

# **Dissertation**

Einfluss externaler Determinanten auf die  
gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und  
Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen

eingereicht von

**Mag. rer. nat. Klemens Meister**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades des Doktors der  
Medizinischen Wissenschaft (Dr. scient. med.)

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -  
psychotherapie der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz

unter der Anleitung von

**Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Elfriede Greimel**

Graz, 28.3.2015

## **Eidesstattliche Erklärung**

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit an der Dissertation wurde gemäß den Regeln der „Good Scientific Practice“ durchgeführt.*

Graz, am 28.3.2015

Mag. Klemens Meister e.h.

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt Frau Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Elfriede Greimel, die während des gesamten Prozesses der Planung und Durchführung des Dissertationsprojektes immer als Ansprechpartnerin zur Verfügung stand und durch ihren wertvollen Rat und Beistand essenziell zum Gelingen dieser Arbeit beitrug.

Ein weitere Dank gilt Frau Primaria Dr.<sup>in</sup> Anna-Katharina Purtscher-Penz, die durch ihre tatkräftige Unterstützung die Umsetzung des Forschungsprojektes an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erst möglich gemacht hat. Daneben gilt mein Dank dem gesamten Behandlungsteam der Abteilung, welches maßgeblich dazu beigetragen hat Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Studie zu rekrutieren.

Ich möchte mich speziell auch bei meiner Familie bedanken, deren Rückhalt und Zuspruch auf allen Ebenen die Basis und den Ausgangspunkt für meinen Ausbildungsweg stellen.

Mein Dank gilt allen Personen, die durch ihren Beitrag auf unterschiedliche Art und Weise zur Verwirklichung der Arbeit beigetragen haben. Insbesondere möchte ich mich bei meiner Kollegin Mag.<sup>a</sup> Viktoria Rübenbauer bedanken, ohne deren Zusammenarbeit dieses Forschungsvorhaben nicht möglich gewesen wäre.

Bedanken möchte ich mich ebenso bei allen Patientinnen und Patienten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und deren Erziehungsberechtigten, die sich trotz oft sehr schwieriger Lebenssituationen bereit erklärt haben an der Studie teilzunehmen.

# Inhaltsverzeichnis

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>Lebensqualität</b> .....   | <b>3</b>  |
| 2.1      | <b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin</b> .....                            | <b>5</b>  |
| 2.1.1    | Lebensqualität in der Forschung .....   | 7         |
| 2.2      | <b>Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität</b> .....                              | <b>8</b>  |
| 2.3      | <b>Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen</b> .....                                  | <b>9</b>  |
| 2.3.1    | Methoden der Lebensqualitätsforschung bei Kindern und Jugendlichen .....                  | 11        |
| <b>3</b> | <b>Determinanten der Gesundheit und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen</b> ..... | <b>14</b> |
| 3.1      | <b>Alter</b> .....  | <b>14</b> |
| 3.1.1    | Gesundheit und Alter .....  | 14        |
| 3.1.2    | Lebensqualität und Alter .....  | 15        |
| 3.2      | <b>Geschlecht</b> .....   | <b>15</b> |
| 3.2.1    | Gesundheit und Geschlecht.....  | 15        |
| 3.2.2    | Lebensqualität und Geschlecht .....   | 15        |
| 3.3      | <b>Sozialer Status</b> .....  | <b>16</b> |
| 3.3.1    | Gesundheit und Sozialer Status .....  | 17        |
| 3.3.2    | Lebensqualität und Sozialer Status .....  | 18        |
| 3.4      | <b>Familie</b> .....  | <b>18</b> |
| 3.4.1    | Gesundheit und Familie .....  | 19        |
| 3.4.2    | Lebensqualität und Familie .....  | 20        |
| 3.5      | <b>Peers</b> .....  | <b>21</b> |
| 3.5.1    | Gesundheit und Peers .....  | 21        |
| 3.5.2    | Lebensqualität und Peers .....  | 21        |
| 3.6      | <b>Wohnort (Stadt, Land)</b> .....  | <b>22</b> |
| 3.6.1    | Gesundheit und Wohnort .....  | 22        |
| 3.6.2    | Lebensqualität und Wohnort .....  | 22        |
| <b>4</b> | <b>Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen</b> .....                            | <b>24</b> |
| 4.1      | <b>Angststörungen</b> .....   | <b>28</b> |
| 4.1.1    | Klassifikation.....   | 28        |
| 4.1.2    | Epidemiologie .....   | 30        |
| 4.1.3    | Verlauf .....   | 31        |
| 4.1.4    | Ätiologie und Pathogenese .....   | 31        |
| 4.2      | <b>Depressive Störungen</b> .....   | <b>32</b> |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| 4.2.1      | Klassifikation.....   | 32        |
| 4.2.2      | Epidemiologie .....   | 34        |
| 4.2.3      | Verlauf .....   | 34        |
| 4.2.4      | Ätiologie und Pathogenese .....   | 35        |
| <b>4.3</b> | <b>Störung des Sozialverhaltens .....</b>                                   | <b>37</b> |
| 4.3.1      | Klassifikation.....   | 37        |
| 4.3.2      | Epidemiologie .....   | 39        |
| 4.3.3      | Verlauf .....   | 39        |
| 4.3.4      | Ätiologie und Pathogenese .....   | 40        |
| <b>4.4</b> | <b>Hyperkinetische Störungen.....</b>                                       | <b>42</b> |
| 4.4.1      | Klassifikation.....   | 42        |
| 4.4.2      | Epidemiologie .....   | 43        |
| 4.4.3      | Verlauf .....   | 43        |
| 4.4.4      | Ätiologie und Pathogenese .....   | 44        |
| <b>5</b>   | <b>Lebensqualität und psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen</b> | <b>46</b> |
| 5.1.1      | Lebensqualität und spezifische psychische Störungen.....                    | 47        |
| <b>6</b>   | <b>Inanspruchnahmeverhalten.....</b>  | <b>50</b> |
| 6.1        | Alter und Geschlecht .....  | 51        |
| 6.2        | Sozioökonomischer Status .....  | 51        |
| 6.3        | Familie .....   | 52        |
| 6.4        | Wohnortgröße .....  | 53        |
| 6.5        | Art der psychischen Störung .....   | 53        |
| 6.6        | Lebensqualität.....   | 54        |
| <b>7</b>   | <b>Fragestellungen und Hypothesen .....</b>                                 | <b>56</b> |
| 7.1        | Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....                                    | 56        |
| 7.2        | Inanspruchnahmeverhalten.....   | 58        |
| <b>8</b>   | <b>Methode.....</b>   | <b>60</b> |
| 8.1        | Versuchsplan .....  | 60        |
| 8.2        | Stichprobe .....  | 60        |
| 8.3        | Stichprobenbeschreibung.....  | 63        |
| 8.4        | Erziehungsberechtigte.....  | 64        |
| 8.5        | Messinstrumente.....  | 67        |
| 8.5.1      | Messinstrumente Kinder und Jugendliche.....                                 | 67        |
| 8.5.2      | Messinstrumente Eltern bzw. Erziehungsberechtigte .....                     | 75        |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| <b>8.6</b> | <b>Untersuchungsdurchführung</b> .....  | <b>81</b>  |
| 8.6.1      | Untersuchungsablauf .....   | 81         |
| <b>8.7</b> | <b>Statistische Auswertung</b> .....  | <b>83</b>  |
| 8.7.1      | Dateneingabe .....  | 83         |
| 8.7.2      | Statistische Verfahren .....  | 83         |
| <b>9</b>   | <b>Ergebnisse</b> .....   | <b>86</b>  |
| <b>9.1</b> | <b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität</b> .....   | <b>86</b>  |
| 9.1.1      | Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung der<br>gesundheitsbezogenen Lebensqualität ..... | 88         |
| 9.1.2      | Einfluss von Alter und Geschlecht auf die gesundheitsbezogene<br>Lebensqualität .....               | 89         |
| 9.1.3      | Einfluss des sozioökonomischen Status auf die gesundheitsbezogene<br>Lebensqualität.....            | 91         |
| 9.1.4      | Einfluss der Familienkonstellation auf die gesundheitsbezogene<br>Lebensqualität.....               | 92         |
| 9.1.5      | Einfluss der Eingebundenheit in die Peergroup auf die gesundheitsbezogene<br>Lebensqualität.....    | 93         |
| 9.1.6      | Einfluss der Wohnortgröße auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ...                            | 95         |
| 9.1.7      | Einfluss psychischer Auffälligkeiten auf die gesundheitsbezogene<br>Lebensqualität.....             | 96         |
| 9.1.8      | Einfluss des Inanspruchnahmeverhaltens auf die gesundheitsbezogene<br>Lebensqualität.....           | 100        |
| 9.1.9      | Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität .....   | 105        |
| <b>9.2</b> | <b>Inanspruchnahmeverhalten</b> .....   | <b>110</b> |
| 9.2.1      | Einfluss von Alter und Geschlecht auf das Inanspruchnahmeverhalten .....                            | 113        |
| 9.2.2      | Einfluss des sozioökonomischen Status auf das<br>Inanspruchnahmeverhalten .....                     | 114        |
| 9.2.3      | Einfluss der Familienkonstellation auf das Inanspruchnahmeverhalten.....                            | 115        |
| 9.2.4      | Einfluss der Eingebundenheit in die Peergroup auf das<br>Inanspruchnahmeverhalten .....             | 116        |
| 9.2.5      | Einfluss der Wohnortgröße auf das Inanspruchnahmeverhalten .....                                    | 116        |
| 9.2.6      | Einfluss der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf das<br>Inanspruchnahmeverhalten .....          | 117        |
| 9.2.7      | Einfluss von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten auf das<br>Inanspruchnahmeverhalten .....    | 120        |
| 9.2.8      | Prädiktoren des Inanspruchnahmeverhaltens .....   | 123        |

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| <b>10</b> | <b>Diskussion .....</b>                  | <b>125</b> |
| 10.1      | Gesundheitsbezogene Lebensqualität ..... | 125        |
| 10.2      | Inanspruchnahmeverhalten .....           | 133        |
| 10.3      | Implikationen und Ausblick.....          | 140        |
| <b>11</b> | <b>Literaturverzeichnis .....</b>        | <b>144</b> |
| <b>12</b> | <b>Anhang A.....</b>                     | <b>157</b> |
| <b>13</b> | <b>Anhang B.....</b>                     | <b>159</b> |

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Bis zu einem Fünftel aller Kinder und Jugendlichen sind von psychischen Erkrankungen betroffen. Bislang liegen kaum Studien vor, welche die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten und deren Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene Lebensqualität beleuchten. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Zusammenhänge zwischen den äußeren (externalen) Lebensbedingungen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zu erfassen. Darüber hinaus soll der Kenntnisgrad über die Wirkung umweltbezogener Determinanten auf das Inanspruchnahmeverhalten von professioneller Hilfe aufgrund von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten erhöht werden.

**Methodik:** Die Stichprobe besteht aus 172 stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten (11 bis 18 Jahre) der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der LSF Graz und 148 Erziehungsberechtigten. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mittels KIDSCREEN-52 (Selbst- und Fremdbeurteilung), die psychischen Auffälligkeiten mit dem Fragebogen für Jugendliche (YSR) und mit dem Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) erhoben. Als Indikator für den sozioökonomischen Status wurde bei den Kindern und Jugendlichen die Family Affluence Scale (FAS) und für beide Elternteile getrennt ein „Schichtindex“ eingesetzt. Das Inanspruchnahmeverhalten in den letzten 12 Monaten vor dem stationären Aufenthalt wurde durch einen Fragebogen bei den Erziehungsberechtigten erfasst. Zur Überprüfung der Hypothesen und Fragestellungen wurden multivariate und univariate, sowie Korrelationsberechnungen und Regressionsanalysen durchgeführt.

**Ergebnisse:** Neben dem Geschlecht zeigten die externalen Determinanten Familienkonstellation und Eingebundenheit in die Gleichaltrigengruppe einen signifikanten Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Männliches Geschlecht, das Leben mit beiden Elternteilen und eine größere Anzahl an

Freundinnen oder Freunden gingen mit einer höheren Lebensqualität in Teilbereichen einher. Es ließen sich weiters deutliche Zusammenhänge zwischen dem Ausprägungsgrad psychischer Auffälligkeiten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität finden. Psychische Auffälligkeiten gingen unabhängig ihrer detaillierten Symptomausrichtung mit einer eingeschränkten gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den Bereichen „Selbstwahrnehmung“, „Stimmung und Emotionen“ und „Beziehung zu Eltern“ einher. Hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens wiesen das Geschlecht und die externalen Determinanten sozioökonomischer Status, Familienkonstellation und Wohnortgröße eine bedeutsame Wirkung auf. Weibliches Geschlecht, ein niedriger sozioökonomischer Status, das Leben mit beiden Elternteilen und eine weniger urbanisierte Wohnumgebung waren mit einer geringeren Nutzung von Behandlungsangeboten assoziiert. Darüber hinaus konnte beobachtet werden, dass eine in einigen Bereichen eingeschränkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, sowie eine ausgeprägte psychische Auffälligkeit durch eine häufigere Inanspruchnahme von professioneller Hilfe, vor allem ambulanter Angebote, gekennzeichnet war.

**Schlussfolgerungen:** Aufgrund der deutlich erfassbaren Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Abhängigkeit psychischer Auffälligkeiten, sollte in der Behandlung gezielter auf die Bereiche geachtet werden, in welchen die Lebensqualität als ungünstig erlebt wird. Die Resultate zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe legen nahe, dass Anstrengungen hinsichtlich einer besseren Zugänglichkeit von Maßnahmen und der frühzeitigen Identifikation von Risikogruppen unternommen werden sollten.

## **Abstract**

**Background:** Up to one fifth of all children and adolescents are effected by mental health problems. However, little empirical studies have been carried out to examine the living conditions of children and adolescents with emotional and behavioural problems and their influences on the subjectively perceived health-related quality of life. The aim of this thesis is to explore the connection between external living conditions and health-related quality of life of children and adolescents with mental health problems. Furthermore, the knowledge on the effect of environmental determinants on the use of health-care services due to emotional and behavioural problems shall be increased.

**Methods:** 172 male and female in-patients (aged 11-18) of the Department of Childhood and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy in Graz (Austria) and 148 parents or caregivers were included in this study. Health-related quality of life was measured with the internationally standardized screening instrument KIDSCREEN-52 (self and proxy version). The mental health problems were assessed with Youth Self Report (YSR) and with the parents' questionnaire Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). The Family Affluence Scale (FAS) was used as an indicator for the socio-economic status (self-reported) and for both parents a social strata index was applied. The use of health-care services during the last twelve months before the in-patient stay was identified by a questionnaire completed by the caregivers. For the verification of the hypotheses and research questions multivariate and univariate as well as correlation and regression analyses were carried out.

**Results:** Besides gender the external determinants family constellation and integration into the peer group showed a significant influence on the health-related quality of life. Male Gender, living with both parents and more friends were associated with a better health-related quality of life. Clear correlations could be found between the degree of mental abnormalities and the health-related quality of life. Mental and behavioural disorders went along with a limited health-related quality of life in the fields of ‚Self-Perception‘, ‚Moods and Emotions‘ and ‚Parent Relation‘. Concerning the use of health-care services gender and the external determinants

socio-economic status, family constellation and the size of hometown showed a significant effect. Female gender, a low socio-economic status, living with both parents and a less urbanized neighbourhood were connected with a lower rate of health-care service use. Furthermore, a limited health-related quality of life and more mental health problems were related to more frequent health-care service use (especially ambulant treatment).

**Conclusions:** There are clearly visible restrictions in the health-related quality of life associated with mental health problems. Treatment of mental health problems should focus on those fields in which quality of life is experienced unfavourably. The results of health-care service use suggest that a better access to treatments is warranted. In addition, high-risk groups should be identified.

# 1 Einleitung

Psychische Erkrankungen stellen für alle Betroffenen wie auch für das unmittelbare soziale Umfeld eine große Herausforderung dar. Kinder und Jugendliche sind in ganz besonderem Maße von psychischen Störungen betroffen, da die Bewältigung und Auseinandersetzung in eine an Entwicklungsaufgaben reiche Lebensphase fällt und damit psychosoziale Entwicklungsprozesse beeinträchtigen werden können. Dazu kommt, dass Kinder und Jugendliche, im Gegensatz zu Erwachsenen, noch weniger Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf ihre Umwelt haben und daher die Lebensumstände eine größere Rolle spielen. Die Relevanz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter lässt sich auch daran bemessen, dass Studienergebnisse davon sprechen, dass bis zu einem Fünftel der Kinder und Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung davon betroffen sind (1).

Die empirische Forschung über Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten, insbesondere jene die sich in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden, stand lange Zeit im Hintergrund. Erst in den letzten Jahren trat die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mehr in den Fokus der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit. Aufgrund des aktuell noch ungenügenden Wissenstandes, bietet das Konzept der Lebensqualität die ideale Basis um ein tieferes Verständnis über den Einfluss wichtiger externaler (umgebungsgebundener) Determinanten zu erlangen. Der Beschäftigung mit den Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten kommt deshalb eine wichtige Bedeutung zu, da sich daraus Risikogruppen identifizieren, aber auch mögliche Präventions- und Behandlungsmaßnahmen ableiten lassen. Dies scheint umso wichtiger, da in Österreich der Kenntnisgrad über die Lebensbedingungen von Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch sehr gering ist.

Hauptziel der hier vorliegenden Untersuchung ist es, einen umfangreichen Einblick über den Zusammenhang der Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu

erlangen. Darüber hinaus sollen in dieser Studie relevante soziale und umweltbedingte Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme professioneller Behandlungsangebote/-einrichtungen aufgrund von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten vor dem Hintergrund des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems identifiziert werden.

## 2 Lebensqualität

Ausgangspunkt für die Beschäftigung mit dem Thema Lebensqualität stellt die seit der Existenz der Menschheit bestehende Auseinandersetzung mit den Fragen nach der Bedeutung des Lebens dar. Diese Fragen fanden in erster Linie über Mythen, Religion oder Philosophie ihre Beantwortung und beeinflussten dabei die Einstellung zum Leben und die Formulierung von gesellschaftlichen Normen. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts begann im Zuge der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen und Veränderungen eine intensivere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Konzept Lebensqualität, wobei die Frage nach den Bedingungen und Merkmalen eines „guten Lebens“ und einer „guten Gesellschaft“ im Mittelpunkt standen.

Zu Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Lebensqualität gab es in den 60er Jahren groß angelegte soziologische Studien, welche aus einer interkulturellen Perspektive Lebensqualität in verschiedenen Ländern in erster Linie durch sozioökonomische Faktoren (Gross national product (GNP)) zu erfassen versuchten (2).

