch anderer Familienmitglieder durch Auseinandersetzung mit Thema“) als wichtig und hilfreich hervorgehoben.

### *Verbesserung der Kopfschmerzen und verbesserter Umgang mit den Kopfschmerzen*

Bei diesen Fragen stehen in Bezug auf die *Kopfschmerzgruppe* vor allem Entspannung (16 „Entspannung als Prävention erlernt“) und ein früheres Abfangen der Schmerzen (6 „bei Problemen sofort handeln“) im Vordergrund. Hilfreich war die Auseinandersetzung mit dem Schmerz in der Gruppe (15 „Anja hat für die Kopfschmerzen Methoden und Übungen erlernt“). Ein wichtiger und interessanter Punkt ist, dass einige Eltern und Kinder gelernt haben, dass sich die Kinder am besten selber helfen

<sup>6</sup> Die Anzahl der Nennungen ist natürlich angesichts von Mehrfachantworten nicht identisch mit der Anzahl der Eltern, deren Antworten sich auf die jeweilige Kategorie beziehen. Die Anzahl der Nennungen kann somit nicht Aufschluss geben über die Anzahl der Eltern, deren Aussagen unter die jeweilige Kategorie fallen.

können und somit die Verantwortung für den Umgang mit den Kopfschmerzen nun mehr bei den Kindern selbst liegt (5 „Kind Eigenverantwortung für KS überlassen“). Ähnlich sind die Angaben einiger, dass die Kinder selbstbewusster und durchsetzungsfähiger geworden seien (4 „Selbstwertgefühl wurde gestärkt“).

Zu den *Elternabenden* wurden in den Fragen B und C wie bei Frage A die gewonnenen Erkenntnisse als wichtig bezeichnet (11 „Eltern lernen die Problematik besser zu erfassen“), vor allem solche, die zu mehr Verständnis für das Kind und damit zu einem besseren Umgang mit dem Kind beitragen konnten (8 „die Entstehung der Kopfschmerzen unseres Kindes zu erkennen und besser im Ernstfall zu reagieren“). Dazu gehört auch hier die Erkenntnis, dass die Hauptverantwortung für den Umgang mit den Kopfschmerzen beim Kind selbst liegt (5 „Wir verstehen ihn besser und akzeptieren, wie er damit umgeht“).

Bei den *systemischen Familiengesprächen* wurden bei Frage B kaum Angaben gemacht. Bei C gab es einige Angaben, die spezifisch für dieses Therapieelement sind: Durch die Gespräche fühlen sich einige Eltern besser in der Lage, ihr Kind und seine Kopfschmerzen zu verstehen und damit umgehen zu können (5 „Spannungen, die sich in unserem Sohn aufstauen, frühzeitiger zu erkennen“). Hier wurde auch die Bedeutung der bewussten gemeinsamen Auseinandersetzung mit den Kopfschmerzen betont (5 „Vater und Bruder haben sich mit diesem Problem auseinandergesetzt und akzeptieren jetzt die Kopfschmerzproblematik und die damit zusammenhängende gelegentliche Gereiztheit von Carina“).

