

Barkmann, Claus / Marutt, Kathrin / Forouher, Nima und Schulte-Markwort, Michael

Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 7, S. 517-533

urn:nbn:de:bsz-psydok-44551

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
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness)	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders)	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy)	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior – A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped)	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling)	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services)	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation)	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view)	777

Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry)	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia)	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebserkrankter Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography) .	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visueller Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results)	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context)	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal)	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness)	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) ..	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test)	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions)	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children)	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?)	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families from Turkey, with special emphasis on risks and resources)	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease)	17

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry)	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality)	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents)	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children)	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints)	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study)	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy)	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches)	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments)	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg)	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?)	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety)	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school)	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies)	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood)	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches)	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations)	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings und clinical options)	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy)	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems)	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior)	440
--	-----

Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle)	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung überneh- men für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley)	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin)	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke)	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski)	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer)	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psy- chotherapie. (H. Mackenberg)	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber)	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff)	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl)	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bindner)	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke)	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankge- schrieben. (T. Zenkel)	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer)	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundla- gen – Methoden – Technik. (E. Bretz)	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch)	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch)	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Ent- scheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel)	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich)	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Ent- wicklung. (J. Wilken)	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie 1. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. (<i>D. Gröschke</i>)	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. (<i>G. Gröschke</i>)	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. (<i>W. Schweizer</i>)	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>)	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. (<i>D. Gröschke</i>)	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. (<i>E. Butzmann</i>)	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. (<i>L. Unzner</i>)	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. (<i>K. Sarimski</i>)	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. (<i>K. Sarimski</i>)	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. (<i>D. Irblich</i>)	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. (<i>L. Unzner</i>)	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. (<i>M. Hirsch</i>)	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. (<i>J. Schweitzer</i>)	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. (<i>L. Unzner</i>)	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. (<i>L. Unzner</i>)	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. (<i>K. Mauthe</i>)	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. (<i>K. Mauthe</i>)	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. (<i>L. Unzner</i>)	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. (<i>D. Irblich</i>)	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. (<i>L. Unzner</i>)	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. (<i>K. Sarimski</i>)	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. (<i>B. Helbing-Tietze</i>)	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. (<i>L. Unzner</i>)	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	823

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). (<i>K. Waligora</i>)	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). (<i>K. Waligora</i>)	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). (<i>K. Waligora</i>)	465

Editorial / Editorial	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors	.61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates	.67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements	69, 139, 212, 472, 651, 750

Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Claus Barkmann, Kathrin Marutt, Nima Forouher
und Michael Schulte-Markwort

Summary

Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry

An introduction into planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry is presented. After the presentation of theoretical aspects of evaluation studies, the necessity of these studies is elucidated. Further, a conceptualisation of the dimensions of a treatment programme and some criteria for the selection of outcome criteria are offered. In addition to symptomatology, other criteria such as family functioning and quality of life are proposed in this context. Furthermore, it is recommended to ascertain data already at the time of the patient's registration. The influence of drop-out rate on the study result makes it necessary to closely consider any missing data. These and other problems lead to the conclusion that a sophisticated and complex evaluation methodology is required to assess the performance of a child and adolescent treatment programme validly. Finally, the design of the Hamburg evaluation study is presented, which is suitable for the implementation of some of the mentioned aspects.

Keywords: quality assurance – evaluation – child and adolescent psychiatry – inpatient treatment

Zusammenfassung

Es wird eine Einführung in die Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegeben. Nach einer Vorstellung des theoretischen Rahmens von Evaluationsstudien wird deren Notwendigkeit erläutert. Anschließend wird ein Vorschlag zur Konzeptualisierung des Merkmalsbereichs und Kriterien zur Wahl von Zielgrößen vorgestellt. Zur Wahl der Zielgrößen werden über die bloße Symptomatik hinausgehende Merkmale wie familiäre Funktionen und Lebensqualität vorgeschlagen. Weiter wird dafür plädiert, schon bei Anmeldung der Patienten zur Behandlung eine erste Befragung durchzuführen. Aus dem Zusammenhang zwischen Stichprobenausfall und Untersuchungsergebnis ergibt sich das Gebot, fehlende Werte in besonderer Weise zu berücksichtigen. Diese und

andere Probleme führen zu dem Schluss, dass es einer differenzierten und aufwendigen Evaluationsmethodik bedarf, um inhaltsvalide Aussagen über die Leistungsfähigkeit eines kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsprogramms zu treffen. Abschließend wird der Untersuchungsplan der Hamburger Evaluationsstudie vorgestellt, der einige der geforderten Aspekte in die Praxis umzusetzen vermag.

Schlagwörter: Qualitätssicherung – Evaluation – Kinder- und Jugendpsychiatrie – stationäre Behandlung

1 Einleitung

„Die Evaluationsforschung in der Psychiatrie in der BRD hat sich bisher vorrangig mit der Bewertung von pharmakologischen Therapien befaßt. Eine systematische Evaluation psycho- und soziotherapeutischer Verfahren steht in weiten Teilen noch aus“, resümiert Biefang noch 1980 den Stand der Evaluationsforschung in Deutschland. Der in den darauf folgenden 20 Jahren entstandene Trend zur Evaluierung von Maßnahmen in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung hat bislang aber nur einige wenige kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen dazu veranlasst, Evaluationsstudien durchzuführen (Steinhausen 1983; Jungjohann u. Beck 1984; Kammerer et al. 1984; Remschmidt et al. 1988). Dies rührt unter anderem daher, dass bisher keine Arbeiten vorliegen, die sich mit den konkreten Erfahrungen bei der Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie befassen und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen anbieten. Die Planung und Implementierung von Evaluationsstudien erfordert aber eine besondere Aufmerksamkeit. Schließlich ist die Qualität der eigenen klinischen Tätigkeit Gegenstand der Studie, alle an der Studie Beteiligten sind durch die Arbeit in der klinischen Versorgung weitgehend ausgelastet und ein kinder- und jugendpsychiatrisches Behandlungsprogramm ist ein sehr komplexer Untersuchungsgegenstand. Der Beitrag möchte deshalb eine auch für klinisch arbeitende Ärzte und Psychologen verständliche und grundlegende Einführung in die Planung und Umsetzung einer Evaluationsstudie geben und damit motivieren, die eigene klinische Tätigkeit evaluatorisch zu überprüfen.