Der finnische Soziologe Allardt (3) ergänzte das schwedische Modell der Wohlfahrtsforschung, welches die materiellen Lebensbedingungen in den Mittelpunkt stellte, um den zusätzlichen Fokus auf immaterielle Komponenten. Die Lebensqualität bzw. der damals synonym verwendete Begriff „level of human welfare“ wurde in diesem Verständnis durch die Begriffe „Having“, „Loving“ und „Being“ definiert, als zentrale und notwendige Bedingungen für die menschliche Entwicklung und Existenz. „Having“ beschreibt dabei die materiellen Bedingungen, „Loving“ die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen und „Being“ die Möglichkeit, sich am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen und ein aktives und selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Innovation des Modells von Allardt besteht darin, dass es zur Erfassung der drei Dimensionen sowohl objektive als auch *subjektive* Indikatoren vorschlug (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Der Gebrauch von unterschiedlichen Indikatoren zur Erfassung von Lebensbedingungen (Mod. nach (3)).

|  | <b>Objektive Indikatoren</b>   | <b>Subjektive Indikatoren</b>   |
|--|--|---|
| <b>Having</b><br>(materielle Bedürfnisse)              | 1. Objektive Messung des Lebensstandards und der Umweltbedingungen                   | 4. Subjektives Gefühl der Unzufriedenheit/Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen |
| <b>Loving</b><br>(soziale Bedürfnisse)                 | 2. Objektive Messung der Beziehung zu anderen Menschen                               | 5. Subjektives Gefühl der Unzufriedenheit/Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen  |
| <b>Being</b><br>(Bedürfnis nach persönlichem Wachstum) | 3. Objektive Messung der Beziehung der Menschen zur<br>a.) Gesellschaft<br>b.) Natur | 6. Subjektives Gefühl von Entfremdung/persönlichem Wachstum                       |

Bei der Beschäftigung mit dem Konzept Lebensqualität fällt auf, dass es in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen (Soziologie, Medizin, Psychologie, Philosophie, Ökonomie,...) seine Anwendung findet, jedoch dementsprechend auch unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Zusammenfassung der zentralen Konzepte der Lebensqualität (QOL) in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen (Mod. nach (4)).

| <b>Disziplin</b>                            | <b>Fokus der QOL</b>                    | <b>QOL- Studienziele</b> |
|---|---|--------------------------|
| <b>Philosophie</b>                          | Das „gute Leben“                        | Werte/Sinn               |
| <b>Soziologie</b>                           | Immaterielle Wohlfahrt und Wohlbefinden | Bedürfnisse und Wünsche  |
| <b>Ökonomie</b>                             | Ökonomischer Standard                   | Ressourcen               |
| <b>Verhaltenswissenschaft (Psychologie)</b> | Wohlbefinden                            | Psychisches Wohlbefinden |
| <b>Medizin</b>                              | Normalität                              | Med. Interventionen      |

Aufgrund der unterschiedlichen Wissenschaftsperspektiven, sowie divergierender Sichtweisen vor dem Hintergrund kultureller oder auch religiöser Überzeugungen, lässt sich keine allgemein gültige Definition von Lebensqualität finden.

Lindström unternahm aufgrund der oben beschriebenen Schwierigkeiten zur einheitlichen Begriffsdefinition den Versuch, ein Lebensqualitätsmodell (s. Tabelle 3) für bevölkerungsbezogene Untersuchungen in der Public-Health-Forschung zu entwickeln, welches sich bewusst interdisziplinär und offen definiert, und lediglich als allgemeiner Rahmen fungieren möchte. Aus diesem Verständnis abgeleitet, definierte Lindström Lebensqualität als die gesamte Existenz eines Einzelnen, einer Gruppe oder einer Gesellschaft (4).

Tabelle 3: Ein allgemeines Modell der Lebensqualität (Mod. nach (4)).

| Sphäre                | Dimension (obj./subj.)                            | Beispiele   |
|-----------------------|---|---|
| <b>Global</b>         | 1. Makroumwelt<br>2. Menschenrechte<br>3. Politik | Demokratische Rechte<br>Saubere Umwelt                                    |
| <b>Extern</b>         | 1. Arbeit<br>2. Ökonomie<br>3. Wohnen             | Art der Wohnverhältnisse<br>Einkommen/Arbeit                              |
| <b>Interpersonell</b> | 1. Familie<br>2. Privatsphäre<br>3. Erweitert     | Struktur und Funktion der<br>Beziehung zu den Eltern                      |
| <b>Personell</b>      | 1. Physisch<br>2. Psychisch<br>3. Spirituell      | Wachstum, Entwicklung, Aktivität,<br>Selbstwertgefühl, Sinn des<br>Lebens |

Diese sehr globale Konzeptualisierung von Lebensqualität lässt viel Offenheit in der praktischen Anwendung zu und wird daher auch kritisch hinterfragt. Jedoch wird die inhaltliche Offenheit dieses Modells auch als eine Chance gesehen, da dadurch möglicherweise dynamische Gesamtprozesse der Lebensqualität besser ihre Abbildung finden.

## 2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin

Wie oben ausgeführt, liegen die Ursprünge des Lebensqualitätsbegriffes in der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrtsforschung, weshalb sich in der klinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung der Begriff „**gesundheitsbezogene Lebensqualität**“ (engl.: „health related quality of life“) etabliert hat. Es verdeutlicht, dass die Aspekte des Befindens und Handlungsvermögens von Personen im Vordergrund stehen, welche unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden bzw. chronisch krank sind (5).

Die Grundlage des Konzeptes Lebensqualität in der Medizin stellt die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen dar. Die WHO definiert Gesundheit als Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen (6).

Diese Definition stellt eine richtungsweisende Neuorientierung dar, indem neben den somatischen Komponenten von Gesundheit nun auch sozialen und psychischen Dimensionen deutlich mehr Platz eingeräumt wird und damit auch die

betroffene Person als *Ganzes* in den Mittelpunkt rückt. In der medizinischen Forschung führte diese Definition in Kombination mit veränderten Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft zu einer Diskussion um die Kriterien zur Messung von Behandlungserfolgen, da eine sehr stark somatisch orientierte Forschung den Erfordernissen einer vermehrt individualisierten Behandlung nicht mehr entspricht. Neben der Erfassung von klinischen Symptomen oder der Veränderung von Überlebensraten, findet das subjektive Wohlbefinden somit mehr Berücksichtigung.

Eine verbindliche Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität besteht nicht. Jedoch stellt in der theoretischen Grundorientierung das Gesundheitskonzept der Weltgesundheitsorganisation (6) die Basis für das Verständnis von Lebensqualität dar.

Auf der Grundlage der Definition von Gesundheit der WHO lässt sich auch für die gesundheitsbezogene Lebensqualität eine Multidimensionalität ableiten, wobei mit der Einführung des Qualitätsbegriffes auch die (subjektive) Bewertung des erlebten Zustandes in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt wird. Die Beziehung der Konzepte Gesundheit und Lebensqualität wird von Radoschewski (7) in folgender Weise beschrieben:

- „Lebensqualität schließt mehr ein als nur Gesundheit,
- Gesundheit ist eine sehr wesentliche Komponente und Bedingung von Lebensqualität,
- fehlende Gesundheit reduziert die Lebensqualität in breitem Ausmaß“.

Die WHO-Quality of Life Assessment - Group (1995) legte als Ausgangspunkt zur Erfassung des Konstrukts Lebensqualität folgende Charakteristika fest:

1. Lebensqualität als subjektives Erleben
2. Lebensqualität wird als etwas Multidimensionales verstanden, indem (zumindest) folgende Dimensionen erfasst werden:
  - die physische (individuelle Wahrnehmung des eigenen physischen Zustandes)

- die psychische (die individuelle Wahrnehmung des eigenen kognitiven und affektiven Zustandes)
  - die soziale (individuelle Wahrnehmung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Rollen im Leben)
  - die geistige (individuelle Wahrnehmung des Sinns im Leben bzw. der Bedeutung des Lebens)
3. Lebensqualität beinhaltet sowohl positive wie auch negative Dimensionen, wobei die individuelle Wahrnehmung dieser Dimensionen wesentlich ist (8).

### 2.1.1 Lebensqualität in der Forschung

Die Lebensqualitätsforschung verlief bisher in vier Phasen, wobei sich in der Mitte der 1970er Jahre die Überlegungen zum Thema Lebensqualität, aus einer philosophischen Perspektive, um die Fragen was Lebensqualität ist und wie man sie messen kann, drehten. In der zweiten Phase in den 80ern stand die explizite Erfassung von Lebensqualität und die Entwicklung von Messinstrumenten im Mittelpunkt. Seit den frühen 1990ern, der dritten Phase, ist die Anwendung von Lebensqualitätsmessinstrumenten in unterschiedlichen Typen von klinischen Studien im Gange. In der vierten Phase (2000er Jahre) gewinnt die Lebensqualitätsmessung in der Evaluation, Qualitätssicherung und Planung von Leistungen in der Gesundheitsversorgung an Stellenwert (2, 5).

Die aktuelle Bedeutung, die das Forschungsgebiet Lebensqualität in der Medizin in den letzten Jahren erfahren hat, lässt sich auch an der Zahl der Einträge zu diesem Begriff in Literaturdatenbanken wie PubMed.gov ermessen. So finden sich zum Thema „Quality of Life“ über zweihunderttausend Einträge und zum Thema „Health related Quality of Life“ immerhin noch über vierzigtausend Einträge (Stand: April 2014). Diese Zahlen spiegeln wider, dass Lebensqualität in zunehmendem Maße als Outcome-Variable in medizinischen Studien verwendet wird.

Trotz des von einigen Autoren (7, 9) kritisierten Fehlens einer einheitlichen Konzeptualisierung der Lebensqualität und der Schwierigkeiten in der Vergleichbarkeit der subjektiven Bewertung gesundheitsbezogener Lebensqualität unterschiedlicher Personen, kann die Forschung in diesem Bereich einen wichtigen Beitrag zur Medizin leisten. Der Nutzen der Erforschung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lässt sich in verschiedensten Bereichen aufgrund der zahlreich vorliegenden Erkenntnisse erfassen: für individuelle Therapieentscheidungen, als Prädiktor für Morbidität und Mortalität auf Populationsebene, zur Qualitätssicherung in klinischen Einrichtungen, in der Versorgungsforschung oder bei der Auswahl therapeutischer Maßnahmen (5, 10).

## 2.2 Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität

Im Verständnis des Konzeptes der gesundheitsbezogenen Lebensqualität herrscht Einigkeit, dass dieses durch eine Multidimensionalität gekennzeichnet ist, wobei über die Dimensionalität des Konstruktes noch keine Übereinstimmung besteht. In der Operationalisierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität besteht jedoch eine weitgehende Übereinkunft, dass körperliche, psychische und soziale Dimensionen erfasst werden sollten. Aus dem multidimensional konzipierten Ansatz und der daraus entstehenden Herausforderung in der Messung, lassen sich zwei unterschiedliche Herangehensweisen ableiten. Für die eine folgt aus dem multidimensionalen Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, dass auch die Messung multidimensional erfolgen muss um ein Profil der Lebensqualität zu erhalten (11). Die zweite Herangehensweise präferiert die Erfassung der Lebensqualität durch eine Gesamtbewertung bzw. die Bildung eines Indexwertes. Die beiden Herangehensweisen schließen einander nicht aus. ExpertInnenbefragungen im Rahmen des KIDSCREEN Projektes ergaben einen Konsensus, dass Lebensqualitätsinstrumente sowohl ein Profil als auch einen aggregierten Indexwert bereitstellen sollten (12).

Lebensqualität stellt ein Phänomen dar, welches indirekt über Indikatoren erschlossen werden kann (Najman & Levin, 1981 zit. n. (5)). Weiters wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Lebensqualität um kein statisches, sondern abhängig von multiplen Faktoren, um ein dynamisches Phänomen handelt,

weshalb bei der Operationalisierung die Änderungssensitivität eine wichtige Rolle spielt (13).

In der Entwicklung von Messinstrumenten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität lassen sich zwei Grundrichtungen finden, einerseits *generische* und andererseits *krankheitsspezifische* Instrumente. Die generischen Maße sind für eine breite Anwendung quer über unterschiedliche Krankheiten, Patientengruppen oder Populationen konzipiert. Ziel dabei ist es, ein summarisches Spektrum vom Konzept Lebensqualität über eine breit gefasste Population abzubilden. Die krankheitsspezifischen Instrumente dagegen sind auf spezifische diagnostische Gruppen oder Patientenpopulationen abgestimmt, um „klinisch bedeutsame“ Veränderungen messen zu können (7).

Eine weitere Unterscheidung findet sich in der Art der Befragung, je nachdem ob eine Selbst- oder Fremdbeurteilung durchgeführt wird. In der Lebensqualitätsforschung gibt es einen Konsens darüber, dass Informationen über die Lebensqualität in erster Linie von den betroffenen Personen selbst erfasst werden. Ausnahmen sind Situationen, in welchen es den zu befragenden Personen nicht oder nur sehr schwer möglich ist, die Fragen zu beantworten. In diesem Fall werden Angehörige oder die Behandlerin/der Behandler zur Befragung herangezogen. Fallweise wird auch zur Validierung oder für die Grundlagenforschung eine Fremdbeurteilung zusätzlich miteinbezogen (5).

### 2.3 Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

Ausgangspunkt für die intensivere Beschäftigung mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellt die seit den 1980er Jahren beobachtbare substantielle Verschiebung von akuten hin zu chronischen Erkrankungen dar und dabei vor allem von somatischen hin zu psychischen Auffälligkeiten (14). Diese Veränderung implizierte (wie auch bei den Erwachsenen) eine Adaptation der bisherigen Kriterien zur Bewertung von medizinisch-therapeutischen Behandlungsergebnissen, indem neben der Quantität (Krankheitssymptome, Überlebenszeit) die Qualität (gesundheitsbezogene Lebensqualität) als Outcome-Variable an Bedeutung gewinnt. Dies scheint umso wichtiger, da sich klinische

Studien im Kinder- und Jugendbereich in ihrer Herangehensweise und Konzeptualisierung häufig sehr stark an denen im Erwachsenenbereich orientieren und dabei die fundamentalen Unterschiede aufgrund von dynamischen Entwicklungsprozessen im Kindes- und Jugendalter nicht in ausreichendem Maße ihre Berücksichtigung finden (15). Der Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen kommt große Bedeutung zu, da Forschungserkenntnisse in diesem Bereich einen wichtigen Beitrag zu Präventionsmaßnahmen leisten können.

Die Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt (siehe oben), bei dem das subjektive Erleben im Mittelpunkt steht, stellt den Ausgangspunkt für das Verständnis der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen dar. Nach Matza et al. (16) lässt sich die generelle Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für Erwachsene auch auf Kinder übertragen, wobei sich die drei Grunddimensionen (physische, psychische und soziale Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit) durch die spezifischen Aspekte des Lebens von Kindern in ihrer Ausgestaltung von denen der Erwachsenen unterscheiden.

Zentrale Einflussgrößen für die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen sind die multiplen sozialen Kontexte (Familie, Schule, Peers, Gesellschaft), innerhalb derer sich ein Kind/Jugendlicher entwickelt (17). Aufgrund von zwei Gründen spielt der (soziale) Kontext bei Kindern eine qualitativ andere Rolle als bei Erwachsenen: Erstens haben kontextuelle Faktoren einen langfristigen Einfluss auf die kindliche Entwicklung im sozialen und psychologischen Bereich. Zweitens haben Kinder weniger Möglichkeiten als Erwachsene, ihren Kontext bedeutsam zu verändern, indem sie z. B. dysfunktionale Beziehungen verlassen.

Da die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern von einer komplexen Interaktion zwischen dem Kind und seinen multiplen sozialen Kontexten abhängt, hat der Kontext bei Kindern eine andere und möglicherweise wichtigere Funktion als bei Erwachsenen (16). Der Einfluss des sozialen Kontextes wird als reziproker Prozess verstanden. Kinder und Jugendliche werden durch ihre soziale Umwelt

geprägt, aber gleichzeitig sind sie auch aktive Gestalterinnen und Gestalter ihrer sozialen Beziehungen (18).

Die Wichtigkeit des Einflusses des sozialen Kontextes in der Kindheit auf die Lebensqualität lässt sich auch mit einer Langzeitstudie belegen. Takizawa et al. (19) konnten in ihrer Untersuchung (British National Child Development Study) herausfinden, dass Kinder, die im Alter von sieben bis elf Jahren Mobbing erlebten, im Alter von 50 Jahren neben dem Fehlen von sozialen Beziehungen und einer schwierigen finanziellen Situation auch von einer niedrigeren Lebensqualität berichteten.

### 2.3.1 Methoden der Lebensqualitätsforschung bei Kindern und Jugendlichen

Bei der Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ergeben sich Herausforderungen in verschiedenen Bereichen, die auch ein Grund für die relativ späten Entwicklungen in diesem Forschungsbereich sind.

Die **Selbstbeurteilung** der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gilt als bevorzugte Wahl in der Lebensqualitätsforschung, dies gilt für Erwachsene wie auch für Kinder. Bei Kindern ergeben sich in Abhängigkeit ihres Entwicklungsstandes (Sprach- und Lesefertigkeiten, kognitive Leistungsfähigkeit, Aufmerksamkeitsspanne und Schwierigkeiten im Zeitkonzept) jedoch mögliche Limitationen in der Selbsteinschätzung. Untersuchungen (20, 21) konnten jedoch zeigen, dass Kinder und Jugendliche ab dem Alter von acht Jahren Fragen zu ihrer Gesundheit in altersentsprechenden Fragebögen adäquat verstehen und reliable und valide Antworten geben können.

Voraussetzung zur Erfassung der selbsteingeschätzten Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ist die Berücksichtigung der andauernden Veränderungen, die sie im Zuge der Entwicklung durchlaufen. Zur **altersadäquaten** Messung der Lebensqualität kommen altersspezifische Fragebogenversionen zum Einsatz, dabei werden likert-skalierte Antwortkategorien in der Version für ältere Kinder in

der Version für jüngere Kinder durch Illustrationen (z. B.: Gesichter) ersetzt (21). Daneben finden auch eine dem Alter entsprechende Sprache und Satzkonstruktion, sowie eine passende Länge und Formatierung des Verfahrens ihre Berücksichtigung.

Auch die **Geschlechtszugehörigkeit** ist bei der Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen von wichtiger Bedeutung. Als ein Beispiel kann die BELLA Studie (22) einer großangelegten Untersuchung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland angeführt werden. Dabei zeigte sich bei Mädchen eine mit dem Alter deutlich stärkere Abnahme der selbstwahrgenommenen Lebensqualität als bei gleichaltrigen Buben. Diese geschlechterspezifischen Unterschiede verdeutlichen, dass Geschlecht eine zu berücksichtigende Variable ist, um die Komplexität der gesundheitsbezogenen Lebensqualität abzubilden (23).