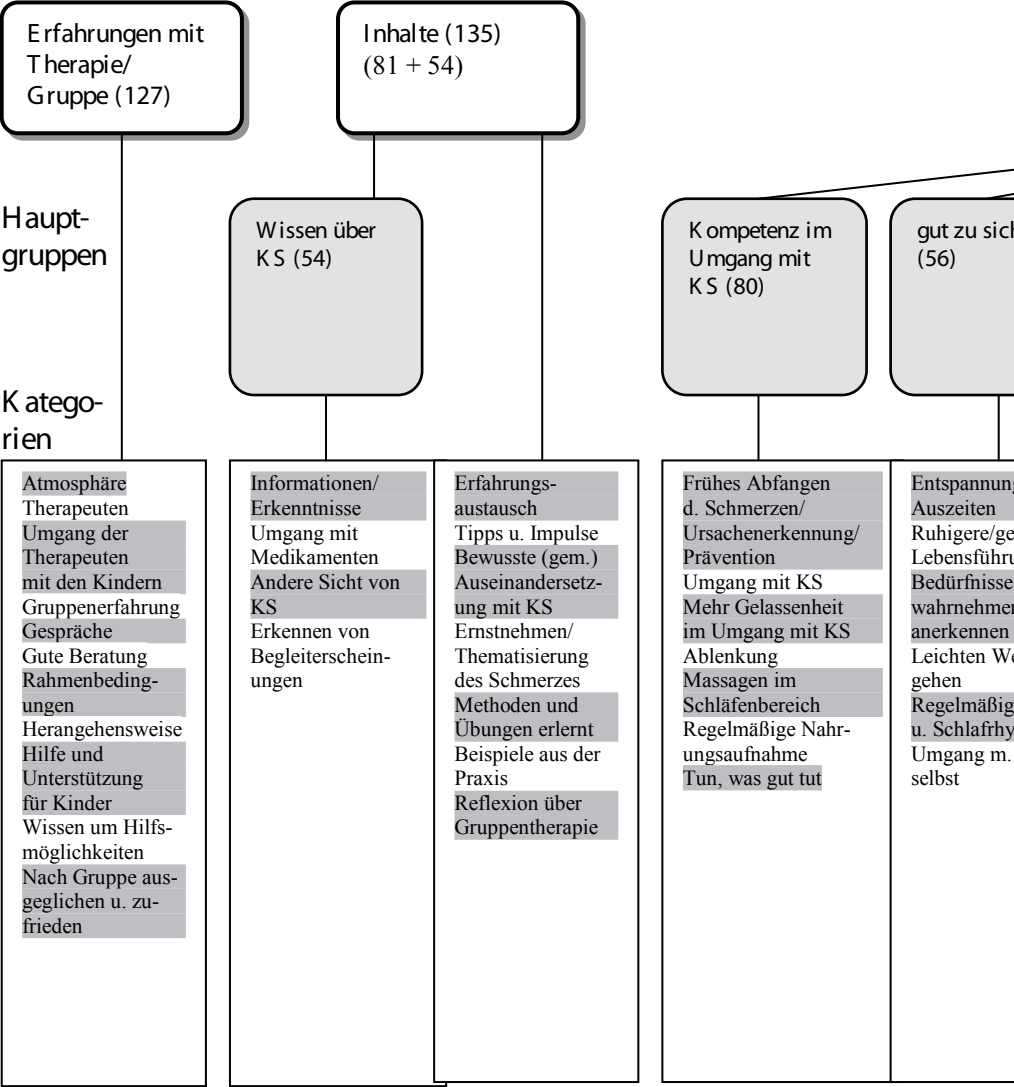
### *Umsetzung im familiären Alltag*

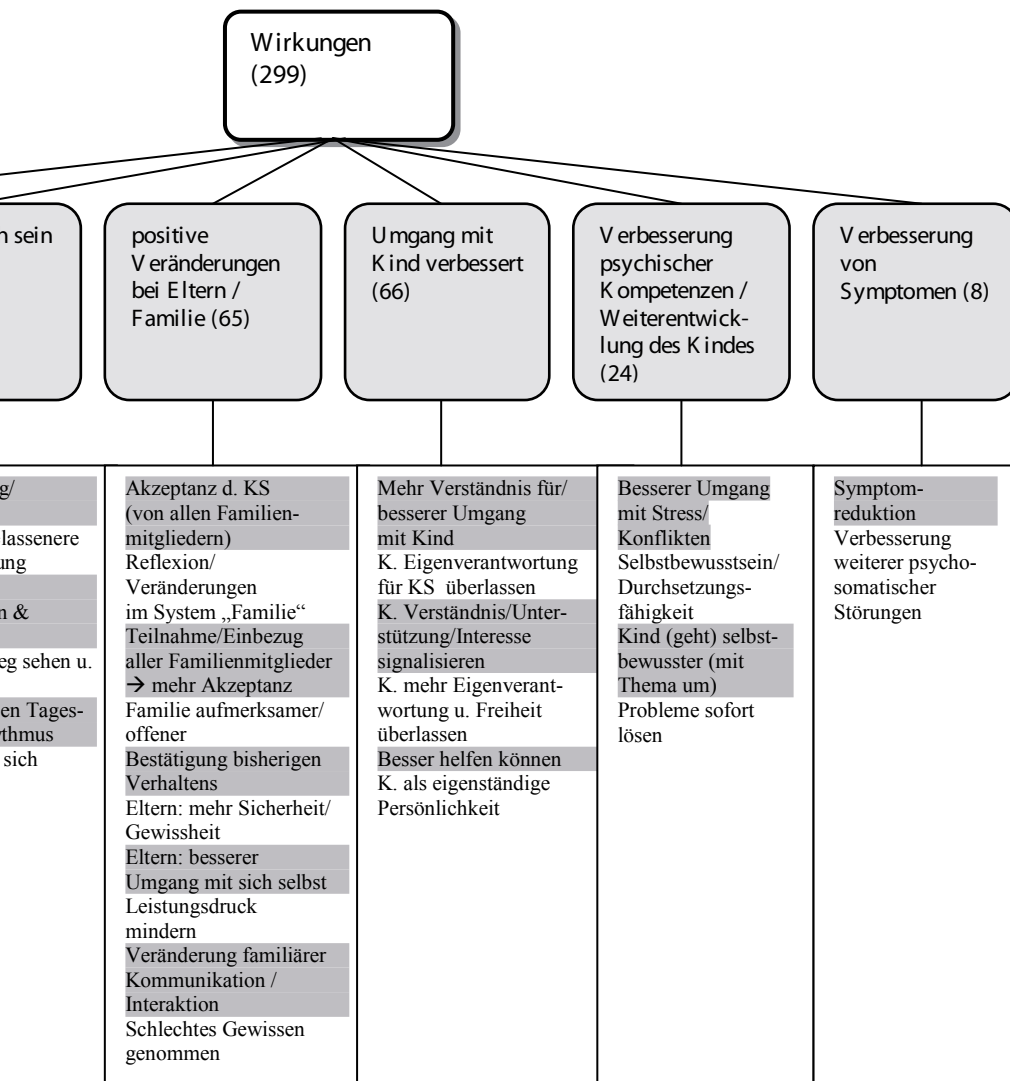
Die Angaben zur Umsetzung des Behandlungsprogramms in den Alltag sind sehr vielfältig. Sie gehen hauptsächlich in Richtung einer größeren Akzeptanz der Kopfschmerzen in den Familien (7 „Ich gehe mit Carlos Kopfschmerzen gelassener um, mache mir nicht mehr ganz so große Sorgen, wenn er mit Kopfschmerzen nach Hause kommt“) und einem besseren Umgang der Familienmitglieder mit sich selbst (14 Nennungen, die sich auf mehr Entspannung und Auszeiten beziehen, wie z. B.: „Wir versuchen Stress zu bewältigen, indem wir zuvor entspannen, bzw. dem Stress aus dem Weg gehen“). Außerdem scheint sich bei manchen eine größere Autonomie der Kinder (11 „Entscheidung nehme ich Philip nicht mehr ab, gebe jedoch Hilfestellungen“) und eine allgemeine Verbesserung von Interaktion und Kommunikation entwickelt zu haben (3 „Wir reden mehr miteinander und versuchen auf die Gefühle und den Willen der Anderen einzugehen“).

### Gesamtschau zu den drei Themenbereichen in Form von Oberkategorien, Hauptgruppen und Kategorien

Betrachtet man die einzelnen Kategorien der positiven Antworten und ordnet sie nach Zugehörigkeit, dann zeichnen sich Oberkategorien und Hauptgruppen ab, die im Folgenden beschrieben werden (s. Abb. 1, folgende Doppelseite).