Die im Folgenden dargestellten Überlegungen und Erfahrungen resultieren aus der Durchführung einer Evaluationsstudie¹ an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

2 Theoretischer Rahmen

Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung fallen seit einigen Jahren in den Rahmen des Konzeptes „Qualitätssicherung“. Qualitätssicherung meint die bei

¹ Unser besonderer Dank gilt der Werner Otto Stiftung (Hamburg), die das vorgestellte Projekt finanziell fördert.

einer festgestellten Abweichung von einem Qualitätsstandard durchgeführte Problemanalyse mit einer sich anschließenden Lösung unter der Betonung von Gesundheitsförderung und zeitgerechten Behandlungsmaßnahmen (Gaebel 1995). Eine Möglichkeit, qualitätssichernde Maßnahmen zu betreiben, ist (neben vielen anderen, z.B. regelmäßigen Mitarbeiterbesprechungen, Oberarztvisiten oder externer Supervision) die Durchführung von Evaluationsstudien. Nach Wottawa und Thierau (1998) geht es dabei um die explizite Verwendung von wissenschaftlichen Forschungsmethoden und -techniken mit dem Ziel der Bewertung praktischer Maßnahmen. Es wird meist zwischen drei verschiedene Arten von Evaluation unterschieden (Mittag u. Jerusalem 1997):

1. Die Konzeptevaluation, die eine Bewertung von Konzepten auch bereits vor deren Durchführung vornimmt (indem beispielsweise das Behandlungskonzept einem Expertenrating unterzogen wird).
2. Die Prozessevaluation, die die Prüfung der Qualität der Umsetzung von Behandlungskonzepten im klinischen Alltag zur Aufgabe hat (indem z.B. geprüft wird, ob das Behandlungsangebot von den Patienten überhaupt wahrgenommen wird).
3. Die Ergebnisevaluation, die die Bewertung der Behandlungsergebnisse nach Durchführung der Behandlung vornimmt (indem z.B. der Erfolg der Behandlung bei der Entlassung vom Patienten geratet wird).

Alle folgenden Ausführungen beziehen sich auf diesen letztgenannten Aspekt, die Ergebnisevaluation, die auch als summative Evaluation bezeichnet wird (im Gegensatz zur formativen Evaluation, die die kontinuierliche Prüfung und Verbesserung des Programmablaufs zur Aufgabe hat (Buse 1996). Da jede Behandlungsmethode evaluiert werden kann, es hier aber um den gesamten Interventionskatalog einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung geht, spricht man auch von Programmevaluation. Meist wird ein Behandlungsprogramm hinsichtlich seiner Wirksamkeit (performance measurement) bewertet, es sind aber auch andere Bewertungsaspekte möglich (Aufwand, Angemessenheit, Leistungsfähigkeit, Prozessanalyse; vgl. Wittmann 1985).

Evaluationsstudien im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich sind im Vergleich zu Evaluationsstudien auf anderen Gebieten (wie z.B. medizinisch-somatischen oder auch wirtschaftlichen) aus folgenden Gründen besonders schwierig:

- Es gibt keine Standards zur Beurteilung des Behandlungserfolgs. Die Wahl der Erfolgskriterien schwankt zwischen subjektiven und objektiven Maßen entlang so verschiedener Kriterien wie einer Veränderung der Symptomatik oder der Dauer der Behandlung.
- Die jeweils gewählten Erfolgskriterien sind nur eingeschränkt erfassbar, wenn es sich um psychische, also latente Variablen handelt, die mit Messinstrumenten von begrenzter Reliabilität und Validität erhoben werden (vgl. Klassische Testtheorie; Lienert u. Raatz 1994).
- Viele verschiedene Beurteilerperspektiven sind zu berücksichtigen, nämlich diejenigen der Personen, welche an der Behandlung beteiligt sind (Therapeut, Patient, Mutter, Vater, Bezugsperson, Lehrer etc.; Mattejat u. Remschmidt 1993).

- Es handelt sich um einen komplexen Untersuchungsgegenstand, bei dem multimedialen Behandlungsansätze auf ein multifaktorielles, nichtdeterministisches Bedingungsgefüge kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder treffen (Knölker et al. 1997).
- Patienten sind nicht ohne weiteres mit Konsumenten gleichzusetzen, da die Wirkung einer (psycho-)therapeutischen Behandlung nicht (nur) vom Willen des Patienten abhängig ist.

Inwieweit insbesondere Kinder und Jugendliche in der Lage sind, ihren psychischen Zustand und damit den Behandlungserfolg zuverlässig mitzuteilen, ist eine besonders schwierige Frage. Unabhängig davon, wie schwer evaluative Unterfangen unter diesen Bedingungen sind, ihre Notwendigkeit und ihr Nutzen liegen auf der Hand.

3 Nutzen von Evaluationsstudien

In Tabelle 1 sind die wichtigsten Funktionen von Evaluationsstudien zusammengefasst. Die Forderung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß §§ 135-139 des Sozialgesetzbuchs (SGB V) und ein immer enger werdender finanzieller Rahmen für klinische Versorgungsmaßnahmen machen den Nachweis der Effektivität der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung notwendig. Dieser Nachweis kann aber nur mit Hilfe summarischer Evaluationsstudien geführt werden (wie der Nachweis der Effizienz (Kosten-Nutzen-Verhältnis, Bortz u. Döring 1994). Evaluationsstudien bieten außerdem auf Grund der von ihnen erbrachten Resultate Entscheidungshilfen für eine Optimierung des Behandlungsprogramms, da aus den Ergebnissen konkrete Handlungsanweisungen ableitbar sind (s. bspw. Reisel et al. 1998). Sie schaffen darüber hinaus die Voraussetzungen für einen effektiven Wissenschaftsbetrieb, da sie eine stark strukturierende Funktion auf alle klinikinternen Studien ausüben. Alle klinischen Abläufe müssen erfasst, reflektiert und mit den geplanten Erhebungsabläufen auch anderer Patientenstudien so abgestimmt werden, dass eine reibungslose Evaluation garantiert ist. Dies gelingt nur in der engen Zusammenarbeit von klinisch und wissenschaftlich tätigen Mitarbeitern. Nebenbei wird so ein Datenpool geschaffen, der auch für andere Studien nutzbar ist. Nicht zuletzt bieten Evaluationsstudien Entscheidungshilfen für eine Erweiterung oder Verkürzung der Basis- bzw. Leistungsdokumentation, da nach der Ergebnisverwertung der qualitätssichernde Sinn oder Unsinn bestimmter Instrumente deutlich wird.