**Elternangaben** zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zeigen in verschiedensten Studien sehr unterschiedliche Befunde hinsichtlich ihres Grades der Übereinstimmung mit der Selbstbeschreibung. Eltern und Kinder/Jugendliche scheinen dabei unterschiedliche Informationen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu liefern. Es finden sich Hinweise, dass eine höhere Übereinstimmung in der Einschätzung der Lebensqualität in „beobachtbaren“ Bereichen, wie körperliches Wohlbefinden besteht und weniger in Gebieten, die die Gefühlswelt der Kinder und Jugendlichen betreffen (24). Aufgrund der heterogenen Befundlage zur Fremdbeurteilung der Lebensqualität durch die Eltern wird in erster Linie die Selbsteinschätzung als wichtigste Informationsquelle angesehen. Die Angaben der Eltern werden als zusätzliche und ergänzende Information als sinnvoll erachtet, welche nur in Ausnahmesituationen als einzige Informationsquelle eingesetzt werden sollten (14).

Aufgrund der spezifischen Anforderungen, die an Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen gestellt werden, wurden zahlreiche Bemühungen angestellt, geeignete Verfahren zu entwickeln. In den 1990er Jahren kamen im anglo-amerikanischen Sprachraum die ersten Lebensqualitätsinstrumente für Kinder zum Einsatz. Diese Messinstrumente

hatten dabei gemeinsam, dass sie vorwiegend Fremdbeurteilungsfragebögen waren, die durch Ärztinnen und Ärzte, Lehrerinnen und Lehrer oder Eltern ausgefüllt wurden. Im deutschsprachigen Raum gab es im Vergleichszeitraum noch sehr wenige Fragebögen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Bullinger und Ravens-Sieberer (25) konnten 1995 in ihrer Literaturrecherche nur drei Verfahren ermitteln, welche ausdrücklich dazu konzipiert waren, Lebensqualität als Konstrukt bei Kindern zu erfassen. Im Laufe der Zeit erfolgten intensivere Anstrengungen auf europäischer Ebene, Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen zu erheben. Bei der Entwicklung eines europäischen Messinstruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen herrschte in einem Expertenkonsensus (mittels der Delphi Methode) 2002 Übereinstimmung, die Lebensqualität multidimensional über acht Dimensionen zu messen: *psychisch* („well-being, self-esteem, body image, cognitive functioning“), *physisch* („mobility, energy/vitality“) und *sozial* („social relations, family/home function“) (12). Auf den Ergebnissen dieser Studie beruht der in der hier vorliegenden Untersuchung verwendete Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, der KIDSCREEN (26).

### 3 Determinanten der Gesundheit und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

#### 3.1 Alter

##### 3.1.1 Gesundheit und Alter

In einer internationalen Untersuchung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern zeigte sich, dass Kinder und Jugendliche mit zunehmendem Alter ihren subjektiven Gesundheitszustand als mittelmäßiger oder schlechter einschätzen. Besonders bei Mädchen konnte im Alter zwischen 11 und 15 Jahren ein signifikanter Anstieg an Gesundheitsbeschwerden (Kopf-, Bauchschmerzen, Schlafschwierigkeiten, Nervösität,...) mit dem Alter beobachtet werden. Daneben lässt sich insbesondere bei Mädchen mit ansteigendem Alter eine Abnahme in der selbsteingeschätzten Lebenszufriedenheit feststellen. Im Bereich des Gesundheitsverhaltens zeigte sich, dass Kinder im Alter von 11 Jahren deutlich mehr körperliche Aktivität pro Woche angeben als Kinder/Jugendliche mit 15 Jahren. Daneben konnte mit steigendem Alter ein signifikanter Anstieg des Tabak- und Alkoholkonsums erfasst werden (27).

Ähnliche Befunde lassen sich bei österreichischen Schülerinnen und Schülern feststellen: Auch österreichische Kinder und Jugendliche schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand mit steigendem Alter schlechter ein. Ältere Schülerinnen und Schüler weisen ebenso eine erhöhte Beschwerdelast auf, wobei besonders im Alter zwischen 11 und 13 Jahren eine starke Zunahme der Beschwerdelast zu erkennen ist. Der Alkohol- und Tabakkonsum ist gleichfalls stark altersabhängig, am stärksten ist der Zuwachs im Alter von 15 Jahren zu beobachten (28).

Hinsichtlich der psychischen Gesundheit im Kindes- und Jungendalter lässt sich feststellen, dass die Prävalenzen für manche psychische Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen, Panikstörungen oder Substanzmissbrauch mit steigendem Alter zunehmen. Eine Reduktion der Prävalenzrate mit dem Alter wird hingegen bei Trennungsängsten oder bei hyperkinetischen Störungen beobachtet (29).

### 3.1.2 Lebensqualität und Alter

Wie schon bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes weisen Studienergebnisse darauf hin, dass sich auch bei der subjektiven Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen eine Verringerung über das Alter hinweg beobachten lässt. Besonders in den Lebensqualitätsskalen „Körper“ und „Schule“, sowie etwas schwächer in den Skalen „Selbstwert“, „Familie“ und „Psyche“, findet sich dieser Trend. Auch hier ist die Reduktion der Lebensqualität in Abhängigkeit vom Alter bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei Burschen (22).

## 3.2 Geschlecht

### 3.2.1 Gesundheit und Geschlecht

In vielen Bereichen der Gesundheit lassen sich Geschlechtsunterschiede erfassen, so tendieren zum Beispiel Mädchen im Vergleich zu Jungen dazu, ihren subjektiven Gesundheitszustand niedriger einzuschätzen. Dieser Unterschied zeigt sich im internationalen Vergleich besonders stark im Alter von 15 Jahren. Jungen geben darüber hinaus im Alter von 13 und 15 Jahren eine höhere Lebenszufriedenheit an als Mädchen in diesem Alter. Im Bereich der Gesundheitsbeschwerden geben jedoch Mädchen über alle erfassten Altersgruppen mehr Beschwerden an als Burschen. Im Gesundheits- bzw. Risikoverhalten lassen sich ebenfalls Unterschiede erkennen. Jungen geben dabei häufiger als Mädchen an, betrunken gewesen zu sein. Gleichzeitig beschreiben Jungen über alle erfassten Altersgruppen hinweg mehr körperliche Bewegung als Mädchen. Im Bereich des Tabakkonsums lassen sich im internationalen Vergleich keine eindeutigen Geschlechtsunterschiede finden (27). Ergebnisse aus der österreichischen Untersuchung zur Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern zeichnen ein sehr ähnliches Bild (28).

### 3.2.2 Lebensqualität und Geschlecht

Durch die enge Verbundenheit der Konzepte Gesundheit und Lebensqualität finden sich vergleichbare Geschlechtsunterschiede in beiden Bereichen. In der in Deutschland durchgeführten repräsentativen Studie zur psychischen Gesundheit

von Kindern und Jugendlichen (BELLA Studie) geben Burschen in fast allen Lebensqualitätsdimensionen höhere Werte an als Mädchen. Dabei kann beobachtet werden, dass die Geschlechtsdifferenzen mit steigendem Alter zunehmen (22). In einer Folgeuntersuchung konnte ein noch differenzierteres Bild gefunden werden, indem Mädchen in der Altersgruppe von 14 bis 17 Jahren ihre Lebensqualität signifikant niedriger als Jungen einschätzen, jedoch in den Altersgruppen 7 bis 10 und 11 bis 13 keine Geschlechtsunterschiede zu finden waren (30). Analoge Erkenntnisse lassen sich auch in einer internationalen Untersuchung (KIDSCREEN Group) mit 12 teilnehmenden europäischen Ländern erfassen (31).

### 3.3 Sozialer Status

Die Lebensumstände von Kindern und Jugendlichen haben einen wesentlichen Einfluss auf ihre Gesundheit. Dabei weisen empirische Erkenntnisse darauf hin, dass ungünstige Lebensbedingungen in der Kindheit in Verbindung mit Langzeiteffekten auf die Gesundheit im Erwachsenenalter stehen (32).

Zur Einschätzung des sozialen Status einer Person wird zumeist ein mehrdimensionaler Index herangezogen, welcher die relative Position der Person/ihrer Familie im gesellschaftlichen Gefüge bestimmt. Der sogenannte sozioökonomische Status beinhaltet häufig Informationen über die Schulbildung und berufliche Qualifikation, die berufliche Stellung und das Haushaltsnettoeinkommen (33).

Die Auswirkungen sozioökonomischer Ungleichheit können sich direkt auf einer materiellen Ebene z.B. in der Wohnsituation oder der Ernährung zeigen. Indirekt kann soziale Ungleichheit in einer psychosozialen Perspektive auch Stress für die Betroffenen bedeuten und damit das Risiko für physische und psychische Erkrankungen erhöhen.

In Österreich werden laut einer Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen von Privathaushalten in Europa (EU-SILC 2012) 18,5% der Bevölkerung als armutsgefährdet eingeschätzt. Als armutsgefährdet gelten dabei unter anderem

jene Personen, die weniger als 60% des mittleren Haushaltseinkommens der Gesamtbevölkerung (Median) zur Verfügung haben. 23% der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren gelten dabei als armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (34).

In einer Studie zur Erfassung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von österreichischen Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren gaben in der Selbstbeurteilung des sozioökonomischen Status mittels „Family Affluence Scale“ (35) 8,4% der Befragten an, einer finanziell schlechter gestellten Familie mit geringem Wohlstandsniveau anzugehören (28).

### 3.3.1 Gesundheit und Sozialer Status

Die bisherige Befundlage zeigt deutlich einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von Erwachsenen. Personen mit niedrigerem sozialen Status weisen dabei eine erhöhte Prävalenz für körperliche Erkrankungen und gesundheitsgefährdendes Verhalten (z.B. Rauchen) auf (36, 37).

Auch bei Kindern und Jugendlichen lassen sich ähnliche Zusammenhänge finden. Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien weisen einen subjektiv niedrigeren Gesundheitszustand, weniger sportliche Aktivität, häufiger Übergewicht und ein ungünstiges Ernährungsverhalten auf. Beim Auftreten von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten zeichnen sich differenzierte Zusammenhänge ab, wobei statusspezifische Unterschiede im Kindesalter einen stärkeren Ausdruck erfahren als im Jugendalter und bei Mädchen etwas stärker ausgeprägt sind als bei Jungen. Mädchen im Alter von 3 bis 10 Jahren aus niedrigeren Statusgruppen weisen deutlich häufiger psychische und Verhaltensauffälligkeiten auf als Gleichaltrige aus hohen Statusgruppen. Allgemein zeigen sich die sozialen Unterschiede am stärksten bei hyperkinetischen Störungen (38).

Die Befundlage des Zusammenhangs von sozioökonomischem Status und Gesundheit ist im Kindes- und Jugendalter im Gesamten heterogen. Es finden sich Hinweise darauf, dass speziell im Jugendalter der Einfluss des

sozioökonomischen Status der Familie auf die Gesundheit geringer ist. Es wird dabei angenommen, dass besonders in diesem Alter die Gleichaltrigengruppe und die Subkultur einen wichtigeren moderierenden Faktor einnimmt und dadurch statusbedingte Unterschiede ausgleichen kann (39).

### 3.3.2 Lebensqualität und Sozialer Status

In zahlreichen Studien lassen sich Zusammenhänge zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und dem sozioökonomischen Status finden. In der BELLA Studie (22), einer repräsentativen Untersuchung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zeigte sich, dass Kinder mit einem hohen sozialen Status eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufwiesen als Kinder mit mittlerem oder niedrigem sozialen Status. Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in einer Untersuchung zur Lebensqualität von spanischen und niederländischen Kindern und Jugendlichen. Die Zugehörigkeit zu einer niedrigeren sozialen Klasse ging mit einer schlechteren Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einher (40, 41).

Aktuelle Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass sich die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als vielschichtig erweisen. Ellert et al. (30) konnten in ihrer Untersuchung nach einer multivariaten Analyse unter Einbeziehung somatischer Krankheiten und Schmerzen, speziellen Versorgungsbedarfs und psychischer Auffälligkeiten keine signifikanten Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach sozialer Lage finden.

## 3.4 Familie

Die Familie stellt den wichtigsten Kontext für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dar und hat somit einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Die Familie wird nicht als eine starre Einheit gesehen, sondern als ein komplexes und dynamisches System, welches in Wechselwirkung mit dem Individuum und der Gesellschaft steht. Die Qualität der Beziehungen in der Familie sowie die Familienstruktur an sich werden als

wichtigste Einflussvariablen auf die Gesundheit angenommen. Dabei stellen emotionale Verbundenheit, Vertrauen und soziale Stabilität innerhalb der Familie wichtige Qualitätskriterien dar.

### 3.4.1 Gesundheit und Familie

In einer Untersuchung zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern wurde ein starker Zusammenhang zwischen der psychosozialen Familiensituation und der subjektiven Gesundheit gefunden. Mädchen und Burschen, die von ihren Eltern ein hohes Ausmaß an emotionaler Unterstützung wahrnehmen oder denen die Kommunikation mit ihrem Vater leicht fällt, schätzen ihre subjektive Gesundheit signifikant besser ein. Ein ähnlicher Effekt lässt sich auch in der Kommunikation mit der Mutter erfassen, wenngleich er nicht so stark ausgeprägt ist. Daneben zeigt sich auch, dass eine hohe emotionale Unterstützung der Eltern oder ein offenes Gesprächsklima in der Familie die Lebenszufriedenheit der Kinder und Jugendlichen ansteigen lässt. Auch im Gesundheitsverhalten lassen sich Zusammenhänge mit der psychosozialen Familiensituation finden: Kinder und Jugendliche, die ein hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung wahrnehmen oder denen die Kommunikation mit ihrer Mutter leicht fällt, sind eher Nichtraucherinnen und Nichtraucher oder weisen ein reduziertes Risiko für wöchentlichen Alkoholkonsum auf (28). In einer internationalen Studie zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern finden sich analoge Erkenntnisse: Kinder und Jugendliche, die eine einfache (offene) Kommunikation mit beiden Eltern erleben, weisen eine höhere selbstwahrgenommene Gesundheit auf. Ebenso findet sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen offener Kommunikation mit beiden Elternteilen und Nichtrauchern (42).

Indem sich die Familien- und Lebensformen in den vergangenen Jahrzehnten einem starken Wandel unterzogen haben, haben sich auch die Lebenswelten vieler Kinder und Jugendlicher verändert. Einelternfamilien oder Patchworkfamilien zählen für viele Kinder und Jugendliche zum Alltag und stellen alle Beteiligten vor Herausforderungen. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass es abhängig von der Familienkonstellation (Kernfamilie, Eineltern- oder Stieffamilie) keine

signifikanten Unterschiede hinsichtlich des allgemein eingeschätzten Gesundheitszustandes des Kindes durch die Eltern gibt. Im Bereich der psychischen Gesundheit lassen sich jedoch Unterschiede in Abhängigkeit von der Familienform finden. Kinder und Jugendliche, die in Eineltern- oder Stieffamilien aufwachsen, sind häufiger von psychischen oder Verhaltensauffälligkeiten betroffen. Besonders Burschen weisen dabei nach der Beurteilung ihrer Eltern größere Probleme auf. Geschlechterspezifische Unterschiede zeigen sich in der Altersgruppe von 11 bis 17 Jahren. Dabei weisen Jungen häufiger psychische und Verhaltensauffälligkeiten in Stieffamilien, Mädchen dagegen in Einelternfamilien auf. Es finden sich abhängig von der Familienform auch Unterschiede in der Häufigkeit diagnostizierter Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen; Kinder und Jugendliche aus Eineltern- und Stieffamilien weisen dabei signifikant häufiger ADHS auf als diejenigen aus einer Kernfamilie. Weitere Daten belegen aber auch einen protektiven Einfluss familiärer Ressourcen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Im Alter von 11 bis 17 Jahren sind ein starker familiärer Zusammenhalt und eine aktive Freizeitgestaltung in der Familie mit einem besseren Gesundheitszustand, sowie geringeren Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit verbunden. Familienform und die familiären Ressourcen scheinen unabhängig voneinander einen Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Heranwachsenden auszuüben (38).

### 3.4.2 Lebensqualität und Familie

In Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität lassen sich abhängig von der Familienform Unterschiede finden. Untersuchungsergebnisse in Deutschland weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche, die in einer Stieffamilie leben, im Vergleich zu Gleichaltrigen aus Kernfamilien ein höheres Risiko für eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen. Insbesondere bei Mädchen, die in Stieffamilien leben, ist dieses Risiko im Vergleich zu Jungen erhöht (43).

Der wichtige Stellenwert, der Familie in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, konnte eine prospektive Studie, zum Einfluss einer mütterlichen depressiven Symptomatik auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern mit Epilepsie gezeigt werden. Kinder, deren Mütter eine depressive

Symptomatik aufweisen, jedoch über mehr familiäre Ressourcen (soziale Unterstützung) verfügen, haben 24 Monate nach der Diagnosestellung eine signifikant bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität. Bei Kindern mit weniger familiären Ressourcen kam es über die Zeit zu einer Abnahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (44).

## 3.5 Peers

### 3.5.1 Gesundheit und Peers

Der Gleichaltrigengruppe wird für die Entwicklung von Werten und Normen und der Etablierung einer sozialen und kulturellen Identität mit steigendem Alter eine zunehmend wichtigere Bedeutung beigemessen. Der Einfluss von Peers erscheint komplex, wobei von der Gleichaltrigengruppe sowohl protektive als auch risikohafte Wirkungen auszugehen scheinen.

Prinstein et al. (45) fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass jugendliches Risikoverhalten wie Substanzmissbrauch, Gewalt und suizidales Verhalten in deutlicher Verbindung mit Risikoverhalten der Peers stand. Weiters konnten sie eine negative Beziehung zwischen prosozialem Verhalten der Freunde und Gewalt sowie Substanzmissbrauch bei Jugendlichen herausfinden.

Currie et al. (42) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass häufiger Kontakt zu Gleichaltrigen (speziell Treffen am Abend) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Risikoverhalten assoziiert ist. Die Größe des Freundeskreises scheint dabei ebenfalls eine Rolle zu spielen. Mädchen und Jungen, die drei oder mehr Freunde angaben, berichteten häufiger von täglichem Tabakkonsum. Daneben lässt sich jedoch auch ein positiver Zusammenhang zwischen Peerkontakten und protektivem Gesundheitsverhalten (körperliche Aktivität) finden.