Oberkategorien





### *Die drei Oberkategorien*

*Oberkategorie „Erfahrungen mit Therapie/Gruppe“ (insgesamt 127 Nennungen):* Die Eltern waren zufrieden mit den Erfahrungen, die sie in der Therapie bzw. der Gruppe gemacht hatten, also etwa mit Rahmenbedingungen („vertrauenerweckendes Umfeld“), Atmosphäre („Mein Sohn hat sich in der Gruppe sehr wohl gefühlt“), den Therapeuten (26), dem guten Umgang der Therapeuten mit den Kindern (21 „Alisia war liebevoll ohne irgendwelchen Druck aufgefangen worden“).

*Oberkategorie „Inhalte“ (insgesamt 135 Nennungen):* Ein weiterer Bereich sind hilfreiche und interessante Inhalte des Programms. Für viele waren die Tipps und Impulse hilfreich, welche die TherapeutInnen gegeben haben (15 „Hilfe für Kinder, einen Weg zur Selbsthilfe zu finden“), sowie die Methoden und Übungen, welche die Kinder erlernt haben (5 „Die Entspannungsübungen und, dass die Kinder lernen sollen, mit sich umzugehen und sich anzunehmen, so wie sie sind“). Besonders wichtig war für viele der Erfahrungsaustausch (39 „Gespräche mit ebenfalls Betroffenen“). Eine zur Oberkategorie „Inhalte“ gehörende Hauptgruppe ist „Wissen über Kopfschmerzen“ (54 Nennungen). Dazu gehören ganz allgemein alle Informationen, welche die Familien erhalten haben und alle neuen Erkenntnisse, die sie im Laufe des Programms neu gewinnen konnten. Die Kategorie „Informationen/ Erkenntnisse“ ist eine der größten überhaupt (40 Nennungen „Viele kleine Vorschläge und Ideen haben die Erkenntnisse der Familiengespräche unterstützt“) - für viele war es also zunächst einmal sehr hilfreich, mehr über die biopsychosozialen Aspekte der Kopfschmerzen zu erfahren.

*Oberkategorie „Wirkungen (299 Nennungen)“:* Viele Angaben beschreiben Veränderungen, die durch das Programm angestoßen wurden.

Am wichtigsten war dabei der Erwerb von größerer Kompetenz im Umgang mit den Kopfschmerzen (Hauptgruppe „Kompetenz im Umgang mit KS“ 80 Nennungen). Hier geht es darum, dass die Eltern und ihre Kinder einen besseren Umgang mit Kopfschmerzen erlernt haben (26 „Frühzeitiges Erkennen, Erkennen von Begleiterscheinungen“). Dazu gehört sowohl der Umgang mit einem akuten Kopfschmerzanfall allgemein, wie auch speziell durch Ablenkung, z.B. durch „Tun, was gut tut“.

In der Hauptgruppe „Gut zu sich sein“ sind Entspannung und das Setzen von Auszeiten zentral (37 „Carl legt jetzt ab und an einen Hängematten-Tag ein, den ich ihm gönne“). Einige Eltern gaben an, dass - als Effekt des Behandlungsprogramms - Bedürfnisse aller Familienmitglieder viel mehr wahrgenommen und angenommen werden (4 „Wir versuchen herauszufinden, was dem Einzelnen gut bzw. nicht gut tut“).

Einige Eltern erwähnten zudem dezidiert die Verbesserung von Symptomen (8 „Kopfschmerzen sind seltener und schwächer, keine Übelkeit, kein Erbrechen mehr“) (Hauptgruppe „Verbesserung von Symptomen“).

Zur Hauptgruppe „Positive Veränderungen bei Eltern/Familie“ gibt es 65 Nennungen. Hierzu gehören Veränderungen der Familie als „System“ (11) wie zum Beispiel dass der große Bruder nun tatsächlich auch die Stellung des großen Bruders innehatte oder auch dass sich die Kommunikation und Interaktion in der Familie zum Positiven ver-

ändert habe. Eine Familie gönnt sich zum Beispiel nun ein regelmäßiges gemütliches Beisammensein, in dem sie unter anderem vieles klären, was sonst zu kurz kommt.

Auch der Umgang mit dem Kind (Hauptgruppe „*Umgang mit dem Kind verbessert*“ 66 Nennungen) hat sich nach Angaben vieler Eltern verändert. Beispielhaft sind hierfür Aussagen von Eltern, wonach sie ihr Kind nun mehr als eigenständige Persönlichkeit sehen oder ihrem Kind fortan mehr Eigenverantwortung und Freiheit überlassen. Auch nannten die Eltern, dass sich ihr Kind als Effekt des Behandlungsprogramms nun bei Kopfschmerzen besser allein helfen könne und bei Schmerzen selber entscheiden könne, ob es sich in der Lage fühle, an Schule bzw. Freizeitaktivitäten teilzunehmen.

Eine weitere Hauptgruppe („*Verbesserung psychischer Kompetenzen/Weiterentwicklung des Kindes*“ 24 Nennungen) betrifft Veränderungen beim Kind selbst. Hierzu gehört u.a. ein besserer Umgang mit Stress und Konflikten, ebenso wie die Entwicklung von größerer Selbstständigkeit und Durchsetzungsfähigkeit.

### *Rangreihe der zehn wichtigsten Kategorien*

(Zahlen in Klammern = Anzahl der Nennungen) (O: Oberkategorie)

1. **Atmosphäre (41)**  
(O: Erfahrungen mit Therapie/Gruppe)
2. **Informationen/Erkenntnisse (40)**  
(O: Inhalte/H: Wissen über KS)
3. **Erfahrungsaustausch (39)**  
(O: Inhalte)
4. **Entspannung/Auszeiten (37)**  
(O: Wirkungen/H: gut zu sich sein)
5. **Frühes Abfangen der Schmerzen/Ursachenerkennung/Prävention (34)**  
(O: Wirkungen/H: Kompetenz im Umgang mit KS)
6. **Umgang mit KS verbessert (allg.) (26)**  
(O: Wirkungen/H: Kompetenz im Umgang mit KS)
7. **Therapeuten ( 26)**  
(O: Erfahrungen mit Therapie/Gruppe)
8. **Mehr Verständnis für/besserer Umgang mit Kind (21)**  
(O: Wirkungen/H: Umgang mit Kind verbessert)
9. **Umgang der Therapeuten mit den Kindern (21)**  
(O: Erfahrungen mit Therapie/Gruppe)
10. **Akzeptanz der KS (von allen Familienmitgliedern) (19)**  
(O: Wirkungen/H: positive Veränderungen bei Eltern/Familie)

### *Verbesserungsvorschläge/negative Kritik*

Im Fragebogen wurde ferner danach gefragt, womit Eltern bzw. Kinder nicht zufrieden waren und was nicht als hilfreich erlebt wurde.