Dass zur Bewertung der Wirksamkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsprogramme Evaluationsstudien notwendig sind, liegt vor allem am klinischen Bewertungssystem selbst. Das Vorgehen bei der klinischen Erfolgsbewertung ist nämlich individuell unterschiedlich und subjektiv geprägt (sowohl die Erfolgskriterien als auch die letztendliche Bewertung unterscheiden sich von Urteiler zu Urteiler, von Diagnose zu Diagnose, von Maßnahme zu Maßnahme). Eine wissenschaftliche, also eine systematische, objektivierte und über mehrere Fälle aggregierte quantitative Bewertung des Behandlungserfolgs kann so nicht

vorgenommen werden, dazu bedarf es des Rahmens eines Forschungsprojekts (mit den entsprechenden Methoden und Ressourcen). Solch ein Vorgehen bedeutet zumindest eine kontrollierte, wenn nicht auch verbesserte Objektivität, Reliabilität und Validität der Urteile über die Qualität der Behandlung. Dabei kann eine wissenschaftliche Vorgehensweise die routinemäßige klinische Beurteilung von Verläufen natürlich nicht ersetzen. Die ganze Komplexität eines individuellen Falls und das Wissen sowie die Erfahrung klinischer Experten lassen sich nicht durch standardisierte Erhebungsverfahren und statistische Auswertungsmethoden austauschen. Die klinische Routine ist aber mit ihrer qualitativen Vorgehensweise auf den Einzelfall zugeschnitten und daher für eine kumulative Bewertung ungeeignet (vgl. hierzu den Diskurs über statistische versus klinische Urteilsbildung, z. B. Fisseni 1997).²

Tab. 1: Nutzen von Evaluationsstudien

Effektivitäts-/Effizienznachweis	}	<i>qualitätssichernde Funktionen</i>
Entscheidungshilfe für Behandlungsoptimierung		
Optimierung des Wissenschaftsbetriebs		
Optimierte Basis-/Leistungsdokumentation		
Schaffung einer empirische Datenbasis für die Qualitätsdiskussion		

4 Konzeptualisierung des Merkmalsbereichs

Evaluiert wird üblicherweise die Wirksamkeit eines teil-/stationären Behandlungsprogramms an psychischen Störungsbildern von Patienten einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein einfacher Vorher-Nachher-Vergleich (z. B. Anwendung einer Symptomcheckliste bei Aufnahme und Entlassung) sagt etwas darüber aus, ob eine Veränderung zwischen Aufnahme und Entlassung eingetreten ist. Er sagt aber nichts darüber, was die Veränderung bewirkt und aufgrund welcher Mechanismen sie erreicht wurde. Um solche Aussagen treffen zu können, müssen die an dem Vorgehen beteiligten Variablen gesammelt, konzeptualisiert und in einem Untersuchungsplan funktionalisiert werden. Ähnlich wie z. B. eine Stichprobe von Personen gezogen wird, um eine Aussage über eine Grundgesamtheit von Personen zu machen, muss auch eine Stichprobe von Behandlungsmaßnahmen gezogen werden, um eine repräsentative Aussage über das Behandlungsprogramm zu erlangen.³ Die

² Über eine mögliche Feedbackwirkung von Evaluationsstudien auf die klinische Routinebeurteilung gibt es unseres Wissens nach bisher keine Arbeiten. Mit der Veröffentlichung der Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat u. Remschmidt 1993) liegt erstmals ein psychometrisches Evaluationsinstrument vor, dass in die klinische Routinebeurteilung eingreift.

³ Die Tatsache, dass Patienten untersucht werden, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass das eigentliche Untersuchungsobjekt die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist, deren Wirksamkeit allerdings an den Patienten gemessen wird.

nötige Explikation eines Behandlungsprogramms in Form von Variablen ist aber schwierig, weil ein psychiatrisches Versorgungssystem sehr komplex ist und nur schwer bestimmbare Grenzen hat (Cooper et al. 1985).

In Tabelle 2 sind einige der für eine Evaluationsstudie wichtigen Dimensionen beispielhaft aufgelistet. Die bedeutendste Unterscheidung betrifft die zwischen dem Behandlungsprogramm einerseits und den zu behandelnden Phänomenen andererseits. Die Trennung von Merkmalsträgern und Merkmalen führt zu der Einsicht, dass die als abhängige Variablen zu betrachtenden Zielmerkmale (z.B. kinder- und jugendpsychiatrische Symptome) der Patienten von den übrigen Merkmalen der Patienten zu unterscheiden sind. Diese übrigen Merkmale werden zu Kontroll-, Moderator- oder Störgrößen, je nachdem, ob sie erhoben werden oder nicht und welche Funktion sie in dem gewählten Design ausüben. Die angegebenen Dimensionen lassen sich weiter hierarchisch auffächern und bilden so eine Grundlage zur Konzeptualisierung des gesamten Merkmalsbereichs und damit zur Variablenauswahl. Die Interventionen lassen sich beispielsweise unterteilen in psychotherapeutische Verfahren beim Kind, Beratungen und Behandlungen bei (Ersatz-)Eltern/Familien, weitere Therapien, medikamentöse und soziotherapeutische Maßnahmen sowie Beschulung (vgl. Frankfurter Basisdokumentationsschema, Englert u. Poustka 1995).

*Tab.2: Konzeptualisierung des Merkmalsbereichs
„Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung“*

Das Interventionsprogramm selbst unterteilt z.B. in:

- gesellschaftliche Rahmenbedingungen
 - organisatorisch-administrative Merkmale
 - Umwelt- bzw. Umgebungsfaktoren
 - Interventionen
 - Merkmale der Mitarbeiter
 - Merkmale der Mitpatienten
 - die zu verändernden Phänomene, z.B.
 - kinder- und jugendpsychiatrische Symptomatik
 - weitere Merkmale der Phänomenträger, z.B.
 - soziodemographische Merkmale
 - Persönlichkeitsmerkmale
 - Lebensereignisse
-

Anschließend können Entscheidungen darüber getroffen werden, was als unabhängige Variable (UV), als abhängige Variable (AV), als Kontroll- oder Moderatorgröße (KV, MV) in das Erhebungskonzept aufgenommen werden soll oder als Störgröße (SV) in Kauf genommen wird. In der Regel konstituiert sich die unabhängige Variable aus dem Behandlungsprogramm, die interessierenden Outcome-Merkmale stellen die abhängigen Variablen dar. Die weiteren Merkmale der Patienten werden zu

Kontroll-, Moderator- oder Störgrößen, je nach Fragestellung oder Hypothese. Die Merkmalsausprägungen der unabhängigen Variablen können dabei dichotomisiert (Behandlung ja/nein in Form eines EG-KG-Designs) oder politom (Behandlungstatus in Form von z. B. Aufnahme, Entlassung, ein Jahr nach Entlassung) umgesetzt werden.⁴

Eine in diesem Planungsstadium wichtige Unterscheidung betrifft die zwischen der Struktur- und Prozessqualität des Behandlungsprogramms. Die Strukturqualität bezieht sich auf die theoretisch vorhandenen Merkmale des Programms, Prozessqualität meint die tatsächliche Varianz in der Umsetzung der Programmmerkmale (Wottawa u. Thierau 1998). Die theoretisch im Programm vorgesehenen Elemente werden also pro Therapeut, Patient und Störungsbild unterschiedlich umgesetzt. Diese Unterschiede können berücksichtigt werden, indem die entsprechenden Merkmale des Behandlungsprogramms nicht als unabhängige Variable, sondern als Moderatorgröße in die Auswertung eingehen.⁵

5 Zur Wahl der abhängigen Variablen

Obwohl im Rahmen klinischer Routine meist keine einheitlichen Erfolgskriterien expliziert werden, existieren diese implizit in den Vorstellungen der Patienten und deren sozialem Umfeld, in den Köpfen der Therapeuten und anderer Teammitglieder sowie in den theoretischen Konzepten der Interventionen. Bei der Auswahl von Erfolgsmerkmalen in einer Evaluationsstudie sollte man nicht einfach neue, zusätzlichen Zielkriterien schaffen. Diese latent schon bestehenden sollten zunächst gesammelt werden (z. B. durch Materialsammlung, Interviews oder Umfragen) und können dann als Ausgangspunkt zur Wahl der expliziten Kriterien dienen.