### 3.5.2 Lebensqualität und Peers

Aktuell lassen sich in der wissenschaftlichen Literatur wenige Erkenntnisse bezüglich des Zusammenhangs der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Beziehung zu Gleichaltrigen bei Kindern und Jugendlichen finden. Die

vorliegenden Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Jugendliche, die gemobbt werden bzw. auch Jugendliche, die mobben, eine niedrigere gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufweisen (46).

### 3.6 Wohnort (Stadt, Land)

#### 3.6.1 Gesundheit und Wohnort

Der Einfluss des Wohnortes auf die Gesundheit wurde in einigen Studien untersucht, wobei die Art des Wohnortes zumeist nach dem Grad der Urbanisation (Stadt, Land) unterschieden wurde. Untersuchungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen Wohnort (Stadt, Land) und psychischer Gesundheit zeichnen ein widersprüchliches Bild. Generell erscheint die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse in diesem Bereich aufgrund der unterschiedlichen Studiendesigns und Definitionen von Stadt/Land fraglich.

Maggi et al. (47) konnten in ihrer Untersuchung herausfinden, dass Jugendliche und junge Erwachsene, welche in einer ländlichen Umgebung aufwuchsen, ein geringeres Risiko für die Diagnose einer akuten Stressreaktion, Depression oder einer Anpassungsstörung aufwiesen. In einer internationalen Studie zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen zeigt sich ein ähnliches Bild, indem Menschen, die in der Stadt leben, ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen (vor allem Depressionen) aufweisen. Dieser Befund lässt sich jedoch nicht in allen teilnehmenden Ländern der Studie finden (48).

McGee et al. (49) fanden im Gegensatz dazu keinen Unterschied in der Prävalenz von psychischen Erkrankungen in Abhängigkeit vom Wohnort. Auch Petanidou et al. (50) konnten in ihrer Untersuchung zu subjektiven Gesundheitsbeschwerden bei Jugendlichen keinen signifikanten Einfluss nach dem Grad der Urbanisation erfassen.

#### 3.6.2 Lebensqualität und Wohnort

Der Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und dem Wohnort erscheint im Kinder- und Jugendbereich noch wenig erforscht.

Studienergebnisse bei Erwachsenen weisen tendenziell darauf hin, dass eine ländliche Wohnumgebung eher mit (in Teilbereichen) höherer gesundheitsbezogener Lebensqualität einhergeht, wobei andere Einflussvariablen wie Alter oder Geschlecht einen wesentlich stärkeren Einfluss zu haben scheinen (51). Carta et al. (52) fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass Männer in ihrer subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität sensibler auf ihre Wohnumgebung (Stadt, Land) reagieren. Junge Männer wiesen dabei eine höhere Lebensqualität in Städten, ältere Männer dagegen am Land auf.

Bei Kindern und Jugendlichen lassen sich in einer großangelegten Studie (vornehmlich im deutschsprachigen Bereich) signifikante Unterschiede in zwei Dimensionen („körperliches Wohlbefinden“ und „Selbstwertgefühl“) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Stadt und Land finden. Kinder und Jugendliche aus ländlichen Gebieten geben dabei höhere Werte an als jene aus der Stadt (53).

Wu et al. (54) fanden in ihrer Untersuchung an kanadischen Schulkindern im Alter zwischen 10 und 11 Jahren und deren Eltern einen Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und Nachbarschaftscharakteristika (Sicherheit, Infrastruktur, Angebote). Kinder, die in einer als positiv wahrgenommenen Nachbarschaft bzw. Wohnumgebung lebten, wiesen eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf.

Im weiteren Verlauf der Arbeit werden der sozioökonomische Status, die Familienkonstellation, die Eingebundenheit in die Gleichaltrigengruppe und die Wohnortgröße mit dem Begriff **externale Determinanten** zusammengefasst.

## 4 Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Fachrichtungen oder theoretischer Orientierungen bestehen eine Fülle von Vorstellungen darüber, was als „pathologisch“ oder „normal“ anzusehen ist, weshalb keine allgemein gültige Krankheitsdefinition für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter besteht.

Remschmidt (55) schlägt für den Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie folgende Definition vor: „Als kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung bezeichnen wir einen Zustand unwillkürlicher gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen.“

Die Probleme bei der Definition (und auch bei der Erfassung) psychischer Erkrankungen oder Störungen im Kindes- und Jugendalter wurden von Remschmidt (55) folgendermaßen zusammengefasst:

1. „Die Entwicklungsdimension wirkt als prägender Faktor auf alle Altersstufen und führt zu einer stärkeren Variabilität der Krankheitserscheinungen.
2. Das Wechselspiel zwischen pathogenen und protektiven Faktoren ist angesichts der Vielgestaltigkeit und der Geschwindigkeit von Entwicklungsvorgängen im Kindes- und Jugendalter ebenfalls bedeutsamer als im Erwachsenenalter.
3. Die Einsichtsfähigkeit in Symptomatik und Auswirkungen psychiatrischer Erkrankungen ist bei Kindern und Jugendlichen anders zu betrachten als bei Erwachsenen. Vielfach existiert, auch bei schwerwiegenden Symptomen, kein Krankheitsgefühl bzw. keine Krankheitseinsicht, während von der Umgebung das Verhalten als eindeutig krankhaft angesehen wird“.

Bei der Erfassung von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und deren Definition wird zumeist auf die international gültigen kategorialen Klassifikationssysteme ICD-10 (International Classification of Diseases, Version

10) der Weltgesundheitsorganisation und DSM-IV/-V (US American Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version IV/V) der American Psychiatric Association Bezug genommen. Laut Belfer (56) stoßen diese Klassifikationssysteme für epidemiologische Studien an Grenzen, da sie kulturellen Aspekten, Beeinträchtigungen durch die Erkrankungen, sowie entwicklungsbedingten Faktoren bei Kindern zu wenig Rechnung tragen. Dennoch stellen die kategorialen Ansätze aufgrund der Praktikabilität und Vergleichbarkeit die Basis der meisten durchgeführten Untersuchungen zur Epidemiologie von psychischen Erkrankungen dar.

**Fremd- und Selbstbeurteilung.** Neben Fragen nach den zugrundeliegenden Klassifikationssystemen, ist es von Bedeutung, bei wem die Informationen zur psychischen Erkrankung eingehoben werden. Plück et al. (57) fanden mittels Youth Self Report (YSR) und Child Behavior Checklist (CBCL) mittelstarke Übereinstimmungen zwischen dem Elternurteil und der Selbstbeurteilung psychischer Auffälligkeiten.

**Geschlecht und Alter.** Im Geschlechterverhältnis konnte bei Jungen bis zum Alter von 13 Jahren eine durchgehend höhere Prävalenzrate von psychischen Störungen gefunden werden, in der Adoleszenz kommt es zu einer Angleichung der Raten. Es finden sich auch Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz spezifischer Störungen. Jungen weisen höhere Raten von hyperkinetischen Störungen, dissozialen Störungen, Störungen durch Substanzgebrauch und monosymptomatische Störungen wie Tics und Enkopresis auf. Bei Mädchen finden sich höhere Prävalenzen von Essstörungen und psychosomatischen Störungen. Depressive Störungen kommen im späten Jugendalter und im frühen Erwachsenenalter doppelt so häufig bei Mädchen/Frauen vor, wogegen diese im Schulalter häufiger bei Jungen auftreten. Für Angststörungen werden bei Frauen im frühen Erwachsenenalter 2-3fach höhere Raten im Vergleich zu Männern gefunden, im Schulalter erscheint das Geschlechterverhältnis ausgeglichener. Psychotische Störungen wiesen keinen Geschlechtsunterschied auf (58, 59).

Weltweite empirische Studien zur **Prävalenz** psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen ergaben, dass bis zu 20% der Kinder und Jugendlichen

an psychischen Erkrankungen leiden (56). In Deutschland erfüllten in der BELLA-Studie (60) 14,5% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren die Kriterien für mindestens ein spezifisches psychisches Gesundheitsproblem oder wiesen einen allgemein erhöhten Indikator für psychische Auffälligkeiten auf. 5,8% dieser Kinder und Jugendlichen beschrieben dabei ein psychisches Gesundheitsproblem, 8,7% zwei oder mehrere.

In betreuten Wohngruppen oder Wohngemeinschaften der Jugendwohlfahrt konnten Schmid et al. (61) eine Prävalenzrate von 59,9% für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 4 bis 18 Jahren finden. Die Autoren weisen dabei darauf hin, dass diese im Vergleich hohe Prävalenzrate durch die zumeist multiplen psychosozialen Risikofaktoren (Armut, broken home, Vernachlässigung, Missbrauch,..) der Kinder und Jugendlichen in Jugendwohlfahrteinrichtungen erklärbar ist.

Barkmann und Schulte-Markwort (1) fanden 2012 in einer deutschen Metadaten-Analyse eine mittlere Prävalenz von 17,6% von Kindern und Jugendlichen mit emotionalen oder Verhaltensstörungen. Für Österreich gibt es nur wenige Daten, Thun-Hohenstein und Herzog (62) konnten in ihrer Untersuchung an Vorschulkindern in Salzburg eine Rate von insgesamt 20,6% finden.

In einer Überblicksarbeit von Ihle und Esser (58) zur Erfassung der Epidemiologie von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen flossen Daten von 15 internationalen Studien ein. Dabei zeigte sich, dass **Angststörungen** mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10,4% zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter zählen. Darauf folgen **dissoziale Störungen** mit einer Prävalenz von 7,5% sowie **depressive Störungen** und **hyperkinetische Störungen** mit jeweils 4,4%.

Trotz der Schwierigkeiten in der Erfassung und der Definition von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen weist die aktuell bestehende Datenlage darauf hin, dass psychische Auffälligkeiten bis zu ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen betreffen. Im Vergleich von Daten aus dem 20. und 21. Jahrhundert lässt sich keine generelle Zunahme von psychischen

Gesundheitsproblemen bei Kindern und Jugendlichen erkennen. In der Gruppe der jugendlichen Mädchen konnte jedoch ein deutlicher Anstieg von internalisierenden Auffälligkeiten über die Zeit hinweg gefunden werden (63).

In den westlichen Ländern lässt sich ein allgemeiner Trend zu einer Verschiebung von körperlichen/physischen Beeinträchtigungen hin zu emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten erkennen (64). Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tritt auch deshalb immer mehr in den Blickpunkt des gesellschaftlichen Interesses, da Beeinträchtigungen der Gesundheit in diesem Alter auch in wichtiger Beziehung zur psychischen Gesundheit im Erwachsenenalter stehen. Befunde aus prospektiven Studien weisen deutlich darauf hin, dass emotionale und Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit das Risiko für eine psychische Erkrankung im Erwachsenenalter stark erhöhen, wobei sich die Zusammenhänge zwischen spezifischen Krankheitsbildern im Kindes- und Erwachsenenalter komplex gestalten (65, 66). Ihle und Esser (58) fanden in ihrer Metadatenanalyse eine konsistent hohe Persistenzrate von psychischen Störungen über alle Altersstufen des Kindes- und Jugendalters in der Regel von über 50%. Weitere Untersuchungen konnten auch eine starke ökonomische Auswirkung von psychischen Problemen in der Kindheit zeigen, so lassen sich im Erwachsenenalter deutlich negative Auswirkungen auf den Bildungsgrad und das Einkommen erfassen (67).

Zusammenfassend stellen psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ein für die Gesundheitsversorgung und auch ein gesamtgesellschaftlich bedeutsames Phänomen dar. Dies kann sowohl im Kindes- und Jugendalter Einschränkungen in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bedeuten, jedoch auch in weiterer Folge im Erwachsenenalter auf die psychische Gesundheit und die allgemeinen ökonomischen Lebensverhältnisse Einfluss nehmen.

Im weiteren Teil dieser Arbeit werden immer wieder die Begriffe **externalisierende** und **internalisierende Auffälligkeiten** verwendet. Häufig werden psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in diese zwei Gruppen eingeteilt. Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens werden dabei zur Gruppe der Verhaltensstörungen bzw.

externalisierenden Auffälligkeiten gezählt. Davon abgegrenzt werden Phobien, soziale Ängste und depressive Störungen der Gruppe emotionaler Störungen bzw. internalisierender Auffälligkeiten zugeordnet.

Im Folgenden werden die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen dargestellt.

## 4.1 Angststörungen

### 4.1.1 Klassifikation

Der ICD-10 unterscheidet zwischen Angststörungen, welche in jeder Altersstufe beginnen können und Angststörungen mit Beginn im Kindesalter.

Zu den altersunabhängigen Angststörungen im ICD-10 zählen:

- Phobische Störungen (F40)
  - Agoraphobie (F40.0)
  - soziale Phobien (F40.1)
  - spezifische Phobien (F40.2)
- sonstige Angststörungen (F41)
  - Panikstörung (F41.0)
  - generalisierte Angststörung (F41.1)
  - Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)
  - sonstige gemischte Angststörung (F41.3)
- Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22)

Speziell für das Kindes- und Jugendalter werden insgesamt vier Angststörungen definiert, welche unter der Kategorie „emotionale Störungen des Kindesalters“ zusammengefasst werden:

- emotionale Störung mit Trennungsangst (F93.0)
- phobische Störung des Kindesalters (F93.1)
- Störung mit sozialer Überempfindlichkeit (F93.2)
- generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.80)

Bei der im ICD-10 spezifisch für das Kindesalter beschriebenen **emotionalen Störung mit Trennungsangst** dominiert eine übermäßige Angst vor der Trennung von wichtigen Bezugspersonen. Die Trennungsangst wird dabei in Bezug auf das Alter, die Dauer und Stärke sowie dem Beeinträchtigungsgrad als unüblich angesehen. Die Symptome müssen vor dem sechsten Lebensjahr aufgetreten sein und mindestens vier Wochen andauern. Die Trennungsangst darf sich zur Diagnosestellung nach ICD-10 nicht im Rahmen einer anderen Störung (z.B. generalisierte Angststörung, tiefgreifende Entwicklungsstörung, psychotische oder substanzbedingte Störungen) äußern.

Die **phobische Störung des Kindesalters** beschreibt laut ICD-10 eine abnorm gesteigerte Angst vor alterstypischen angstbesetzten Objekten oder Situationen. Das Ausmaß der Angst ist klinisch auffällig und mit deutlichen sozialen Beeinträchtigungen verbunden. Die spezifischen Situationen sind gut erkenn- und abgrenzbar und bei der Konfrontation mit dem phobischen Reiz wird eine unmittelbare Angstreaktion ausgelöst. Ausschlusskriterien sind auch hier das Vorliegen einer generalisierten Angststörung des Kindesalters oder einer anderen umfassenden Störung (siehe Trennungsangst).

Die **Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters** definiert sich durch eine persistente oder wiederkehrende altersunangemessene Furcht vor Fremden (Erwachsenen wie auch Gleichaltrigen). Die Erkrankung beginnt vor dem sechsten Lebensjahr, soziale Beziehungen sind beeinträchtigt und sie ist nicht Teil einer generalisierten Angststörung. Dem Kind ist es jedoch möglich, soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und zu vertrauten Gleichaltrigen zu führen.

Bei der **generalisierten Angststörung des Kindesalters** werden anhaltende unkontrollierbare und übermäßige Sorgen und Ängste in mehreren Lebensbereichen über mindestens sechs Monate als Störung definiert. Es stehen intensive Ängste und Sorgen im Sinne von ängstlichen Erwartungen in Bezug auf familiäre, schulische oder gesundheitliche Belange im Mittelpunkt. Der Beginn der Störung liegt in der Kindheit oder in der Adoleszenz (vor dem 18. Lebensjahr).

Die Unterscheidung zwischen kinder- und erwachsenenspezifischen Angststörungen wird im DSM-IV bzw. DSM-5 nicht vorgenommen. Im DSM-5 werden Angststörungen wie folgt klassifiziert:

- Trennungsangst 309.21 (F93.0)
- Spezifische Phobie 300.29 (F40.2)
- Selektiver Mutismus 312.23 (F94.0)
- Soziale Phobie 300.23 (F40.10)
- Panikstörung 300.01 (F41.0)
- Agoraphobie 300.22 (F40.0)
- Generalisierte Angststörung 300.02 (F41.1)

Eine Differenzierung zwischen Erwachsenen und Kindern erfolgt im DSM-5 durch die Festlegung unterschiedlicher Kriterien bzw. Erscheinungsformen für einzelne Störungsbilder. So wird bei der **Trennungsangst** im Kindes- und Jugendalter eine Symptombdauer von mindestens 4 Wochen, bei Erwachsenen eine Dauer von sechs Monaten oder mehr gefordert. Eine **soziale Phobie** muss sich bei Kindern nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen, sondern auch im Kontakt mit Gleichaltrigen äußern, wobei sich die Furcht oder Angst auf unterschiedlichste Weise (Weinen, Wutanfälle, Erstarrung, anhängliches Verhalten, ...) zeigen kann.

#### 4.1.2 Epidemiologie

Angststörungen werden zu den am meisten vorkommenden psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter gezählt (58). Die Trennungsangst stellt in der epidemiologischen Studie (DSM-IV Kriterien) von Ford et al. (68) im Alter zwischen 5 und 15 Jahren mit einer Prävalenz von 1,17% die häufigste Angststörung dar. Für spezifische Phobien wurde in der Untersuchung eine Prävalenz von 1%, für die generalisierte Angststörung von 0,65% gefunden. Soziale Phobien (0,32%) und die Agoraphobie (0,07%) gehören in dieser Untersuchung zu den selteneren Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Kinder und Jugendliche, die an einer Angststörung leiden, weisen häufig auch eine weitere Angststörung oder eine depressive Störung auf (69).

### 4.1.3 Verlauf

Ängste sind Teil der normalen Entwicklung von Kindern, je nach Entwicklungsstufe treten alterstypische Angstthemen in den Vordergrund (s. Tabelle 4). Die meisten Ängste im Kindes- und Jugendalter werden als reifungsabhängige Phänomene verstanden, so beziehen sich Ängste bei Kleinkindern auf aktuelle Ereignisse in der unmittelbaren Umgebung. Mit zunehmendem Alter und Entwicklungsstand nimmt die Fähigkeit zu abstrahieren, zu generalisieren, vergangene Ereignisse zu reflektieren und zukünftige zu antizipieren zu. Daraus resultiert eine mit dem Alter zunehmende Zahl an potentiell angstausslösenden Objekten oder Situationen.