Die Kritik betraf vor allem den Wunsch nach mehr und konkreteren individuellen Ideen (11). Einige Angaben beziehen sich direkt auf die Rahmenbedingungen und können indirekt auch als positive Kritik betrachtet werden, weil einige Eltern sich mehr (3) oder längere (3) Sitzungen gewünscht hätten. Andere Kritiken betreffen Uhrzeiten, Gruppengröße etc. Manche Familien beschreiben Probleme, vor allem mit der Umsetzung des Gelernten im Alltag (6), manche auch, dass es keine Symptomreduktion gegeben habe (3). Dann gab es noch Bemerkungen über Dinge, die fehlten oder verpasst wurden (5), sowie über fehlende Inhalte (4) (wie z. B. mehr neurobiologische Grundlagen). Die Mehrzahl der Eltern (90%) machte jedoch keine Angaben zu diesen Fragen.

## 4.2 Quantitative Auswertung

Die quantitative Auswertung der numerischen Ratingskalen (Skalierung mittels einer 10-Punkte-Skala) zeigte eine Durchschnittszufriedenheit mit allen therapeutischen Elementen von 8,1. Zur Kinderkopfschmerzgruppe beträgt sie 8,53, zu den Elternabenden 8,23 und zu den Familiengesprächen 7,54. Der Beitrag des Behandlungsprogramms zum besseren Umgang mit der Symptomatik ergibt durchschnittlich einen Wert von 6,3, wobei er bei der Kinderkopfschmerzgruppe einen Wert von 6,93, bei den Elternabenden von 6,33 und bei den Familiengesprächen 5,71 ergibt. Der Beitrag zur Verbesserung der Symptomatik wird durchschnittlich mit 5,2 eingeschätzt, wobei die Kinderkopfschmerzgruppe mit 6,65, die Elternabende mit 4,87 und die Familiengespräche mit 4,18 bewertet wurden.

**Tab. 1:** Deskriptive Statistik (Studie 4). Zufriedenheit insgesamt: 8,1; Verbesserung der Symptomatik insgesamt: 5,2; Verbesserung des Umgangs mit der Symptomatik insgesamt: 6,3  
Legende: KG = Kopfschmerzgruppe; E = Elternabende; FG = Familiengespräch; Z = Zufriedenheit; S = Verbesserung in der Symptomatik; U = Verbesserung im Umgang mit der Symptomatik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD
KGZ	43	1	10	8,53	1,93
KGS	40	1	10	6,65	2,39
KGU	42	1	10	6,93	2,27
EZ	40	3	10	8,23	1,83
ES	38	1	10	4,87	2,75
EU	39	1	10	6,33	2,81
FGZ	39	2	10	7,54	2,37
FGS	34	1	10	4,18	2,81
FGU	34	1	10	5,71	3,15

**Tab. 2:** Test bei gepaarten Stichproben (Studie 4). Die Skalenauswertung zeigte, dass nach Angaben der Eltern die Kopfschmerzgruppe signifikant mehr zur Verbesserung der Kopfschmerzen beigetragen hat, als die Elternabende und die Familiengespräche. Die Zufriedenheit und der Beitrag zum Zurechtkommen mit den Kopfschmerzen unterschieden sich zwischen diesen Therapieelementen nicht signifikant.

	Mittelwert	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwerts	t-Wert	df	Signifikanz (2-seitig) Alpha 0,01
KGZ – FGZ	1,23	2,42	0,39	3,173	38	0,03
KGZ – EZ	0,60	1,84	0,29	2,066	39	0,046
EZ – FGZ	0,63	2,53	0,41	1,539	37	0,132
KGS – ES	1,75	2,88	0,48	3,643	35	0,001**
KGS – FGS	2,21	3,33	0,58	3,813	32	0,001**
ES – FGS	0,84	2,53	0,45	1,845	30	0,075
KGU – EU	0,55	2,39	0,39	1,425	37	0,162
KGU FGU	1,15	3,51	0,60	1,906	33	0,65
EU – FGU	0,81	2,87	0,52	1,565	30	0,128

## 5 Diskussion

### 5.1 Methodische Aspekte: Rücklaufquote, fehlende Antworten, Nachbeobachtungsabstand, Anonymisierung

Die Rücklaufquote des Fragebogens betrug 89,6% und kann damit als gut angesehen werden. Die Anzahl fehlender Antworten zu den Fragen ist mit 35,6% allerdings hoch. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass nicht alle Eltern inhaltlich zwischen verschiedenen Fragen unterschieden haben. Wir haben die Zufriedenheit und Unzufriedenheit für jede der drei Behandlungskomponenten erfragt. Hierbei haben wir jeweils folgende der drei Aspekte pro Behandlungskomponente erfragt: 1. generelle Zufriedenheit/Unzufriedenheit mit der Behandlungskomponente, 2. Zufriedenheit/Unzufriedenheit mit der durch diese Behandlungskomponente wahrgenommenen Symptomreduktion und 3. Zufriedenheit/Unzufriedenheit mit dem durch diese Behandlungskomponente wahrgenommenen verbesserten Umgang mit der Symptomatik. Es wurde also 9 mal mit offenen Fragen die Zufriedenheit erfasst und 9 mal mit offenen Fragen die Unzufriedenheit. So kam es häufiger vor, dass die Eltern sämtliche Aspekte der Zufriedenheit und der Unzufriedenheit, die für sie relevant waren, bereits mit der Beantwortung von wenigen Fragen abgehandelt hatten. Bei weiteren Fragen zur Zufriedenheit und Unzufriedenheit wurde dann auf bereits gegebene Antworten verwiesen. Die Eltern haben also inhaltlich die verschiedenen Zufriedenheits- und Unzufriedenheitsaspekte nicht so differenziert, wie dies von uns gewünscht war. Dieses Phänomen sollte bei einem erneuten Einsatz des Fragebogens berücksichtigt werden, indem spezifische Fragen nach Zufriedenheits- und

Unzufriedenheitsaspekten modifiziert werden zu Fragen, die eher etwas genereller die Zufriedenheit und Unzufriedenheit erfassen. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm insgesamt hoch war (8,1 auf einer 10-stufigen Ratingskala). Wohl deshalb wurden in 90% Prozent der offenen Fragen nach Unzufriedenheitsaspekten keine Angaben gemacht. Diese Aspekte müssen berücksichtigt werden, um die Prozentzahl von 35,6% fehlender Antworten adäquat interpretieren zu können.