Die gewählten Erfolgskriterien sollten allgemeiner Konsens aller Therapeuten sein, wenn der Behandlungserfolg über alle Mitarbeiter erfasst wird. Ist die Sinnhaftigkeit bestimmter Variablen den Therapeuten nicht klar, wird es zu nicht ausgefüllten Items oder Fragebögen kommen. Das Ausfüllen der Fragebögen im anstrengenden Stationsalltag stellt eine zusätzliche Belastung dar, die als unnötig und sinnlos empfunden wird, wenn die zu beantwortenden Fragen als unnötig und sinnlos bewertet werden. Die Outcome-Merkmale müssen die beteiligten Beurteiler daher so interessieren, dass diese bereit sind, dafür die Umstände der Befragung in Kauf zu nehmen.

Die gewählten Kriterien sollten, wenn es sich um Outcome-Evaluation eines gesamten Behandlungsprogramms handelt, für alle Patienten anwendbar sein, unabhängig von Alter, Diagnose oder spezifischer Intervention. Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen, unterschiedlicher Erkrankungsschwere und unterschiedlichen persönlichen Merkmalen mit Hilfe weniger Breitbandskalen zu erfassen, ist immer

⁴ Aus einer differenzierten Beschreibung der UV ergibt sich im Übrigen die so oft geforderte Dokumentation der tatsächlich erbrachten Leistungen.

⁵ Weitere Ansätze zur Konzeptualisierung finden sich z. B. bei Remschmidt und Schmidt (1986).

dann gerechtfertigt, wenn es gilt, über diese gesamte Patientengruppe vergleichend Auskunft zu erhalten. Wenn mehrere verschiedene Beurteilerperspektiven berücksichtigt werden, müssen die Beurteilungskriterien aber auch aus diesen verschiedenen Perspektiven beurteilbar sein.

Alle patientenbezogenen Erfolgskriterien müssen der tatsächlichen Behandlungswirkung entsprechen. Nach Wittmann (1985) gibt es mindestens vier verschiedene Beziehungen von tatsächlicher Behandlungswirkung und den gewählten abhängigen Variablen, die zu einer Verzerrung des Zusammenhanges führen können:

1. Das Kriterium erfasst Sachverhalte, die von der Maßnahme überhaupt nicht beeinflusst werden.
2. Das Kriterium ist gegenüber einer breit gefächerten Maßnahme zu spezifisch.
3. Das Kriterium ist gegenüber einer Maßnahme zu breit angelegt.
4. Die Schnittmenge zwischen breitem Kriterium und breiter Maßnahme ist zu klein.

Die Wahl der abhängigen Variablen sollte sich im Übrigen bei Evaluationsstudien nach der Angemessenheit der Konstrukte und nicht so sehr nach psychometrischen Gütekriterien richten (Buse 1996). Es kommt vielmehr darauf an, das gewünschte Zielkonstrukt auch wirklich zu erheben, als ein uninteressantes Merkmal mit hoher Reliabilität zu erfassen. Summative Evaluationsstudien werden ohnehin gruppenstatistisch ausgewertet und dabei ist nach der Konvention von Lienert (Lienert u. Ratz 1994) eine Reliabilität von $r.50$ ausreichend.

Zusätzlich sollte die Datenerhebung den Programmablauf möglichst wenig stören, daher unkompliziert und schnell durchführbar sein. Dies erfordert kurze und einfache Instrumente mit einem hohen Standardisierungsgrad. Cooper et al. (1985) empfehlen die Verwendung standardisierter Beurteilungsverfahren auch, weil Umfang, Qualität und Erreichbarkeit der routinemäßig erhobenen klinischen Daten zur Evaluation nicht ausreichend sind.⁶

6 Vorschläge zur Operationalisierung

Als allgemeinstes Ziel eines kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsprogramms kann die Linderung von psychischer Krankheit betrachtet werden (Cooper et al. 1985). Wie aber kann man dies operationalisieren? In der Regel wird der Behandlungserfolg auf die Verminderung der Symptomatik reduziert (mit Hilfe der deutschsprachigen Version der Child Behavior Checklist, CBCL, bzw. des Youth Self Report, Döpfner et al. 1994) und eines standardisierten psychopathologischen Befunds oder einer Symptomcheckliste aus Therapeutensicht (z. B. der Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology-Deutschland, CASCAP-D, Döpfner et al. 1997). Es lassen sich aber auch eine Reihe von weiter gehenden Ziel-

⁶ Weitere Kriterien zur Wahl von Zielgrößen in (kinder- und jugend-)psychiatrischen Evaluationsstudien werden u. a. von Cooper et al. (1985), Gaebel (1995) sowie Mattejat und Remschmidt (1995) vorgestellt.

merkmalen aus dem Metaziel der Reduktion von psychischer Erkrankung ableiten (Fisseni 1997, vgl. Abb. 1):

Hier ist zunächst die Zielerreichung zu nennen, das Kernkriterium zur Evaluati-on: Wird das Behandlungsziel erreicht? Dies kann mit Hilfe des elaborierten Global-Attainment-Scaling operationalisiert werden (GAS, z. B. beschrieben bei Wittmann 1985), das aber selbst schon einer Intervention gleichkommt, aufwendig ist und Ziel-veränderungen während der Behandlung vernachlässigt, oder durch selbstformulierte Items mit offener Antwortmöglichkeit beziehungsweise einer Ratingskala (ökonomisch, erfasst Zielveränderungen, führt aber oft zu trivialen Angaben). Da-neben sollte die subjektive Beurteilung des Behandlungserfolgs und der Akzeptabili-tät der Interventionen aus Sicht aller Beteiligten erfasst werden. Ein eigens für die Programmevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie konstruierter Fragebo-gen, der den Behandlungserfolg aus Sicht des Therapeuten, des Patienten und der Eltern jeweils getrennt erhebt, ist beispielsweise der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung von Mattejat und Renschmidt (1993).