Tabelle 4: Physiologische Ängste im Kindes- und Jugendalter (Mod. nach (70)).

| Alter         | Angstinhalte   |
|---------------|--|
| 0-6 Monate    | Laute Geräusche  |
| 6-9 Monate    | Fremde   |
| 9-12 Monate   | Trennung, Verletzung   |
| 2. Lebensjahr | Imaginäre Figuren, Tod, Einbrecher                           |
| 3. Lebensjahr | Tiere, Alleinsein  |
| 4. Lebensjahr | Dunkelheit   |
| 6-12 Jahre    | Schule, Verletzung, Krankheit, soziale Situationen, Gewitter |
| 13-18 Jahre   | Verletzung, Krankheit, soziale Situationen, Sexualität       |

Befunde aus prospektiven Studien legen nahe, dass Ängste in der Kindheit oder der Adoleszenz einen bedeutenden Risikofaktor, besonders für das Auftreten von Angststörungen und depressiven Störungen im Erwachsenenalter, darstellen (71, 72).

### 4.1.4 Ätiologie und Pathogenese

Der am besten belegte Risikofaktor für die Entwicklung einer Angststörung ist die genetische Verwandtschaft zu einer Person mit einer Angststörung. In Zwillingsstudien (73) lässt sich durch genetische Faktoren bis zu 45% der Varianz aufklären, damit wird aber auch deutlich, dass Umweltfaktoren und psychologische Faktoren bei der Vermittlung einer Angststörung sehr bedeutsam sind.

Es wird von einem 3-Faktoren-Modell ausgegangen, bei dem drei Klassen von ätiologischen Faktoren eine wichtige Rolle spielen (70):

- **Prädisposition (auch Vulnerabilität, Anfälligkeit):** Vorexistierende genetische, somatische, psychische oder soziale Merkmale machen das Auftreten einer Angststörung möglich bzw. wahrscheinlich.
- **auslösende Bedingungen:** Psychische, somatische oder soziale Bedingungen (Belastungen, Erfahrungen, Ereignisse, „Stress“) lösen das Erstauftreten einer Störung vor dem Hintergrund einer individuellen Vulnerabilität aus.
- **aufrechterhaltende Bedingungen:** Falsche Reaktionen des Betroffenen, die Umwelt (z.B. Vermeidungsverhalten) oder anhaltende Belastungen verhindern das rasche Abklingen der Angstsymptome und führen zur Chronifizierung.

## 4.2 Depressive Störungen

### 4.2.1 Klassifikation

Im Klassifikationssystem ICD-10 wird davon ausgegangen, dass sich eine Depression bei Kindern und Jugendlichen auf die prinzipiell selbe Weise zeigt, wie bei Erwachsenen, weshalb die selben Kriterien wie bei Erwachsenen zur Anwendung kommen. Die wichtigsten psychischen Störungen mit depressiver Symptomatik im ICD-10 sind:

- F31 Bipolare affektive Störung
- F32 Depressive Episode
- F33 Rezidivierende depressive Störung
- F34 Anhaltende affektive Störungen
- F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung

Nach ICD-10 müssen für eine depressive Episode (F32) zwei der drei Kernsymptome über zwei Wochen vorliegen:

- Deutliche und anhaltende depressive Stimmung
- Interessen- oder Freudeverlust
- verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Darüber hinaus müssen ein oder mehrere zusätzliche Symptome vorliegen:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektive
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit

Im DSM-5 werden depressive Störungen wie folgt eingeteilt:

- Disruptive Mood Dysregulation Disorder 296.99 (F34.8)
- Major Depression 296.2 (F32)
- Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) 300.4 (F34.1)
- Premenstrual Dysphoric Disorder 625.4 (N94.3)

Die *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* sowie die *Premenstrual Dysphoric Disorder* stellen im Vergleich zum DSM-IV Neuerungen dar. Mit Ausnahme der *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* werden im DSM-5 für Kinder und Jugendliche die selben Diagnosen (mit zum Teil adaptierten Kriterien) angewandt wie bei Erwachsenen.

Die **Disruptive Mood Dysregulation Disorder** stellt im DSM-5 eine Besonderheit dar, da sie speziell für Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren konzipiert wurde. Kinder und Jugendliche mit dieser Störung weisen eine stark erhöhte Gereiztheit in Verbindung mit verbalen und/oder körperlichen Wutausbrüchen auf, welche in ihrem Ausmaß deutlich von deren Entwicklungsstand abweichen.

Im DSM-5 werden für die Diagnosestellung einer Depression (Major Depressive Disorder) mindestens fünf Symptome mit einer Dauer von mindestens zwei Wochen aus der folgenden Liste gefordert:

- depressive Verstimmung
- Interessenverlust

- Gewichtsverlust (>5%/Monat)
- Schlaflosigkeit
- psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
- Müdigkeit oder Energieverlust
- Gefühle von Wertlosigkeit/unangemessene Schuldgefühle
- verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren
- wiederkehrende Gedanken an den Tod

#### 4.2.2 Epidemiologie

Depressive Störungen zählen laut Weltgesundheitsorganisation sowohl zu den häufigsten psychischen Erkrankungen wie auch zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt (74). Die Prävalenzrate bei Erwachsenen wird bei ca. 10% angenommen, bei Kindern und Jugendlichen wurden geringere Prävalenzzahlen gefunden. Bei kleineren Kindern finden sich deutlich niedrigere Werte, mit der Pubertät nähern sich die Prävalenzraten der des Erwachsenenalters an (75). Bei Kindern und Jugendlichen werden Häufigkeiten in der Größenordnung von 1,8% - 8,9% (die von einer depressiven Erkrankung betroffen sind) gefunden (76). Mädchen geben ab der Pubertät eine Zunahme der selbstberichteten depressiven Symptome an und weisen danach bis zu doppelt so häufige Depressionsraten auf als Jungen (75, 77). Kessler et al. (78) fanden in ihrer Untersuchung eine 12-Monats-Prävalenz von 8,2% für Major Depression und Dysthymie bei Kindern/Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren. Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen weisen häufig auch andere psychische Störungen auf. Bei depressiven Kindern finden sich überzufällig häufig Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen (79).

#### 4.2.3 Verlauf

Die depressive Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen entspricht zum Teil nicht den „klassischen“ Symptomen im Erwachsenenalter. Es finden sich alterstypische Beschwerden, welche in Beziehung zu den Lebenswelten und Entwicklungsaufgaben der Betroffenen stehen (76):

Bei jüngeren Kindern stehen folgende Symptome im Vordergrund:

- Traurigkeit
- Zurückgezogenheit
- körperliche Beschwerden (Bauch-, Kopf- und Muskelschmerzen)
- Wütendsein/unerklärbare Wutanfälle
- erhöhte Reizbarkeit/Gereiztheit
- Müdigkeit
- Angst vor dem Tod
- Gelaugtheit

Ältere Kinder und Jugendliche zeigen unter anderem folgende Symptome:

- selbstverletzendes Verhalten
- sozialer Rückzug (geht nicht mehr in Verein, trifft sich nicht mehr mit Freunden) und Beziehungsprobleme
- Leistungsabfall in der Schule
- Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus
- Substanz-/Alkoholabusus

Studienergebnisse aus einer prospektiven Untersuchung (80) (Mannheimer Kurpfalzerhebung) zeigten, dass eine klinische Depression im Kindes- und Jugendalter ein erhöhtes Risiko für eine psychische Erkrankung im Erwachsenenalter darstellt. 43,8% der 13-Jährigen mit depressiven Störungen in der Studie wiesen auch im Alter von 18 bzw. 25 Jahren die ICD-10 Kriterien für eine psychische Erkrankung auf. Selbst bei 8- oder 13-Jährigen mit subklinischen Depressionen findet sich ein erhöhtes Risiko für spätere psychische Störungen.

#### 4.2.4 Ätiologie und Pathogenese

Depressive Störungen lassen sich in ihrer Ätiologie nicht auf einen Auslöser reduzieren, es wird von einem komplexen Zusammenspiel biologischer, sozialer und psychischer Faktoren ausgegangen. Groen und Petermann (81) fassen die wichtigsten Risikofaktoren für eine depressive Entwicklung im Kindes- und Jugendalter folgendermaßen zusammen:

### *Biologische Faktoren*

- Alter (steigendes Risiko im Jugendalter)
- Weibliches Geschlecht (in der Jugend und im Erwachsenenalter sind mehr Mädchen bzw. Frauen von einer Depression betroffen)
- Hormonelle Veränderungen der Pubertät
- Anomalien im Hirnstoffwechsel (z.B. Mangel an biochemischen Überträgersubstanzen wie Serotonin, veränderte Empfindlichkeit postsynaptischer Rezeptoren)
- Cerebrale Auffälligkeiten (z.B. Aktivität oder Größe kortikaler Bereiche)
- Erhöhte biologische Stressempfindlichkeit
- Genetische Übertragung von einem depressiv erkrankten Elternteil

### *Kognitiv-emotionale Faktoren*

- Ungünstige gedankliche Verarbeitungs- und Bewertungsmuster (selektive negative Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, einseitige Ursachenzuschreibung etc.)
- Verzerrt negatives Bild von sich, anderen und der Zukunft
- Ungünstige Emotionsregulation beziehungsweise negative Affektivität
- Mangelnde Problemlösefertigkeiten

### *Familiäre Faktoren und Eltern-Kind-Interaktion*

- Geringe Bindungsqualität zwischen Eltern und Kind (z.B. geringe emotionale Verfügbarkeit und Unterstützung, mangelnde Fürsorge, wenig Kommunikation, geringe Empathie, Ablehnung, Feindseligkeit, Vernachlässigung und Strafe)
- Trennungen und Verlusterlebnisse etwa durch den Tod eines Familienmitglieds oder der elterlichen Scheidung
- Affektive andere psychische Erkrankungen eines Elternteils
- Weitere familiäre Belastungen wie Ehe- und Erziehungsstreitigkeiten, Armut, Missbrauch oder Misshandlung

### *Soziale Kontakte und Beziehungen zu Gleichaltrigen*

- Geringe soziale Kompetenzen

- Wenige enge Beziehungen und Kontakte zu Gleichaltrigen
- Ablehnung und Isolation
- Belastende Erfahrungen im Freundeskreis (wie z.B Streit, Trennung, Tod, Krankheit)

#### *Kritische Lebensereignisse und Stress*

- Neben Belastungen in der Familie oder der Gleichaltrigengruppe auch weitere stressvolle Ereignisse und Erfahrungen (z.B. schulische Überforderung oder schulischer Misserfolg, körperliche Krankheiten, Krankenhausaufenthalte, Umzüge)

Die Autoren bemerken zu der Aufstellung der Risikofaktoren, dass es gegenwärtig noch schwierig erscheint zu unterscheiden, ob sie einer Depression tatsächlich vorausgehen oder ihre Begleit- oder Folgeerscheinung sind und zur Persistenz der Störung beitragen.

### 4.3 Störung des Sozialverhaltens

#### 4.3.1 Klassifikation

Die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 unterscheiden sich in der Art der Einteilung von Störungen des Sozialverhaltens. Im ICD-10 wird die Störung des Sozialverhaltens nach dem Ort des Auftretens (familiär vs. generalisiert), der Beziehungsfähigkeit (mit vs. ohne soziale Beziehungen) und dem Schweregrad (oppositionelles Verhalten vs. Vollbild der Störung des Sozialverhaltens) differenziert. Im DSM-5 wird eine stärkere Differenzierung hinsichtlich des ersten Auftretens der Auffälligkeiten sowie eingeschränkter prosozialer Emotionen vorgenommen. Weiters unterscheidet sich der DSM-5 in der allgemeinen Einteilung der Störungen des Sozialverhaltens.

Im ICD-10 werden Störungen des Sozialverhaltens wie folgt klassifiziert:

- auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F91.0)
- Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1)

- Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2)
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem und aufsässigem Verhalten (F91.3)
- Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)

Im DSM-5 findet sich folgende Einteilung:

- Störung mit oppositionellem Trotzverhalten 313.81 (F91.3)
- Intermittent Explosive Disorder 312.34 (F63.81)
- Störung des Sozialverhaltens 312.8 (F91)
  - im Kindesalter beginnend 312.81
  - im Jugendalter beginnend 312.82
  - unspezifischer Beginn 312.89

In der grundlegenden Klassifikation der **Störung des Sozialverhaltens** stimmen ICD-10 und DSM-5 überein, dass deutlich normverletzendes Verhalten (aggressives Verhalten gegenüber Menschen oder Tieren, Zerstörung von Eigentum, Betrug oder Diebstahl oder schwere Regelverstöße) als wiederholtes und persistierendes Verhaltensmuster für mindestens sechs Monate fordert.

Die **Störung mit oppositionellem Trotzverhalten** existiert nur im DSM-5 als eine eigenständige Störungskategorie; im ICD-10 wird sie charakteristischerweise als frühe Form der Störung des Sozialverhaltens verstanden. Der DSM-5 klassifiziert diese Störung durch 4 Symptome aus drei Symptomgruppen (zornige/gereizte Stimmung, feindselig/trotziges Verhalten, Gehässigkeit), welche mindestens über 6 Monate vorhanden sind und sich in ihrer Intensität und Frequenz klar vom altersadäquaten Verhaltensrange unterscheiden.

Die **Intermittent Explosive Disorder**, welche als solches nur im DSM-5 definiert wird, beschreibt wiederkehrende Impulsdurchbrüche aufgrund einer herabgesetzten Impulskontrolle. Die Impulsdurchbrüche zeigen sich dabei durch verbale oder körperliche Aggressionen (mind. zweimal pro Woche in einem Zeitraum von drei Monaten), das Ausmaß der Aggressivität steht nicht im Verhältnis zum Auslöser, die aggressive Handlung ist nicht geplant und

beeinträchtigt die berufliche und interpersonelle Funktionsfähigkeit. Das Diagnosealter wird bei mindestens sechs Jahren festgeschrieben.

#### 4.3.2 Epidemiologie

Im Kindes- und Jugendalter sind aggressiv-dissoziale Störungen ein häufiges Phänomen. Im Geschlechterverhältnis zeigen sich für Jungen zwei- bis viermal höhere Prävalenzzahlen als für Mädchen (6-16% für Jungen, 2-9% für Mädchen) (82). Im Kindesalter ist die Differenz zwischen den Geschlechtern am größten, mit zunehmendem Alter wird der Geschlechtsunterschied deutlich kleiner. Die Geschlechtsunterschiede könnten darauf zurückgeführt werden, dass bei Mädchen die Störung des Sozialverhaltens erst später beginnt, oder dass frühe Anzeichen bei Mädchen aufgrund der auf Jungen zugeschnittenen Klassifikation nicht erkannt werden (59, 82). Die Anwesenheit komorbider Störungen stellt bei Störungen des Sozialverhaltens die Regel dar, so sind es vor allem andere expansive Störungen (z.B. ADHS), die gleichzeitig gefunden werden. Es lässt sich auch eine hohe Komorbidität mit Störungen durch Substanzgebrauch finden (59).

#### 4.3.3 Verlauf

Die Entwicklungsprognosen aggressiv-dissozialer Störungen des Kindes- und Jugendalters sind ungünstig. In der Mannheimer Kurpfalzstudie (80) weisen 60,9% der 8-jährigen Kinder mit aggressiv-dissozialen Störungen diese auch im Alter von 11 Jahren auf. Als wichtigste Vorläufersymptome im Kleinkindalter wurden Ablenkbarkeit, Hyperaktivität, Aggressivität, Wutanfälle und oppositionelles Verhalten gefunden.

Die im DSM-5 vorgenommene Unterscheidung zwischen im Kindesalter bzw. im Jugendalter auftretender Erstmanifestation der Störung findet in Studienergebnissen ihre Abbildung. Ein früher Beginn der Störung zeigte sich dabei als starker Prädiktor für die Persistenz in der Kindheit und im Erwachsenenalter. Das Auftreten der Symptomatik im Kindesalter erscheint weiters mit einem höheren Risiko für die Entwicklung psychopathischer Persönlichkeitseigenschaften, psychischer Probleme, Substanzabhängigkeit und finanzieller Probleme einherzugehen. Die Gruppe, bei der die Symptomatik später

(im Jugendalter) zum ersten Mal auftritt, weist hingegen eine geringe Beeinträchtigung auch im Erwachsenenalter auf (83).

#### 4.3.4 Ätiologie und Pathogenese

Die Entstehung von dissozialen und aggressiven Verhaltensstörungen wird heute durch das Zusammenspiel unterschiedlichster Faktoren verstanden. Dabei spielen biologische, psychologische und gesellschaftliche Einflussgrößen eine wichtige Rolle.

In der prospektiven Mannheimer Kurpfalzerhebung (80) konnten folgende familiäre Risikofaktoren erfasst werden:

- Broken Home der Mutter
- Chronische Belastungen
- Eltern psychisch auffällig
- Mutter alleinerziehend
- Frühe Elternschaft
- Eltern schlecht ausgebildet
- Mangelnde Bewältigungsfertigkeiten der Eltern

Einen Überblick über mögliche Risikofaktoren zur Entwicklung von aggressiv-dissozialem Verhalten bietet Tabelle 5.