Zudem muss erwähnt werden, dass der Nachbeobachtungsabstand von 10 Wochen vergleichsweise kurz erscheinen mag. Unser Kalkül hierbei war, dass Eltern möglicherweise zu einem noch späteren Katamnesezeitpunkt nicht mehr genügend relevante Faktoren des Behandlungsprogramms erinnern können. Auch kann diskutiert werden, ob der Preis der Anonymisierung der Fragebogen zur Reduktion der sozialen Erwünschtheit nicht durch den daraus folgenden Verzicht der Möglichkeit der Korrelation der Elternzufriedenheitsresultate mit den Ergebnissen zur Symptomreduktion zu hoch war.

## 5.2 Hohe Zufriedenheitswerte – Artefakt oder soziale Tatsache?

Die Zufriedenheit mit dem Behandlungsprogramm liegt mit 8,1 auf einer 10-stufigen Ratingskala im hohen Bereich. Solch hohe Zufriedenheitswerte sind jedoch in Studien zur Erfassung der elterlichen Behandlungszufriedenheit nicht ungewöhnlich. In einer Untersuchung zur elterlichen Zufriedenheit mit psychosozialen Angeboten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Utah (USA) wurde ein Gesamtwert von 3,97 auf einer 5-stufigen Skala berichtet (Gerkenmeyer, 2000). Dies entspricht einem Wert von 7,9 auf einer 10-stufigen Skala. 79% Prozent der Eltern sind mit den Krippen der Stadt Zürich, in denen ihre Kinder untergebracht sind, sehr zufrieden (Indermaur, 2000). In einer familienbezogenen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen lag die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm bei 82% (Beurteilung auf 4-stufiger bipolarer Ratingskala, gemittelt über 3 Trainingstage; Probst, 2000). Das Phänomen generell hoher Patientenzufriedenheitswerte wird als Deckeneffekt bezeichnet. Er bedeutet, dass die Zufriedenheitsvariablen nicht normal- sondern schiefverteilt sind. Es wird vermutet, dass „soziale Erwünschtheit“ und weitere konfundierende Variablen neben der „tatsächlichen“ Zufriedenheit für diesen Deckeneffekt verantwortlich sind (Crawford u. Kessel, 1999). Wir haben in der vorliegenden Studie versucht, durch folgende Strategien Konfundierungseffekte zu vermeiden: 1.) Der beantwortete Fragebogen wurde anonymisiert zurückgeschickt. 2.) Wir haben explizit und extensiv die Zufriedenheit wie auch die Unzufriedenheit mit dem Behandlungsprogramm in gleicher Weise erfragt. 3.) Wir haben auf halboffene vorgefasste Antwortalternativen - Crawford und Kessel (1999) erachten diese Form der Fragen als konfundierungsförderlich - verzichtet und offene Fragen zur Zufriedenheit und Unzufriedenheit gestellt. Deshalb gehen wir davon aus, dass die in unserer Studie erzielten hohen Zufriedenheitswerte auch die „tatsächliche“ Zufriedenheit mit dem Behandlungsprogramm widerspiegeln.

### 5.3 Mit welchen Behandlungskomponenten sind die Eltern am zufriedensten?

Betrachtet man die Zufriedenheitswerte differenziert für die drei Komponenten des Behandlungsprogramms, dann zeigt sich, dass die Zufriedenheit mit den drei Komponenten unterschiedlich ist: Nach Einschätzung der Eltern hat die Kinderkopfschmerzgruppe signifikant mehr zur *Linderung der Kopfschmerzen* beigetragen, als die Elternabende und die Familiengespräche. Die Beiträge der drei Komponenten *zum besseren Umgang mit den Kopfschmerzen* unterscheiden sich statistisch jedoch nicht bedeutsam. Diese Befunde waren zu erwarten: Die Kopfschmerzgruppe steht zeitlich und inhaltlich im Zentrum des Behandlungsprogramms; zudem wird sich dort ausschließlich mit dem Patienten Kind beschäftigt: Deshalb schreiben die Eltern eine Symptomreduktion vor allem dieser Komponente zu. Die Zufriedenheit mit der Kindergruppentherapie war etwas höher als die mit den Elternabenden und die Zufriedenheit mit den Elternabenden war etwas höher als die mit den Familiengesprächen. Wir vermuten, dass für diese systematischen Unterschiede – neben den „wahren“ Differenzen – die Reihenfolge der Fragen mitverantwortlich war: Es wurde jeweils zuerst die Zufriedenheit mit der Kindergruppentherapie, als zweites mit den Elternabenden und als drittes mit den Familiengesprächen erfasst. In zukünftigen Untersuchungen wäre deshalb zu empfehlen, die Reihenfolge der Fragen nach den Behandlungskomponenten zu variieren, um Reihenfolgeeffekte zu reduzieren.

### 5.4 Welche Bedeutung haben die gefundenen Kategorien?

Die drei Oberkategorien des Kategoriensystems „Erfahrungen mit dem Behandlungsprogramm“, „Inhalte“ und „Wirkungen“ reflektieren den Gesamtpool an Antworten der Eltern. Sie klären – metaphorisch faktoranalytisch gesprochen – den größten Anteil an der Gesamtvarianz der Antworten auf.