Wenn auch die Eltern/die Familie mit in die Behandlung einbezogen werden, kann ein Maß für familiäre Beziehungen die dort entstehenden Veränderungen er-fassen. Bei den Familienbögen von Cierpka und Frevert (1995) handelt es sich um ein Selbstberichtsverfahren zur Erfassung der Stärken und Schwächen einer Familie, das wegen seiner Ökonomie und getrennten Beurteilung durch Jugendliche und El-tern gut dafür geeignet ist. Erfasst wird die individuelle und subjektive Wahrneh-mung von Familienproblemen durch Kinder und Eltern in sieben theoretisch be-stimmten Bereichen wie Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation und affektiver Beziehungsaufnahme.

Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind unter anderem in ihrer gesund-heitsbezogenen Lebensqualität beeinträchtigt. Indirekt kann eine kinder- und ju-gendpsychiatrische Behandlung daher auch das Ziel haben, die Lebensqualität wie-der zu erhöhen, insbesondere die gesundheitsbezogene Lebensqualität, also die körperliche Verfassung, das psychische Befinden, soziale Beziehungen und die Funktionsfähigkeit im Alltagsleben, wie sie beispielsweise mit dem Fragebogen zur Lebensqualität bei Kindern (KINDL, Bullinger et al. 1995) erhoben werden.

Da auch das stationäre Setting Teil der Behandlung ist (milieutherapeutische Komponente), sollte man einen „Service-Fragebogen“ einsetzen, der Aspekte wie die Qualität des Essens, die Sauberkeit der Zimmer, das Ausmaß der Behandlungs-informationen prüft. Gegenwärtig gibt es unseres Wissens kein publiziertes Instru-ment zur Messung dieser Merkmale in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, hier be-steht also noch Forschungsbedarf. Eine bislang ebenfalls nicht berücksichtigte Frage ist, inwieweit eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung auch die Kompe-tenzen der Patienten fördert. Die Verwendung der Kompetenzskalen der CBCL ist allerdings wegen ihrer oft kritisierten niedrigen Reliabilitäten selbst für gruppensta-tistische Fragestellungen problematisch.⁷

⁷ Weitere Vorschläge für Outcome-Merkmale psychiatrischer Behandlungsprogramme finden sich z. B. bei Gaebel (1995).

7 Erhebung zum Zeitpunkt der Anmeldung

Die Fragestellung einer Evaluationsstudie ist im Kern immer kausal zu stellen: Welche Wirkung hat die stationäre/teilstationäre Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten auf die Zielmerkmale? Die im kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeitsfeld üblicherweise angewendeten Designs von Evaluationsstudien lassen eine Antwort auf diese Frage aber prinzipiell nicht zu. Nur die Ergebnisse eines echten Experiments können kausal interpretiert werden. Bedingungen dafür sind (s. Bredenkamp 1980):

1. die zeitliche Abfolge von Maßnahme und Wirkung,
2. ein positiver Zusammenhang zwischen beiden,
3. die Kontrolle von störenden Drittvariablen.

Genau diese dritte Bedingung kann aber bei kinder- und jugendpsychiatrischen Evaluationsstudien nicht erfüllt werden. Die Kontrolle von störenden Drittvariablen wird auf anderen Forschungsgebieten normalerweise mit der Einführung einer Kontrollgruppe (und/oder randomisierter Versuchspersonenzuweisung) ausgeübt. Solch eine Kontrollgruppe sollte der Behandlungsgruppen in allen wichtigen Merkmalen gleichen, nur eben nicht so behandelt werden wie die Patienten der Behandlungsgruppe. Soll eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung evaluiert werden, kann man keine unbehandelte Kontrollgruppe bilden, weil alle Zielpersonen von der Behandlung betroffen sind. Es gibt keine äquivalente Gruppe von Personen, die nicht behandelt werden, und es lässt sich auch künstlich keine bilden, da dies ethisch nicht vertretbar wäre.

Eine bisher in der kinder- und jugendpsychiatrischen Evaluationsliteratur noch nicht in Erwägung gezogene Möglichkeit ist die, einen Zeitpunkt t_0 in das Design einzuführen, der einer Datenerhebung zum Anmeldezeitpunkt entspricht (reflexive Kontrollen, vgl. Rossi et al. 1988). Vergleicht man die Ergebnisse von t_0 (Anmeldung) mit denen von t_1 (Aufnahme), erhält man eine Aussage über den Verlauf der Zielmerkmale vor der Therapie. Unter bestimmten Voraussetzungen kann so eine Warte-Kontrollgruppe gebildet werden. Die Vor- und Nachteile dieses Erhebungszeitpunkts sind in Tabelle 3 festgehalten.

Neben einem geringen Erhebungsaufwand (postalische Befragung) können die Befragten sich mit dem Ausfüllen von Fragebögen vertraut machen. Die Informationsausnutzung ist optimal, weil schon der erste Kontakt für eine Datenerhebung genutzt wird. Liegen die Messzeitpunkte t_0 und t_1 aufgrund einer kurzen Wartezeit eng beieinander, erhält man eine reliablere Baseline-Erfassung, als mit nur einer t_1 -Messung. Bleibt zwischen t_0 und t_1 Zeit für Veränderungen, kann eine Aussage über die Veränderung der Zielmerkmale zwischen Anmeldung und Aufnahme, also vor der stationären Therapie getroffen werden. Bildet man die Differenz der Differenzen t_2-t_1 und t_1-t_0 , kann der „Netto-Effekt“ der Behandlung extrahiert werden. Damit sind externe Störgrößen wie Reifung oder besondere Lebensereignisse kontrolliert, wenn man annimmt, dass diese zwischen Anmeldung und Aufnahme gleichermaßen wirken wie zwischen Aufnahme und Entlassung.