Tabelle 5: Risikofaktoren für aggressiv-dissoziales Verhalten (Mod. nach (84)).

|  |  |
|--|--|
| <b>Faktoren beim Kind/Jugendlichen</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung</li> <li>• Temperamentsfaktoren (erhöhte Impulsivität, Irritierbarkeit, „sensation seeker“)</li> <li>• eingeschränkte Emotionsregulation</li> <li>• emotionale Unbeteiligtheit</li> <li>• kognitive Defizite</li> <li>• soziale Wahrnehmungs- und Attributionsfehler</li> <li>• Kompetenz- und Erfolgserwartung für aggressives Verhalten</li> </ul>   |
| <b>Elterliches Erziehungsverhalten</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elterliche Über- und Unterforderung</li> <li>• mangelnde Struktur, Gewährenlassen, ungenügende und inkonsistente Handhabung von Regeln und Absprachen</li> <li>• rigides, harsches, von Ärger dominiertes Erziehungsverhalten</li> <li>• „Erpresserspiele“ zwischen Eltern und Kind/Jugendlichen</li> <li>• mangelndes Monitoring</li> </ul>  |
| <b>Weitere innerfamiliäre Risikofaktoren</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische Störung, aggressiv-dissoziales Verhalten oder Substanzabusus der Eltern oder anderer Familienmitglieder</li> <li>• körperliche und/oder sexuelle Misshandlungen des Kindes oder anderer Familienmitglieder</li> <li>• Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung, feindliche Ablehnung des Kindes</li> <li>• anhaltende Disharmonie zwischen Familienmitgliedern</li> <li>• unangemessene oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation (z.B. durch widersprüchliche Botschaften, Nichteingehen auf Mitteilungen von anderen, fruchtlose Auseinandersetzungen)</li> <li>• abweichende Elternsituation bzw. Familienstruktur</li> <li>• negative veränderte intrafamiliäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder</li> </ul> |
| <b>Beziehung zu Gleichaltrigen</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zurückweisung durch Gleichaltrige</li> <li>• verbale und/oder körperliche Viktimisierung durch Gleichaltrige</li> <li>• Anschluss an eine deviante Gruppe</li> </ul>  |
| <b>Schulische Risikofaktoren</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulisches Leistungsversagen</li> <li>• gestörte soziale Beziehungen in der Schule, Zuweisung einer „Sündenbock-Rolle“ durch Lehrer</li> <li>• Schuleschwänzen und Anschluss an aggressiv-dissoziale Gleichaltrige</li> <li>• Beziehungsabbrüche durch Klassen-/Schulwechsel oder Schulverweis</li> </ul>  |
| <b>Soziale Risikofaktoren</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedriges elterliches Ausbildungsniveau und Einkommen, niedriger sozioökonomischer Status der Familie</li> <li>• familiäre Belastungen (z.B. Arbeitslosigkeit, Schulden, Krankheit, häufige Umzüge)</li> <li>• Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit</li> <li>• Zugehörigkeit zu einer sozialen Randgruppe (evtl. mit eigenen Wertnormen)</li> <li>• Gewaltdarstellungen in den Medien</li> </ul>  |

## 4.4 Hyperkinetische Störungen

### 4.4.1 Klassifikation

Die Kriterien für die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bzw. einer hyperkinetischen Störung finden in den Klassifikationssystemen des DSM-5 und ICD-10 eine hohe Übereinstimmung. So stimmen die Klassifikationssysteme überein, dass die Kardinalsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität mindestens sechs Monate in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß auftreten. Die Auffälligkeiten müssen sich mindestens in zwei oder mehreren Bereichen (Familie, Schule,...) zeigen und verursachen ein deutliches Leiden oder beeinträchtigen die soziale, schulische oder berufliche Funktionsfähigkeit. Im ICD-10 wird der Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr festgelegt, wogegen im DSM-5 als Diagnosekriterium erst Symptome vor dem zwölften Lebensjahr notwendig sind.

Deutliche Unterschiede der beiden Klassifikationssysteme kommen durch die unterschiedliche Kombination der Hauptkriterien zustande. Im ICD-10 werden folgende hyperkinetische Störungen unterschieden:

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)
- Sonstige hyperkinetische Störung (F90.8)

Die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens bedeutet, dass sowohl die allgemeinen Kriterien für die hyperkinetische Störung, wie auch für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sein müssen.

Der DSM-5 unterscheidet folgende Subgruppen:

- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: **Mischtyp**  
(Aufmerksamkeitsstörung + Hyperaktivität/Impulsivität) 314.01 (F90.2)
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: **vorwiegend unaufmerksamer Typ** 314.00 (F90.0)
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: **vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ 314.01** (F90.1)

- nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung  
314.01 (F90.8)

#### 4.4.2 Epidemiologie

Aufgrund der unterschiedlichen zugrundeliegenden Diagnosekriterien und Messinstrumente variieren die Prävalenzzahlen erheblich. Skounti et al. (85) konnten im Vergleich von 39 internationalen epidemiologischen Studien Prävalenzraten zwischen 2,2-17,8% finden. Buben wiesen dabei deutlich höhere Raten auf als Mädchen, ebenso waren jüngere Kinder häufiger betroffen als ältere Kinder und Jugendliche.

In der großangelegten repräsentativen Studie zur psychischen Gesundheit in Deutschland (BELLA Studie) konnte nach den DSM-IV Symptomkriterien für ADHS eine Prävalenz von 5% festgestellt werden, wogegen nach den ICD-10 Kriterien eine Prävalenzrate von 1% gefunden wurde. Wurden zusätzliche Diagnosekriterien (Beeinträchtigung, situationsübergreifende Verbreitung der Symptome, Beginn, Dauer) bei der Berechnung miteinbezogen, kam es zu einer signifikanten Reduktion der Prävalenz auf 2,2% (DSM-IV) und 0,6% (ICD-10). Allgemein wurden höhere Prävalenzraten in Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status und in Familien aus urbanen Regionen gefunden. Kinder mit ADHS wiesen des Weiteren ein höheres Risiko für komorbid auftretende emotionale oder Verhaltensprobleme auf. Speziell wurden gehäuft aggressive und antisoziale Verhaltensprobleme, aber auch Angststörungen und affektive Störungen erfasst (86).

#### 4.4.3 Verlauf

Abhängig vom Alter bzw. Entwicklungsstand des/der Betroffenen unterscheidet sich auch die Symptomausprägung der hyperkinetischen Störungen. Im Säuglingsalter werden Kinder, die später eine ADHS entwickeln, häufig mit Ess- und Schlafproblemen, sowie einem instabilen psychophysiologischen Aktivitätsniveau beschrieben. Die motorische Hyperaktivität und die damit in Verbindung stehende erhöhte Unfallgefahr stehen im Kindergarten- und Vorschulalter im Mittelpunkt. Daneben kommen auch oppositionelle Verhaltenstendenzen gegenüber Eltern oder aggressives Verhalten gegenüber

Gleichaltrigen zum Ausdruck. Mit Eintritt in die Schule und den damit einhergehenden höheren Anforderungen an die Selbststeuerungsleistungen treten die Aufmerksamkeitsschwäche und die Impulsivität in den Vordergrund (87).

Wie schon in den Ergebnissen der BELLA Studie (86) dargestellt, lässt sich mit zunehmendem Alter eine Verminderung der Symptomatik erfassen. Dabei sind es besonders die Symptomgruppen Hyperaktivität und Impulsivität, die mit dem Alter eine deutliche Reduktion erleben. Jedoch weisen Studienergebnisse auch darauf hin, dass bis zu 40% der betroffenen Personen im Alter von 18 bis 20 Jahren die Kriterien für ADHS noch erfüllen (88).

#### 4.4.4 Ätiologie und Pathogenese

Die Pathogenese der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist wie bei vielen psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter multifaktoriell bedingt. Genetische Faktoren scheinen für die Entwicklung einer ADHS eine besonders große Bedeutung zu haben. Faraone et al. (89) konnten anhand einer Metadatenanalyse von 20 Zwillingsstudien herausfinden, dass die geschätzte Heredität für ADHS bei 76% lag. Als weitere Einflussgröße für die Entstehung einer hyperkinetischen Störung werden Schädigungen des Zentralnervensystems oder Nahrungsmittelbestandteile diskutiert, wobei die Befundlage dazu kein eindeutiges Bild ergibt (90).

In der aktuellen ätiologischen Forschung lassen sich zwei Modellrichtungen finden: 1. **kognitive Modelle**, die versuchen die defizitären Teilaspekte der Informationsverarbeitung herauszufinden, und 2. **neurobiologische Modelle**, in denen der genetische Einfluss auf strukturelle und biochemische Veränderungen im Vordergrund steht. In den kognitiven Modellen steht die Annahme, dass der/die Betroffene unter einem Defizit in der Inhibitionsfähigkeit, leidet im Mittelpunkt. Als Ursachen für die Inhibitionsstörung werden jedoch abhängig vom theoretischen Hintergrund unterschiedliche Faktoren angesehen. Studienergebnisse vor dem Hintergrund des neurobiologischen Zugangs weisen auf eine Dysfunktion des frontosubcorticalen Pfades hin, wobei besonders das

dopaminerge und noradrenerge Neurotransmittersystem eine wichtige modulierende Rolle spielt (91).

Der Verlauf und der Schweregrad der ADHS-Symptomatik werden auch durch die psychosozialen Bedingungen beeinflusst. Betroffene mit ungünstigen psychosozialen Einflussgrößen, wie geringem sozioökonomischen Status oder psychischer Erkrankung eines Elternteils, weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen schwereren Verlauf und zusätzliche komorbide Störungen auf (92).

## 5 Lebensqualität und psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche mit chronischen körperlichen Erkrankungen wie z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus oder Tumoren haben im Vergleich zu gesunden Kinder/Jugendlichen eine deutliche Einschränkung in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (93, 94). Ausgehend von diesen Ergebnissen lassen sich ähnliche Befunde in Verbindung mit chronischen psychischen Störungen vermuten.

In der Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen durch ihre Eltern konnten Sawyer et al. (95) in einer groß angelegten australischen Untersuchung zeigen, dass Kinder mit psychischen Erkrankungen eine signifikant schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufwiesen als ohne Erkrankung. Darüber hinaus wiesen Kinder mit psychischen Störungen in vielen Bereichen eine deutlich geringere Lebensqualität auf als Kinder mit körperlichen Beschwerden.

Diese Ergebnis wurde in einer deutschen Studie zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern bestätigt (30, 96). Kinder und Jugendliche mit einer niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität berichteten über eher mehr psychische Auffälligkeiten, sowie mehr gesundheitliche Beschwerden. Eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität stand dagegen mit einer besseren subjektiven Gesundheit und einer höheren Lebenszufriedenheit in Verbindung.

**Selbstwert und soziales Netzwerk.** In einer Untersuchung von Sawatzky et al. (97) stand die global eingeschätzte Lebensqualität von Jugendlichen in Verbindung mit dem subjektiv eingeschätzten körperlichen und psychischen Gesundheitszustand und der Zufriedenheit in fünf Lebensbereichen (Familie, Schule, Lebensumwelt, Freunde und Selbst). Die Varianz der global eingeschätzten Lebensqualität wurde dabei am stärksten durch den subjektiven psychischen Gesundheitszustand und durch die Zufriedenheit mit sich selbst und der Familie aufgeklärt. Neben der Psychopathologie stehen auch Eigenschaften

des Kindes und des sozialen Netzwerkes in Beziehung zur Lebensqualität (98). Demnach konnte eine Abnahme der Lebensqualität mit der Zunahme der Psychopathologie, sowie einem niedrigen Selbstwert und geringen sozialen Fertigkeiten des Kindes beobachtet werden. Soziale Unterstützung durch Klassenkollegen und eine positive Beschreibung der familiären Situation waren mit einer höheren Lebensqualität assoziiert.

### 5.1.1 Lebensqualität und spezifische psychische Störungen

Der Kenntnisgrad des Zusammenhangs der Lebensqualität mit spezifischen psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen erscheint nach wie vor für viele Krankheitsbilder sehr gering. Bastiaansen et al. (99) verglichen bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Erkrankungen sechs (Diagnose-) Kategorien (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Angststörung, tiefgreifende Entwicklungsstörung, affektive Störungen, andere Störungen und keine Diagnose). Es wurden wenige Unterschiede zwischen den verschiedenen psychiatrischen Diagnosekategorien und der globalen Lebensqualität gefunden. Hinsichtlich der sozialen Funktionsfähigkeit wiesen Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Einschränkungen auf. Kinder mit einer Angststörung oder anderen affektiven Störungen zeigten Beeinträchtigungen im Bereich der Gefühle; Kinder mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung in der sozialen Funktionsfähigkeit.

#### 5.1.1.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

In den wissenschaftlichen Datenbanken (PubMed) lassen sich zum Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten Studien zum Thema Lebensqualität und ADHS finden.

Escobar et al. (100) stellte fest, dass Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Alter von 6 bis 12 Jahren in den meisten Lebensqualitätsbereichen im Elternurteil niedrigere Werte aufwiesen als „gesunde“ Kinder und an Asthma bronchiale erkrankte Kinder. Klassen et al. (101) fanden bei Kindern mit ADHS signifikant niedrigere Werte (Elternbeurteilungen) in den

psychosozialen Bereichen (wie Familienaktivitäten oder Selbstwert) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als bei Kindern aus der Normpopulation. Kinder mit einer stärkeren ADHS-Symptomausprägung oder zusätzlichen anderen komorbiden psychiatrischen Erkrankung wiesen ebenfalls eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf. Sciberras et al. (102) beobachteten, dass Kinder mit ADHS, die komorbid zwei oder mehrere Angststörungen aufwiesen, im Elternurteil eine deutlich geringere Lebensqualität hatten als Kinder mit ADHS *ohne* Angststörung.

Hampel und Desman (103) zeigten, dass Jungen mit ADHS signifikant geringere Lebensqualität in allen Funktionsbereichen und im Gesamtwert angaben als die gesunde Vergleichsstichprobe.

In einem Review von 36 Studien zum Thema Lebensqualität und ADHS wurde deutlich, dass in der Fremdbeurteilung durch Eltern eine starke Beeinträchtigung in vielen Bereichen der Lebensqualität wahrgenommen wird. In der Selbstbeurteilung der Kinder und Jugendlichen mit ADHS lässt sich jedoch ein weniger starker Einfluss bzw. keine Beeinträchtigung der Lebensqualität im Vergleich mit der Kontrollgruppe finden. Nach den Erkenntnissen dieses Reviews hat ADHS insgesamt den selben Einfluss auf die Lebensqualität wie andere psychische Erkrankungen oder schwere körperliche Krankheiten (104).

#### 5.1.1.2 Depression und Angststörung

Für internalisierende psychiatrische Störungen im Kindes und Jugendalter und deren Einfluss auf die Lebensqualität liegen aktuell nur wenige empirische Befunde vor.

Salum et al. (105) konnten bei Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 19 Jahren einen starken Einfluss internalisierender Störungen (Angststörungen, Depression,...) auf die Lebensqualität feststellen.

Yen et al. (106) haben in einer Stichprobe von 5.322 Jugendlichen nachgewiesen, dass nach der Kontrolle soziodemographischer Faktoren starke Angstsymptome

signifikant mit einer niedrigeren Lebensqualität in allen erfassten Lebensqualitätsbereichen verbunden waren.

Stevanovic et al. (107) fand bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie Depressionen, generalisierte Angststörungen und Trennungsängste als einzige Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Weder andere Angststörungen, noch demographische Variablen oder die Epilepsie betreffende Faktoren wiesen einen signifikanten Einfluss auf. Die Autoren weisen weiters darauf hin, dass die Aussagekraft der die Epilepsie betreffenden Faktoren vernachlässigbar erscheint, wenn eine depressive Symptomatik oder Angstsymptome vorliegt.

## 6 Inanspruchnahmeverhalten

Die Frage „Wer geht in Behandlung?“ und welche personen-, familien-, und institutionsbezogenen Merkmale für das Inanspruchnahmeverhalten mitverantwortlich sind, beschäftigt die Wissenschaft wie auch die Gesundheitspolitik schon längere Zeit, bietet doch die Kenntnis über die bedeutsamsten Einflussgrößen eine wichtige Möglichkeit für Interventionen im Gesundheitssystem. Dies scheint umso bedeutsamer, da ein beträchtlicher Teil der psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen eine fachliche Hilfe **gar nicht** in Anspruch nimmt. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychiatrischen Störungen, die ein fachspezifisches Angebot in Anspruch nehmen, wird zwischen 18 und 50% geschätzt (108-110).

Zum Verständnis der wesentlichen Einflussgrößen des Inanspruchnahmeverhaltens bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen lassen sich zwei unterschiedliche Herangehensweisen, nämlich **merkmalsorientierte** und **prozessorientierte** Darstellungen, finden (111).

**Merkmalsorientierte Konzepte** zum Inanspruchnahmeverhalten beziehen sich auf objektive Kriterien, die in Wechselwirkung mit der Verfügbarkeit psychosozialer Facheinrichtungen und deren institutioneller Merkmale stehen. Als Merkmale werden zum Beispiel Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Schweregrad oder Art der Erkrankung herangezogen. Da der merkmalsorientierten Beschreibung des komplexen Inanspruchnahmeprozesses Grenzen gesetzt sind, wurde diese durch **prozessorientierte Konzepte** ergänzt. Die wesentliche Erweiterung besteht darin, dass das Aufsuchen einer fachlichen Hilfe als Bewältigungsstrategie gesehen wird, die dynamische und interaktionelle Charakteristika aufweist. Rogler und Cortes (112) entwickelten das Konzept der „Help-Seeking Pathways“ indem zum Ausdruck kommt, dass bei der betroffenen Person eine Abfolge von Kontakten mit anderen (wichtigen) Menschen und Institutionen in Gang gesetzt wird, um Hilfe zu erhalten. Die Abfolge der Kontakte der betroffenen Person führt dabei häufig nicht zur Inanspruchnahme einer facheinschlägigen Einrichtung, sondern kann sich auf informelle soziale

Netzwerke beschränken oder eine andere Form der Hilfe beinhalten. Bei Kindern und Jugendlichen scheinen dabei besonders die Eltern bzw. die Erziehungsberechtigten einen wichtigen Bezugspunkt für ihr Inanspruchnahmeverhalten einzunehmen, wobei zu vermuten scheint, dass mit fortschreitendem Alter der Einfluss der Gleichaltrigengruppe an Einfluss gewinnt.

In verschiedenen Studien konnten unterschiedlichste Faktoren als mögliche Einflussgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten gefunden werden. Eine Auswahl der wichtigsten Einflussfaktoren wird im Folgenden dargestellt.

## 6.1 Alter und Geschlecht

Reijneveld et al. (113) untersuchten in einer Längsschnittstudie in den Niederlanden die Determinanten der Inanspruchnahme für Kinder und Jugendliche aufgrund von emotionalen und Verhaltensproblemen im Alter zwischen 10 und 19 Jahren und stellten dabei fest, dass mit steigendem Alter eine Zunahme der Inanspruchnahme von fachlicher Hilfe zu beobachten war, wobei in erster Linie allgemeine Angebote wie der Hausarzt in Anspruch genommen wurden. Im Alter von 10/11 Jahren war die Behandlungsrate bei Buben höher, mit 19 Jahren bei Mädchen. Die Inanspruchnahme spezifischer Facheinrichtungen (Kinderpsychologin/e oder Kinder- und Jugendpsychiaterin/er) nahm bei Mädchen mit dem Alter zu, bei Jungen jedoch ab.

In Deutschland wurde bei Kindern und Jugendlichen mit höherem Alter eine Abnahme der Inanspruchnahme von spezifischen Angeboten für die psychische Gesundheit unabhängig vom Geschlecht festgestellt (108).

## 6.2 Sozioökonomischer Status

Hinsichtlich des Einflusses des sozioökonomischen Status auf das Inanspruchnahmeverhalten erscheint die Befundlage heterogen. Wölfe et al. (108) fanden zwar einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Inanspruchnahme allgemeiner Angebote des Gesundheits-/Sozialwesens (Allgemeinmedizinerin/er, Kinderärztin/arzt), jedoch nicht in Verbindung mit spezifischen Angeboten (Psychiaterin/er, Psychologin/e, Jugendwohlfahrt). In

einer anderen Untersuchung zeigte sich in der Altersgruppe der 4 bis 7jährigen ein niedriger sozioökonomischer Status als ein Prädiktor für häufigere Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens (114).