Die erste Oberkategorie betrifft die analoge, emotionale Ebene des Behandlungsprogramms: Das räumliche, stimmungs- und beziehungsmäßige Ambiente, in dem das Behandlungsprogramm stattfand. Wir gehen davon aus, dass diese Oberkategorie auf sehr ähnliche Prozesse abzielt wie die schon früh von Jerome D. Frank (1961) formulierten allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren „Beziehung“ und „Rahmensituation“ (vgl. auch Grawe, 1998). Auch in anderen Untersuchungen wurde ein ähnlicher Faktor als zentral für die elterliche Behandlungszufriedenheit ermittelt. King et al. (2001) evaluierten die elterliche Zufriedenheit mit einer pädiatrischen Rehabilitationseinrichtung. Der respektvolle und unterstützende Umgang des Personals mit den Kindern war der Faktor, der sich für die Zufriedenheit der Eltern als entscheidend auszeichnete. Laws und Millward (2001) erfassten die Zufriedenheit mit einer Schule für Kinder mit Down-Syndrom. Das von den Eltern wahrgenommene Klima in der Schule war einer der drei Aspekte, welche die Zufriedenheit ausmachten.

Die zweite Oberkategorie „Inhalte“ thematisiert die digitale, inhaltliche Ebene des Behandlungsprogramms: Die konkreten Behandlungstechniken und -strategien, das vermittelte medizinische und psychosoziale Wissen sowie die gegebenen kopfschmerzbezogenen Informationen. Diese Oberkategorie entspricht in etwa den beiden anderen allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren „Theorie“ und „Verfahren“ von Frank (1961).

Die dritte Oberkategorie „Wirkungen“ subsumiert sämtliche hilfreichen und nützlichen Effekte, die das Behandlungsprogramm aus Sicht der Eltern hat – bezüglich der Symptomatik (Reduktion und familiärer sowie individueller Umgang mit dieser), wie auch der Lebensqualität des Patienten und der Gesamtfamilie. Diese Oberkategorie umfasst sechs der sieben Hauptgruppen des Kategoriensystems – und somit auch 3/5 sämtlicher Kategorien. Das große Spektrum an Effekten des Behandlungsprogramms aus Sicht der Eltern illustriert sich in den sechs Hauptgruppen der Oberkategorie „Wirkungen“. Diese reichen von Symptomreduktion und Krankheitsmanagement („Verbesserung von Symptomen“, „Kompetenz im Umgang mit den Kopfschmerzen“) über positive Veränderungen innerfamiliärer Dynamiken („positive Veränderungen bei Eltern/Familie“, „Umgang mit Kind verbessert“) bis zu psychosozialen Resilienzprozessen („gut zu sich sein“, „Verbesserung psychischer Kompetenzen beim Kind/psychische Weiterentwicklung des Kindes“). Ziel des Behandlungsprogramms war neben Symptomreduktion und verbessertem Umgang mit Kopfschmerzen die Steigerung der Lebensqualität der Kinder sowie der Gesamtfamilie (Seemann, 2002). Die Oberkategorie „Wirkungen“ beschreibt, dass unser Behandlungsprogramm aus Sicht der Eltern tatsächlich vielfältige Veränderungen auf verschiedenen Ebenen im Sinne dieser Ziele anregen kann. Die Resultate dieser Studie wurden nicht aus vorgegebenen Antwortalternativen, die von den Zielen des Behandlungsprogramms her formuliert wurden, deduktiv hergeleitet. Sie wurden aufgrund offener, allgemeiner Fragen zur Zufriedenheit mit dem Behandlungsprogramm induktiv extrahiert. Dies zeigt, dass qualitative Strategien im Rahmen von Psychotherapieforschung nicht nur zur Prozessbeschreibung und Einzelfalldarstellung, sondern auch zur Erkundung von Effekten wichtige Beiträge leisten können.

Auf der untersten hierarchischen Ebene innerhalb des Gesamtkategoriensystems (3 hierarchische Ebenen: Oberkategorien, Hauptgruppen, Kategorien) sind die Kategorien angesiedelt. Die Kategorien sind mit unterschiedlich vielen Nennungen besetzt. Die fünf Kategorien mit den meisten Nennungen sind „Atmosphäre“, „Information/Erkenntnisse“, „Erfahrungsaustausch“, „Entspannung/Auszeiten“ und „Frühes Abfangen der Kopfschmerzen/Ursachenerkennung/Prävention.“ Es gibt jedoch auch Kategorien, die mit nur 4 oder weniger Nennungen besetzt sind. Dieses Phänomen ist typisch für Kategoriensysteme, in denen neben der Reduktion der Rohdaten auch auf eine angemessen hohe inhaltliche Differenziertheit der Resultate Wert gelegt wird. Die Kategorien mit sehr wenigen Nennungen müssen mit Vorsicht interpretiert werden.

## 5.5 Was kann aus der Kritik der Eltern gelernt werden?

Obwohl negative Äußerungen sehr viel seltener als positive erfolgt sind, kann aufgrund der in der Einleitung beschriebenen methodischen Maßnahmen zur Vermeidung eines Deckeneffekts in der vorliegenden Studie zumindest mit einiger Sicherheit davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei nicht um ein methodisches und/oder theoretisches Artefakt handelt, sondern dass die tatsächliche Zufriedenheit der Eltern und Aspekte, die für die Eltern von Bedeutung sind, angemessen abgebildet wurden. Kritisch wurde genannt die Uhrzeit des Programms (in den Abendstunden), auch wurde vereinzelt mehr neurologische Information und vor allem ein Mehr an individueller Hilfestellung gewünscht. Diese Aspekte werden bei zukünftigen Durchführungen des Programms berücksichtigt, indem zum einen die Kindergruppentherapie auf den Nachmittag gelegt wird und zum anderen die neurologischen Grundlagen der Migräne noch ausführlicher in den Elternabenden referiert werden, am besten durch Hinzuziehung eines ärztlichen Kollegen mit schmerztherapeutischer Zusatzqualifikation. Was die Wünsche nach häufigeren individuellen Hilfestellungen angeht, so zielt dieser Kritikpunkt natürlich auf einen grundsätzlichen Aspekt des gruppentherapeutischen Behandlungsprogramms, der eine Individualisierung nur begrenzt zulässt. Das Programm ist von der Grundaussrichtung her lösungs- und ressourcenorientiert. Bei einer solchen Orientierung wird davon ausgegangen, dass Lösungsmöglichkeiten und Ressourcen vom Patienten und seinem sozialen System selbst entdeckt und entwickelt werden – und vom Experten eher als Anregung in das System hineingegeben werden. Dieser Ansatz müsste eventuell den Patienten und deren Familien noch transparenter gemacht werden. Dann könnten diejenigen Familien besser identifiziert werden, die eher individuelle Lösungen und Bewältigungsmöglichkeiten brauchen. Auf diese Familien könnte dann passgenauer im Sinne der Kundenorientierung eingegangen werden, z. B. als kombiniertes Programm aus Gruppenbehandlung und Einzelberatung.