Andererseits führt solch ein Erhebungszeitpunkt zu einer hohen Zahl überflüssiger Daten, da nur ein Teil der Anmeldungen auch wirklich zu einem stationären Aufenthalt führt. Allerdings sind diese Daten zur Deskription der Inanspruchnahmepopulation der Einrichtung immer noch wertvoll. Negative Übungseffekte ergeben sich, wenn die beiden ersten Erhebungen zu eng beieinander liegen, die Befragten dadurch abwehrend reagieren („das habe ich doch gerade erst ausgefüllt“) oder falsche oder keine Angaben machen (bzw. versuchen, logisch konsistent zu antworten, in dem sie die gleichen Antworten geben wie bei t_0). Nachteilig kann sich ebenfalls die fehlende Kontrolle von Störgrößen zwischen Anmeldung und Aufnahme auswirken. Die zukünftigen Patienten könnten sich in dieser Zeit zum Beispiel diversen anderen Behandlungen unterziehen oder unter dem Einfluss bestimmter Lebensereignisse stehen. Dies lässt sich aber mit Kontrollfragen zum Aufnahmezeitpunkt erfassen. Ein größeres Problem stellt der zeitliche Abstand zwischen Anmeldung und Aufnahme dar. Zunächst ist die Tatsache von langen Wartezeiten von Vorteil, aber die Wartezeiten unterscheiden sich meist erheblich. Dies ist aber statistisch kontrollierbar (Wartezeit in Tagen als Kovariate in einem kovarianzanalytischen Auswertungsplan). Problematisch ist auch die systematische Verzerrung der Veränderungsraten zwischen t_0 und t_1 , wenn Notfälle zeitlich vorgezogen werden, also eher stationär behandelt werden als die übrigen Patienten, und so nicht oder nur sehr kurz in der Warte-Kontrollgruppe auftauchen. Die Ergebnisse der Behandlungsevaluierung können dann nur unter Herausnahme dieser Notfälle beurteilt werden. Völlig unsinnig wird eine Erhebung zum Anmeldezeitpunkt, wenn t_0 und t_1 zeitlich zusammenfallen, es also keine oder nur eine kurze Wartezeit bis zur stationären Aufnahme gibt. Dann handelt es sich statistisch gesehen nicht mehr um zwei getrennte Faktorstufen, sondern um ein und denselben Erhebungszeitpunkt und es bleibt kein Raum für Veränderungen.

Tab. 3: Vor- und Nachteile einer Datenerhebung bei Anmeldung der Patienten zur Bildung einer Wartekontrollgruppe

PRO	CONTRA
<ul style="list-style-type: none"> • geringer Aufwand • Übungseffekte • optimale Informationsnutzung • reliablere Baseline-Erfassung • Vergleich t_0-t_1 • Vergleich t_0-t_1 und t_1-t_2 	<ul style="list-style-type: none"> • nutzlose Erhebungen • Übungseffekte • mangelnde Kontrolle von Störgrößen • der Abstand t_0-t_1 ist im Mittel kürzer als t_1-t_2 • Bias durch vorgezogene Notfälle

Die meisten Nachteile lassen sich bis zu einem gewissen Grad methodisch kompensieren (z.B. durch Kontrollliteme oder geeignete statistische Verfahren). Der in der Summe entscheidende Vorteil der Einführung einer Erhebung zum Anmeldezeitpunkt ist aber die Erhöhung der internen Validität der Ergebnisse gegenüber einfachen Prä-Post-Designs.

8 Drop-out

Ein weiteres Problem, das zur Reduktion der internen Validität einer Evaluationsstudie führen kann, betrifft den Stichprobenausfall. Aus verschiedenen Evaluationsstudien ist bekannt, dass der Stichprobenausfall nicht zufällig stattfindet, sondern selektiv (Rossi et al. 1988). Es sind spezielle Patientengruppen, die an solchen Evaluationsstudien nicht teilnehmen oder im Lauf der Erhebung zu den verschiedenen Zeitpunkten ausfallen. In der Regel sind es diejenigen, deren Behandlung nicht erfolgreich verlief, Behandlungsabbrecher, nicht-kooperative Familien oder Familien mit mangelnden Deutschkenntnissen (vgl. Reisel et al. 1998). Das führt dazu, dass vor allem die erfolgreich verlaufenen Fälle in einer Evaluationsstudie erfasst werden. Paradoxerweise wird dann bei der Hypothesenprüfung getestet, ob die Gebesserten sich gebessert haben. Streng genommen handelt es sich dabei nicht mehr um ein Zufallsexperiment.

Dies lässt sich am Beispiel der Evaluationsstudie von Reisel et al. (1998) gut illustrieren: Von insgesamt 59 befragten Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung konnten zum Zeitpunkt der Entlassung nur 40 Patienten befragt werden. Nur von diesen 40 Patienten konnte also eine Ergebnisbeurteilung erhoben werden, die dann lautete: 63% verbessert ($n = 25$), 37% nicht verbessert ($n = 15$). Nimmt man nun an, dass die fehlenden 19 Patienten sich zumindest nicht verbessert haben, und addiert diese Anzahl zur Kategorie „nicht verbessert“, verschiebt sich die Erfolgsquote drastisch nach unten: 42% verbessert ($n = 25$), 58% nicht verbessert ($n = 34$).

Dieses Beispiel zeigt, wie wichtig es ist, den Stichprobenausfall in angemessener Weise zu berücksichtigen, will man wirklich repräsentative Ergebnisse erhalten. Dazu sollte für jeden Fall genau dokumentiert werden, wer wann und vor allen Dingen warum welche Items oder Fragebögen nicht ausgefüllt hat. Man kann beispielsweise in jedem Therapeuten-Fragebogenheft ein Item einführen, bei dem der Therapeut notieren soll, ob und warum ein Elternteil oder der Patient seine Fragebögen nicht ausgefüllt hat. Anhand dieses Items können bei der Ergebnisauswertung Subgruppenanalysen vorgenommen werden, bei denen beispielsweise die Ausgangswerte der Drop-out-Fälle mit den übrigen verglichen werden oder für alle Drop-out-Fälle die Ausgangswerte auch als Entlassungswerte eingesetzt werden (man also annimmt, diese hätten sich zumindest nicht verbessert). Es lassen sich natürlich auch Best-/Worst-Case-Analysen konstruieren, um zu prüfen, wie der hoch der Behandlungserfolg unter der Annahme von Extremwerten bei den Drop-outs liegt (alle Drop-out-Fälle haben sich verbessert/verschlechtert, vgl. Fletcher et al. 1999).

9 Studien-Monitoring

Eine besondere Schwierigkeit stellt die Einführung und Durchführung der Datenerhebung im Klinikalltag dar. Sofern es keine externe Evaluatoren gibt, führt die meist hohe Auslastung klinisch arbeitender Kinder- und Jugendpsychiater und Psycholo-

gen dazu, dass der zusätzliche Arbeitsaufwand zunächst als Zumutung empfunden wird. Da aber die Behandlung und die Erhebung zeitlich gekoppelt sind, gehen nicht rechtzeitig erhobene Daten verloren. Die Durchführung der Datenerhebung muss also überwacht werden (vgl. Rossi et al. 1988; Wottawa u. Thierau 1998).

Ein nach unseren Erfahrungen bewährtes Datenerhebungssystem ist in Abbildung 1 dargestellt. Demnach unterscheiden wir zwischen Therapeuten auf der einen und Mitgliedern der Arbeitsgruppe (AG) Evaluation auf der anderen Seite, die aber eine gemeinsame Schnittmenge in Form der „Ansprechpartner Evaluation“ (AE) haben. Während zu früheren oder späteren Zeitpunkten die Arbeitsgruppe Evaluation für die Datenerhebung verantwortlich ist, liegt dies bei den Erhebungen zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt in den Händen der Behandler selbst. Ihnen werden ausreichend Blanko-Fragebogenhefte und eine Kurzinformation über die Erhebung zur Verfügung gestellt. Die wichtigste Koordinations- und Kontrollfunktion üben die Ansprechpartner Evaluation aus. Sie sind Therapeuten und gleichzeitig Mitglieder der Arbeitsgruppe Evaluation, kennen die Studie im Detail und können bei Fragen und Problemen auf den Stationen sofort helfen. Sie üben aber auch eine Erhebungskontrolle aus, allerdings handelt es sich dabei um eine Kontrolle von Therapeut zu Therapeut und nicht von Vorgesetzten (Peer-to-Peer-Kontrolle).