Bei griechischen Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 18 Jahren wies der sozioökonomische Faktor (erhoben mittels Family Affluence Scale) keinen signifikanten Einfluss auf das Aufsuchen von fachlicher Hilfe auf (115). Ebenso konnten Verhulst et al. (116) bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 4 und 18 Jahren in den Niederlanden keinen signifikanten Einfluss des sozioökonomischen Faktors auf das Inanspruchnahmeverhalten finden.

### 6.3 Familie

In einer niederländischen prospektiven Kohortenstudie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurden die Einflussfaktoren für die von den Eltern berichtete Hilfsbedürftigkeit aufgrund von emotionalen oder Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes erfasst. Dabei stellte sich die Trennung der Eltern als ein wichtiger Vorhersagefaktor für die von den Eltern eingeschätzte Hilfsbedürftigkeit ihres Kindes dar. Eine internalisierende psychische Erkrankung (Angststörung, Depression) eines Elternteils war eng mit der Wahrnehmung der Hilfsbedürftigkeit des Kindes verbunden (109). Laitinen-Krispijin et al. (117) konnten über einen Zeitraum von fünf Jahren zeigen, dass Kinder, die nur mit einem Elternteil aufwachsen, eine höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, spezifische Hilfsangebote zur psychischen Gesundheit aufzusuchen. Als Ursache für diesen Befund wurde angenommen, dass alleinerziehende Mütter/Väter aufgrund der geringeren Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung schneller Hilfe in Anspruch nehmen.

Giannakopoulos et al. (115) fanden in ihrer Studie heraus, dass sowohl der Ausbildungsgrad der Eltern, wie auch die von den Eltern eingeschätzte Qualität der Eltern-Kind-Beziehung einen bedeutsamen Einfluss auf die allgemeine Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens hatten. Kinder, deren Eltern einen niedrigen Ausbildungsgrad aufwiesen, nahmen im erfassten Zeitraum von vier Wochen weniger häufig professionelle Hilfe in Anspruch. Eine als positiv wahrgenommene Eltern-Kind-Beziehung schien weiters mit einer höheren

Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Serviceeinrichtungen des Gesundheitssystems einherzugehen.

#### 6.4 Wohnortgröße

Hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens und der Wohnortgröße finden sich bislang wenige empirische Erkenntnisse. Giannakopoulos et al. (115) fanden keine signifikanten Zusammenhang zwischen der Wohnortgröße und dem Aufsuchen professioneller Hilfe im Gesundheitssystem.

#### 6.5 Art der psychischen Störung

Verhust und van der Ende (116) fanden weiters heraus, dass sowohl internalisierende als auch externalisierende Auffälligkeiten stark mit dem Inanspruchnahmeverhalten in Verbindung standen. In der Studiengruppe um Reijneveld et al. (113) stellen die mit Child Behavior Checklist (CBCL) und Youth Self-Report (YSR) erhobenen psychischen Auffälligkeiten den stärksten Prädiktor für das Aufsuchen eines Hilfsangebotes dar. Wichstrøm et al. (114) konnten in ihrer Untersuchung mit zwei Erhebungszeitpunkten im Alter von 4 und 7 Jahren an einer nicht-klinischen Stichprobe zeigen, dass Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern die Inanspruchnahme von Facheinrichtungen vorhersagten, jedoch nur dann, wenn von den Eltern und den Betreuungspersonen ein Problem wahrgenommen wurde. Emotionale Auffälligkeiten schienen im Gegensatz zu Verhaltensauffälligkeiten jedoch in der erfassten Altersgruppe keine Vorhersagekraft für späteres Inanspruchnahmeverhalten zu haben.

Für einzelne psychiatrische Krankheitsbilder ließen sich anhand einer nicht-klinischen Stichprobe von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 8 und 15 Jahren in den USA Unterschiede im Aufsuchen von spezifischen Angeboten finden. Kinder und Jugendliche mit ADHS und Störung des Sozialverhaltens wiesen dabei die höchsten, Kinder und Jugendliche mit Angststörungen die niedrigsten Behandlungsraten auf (110). Einen ähnlichen Befund liefern Wu et al. (118), wo sich bei Kindern und Jugendlichen mit expansiven Verhaltensstörungen eine signifikante positive Verbindung mit der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe finden ließ, jedoch nicht bei Kindern und Jugendlichen mit depressiver Symptomatik.

## 6.6 Lebensqualität

Aktuell finden sich wenige Erkenntnisse in der wissenschaftlichen Literatur über die Wechselwirkung zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und dem Inanspruchnahmeverhalten von Kindern und Jugendlichen.

Die Forschungsgruppe um Rajmil et al. (119) untersuchte in einer KIDSCREEN-Pilotstudie von 2526 Kindern und deren Eltern den Zusammenhang zwischen der selbstwahrgenommenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Inanspruchnahme von Angeboten/Einrichtungen des Gesundheitswesens. Dabei zeigte sich, dass diejenigen Kinder und Jugendlichen, die ein geringes körperliches Wohlbefinden und/oder ein negatives schulisches Umfeld wahrnahmen, mit höherer Wahrscheinlichkeit in den letzten vier Wochen eine Fachperson des Gesundheitswesens aufgesucht hatten als Kinder und Jugendliche mit einer positiven Einschätzung ihrer Gesundheit. Die Einschränkungen in diesen beiden Bereichen scheinen möglicherweise einen objektiveren Charakter zu haben als andere, indem sie durch die Eltern besser wahrnehmbar sind und somit auch eine elterliche Reaktion wie das Aufsuchen einer Hilfe hervorrufen. Ein stationärer Aufenthalt in letzten den 12 Monaten stand mit niedrigen Werten im Bereich „Stimmung und Emotionen“ in Verbindung.

Kinder und Jugendliche in stationärer Behandlung weisen eine signifikant schlechtere Lebensqualität in den Bereichen „Familie“, „Alles zusammen“, „Beeinträchtigung durch die Untersuchung/Behandlung“ und „Alleine“ auf als Kinder und Jugendliche im ambulanten Setting (120). Die Autoren führen diesen Unterschied darauf zurück, dass psychische Störungen mit zunehmendem Schweregrad auch zu einer stärkeren Beeinträchtigung der Lebensqualität führen. Sie führen jedoch kritisch an, dass der stationäre Aufenthalt an sich auch zu einer ungünstigeren Bewertung der Lebensqualität führen könnte. Interessante Erkenntnisse konnten Josefiak et al. (121) finden, indem sie ambulante Patientinnen und Patienten einer Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Schulkindern derselben Region verglichen. Die ambulanten Patientinnen und Patienten, sowie ihre Eltern gaben eine signifikant niedrigere Lebensqualität an als Kinder und Jugendliche aus der Vergleichspopulation. Selbst wenn in der Patienten- und

Schülergruppe der gleiche Level an emotionalen und Verhaltensproblemen bestand, gaben die ambulanten Patientinnen und Patienten selbst, sowie deren Eltern, eine geringere Lebensqualität an.

## 7 Fragestellungen und Hypothesen

Aus den vorangehenden theoretischen Grundlagen und empirischen Befunden leiten sich folgende Fragestellungen und Hypothesen ab.

Das Hauptziel dieser Dissertation ist es, anhand einer empirischen Untersuchung den Einfluss externaler Determinanten auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten abzubilden. Darüber hinaus soll der Kenntnisgrad über die Wirkung umweltbezogener Entwicklungsbedingungen auf das Inanspruchnahmeverhalten von professioneller Hilfe aufgrund von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten gehoben werden.

### 7.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der von **Kindern und Jugendlichen** beurteilten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der von **Erziehungsberechtigten** beurteilten Lebensqualität?

#### Hypothese:

- In „beobachtbaren“ Lebensqualitätsbereichen (wie z.B. körperliches Wohlbefinden) findet sich ein stärkerer Zusammenhang zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung als in nicht direkt „beobachtbaren“ Bereichen (z.B. Gefühle und Emotionen).

Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Abhängigkeit von **Alter, Geschlecht, externaler Determinanten** (sozioökonomischer Status, Familienkonstellation, Eingebundenheit in die Peergroup, Größe des Wohnortes), **Art der psychischen Erkrankung** sowie **Inanspruchnahmeverhaltens?**

#### Hypothesen:

- Ältere Kinder und Jugendliche weisen eine niedrigere Lebensqualität auf als jüngere.
- Burschen zeigen eine höhere Lebensqualität als Mädchen.

- Kinder und Jugendliche mit höherem sozioökonomischen Status weisen eine höhere Lebensqualität auf als Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status.
- Kinder und Jugendliche, die nicht in der Kernfamilie leben, unterscheiden sich durch eine niedrigere Lebensqualität von denen, die in ihrer Kernfamilie leben.
- Die Lebensqualität wird bei Kindern und Jugendlichen aus ländlichen Wohngebieten höher angegeben als bei Kindern und Jugendlichen aus städtischen Ballungszentren.
- Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Auffälligkeiten (aggressives und dissoziales Verhalten) unterscheiden sich durch stärkere Einschränkungen in den Lebensqualitätsbereichen der sozialen Funktionsfähigkeit von denen ohne bzw. mit anderen Auffälligkeiten.
- Kinder und Jugendliche, die aufgrund von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten Hilfsangebote oder Einrichtungen in Anspruch genommen haben, weisen eine geringe Lebensqualität auf als Kinder und Jugendliche, die keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen haben.

Stellen neben dem Alter und Geschlecht die externalen Determinanten **sozioökonomischer Status**, **Familienkonstellation**, **Eingebundenheit in die Peergroup** und **Wohnortgröße** bedeutsame Prädiktoren für die Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dar?

Hypothesen:

- Alter und Geschlecht stellen bedeutsame Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität dar.
- Der sozioökonomische Status ist ebenso ein Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.
- Die Familienkonstellation stellt ebenfalls einen signifikanten Vorhersagefaktor dar.
- Die Vorhersagekraft der Eingebundenheit in die Gleichaltrigengruppe wird in dieser Untersuchung explorativ überprüft.

## 7.2 Inanspruchnahmeverhalten

Unterscheiden sich Kinder und Jugendliche hinsichtlich ihres Inanspruchnahmeverhaltens von Behandlungsangeboten und Einrichtungen aufgrund von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten in Abhängigkeit von **Alter**, **Geschlecht**, **externaler Determinanten** (sozioökonomischer Status, Familienkonstellation, Eingebundenheit in die Peergroup, Größe des Wohnortes), **gesundheitsbezogener Lebensqualität** sowie **Art der psychischen Erkrankung**?

### Hypothesen:

- Ältere Kinder und Jugendliche unterscheiden sich in ihrem Inanspruchnahmeverhalten von jüngeren dadurch, dass sie mehr allgemeine, jedoch weniger spezifische Angebote/Einrichtungen in Anspruch nehmen.
- Kinder und Jugendliche, die nicht in der Kernfamilie leben, weisen höhere Raten der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten/Einrichtungen auf.
- Kinder und Jugendliche mit einer geringeren Lebensqualität in „objektiveren“ bzw. besser für die Eltern wahrnehmbaren Lebensqualitätsbereichen weisen höhere Inanspruchnahmeraten auf.
- Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Auffälligkeiten weisen eine höhere Rate der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen auf als Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Auffälligkeiten.

Stellen neben dem Alter und Geschlecht die externalen Determinanten **sozioökonomischer Status**, **Familienkonstellation**, **Eingebundenheit in die Peergroup** und **Wohnortgröße** bedeutsame Prädiktoren für das Inanspruchnahmeverhalten dar?

### Hypothesen:

- Das Alter stellt einen signifikanten Prädiktor für die Vorhersage des Inanspruchnahmeverhaltens dar.
- Die Familienkonstellation ist ein Prädiktor für das Inanspruchnahmeverhalten.

- Die Vorhersagekraft des Geschlechts, des sozioökonomischen Status, der Eingebundenheit in die Gleichaltrigengruppe sowie der Wohnortgröße wird explorativ untersucht.

## 8 Methode

### 8.1 Versuchsplan

Bei der hier durgeführten Studie handelt es sich um eine Primärdatenerhebung (mit einem Messzeitpunkt). Zur Datenerfassung wurden quantitative Instrumente eingesetzt.

### 8.2 Stichprobe

An der hier vorliegenden Untersuchung nahmen stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz im Alter zwischen 11 und 18 Jahren, sowie deren Erziehungsberechtigte teil (Erhebungszeitraum 15.11.2012 bis 31.3.2014). Es handelt sich um eine anfallende Stichprobe.

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Untersuchung:

- stationärer Aufenthalt an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz
- Alter: 11 bis 18 Jahre
- freiwillige Einwilligung zur einmaligen Teilnahme an der Untersuchung durch das Kind/ den Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten
- Mindestaufenthaltsdauer fünf Tage

Ausschlusskriterien:

- akuter psychiatrischer Ausnahmezustand
- unzureichende Deutschkenntnisse
- Analphabetismus
- kognitive Einschränkungen

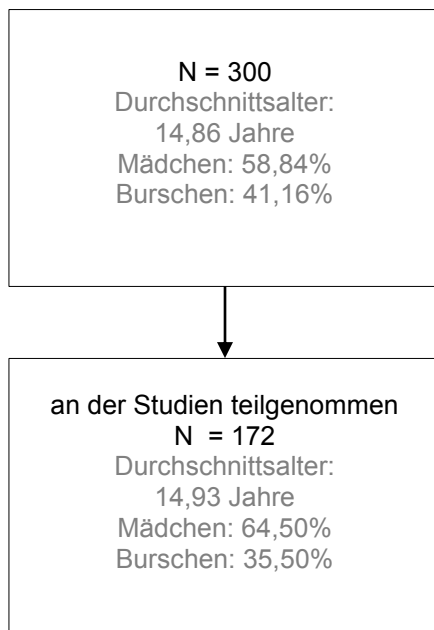


Abbildung 1: PatientInnen-Flowchart sowie deskriptive Informationen zur Stichprobe.

Die Stichprobe besteht aus **172** stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz. 57,3% der Patientinnen und Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllten, nahmen an der Untersuchung teil (siehe Abbildung 1).

In Abbildung 2 finden sich deskriptive Informationen zu den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern sowie zu den Patientinnen und Patienten, die zwar die Einschlusskriterien erfüllten, jedoch nicht an der Untersuchung teilnahmen. Gründe für die Nicht-Teilnahme waren kein Interesse, keine Rückgabe der Fragebögen oder zeitliche/organisatorische Ursachen.

| Non-Responder  | Responder  |
|--|--|
| <b>Durchschnittsalter:</b> 14,78 Jahre   | <b>Durchschnittsalter:</b> 14,93 Jahre   |
| <b>Geschlecht:</b><br>Mädchen: 53,5%<br>Burschen: 46,5%  | <b>Geschlecht:</b><br>Mädchen: 64,5%<br>Burschen: 35,5%  |
| <b>Familienkonstellation/Wohnort:</b><br>25,8% Eltern<br>33% ein leiblicher Elternteil<br>41,2% betreute Wohngemeinschaft/<br>Fremdunterbringung | <b>Familienkonstellation/Wohnort:</b><br>41,8% Eltern<br>34,2% ein leiblicher Elternteil<br>24% betreute Wohngemeinschaft/<br>Fremdunterbringung |
| <b>Aufnahmediagnosen:</b><br>64,9% Internalisierende Auffälligkeiten<br>23,7% Externalisierende Auffälligkeiten<br>11,4% Sonstige                | <b>Aufnahmediagnosen:</b><br>62,5% Internalisierende Auffälligkeiten<br>13,3% Externalisierende Auffälligkeiten<br>24,2% Sonstige                |

Abbildung 2: Deskriptive Merkmale der Non-Responder und Responder.

### 8.3 Stichprobenbeschreibung

In Tabelle 6 werden die soziodemografischen Merkmale der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer zusammengefasst.

Tabelle 6: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe (Kinder und Jugendliche).

| <b>Alter</b>  |    |      |       |     |
|---|----|------|-------|-----|
| M   | MD | SD   | Min   | Max |
| 14,93   | 15 | 1,72 | 11    | 18  |
| Anmerkung: M...Mittelwert, MD...Median, SD...Standardabweichung, Min...Minimum, Max...Maximum |    |      |       |     |
| <b>Geschlecht</b>   |    |      |       |     |
| Männlich  |    |      | 64,5% |     |
| Weiblich  |    |      | 35,5% |     |
| <b>sozioökonomischer Status (FAS<sup>1</sup>)</b>   |    |      |       |     |
| niedrigerer Sozialstatus  |    |      | 18,2% |     |
| mittlerer Sozialstatus  |    |      | 44,7% |     |
| hoher Sozialstatus  |    |      | 37,1% |     |
| <b>Familienkonstellation</b>  |    |      |       |     |
| Eltern  |    |      | 41,8% |     |
| ein Elternteil  |    |      | 34,2% |     |
| Fremdunterbringung  |    |      | 24%   |     |
| <b>Peers</b>  |    |      |       |     |
| keine/n Freund/in   |    |      | 6,6%  |     |
| eine/n Freund/in  |    |      | 5,8%  |     |
| zwei oder drei Freunde/innen  |    |      | 39,4% |     |
| vier oder mehr Freunde/innen  |    |      | 48,2% |     |
| <b>Muttersprache</b>  |    |      |       |     |
| Deutsch   |    |      | 95,3% |     |
| andere Muttersprache  |    |      | 4,7%  |     |
| <sup>1</sup> FAS...Family Affluence Scale   |    |      |       |     |

**Geschlecht.** An der Untersuchung nahmen 111 Mädchen und 61 Jungen teil, was einen prozentuellen Anteil von 64,5% Teilnehmerinnen und 35,5% Teilnehmern ergibt.

**Sozioökonomischer Status.** 159 Teilnehmerinnen und Teilnehmer schätzten ihren sozioökonomische Status mittels Family Affluence Scale (FAS) ein. Dabei zeigt sich, dass 44,7% ein mittleres, 37,1% ein hohes und 18,2% ein niedriges Wohlstandsniveau angaben.

**Familienkonstellation.** Auf die Frage, wo das Kind/der Jugendliche die meiste Zeit der Woche lebt, gaben 41,8% bei den Eltern, 29,1% bei der Mutter und 5,1% beim Vater an. 24% der Befragten gaben jedoch an, nicht bei den Eltern zu leben, davon beschrieben 10,8%, in einer Wohngemeinschaft betreut zu werden. 158 Kinder und Jugendliche der Studie machten Angaben zu ihrem Wohnort bzw. zur Familienkonstellation.