Aus den Ergebnissen der Studie ergeben sich Anregungen zu weiterer Forschung. In unserer Studie gab es zwei Gruppen von „Kunden“: Kinder und Eltern (beziehungsweise die Familie als Ganzes). So wäre es interessant zu untersuchen, inwieweit Eltern und Kinder das Programm unterschiedlich beurteilen. Wie wären die Antworten der Kinder gewesen, wenn man ihnen einen entsprechenden altersgerechten Fragebogen zu vergleichbaren Kategorien gegeben hätte? Wo würde es Gemeinsamkeiten, wo Unterschiede in der Beurteilung des Programms und in der Bedeutung einzelner Aspekte geben? Was war aus Sicht der Kinder besonders hilfreich und womit konnten sie weniger anfangen?<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Diese Fragen wurden teilweise durch eine qualitative Auswertung der systemischen Familieninterviews nach Abschluss der Behandlung von Miksch et al. (2004) untersucht. Diese Studie beschäftigte sich mit der Frage, welche Ressourcen und Bewältigungsstrategien die Kinder und Jugendlichen so-

Zusammengefasst lässt sich schlussfolgern, dass die Zufriedenheit der Eltern mit dem Behandlungsprogramm – ähnlich wie in anderen Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit – hoch war und dass die Zufriedenheit sich folgendermaßen inhaltlich ausgestaltete: Die Eltern gaben an, an erster Stelle mit den Wirkungen des Behandlungsprogramms, an zweiter Stelle mit den konkreten Behandlungstechniken und den vermittelten medizinischen und psychosozialen kopfschmerzbezogenen Informationen sowie an dritter Stelle mit der Beziehungsgestaltung und der Rahmensituation zufrieden zu sein.

## Literatur

- Benedikt, G., Ochs, M., Franck, G., Seemann, H., Verres, R., Schweitzer, J. (2004). Familiäre Körperkonzepte bei primären Kopfschmerzen und bei ADHD im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse einer Benedikt empirischen Studie zum inter- und intrafamiliären Vergleich von Körperkonzepten. *Kontext – Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie*, 35, 5-20.
- Crawford, M. J., Kessel, A.S. (1999). Not listening to patients – the use and misuse of patient satisfaction studies. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 1-6.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Gerkenmeyer, J. E. (2000). Examining parent satisfaction with services for children and adolescents with mental health problems. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*; 60, 3850.
- Hannöver, W., Dogs, C. P., Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45, 292-300.
- Hendriks, A. A. J., Vrieling, M.R., Smets, E. (2001). Improving the assessment of (in)patients' satisfaction with hospital care. *Medical Care*, 39, 270-283.
- Holroyd, K. A., Penzien, D. B., Hursey, K. G., Tobin, D. L., Rogers, L., Holm, J. E., Marcille, P. J., Hall, J. R., Chila A. G. (1984). Change mechanisms in EMG biofeedback training: cognitive changes underlying improvements in tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1039-53.
- Indermaur, V. (2000). Wie zufrieden sind Eltern mit ihrer Kinderkrippe? Auswertung der Elternbefragung. Unveröffentlichter Forschungsbericht des Instituts für Politikwissenschaften der Universität Zürich.

---

wie deren Familien im Umgang mit Kopfschmerzen im Rahmen der Behandlung für sich neu entdecken und/oder weiterentwickeln konnten und als besonders hilfreich erfahren haben. Hierzu wurden die systemischen Familiengespräche nach Beendigung der Behandlung mit einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse ergab eine Rangreihe der 10 von den Kindern und Eltern am häufigsten genannten Bewältigungsstrategien und Ressourcen (n=39): 1. Selbständigkeit im Umgang mit den Kopfschmerzen (bei 20 Kindern); 2. Besserer Umgang mit Belastung und Stress in der Schule (12); 3. Mehr Freiraum (11); 4. Ruhe (11) 5. Mehr Selbstbewusstsein (9); 6. Akzeptanz der Kopfschmerzen (8); 7. Mehr soziale Kontakte (7); 8. Angemessener Ausdruck negativer Gefühle (7); 9. Bessere Umgang mit Belastungen und Stress in der Familie (6); 10. Ablenkung von den Kopfschmerzen (6). Diese Befunde wurden von Miksch et al. (2004) publiziert.