Die zentrale Datenkontroll- und Eingabestelle ist mit einer medizinischen Dokumentarin (MDA) besetzt. Hier laufen alle Daten zusammen, hier werden die Bögen auf Fehler kontrolliert, die Daten eingegeben und Blankobögen per Post versendet. Außerdem gelangt von jeder Anmeldung in der Ambulanz eine Notiz an die medizinische Dokumentarin, die daraufhin die Anmeldebögen versendet. Sind die Bögen nach zwei Wochen nicht ausgefüllt zurück, wird dreimal telefonisch nachgefragt. Zu Wochenbeginn bekommt die medizinische Dokumentarin die Bettenbelegstatistiken von den Stationen zugestellt, an Hand derer alle Aufnahmen oder Entlassungen festgehalten sind und stimmt mit dem Arbeitsgruppenleiter alle nötigen Monitoring-Schritte ab.

Sowohl die Ansprechpartner Evaluation als auch die medizinische Dokumentarin sind Mitglieder der Arbeitsgruppe Evaluation, deren Leiter das Monitoring der gesamten Erhebung übernimmt. Dieser ist ständig ansprechbar, bietet Information und Hilfe an, übt aber auch Kontrollen aus, fragt nach und erinnert. Das gesamte Team (Arbeitsgruppe und Therapeuten) trifft sich einmal pro Woche zu einer ca. 15-minütigen Besprechung, bei der Fragen und Probleme gemeinsam geklärt werden.

Die Überwachung der Datenerhebung verlangt von allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe viel Fingerspitzengefühl, denn trotz der Erhebungskontrollen sollen die Behandler und die Behandelten motiviert und interessiert bleiben. Schließlich sind es vor allem die Patienten und Therapeuten, auf deren Angaben die Wirksamkeitsbeurteilung beruht. Bewährt hat sich in diesem Zusammenhang, den Therapeuten Sinn- und Motivationsstiftendes zu bieten, indem z. B. das Studienexposé zur Verfügung gestellt wird oder Fortbildungen über Evaluation veranstaltet werden. Die erhobenen Daten können allen Therapeuten für deren eigenen wissenschaftlichen Arbeiten zur Verfügung gestellt werden. Vor allem aber die Etablierung eines inter-

nen Reportsystems, bei dem einzelfallbezogene Auswertungen der Evaluationsdaten vorab dem Therapeuten zukommen, bindet alle Therapeuten in die Datenerhebung ein (z.B. CBCL-Profilauswertungen).

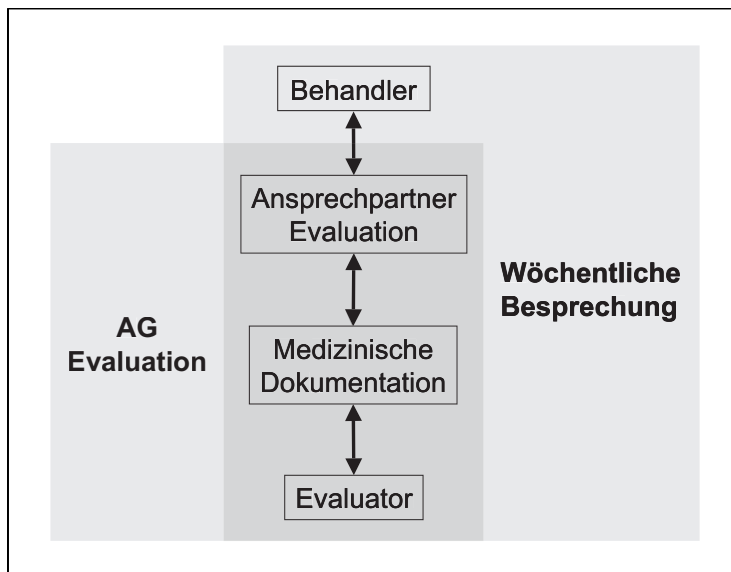


Abb. 1: Organisation der Datenerhebung

Insgesamt haben sich folgende Qualitätskontrollmechanismen bewährt:

- Datenbank zur Steuerung der Fragebogen-Versendung,
- detaillierte Dokumentation von Drop-outs,
- Notiz über jede Anmeldung und jeden Notfall an die MDA,
- Peer-to-Peer-Kontrollen,
- permanentes Studien-Monitoring,
- sinn- und motivationsstiftende Angebote an Behandler,
- wöchentliche Teambesprechungen mit Behandler und AG Evaluation und
- wöchentlicher Abgleich von Bettenbelegstatistiken und Evaluationsbögen.

10 Diskussion

In den vorangegangenen Abschnitten wurde eine Auswahl derjenigen Probleme bei der Planung und Durchführung von summativen Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie skizziert, die in bisherigen Arbeiten gar nicht oder wenig ausführlich thematisiert wurden und für die keine Handlungsanweisungen vorlagen. Daneben gibt es noch eine ganze Reihe weiterer Aspekte, die hier nicht angesprochen werden konnten, wie Fragen der Ethik (Konsequenzen getrennter Befragung von Eltern und Kind, Kontrolle der Therapeuten), Ergebnisauswertung (konfundierte Faktorstufen, multiples Testen, Effektgrößenproblematik, Reliabilitäts-Validitäts-Dilem-

ma) oder der Datenschutz (Datenverarbeitung und -archivierung).⁸ Auf eine Besonderheit, den formativen Effekt von summativen Evaluationsstudien, der in der bisherigen Literatur unseres Wissens nach nicht erwähnt ist, sei abschließend noch kurz hingewiesen: Die Planung und Implementierung einer Evaluationsstudie selbst hat schon qualitätssichernden, weil strukturierenden Charakter. Es fallen nämlich schon in der Untersuchungsphase viele wichtige Informationen und damit Möglichkeiten für Qualitätssicherungsmaßnahmen an, wie das Registrieren von Lücken in den Wegen der Informationsvermittlung, Lücken in der Routinedokumentation oder ein nichtstandardisierter Umgang mit Notfällen.

Das aus den vorangestellten Überlegungen abgeleitete Design sieht folgendermaßen aus (Tab. 4): Im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie mit vier Erhebungszeitpunkten wird eine hypothesenprüfende, nicht-experimentelle Ergebnisevaluierung durchgeführt (1-Gruppen-ABA-Design). Berücksichtigt werden dabei fünf verschiedene Urteilerperspektiven (Patient, Mutter, Vater, Therapeut und Bezugsperson). Neben der Symptomatik (CBCL, YSR, CASCAP, MAS) werden die Behandlungsziele, der Zielerreichungsgrad, der subjektive Behandlungserfolg, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Qualität der Familienbeziehungen und die allgemeine Patientenzufriedenheit (Servicequalität) erfasst.

Tab. 4: Design der Hamburger Evaluationsstudie

		Behandlungsstatus			
		t0: Anmeldung	t1: Aufnahme	t2: Entlassung	t3: Nachbefragung
Beurteilergruppe	Patient	Symptomatik (YSR)	Symptomatik (YSR) Zielformulierung (offen) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB)	Symptomatik (YSR) Zielerreichung (Likert-Skala) Lebensqualität (KINDL) Behandlungsbeurteilung (FBB) Patientenzufriedenheit (PZF)	Symptomatik (YSR) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB)
	Mutter	Symptomatik (CBCL)	Symptomatik (CBCL) Zielformulierung (offen) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB)	Symptomatik (CBCL) Zielerreichung (Likert-Skala) Behandlungsbeurteilung (FBB)	Symptomatik (CBCL) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB)
	Vater	Symptomatik (CBCL)	Symptomatik (CBCL) Zielformulierung (offen) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB)	Symptomatik (CBCL) Zielerreichung (Likert-Skala) Behandlungsbeurteilung (FBB)	Symptomatik (CBCL) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB)
	Bezugsperson			Behandlungsbeurteilung (FBB)	
	Therapeut		Symptomatik (CASCAP-D) Zielformulierung (offen)	Symptomatik (CASCAP-D) Zielerreichung (Likert-Skala) Behandlungszufriedenheit (FBB)	

Der gegenwärtig bestehende und auch an diesem Untersuchungsplan abzulesende Trend zur Diversifizierung und Spezifizierung in der Evaluation von Gesundheitsprogrammen wird vielleicht bald der Einsicht weichen, dass nicht unbedingt auf die

⁸ Die einzige bisher publizierte Monographie zum Thema ist das Buch „Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ von Remschmidt und Schmidt (1986).

Beurteilung aus allen Perspektiven bestanden werden muss, da die Urteile der Patienten und Eltern nur schwer zu erreichen sind (hoher Aufwand, hohe Ausfallquote), gleichzeitig aber die Therapeuten ohnehin am konservativsten urteilen. Eine weniger aufwendige und trotzdem effektive Alternative ist die Beschränkung der Befragung auf die Behandler, sobald Sicherheit über Art und Ausmaß der Unterschiedlichkeit von Urteilen der Eltern, des Patienten und der Behandler besteht.

Die methodischen Probleme bei der Durchführung von Evaluationsstudien und die Schwierigkeiten bei der Interpretation der Ergebnisse führten in der Vergangenheit vielfach dazu, dass die gefundenen Effekte sehr gering ausfielen und/oder selten replizierbar waren (Wittmann 1985). Alternativ können qualitative Studien durchgeführt werden, die die Wirksamkeit eines Treatments besser erfassen, wenn die mit den Maßnahmen verbundene Wirkungen sehr komplex sind und die gewählten quantitativen Kriterien eine starke inhaltliche Verkürzung bedeuten (Bortz u. Döring 1994). Hier besteht insbesondere auf kinder- und jugendpsychiatrischem Gebiet noch Forschungsbedarf.

Literatur

- Biefang, S. (1980): Evaluationsforschung in der Psychiatrie. Stuttgart: Enke.
- Bortz, J.; Döring, N. (1994): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Bredenkamp, J. (1980): Theorie und Planung psychologischer Experimente. Darmstadt: Steinkopff.
- Bullinger, M.; Mackensen, S.; Kirchberger, I. (1995): KINDL – ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 2 (1): 64-77.
- Buse, L. (1996): Evaluation. Unveröffentlichtes Vorlesungsmanuskript. Hamburg: Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg.
- Cierpka, M.; Frevert, G. (1995): Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen (Testmappe). Göttingen: Hogrefe.
- Cooper, B.; Dilling, H.; Kanowski, S.; Remschmidt, H. (1985): Die wissenschaftliche Evaluation psychiatrischer Versorgungssysteme: Prinzipien und Forschungsstrategien. Der Nervenarzt. 56 (7): 348-358.
- Döpfner, M.; Melchers, P.; Fegert, J.; Lehmkuhl, G.; Lehmkuhl, U.; Schmeck, K. (1994): Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). Kindheit und Entwicklung 3 (7): 54-59.
- Döpfner, M.; Wolff Metternich, T.; Berner, W.; Englert, E.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U. (1997): Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (8): 548-565.
- Englert, E.; Poustka, F. (1995): Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationsystem. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (5): 158-167.
- Fisseni, H.J. (1997): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- Fletcher, R.H.; Fletcher, S.W.; Wagner, E.H. (1999): Klinische Epidemiologie: Grundlagen und Anwendung. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Gaebel, W. (1995): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Der Nervenarzt 66 (7): 481-493.
- Jungjohann, E.E.; Beck, B. (1984): Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (1975-1980). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (4): 148-154.

- Kammerer, E.; Grueneberg, B.; Goebel, D. (1984): Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 33 (4): 141-148.
- Knölker, U.; Mattejat, F.; Schulte-Markwort, M. (1997): *Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch*. Bremen: Uni-Med.
- Lienert, G.A.; Raatz, U. (1994): *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1993): Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB). *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22 (2): 192-233.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1995): Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie* 23 (2): 71-83.
- Mittag, W.; Jerusalem, M. (1997): Evaluation von Präventionsprogrammen. In: Schwarzer, R. (Hg.): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 595-612.
- Naumann, A.; Konopka, L.; Keller, F.; Felbel, D. (2000): Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Entwicklung eines Fragebogens. In: Blanz, B. (Hg.): XXVI. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2000. Jena: Kongress- und Kulturmanagement GMBH, S. 21.
- Reisel, B.; Floquet, P.; Leixnering, W. (1998): Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 47 (10): 705-721.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M. (1986): *Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M.H.; Mattejat, F.; Eisert, H.G.; Eisert, M. (1988): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home Treatment im Vergleich. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie* 16 (3): 124-134.
- Rossi, P.H.; Freeman, H.E.; Hofman, G. (1988): *Programm-Evaluation*. Stuttgart: Enke.
- Steinhausen, H.-C. (1983): Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 32 (8): 286-292.
- Wittmann, W.W. (1985): *Evaluationsforschung*. Berlin: Springer.
- Wottawa, H.; Thierau, H. (1998): *Lehrbuch Evaluation*. Bern: Huber.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Claus Barkmann, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg; E-Mail: barkmann@uke.uni-hamburg.de