- IHS, Headache classification committee (1988). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. *Cephalalgia*, 8, 1-96.
- Jacob, G., Bengel, J. (2000). Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 48, 280-301.
- King, G., Cathers, T., King, S., Rosenbaum, P. (2001). Major elements of parents' satisfaction and dissatisfaction with pediatric rehabilitation services. *Children's Health Care* 2001, 30, 111-134.
- Kordupleski, R. E., Rust, R. T., Zahorik, A. J. (1994). Qualitätsmanager vergessen zu oft den Kunden. *Harvard Business Manager*, 1, 65 -72.
- Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis. An Introduction to its Methodology*. Beverly Hills.
- Laws, G., Millward, L. (2001). Predicting parents' satisfaction with the education of their child with Down's syndrome. *Educational Research*, 43, 209-226.
- Ludewig, K. (1988). Nutzen, Schönheit und Respekt – Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie*, 1, 103-114.
- Ludewig K. (1992). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ludewig, K. (1993a). Evaluation systemischer Therapien in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. *System Familie*, 6, 21-35.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (1993). Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB). *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 7, 192-233.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (1995). Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 23, 71-83.
- Mayring, P. (1997). *Qualitative Inhaltsanalyse* (6. Auflage). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Mayring, P. (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (4. Auflage). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Meister, U., Meister, H. (1996). *Kundenzufriedenheit im Dienstleistungsbereich*. München: Oldenbourg Verlag.
- Miksch, A., Ochs, M., Franck, G., Seemann, H., Verres, R., Schweitzer, J. (2004). Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? - Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 277-288.
- Muhr, T. (1997). *ATLAS/ti. Visual Qualitative Data Analysis – Textinterpretation, Textmanagement and Theory Building* (Version WIN 4.1 (Build 051)). Berlin: Scientific Software Development.
- Müller M, Schlösser R, Kapp-Stehen G. (2002). Patients' satisfaction with psychiatric treatment: Comparison between an open and a closed ward. *Psychiatric Quarterly*, 37, 93-107.
- Ochs, M., v.Schlippe, A., Schweitzer, J. (1997). Evaluationsforschung zur systemischen Paar- und Familientherapie: Methodik, Ergebnisse und Kritik von Sekundäranalysen. *Familiendynamik*, 22, 34-63.
- Ochs, M., Lemme, M. (1998). Kundenzufriedenheit in der Jugendhilfe. In Brunner, E. J., Bauer, P., Volkmer, S. (Hrsg.), *Soziale Einrichtungen bewerten. Theorie und Praxis der Qualitätssicherung* (S. 135-155). Freiburg: Lambertus.



- Ochs, M., Seemann, H., Bader, U., Miksch, A., Franck, G., Verres, R., Schweitzer, J. (2002a). Primäre Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter – Die Veränderung familiärer Beziehungsmuster als Korrelat des Therapieerfolges. *Der Schmerz*, 16, 179 – 185.
- Ochs, M., Seemann, H., Franck, G., Verres, R., Schweitzer, J. (2002b). Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, 209-223.
- Ochs, M., Seemann, H., Franck, G., Verres, R., Schweitzer, J. (2004) Primäre Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen: Zufriedenheit der Eltern mit ihrer Paarbeziehung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 152, 543-550.
- Ochs, M., Schweitzer, J. (2005): Systemische Familientherapie bei kindlichen Kopfschmerzen. *Psychotherapie im Dialog*, 6, 19-26.
- Ochs, M., Seemann, H., Franck, G., Wredenhagen, N., Verres R., Schweitzer, J. (2005): Primary Headache in Children and Adolescents: Therapy Outcome and Changes in Family Interaction Patterns. *Families, Systems & Health*, 23, 30-53.
- Ochs, M., Schweitzer, J. (2006): Kindliche Kopfschmerzen im familiären Kontext. *Familiendynamik*, 31, 3-25.
- Ochs, M., Altmeyer, S. (2006). Herausforderungen und Chancen bei der Implementierung von Multi-Familien-Gruppen in der pädiatrischen Onkologie. *Systema*.
- Schlippe, A. von, Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Probst, P. (2000). Entwicklung und erste Evaluation eines Konzepts zur familienbezogenen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Poster-Präsentation, 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, 24.-28. 9. 2000.
- Schweitzer, J. (1995). Kundenorientierung als systemische Dienstleistungsphilosophie. *Familiendynamik*, 20, 291-313.
- Schweitzer, J., Reuter, D (1991). „Wenn der Kunde König wäre“. Ideen zur Zukunft öffentlich – rechtlicher psychosozialer Dienste. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 9, 296-275.
- Schweitzer, J., Schumacher, B. (1995). *Die endliche und die unendliche Psychiatrie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Schweitzer, J., Ochs, M. (2003). Das Auffinden bisher ungesehener Beziehungsmöglichkeiten – systemisch-konstruktivistische Diagnostik. In M. Cierpka (Ed.), *Handbuch der Familiendiagnostik*, 2. aktualisierte und ergänzte Auflage. Heidelberg: Springer.
- Schweitzer, J., Ochs, M. (2003). Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 6.
- Schweitzer, J., v.Schlippe, A., Ochs, M. (2006). Theorie und Praxis der systemischen Psychotherapie. In: B. Strauß, F. Caspar, F. Hohagen (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Seemann, H. (1998). Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen – Über den Umgang mit psychosomatischen Schmerzen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seemann, H. (2002). Kopfschmerzkind – Migräne und Spannungskopfschmerz verstehen und psychotherapeutisch behandeln. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seemann, H., Franck, G., Ochs, M., Verres, R., Schweitzer, J. (2002). Chronifizierungsprävention primärer Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Evaluation einer lösungsorientierten Gruppentherapie in der ambulanten Versorgung. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 185-197.

- Sherwood, G., Adams-McNeill, J., Starck, P., Nieto, B., Thompson, C. (2000). Qualitative assessment of hospitalized patients' satisfaction with pain management. *Research in Nursing & Health*, 23, 486-495.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist* 50, 965-974.
- Storck, M., Zieger, G., Kraus de Camargo, O., Bode, H. (1998). Was ist therapeutischer Erfolg? Elterliche Therapiebewertungen in der Sozialpädiatrie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 146, 1160-1166.
- Tallman, K., Bohart, A.C (1999). The client as a common factor: clients as self – healers. In Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (Eds.). *The heart and soul of change – What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Theiling, S., v. Schlippe, A., Lob-Corzilius, T. (2000). Systemische Familienmedizin in der Pädiatrie. In: F. Kröger, A. Hendrichke, S. McDaniel (Eds.), *Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen*. Heidelberg: Carl Auer.

**Korrespondenzadresse:** Dr. sc. hum. Matthias Ochs, St. Annastift, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Karolina-Burger-Str. 51, 67065 Ludwigshafen am Rhein;  
E-Mail: Matthias\_Ochs@web.de