**Peers.** Die Frage nach der Anzahl der guten Freundinnen oder Freunde ergab, dass 48,2% vier oder mehr und 39,4% zwei bis drei gute Freundinnen oder Freunde angaben. Hingegen beschrieben 5,8% nur eine/n und 6,6% keine/n gute/n Freundin oder Freund zu haben. Die Angaben basieren auf Antworten von 137 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

**Muttersprache.** 95,3% der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben Deutsch als ihre Muttersprache an, 4,7% gaben an, eine andere Muttersprache zu haben. Diese prozentuelle Verteilung beruht auf Angaben von 150 Kindern und Jugendlichen.

#### 8.4 Erziehungsberechtigte

Zur Fremdbeurteilung unterschiedlicher Merkmale, sowie zur Erfassung soziodemografischer Daten wurden Fragebögen für die Erziehungsberechtigten eingesetzt. **148** Erziehungsberechtigte nahmen insgesamt an der hier vorliegenden Untersuchung teil.

Die Fremdbeurteilungsfragebögen wurden zu 74,8% durch die Mutter, zu 12,6% durch den Vater und 11,2% durch einen anderen Erziehungsberechtigten ausgefüllt. Tabelle 7 gibt einen Überblick über die soziodemografischen Eigenschaften der Erziehungsberechtigten.

Tabelle 7: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe (Erziehungsberechtigte).

| <b>Alter</b>  |       |               |      |              |     |
|---|-------|---------------|------|--------------|-----|
|   | M     | MD            | SD   | Min          | Max |
| Mütter  | 42,42 | 42            | 7,18 | 28           | 72  |
| Väter   | 45,30 | 45            | 7,05 | 26           | 6   |
| Anmerkung: M...Mittelwert, MD...Median, SD...Standardabweichung, Min...Minimum, Max...Maximum |       |               |      |              |     |
|   |       | <b>Mütter</b> |      | <b>Väter</b> |     |
| <b>sozioökonomischer Status (SES<sup>1</sup>)</b>   |       |               |      |              |     |
| niedrigerer Sozialstatus  |       | 53%           |      | 54,7%        |     |
| mittlerer Sozialstatus  |       | 30,8%         |      | 28,4%        |     |
| gehobener Sozialstatus  |       | 13,7%         |      | 10,5%        |     |
| hoher Sozialstatus  |       | 2,6%          |      | 6,3%         |     |
| <b>Familienkonstellation</b>  |       |               |      |              |     |
| alleinerziehend   |       | 43,3%         |      | 6,3%         |     |
| nicht-alleinerziehend   |       | 56,7%         |      | 93,8%        |     |
| <b>Wohnortgröße</b>   |       |               |      |              |     |
| Gemeinde (< 2.000 Einwohner)  |       |               |      | 40,1%        |     |
| Landstadt (ca. 2.000 bis 5.000 Einwohner)   |       |               |      | 10,6%        |     |
| Kleinstadt (ca. 5.000 bis 20.000 Einwohner)   |       |               |      | 18,3%        |     |
| Mittelstadt (ca. 20.000 bis 100.000 Einwohner)  |       |               |      | 4,2%         |     |
| Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner)  |       |               |      | 26,8%        |     |
| <sup>1</sup> SES...Schichtindex   |       |               |      |              |     |

**Sozioökonomischer Status.** Der sozioökonomische Status wurde getrennt für beide Elternteile durch den „Schichtindex“, basierend auf dem höchsten Ausbildungsgrad und der beruflichen Tätigkeit, erfragt.

Auf der Grundlage von 117 Angaben konnten 53,0% der Mütter einem niedrigen und 30,8% einem mittleren sozioökonomischen Status zugeordnet werden. Weiters beschreiben sich 13,7% der gehobenen und 2,6% der hohen Schicht zugehörig.

Bei den Vätern lassen sich 54,7% mit einem niedrigen und 28,4% mit einem mittleren sozioökonomischen Status finden. Im oberen Bereich finden sich 10,5% mit einem gehobenen und 6,3% mit einem hohen Schichtindex. Es konnten für die Väter insgesamt 95 vollständige Schichtindexberechnungen durchgeführt werden.

---

**Alleinerziehend.** 43,3% der Mütter und 6,3% der Väter gaben an, alleine für die Erziehung ihres Kindes verantwortlich zu sein.

**Wohnortgröße.** Die Erziehungsberechtigten wurden nach der Größe des Wohnortes in dem das Kind lebt gefragt, dabei wurde die Kategorie „Gemeinde (< 2.000 EinwohnerInnen)“ mit 40,1% am häufigsten und „Großstadt (mehr als 100.000 EinwohnerInnen)“ mit 26,8% am zweithäufigsten genannt. Darauf folgten „Kleinstadt (ca. 5000 bis 20.000 EinwohnerInnen)“ mit 18,3%, „Landstadt (ca. 2.000 bis 5.000 EinwohnerInnen)“ mit 10,6% und „Mittelstadt (ca. 20.000 bis 100.000)“ mit 4,2%.

## 8.5 Messinstrumente

Für die Erfassung der Daten wurden bei den Kindern und Jugendlichen, wie auch bei den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten, unterschiedliche Messinstrumente eingesetzt (s. Abbildung 3).

| Kinder und Jugendliche  | Eltern bzw. Erziehungsberechtigte   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• KIDSCREEN-52 (Kinder- und Jugendlichenversion)</li> <li>• FAS</li> <li>• YSR</li> <li>• SCL-90-R</li> <li>• SOZU-K-22</li> <li>• CFT 20-R</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• KIDSCREEN-52 (Elternversion)</li> <li>• Schichtindex</li> <li>• CBCL/4-18</li> <li>• Fragebogen zur Inanspruchnahme von Einrichtungen und Angeboten</li> </ul> |

Abbildung 3: Überblick über die eingesetzten Messinstrumente für die Kinder/Jugendliche und die Eltern/Erziehungsberechtigte.

### 8.5.1 Messinstrumente Kinder und Jugendliche

Tabelle 8 zeigt eine Übersicht über die eingesetzten Messinstrumente und der erfassten Konstrukte für die Kinder und Jugendlichen.

Tabelle 8: Übersicht über die Messinstrumente und die erfassten Konstrukte – Kinder und Jugendliche.

| Messinstrument  | Bereich                                   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>KIDSCREEN-52</b><br/>Quality of life questionnaire for children and adolescents (Kinder- und Jugendlichenversion für Österreich)</li> </ul> | <b>gesundheitsbezogene Lebensqualität</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FAS</b><br/>Family Affluence Scale</li> </ul>   | <b>sozioökonomischer Status</b>           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>YSR</b><br/>Fragebogen für Jugendliche</li> <li>• <b>SCL-90-R</b><br/>Symptom-Checklist-90-Revision</li> </ul>                              | <b>psychischen Auffälligkeiten</b>        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SOZU-K-22</b><br/>Fragebogen zur sozialen Unterstützung - Kurzform 22</li> </ul>  | <b>soziale Unterstützung</b>              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CFT 20-R</b><br/>Grundintelligenztest Skala 2 – Revision</li> </ul>   | <b>Intelligenz</b>                        |

In weiterer Folge werden der KIDSCREEN-52, die FAS und der YSR vorgestellt. Auf die restlichen Fragebogenverfahren (SCL-90, SOZU-K-22 und CFT 20-R) wird im Detail nicht eingegangen, da die Auswertung der Resultate dieser Verfahren in

der Dissertation von Frau Mag. Viktoria Rügenbauer erfolgt. Sie beschäftigt sich in ihrer Dissertation unter anderem mit den internalen Einflussgrößen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

#### 8.5.1.1 KIDSCREEN-52 (Kinder- und Jugendlichenversion)

Der KIDSCREEN-52 (26) ist ein generisches Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, welches aus dem von der Europäischen Union geförderten KIDSCREEN-Projekt hervorging. Ziel des Projektes war es, ein interkulturell vergleichbares krankheitsübergreifendes Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zu entwickeln. Die Entwicklung der KIDSCREEN Fragebögen erfolgte in zahlreichen europäischen Ländern, dabei unter anderem auch in Österreich. Die Messinstrumente des KIDSCREEN-Projektes kamen bisher in zahlreichen internationalen Studien zur Anwendung (30, 96, 122-124).

Der KIDSCREEN-52 in der Kinder- und Jugendlichenversion ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches für gesunde oder chronisch kranke Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 18 Jahren eingesetzt werden kann. Der KIDSCREEN-52 misst 10 Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wobei diese mit 52 Items erfasst werden (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Dimensionen, Itemanzahl und Beispielitems des KIDSCREENS-52 (Kinder- und Jugendlichenversion).

| <b>Dimension</b>                                      | <b>Itemanzahl</b> | <b>Beispielitem</b><br><i>„Wenn du an die letzte Woche denkst...“</i> |
|---|-------------------|---|
| Körperliches Wohlbefinden                             | 5                 | <i>„Hast du dich fit und wohl gefühlt?“</i>                           |
| Psychisches Wohlbefinden                              | 6                 | <i>„Hat dir dein Leben gefallen?“</i>                                 |
| Stimmung und Emotionen                                | 7                 | <i>„Hast du dich traurig gefühlt?“</i>                                |
| Selbstwahrnehmung                                     | 5                 | <i>„Bis du zufrieden gewesen, so wie du bist?“</i>                    |
| Autonomie   | 5                 | <i>„Hast du genug Zeit für dich selbst gehabt?“</i>                   |
| Beziehungen zu Eltern und zum Zuhause                 | 6                 | <i>„Haben deine Mutter/dein Vater dich verstanden?“</i>               |
| Finanzielle Möglichkeiten                             | 3                 | <i>„Hattest du genug Geld für die Sachen, die du brauchst?“</i>       |
| Beziehung zu Gleichaltrigen und soziale Unterstützung | 6                 | <i>„Hast du Zeit mit deinen Freunden verbracht?“</i>                  |
| Schulisches Umfeld                                    | 6                 | <i>„Bist du in der Schule glücklich gewesen?“</i>                     |
| Soziale Akzeptanz (Bullying)                          | 3                 | <i>„Hast du Angst vor anderen Kindern oder Jugendlichen gehabt?“</i>  |

Die zehn Lebensqualitätsdimensionen werden wie folgt beschrieben (26):

- **Körperliches Wohlbefinden:** Diese Dimension erfasst den vom Kind/Jugendlichen wahrgenommenen Level an körperlicher Aktivität, Energie und Fitness.
- **Psychisches Wohlbefinden:** In dieser Dimension wird das psychologische Wohlbefinden des Kindes/Jugendlichen erhoben, wobei positive Gefühle und die Lebenszufriedenheit erfragt werden.
- **Stimmung und Emotionen:** Hier wird das Erleben von depressiven Stimmungen und unangenehmen Gefühlen wie Einsamkeit oder Traurigkeit erfasst.
- **Selbstwahrnehmung:** Diese Dimension ermittelt die Selbstwahrnehmung des Kindes/des Jugendlichen, dabei stehen die Wahrnehmung des eigenen Aussehens und die Zufriedenheit mit sich selbst im Mittelpunkt.
- **Autonomie:** In dieser Dimension wird die Möglichkeit für die selbstständige Gestaltung der eigenen Freizeit erfragt, wobei der Grad der Autonomie als wichtig für die Entwicklung einer eigenen Identität gesehen wird.

- **Beziehung zu Eltern und zum Zuhause:** Hier wird die Beziehung zu den Eltern bzw. die Qualität der Interaktion zwischen dem Kind/Jugendlichen und seinen Eltern erfragt.
- **Finanzielle Möglichkeiten:** Diese Dimension erfasst die wahrgenommene Qualität der finanziellen Ressourcen, auch im Hinblick auf die Möglichkeit, mit Freundinnen und Freunden etwas zu unternehmen.
- **Beziehung zu Gleichaltrigen und soziale Unterstützung:** In dieser Dimension steht die Qualität der Beziehung zu Gleichaltrigen im Vordergrund. Dabei spielen die wahrgenommene Akzeptanz und Unterstützung durch diese eine wichtige Rolle.
- **Schulisches Umfeld:** Diese Dimension erkundet die allgemeinen Gefühle gegenüber der Schule, die Beziehung zu Lehrerinnen und Lehrern und die wahrgenommene eigene kognitive Leistungsfähigkeit.
- **Soziale Akzeptanz (Bullying):** Hier werden Zurückweisungen bzw. negative Erfahrungen durch andere Kinder und Jugendliche, sowie Angstgefühle gegenüber diesen erfasst.

Für die Beantwortung der Fragen steht ein fünfstufiges Antwortformat („nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „immer“) zur Verfügung. Der KIDSCREEN-52 wurde in dieser Untersuchung in der österreichischen Papier-Bleistift-Version vorgegeben (siehe Anhang).

### **Gütekriterien**

Anhand der Normierungsstichprobe (N=21587) ergab die Berechnung der internen Konsistenz nach Cronbach (125) für die unterschiedlichen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Selbstbeurteilung zufriedenstellende bis gute Werte zwischen  $.77$  (Soziale Akzeptanz)  $\leq \alpha \leq .89$  (Finanzielle Möglichkeiten). Für die Berechnung der Test-Retest-Reliabilität wurde eine Stichprobe von 559 Kinder und Jugendlichen herangezogen, wobei nach 2 Wochen mit Intraklassen-Korrelationskoeffizientenwerten zwischen  $.56$  und  $.77$  eine adäquate Test-Retest Stabilität gefunden wurde. Bei der Überprüfung der Konstruktvalidität zeigten sich insgesamt zufriedenstellende Ergebnisse (26).

### 8.5.1.2 Family Affluence Scale (FAS)

Die Erfassung des sozioökonomischen Status von Kindern und Jugendlichen mittels Informationen über die Beschäftigung oder den Beruf der Eltern, stellte sich häufig als schwierig heraus, da die Kinder und Jugendlichen diese Information nur unzureichend oder gar nicht geben konnten. Aus diesem Grund entwickelten Currie et al. 1997 mit der Family Affluence Scale (Familienwohlstandskala) eine alternative Methode zur Erfassung des sozioökonomischen Status, indem sie nichtberufsbezogene Indikatoren ermittelten (35).

Die seit damals mehrfach adaptierte Skala erfasst mittels vier einfacher Fragen (s. Tabelle 10) direkt vom Kind/Jugendlichen das Sachvermögen der Familie, wobei dadurch der Lebensstandard des Kindes oder Jugendlichen abgebildet werden soll. Die Zuordnung zu einer der drei Wohlstandsgruppen (gering, mittel, hoch) erfolgt durch die Ermittlung eines Gesamtwertes aus den vier Einzelitems (27).

Tabelle 10: Items und Antwortmöglichkeiten der Family Affluence Scale.

| <b>Family Affluence Scale</b>   | <i>Antwortmöglichkeiten</i>   |
|---|---|
| Besitzt deine Familie ein eigenes Auto?   | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, eines<br><input type="checkbox"/> Ja, zwei oder mehrere   |
| Hast du ein eigenes Zimmer?   | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja  |
| Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit deiner Familie in den Ferien verreist? | <input type="checkbox"/> überhaupt nicht<br><input type="checkbox"/> einmal<br><input type="checkbox"/> zweimal<br><input type="checkbox"/> öfter als zweimal |
| Wie viele Computer besitzt deine Familie?   | <input type="checkbox"/> keinen<br><input type="checkbox"/> einen<br><input type="checkbox"/> zwei<br><input type="checkbox"/> mehr als zwei                  |

#### **Gütekriterien**

Schon in der ersten Publikation der Family Affluence Scale 1997 wurden erste Validierungsversuche unternommen, es wurde dabei eine bedeutsame Korrelation zwischen den Items der FAS und dem vom Kind/Jugendlichen angegebenen Beruf des Vaters gefunden (35). Boyce et al. (126) konnten in ihrer Studie zur Validität der FAS als Maß für die Einschätzung des nationalen Wohlstandes in 35 Ländern eine gute Kriteriumsvalidität (Kappa-Koeffizient = 0.57) in Bezugnahme auf das

Gross Domestic Product (GPD) finden. Die Skala zeigt eine gute interne Konsistenzen (signifikante Spearman Rangkorrelationskoeffizienten zwischen .41 und .89) und eine gute zeitliche Stabilität über eine Zeitspanne von vier Jahren.

Ergänzend zur Family Affluence Scale wurden weitere Informationen zum **Wohnort**, zur **Muttersprache** sowie zur **aktuellen Behandlung** im Krankenhaus erhoben (s. Anhang B).

### 8.5.1.3 Fragebogen für Jugendliche (YSR)

Der Youth Self-Report (in Deutsch: Fragebogen für Jugendliche) nach Achenbach (127) gehört zur Verfahrensfamilie der Child Behavior Checklist, wurde 1994 ins Deutsche übersetzt (128) und in wissenschaftlichen Studien zur Erfassung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sehr häufig eingesetzt. Der YSR ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen für Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren und erfasst eigene Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme.

Im ersten Abschnitt des YSR werden die Kompetenzen des Kindes bzw. Jugendlichen in verschiedenen Bereichen (Aktivitäten und soziale Kompetenzen) erfragt..

Der zweite Teil des Fragebogens besteht aus **119** Items, die Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, körperliche Beschwerden und sozial erwünschte Verhaltensweisen erfassen. Davon beschreiben 102 Items spezifische Auffälligkeiten; 16 Items beziehen sich auf positive, sozial erwünschte Verhaltensweisen und werden nicht in die Auswertung miteinbezogen. Die Items sind mittels dreistufiger Zustimmungsskala (0 = „nicht zutreffend“, 1 = „etwas oder manchmal zutreffend“ und 2 = „genau oder häufig zutreffend“) für die letzten sechs Monate zu beantworten (s. Anhang B).

Die Problem-Items des zweiten Teiles des Fragebogens werden zu 8 Syndromskalen zusammengefasst, wobei diese 8 Skalen aufgrund von Faktorenanalysen wiederum in drei Faktoren gruppiert werden können (s. Tabelle **11**). 20 Problem-Items werden keiner der 8 Syndromskalen zugeordnet, sie fließen aber in die Berechnung des Gesamtwertes mit ein.

Tabelle 11: Syndromskalen und übergeordnete Faktoren des YSR.

| Syndromskala              | Übergeordnete Faktoren            | Gesamtauffälligkeit |
|---------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| 1 Sozialer Rückzug        | Internalisierende Auffälligkeiten |                     |
| 2 Körperliche Beschwerden |                                   |                     |
| 3 Ängstlich/Depressiv     |                                   |                     |
| 4 Soziale Probleme        | Gemischte Auffälligkeiten         |                     |
| 5 Schizoid/Zwanghaft      |                                   |                     |
| 6 Aufmerksamkeitsprobleme |                                   |                     |
| 7 Dissoziales Verhalten   | Externalisierende Auffälligkeiten |                     |
| 8 Aggressives Verhalten   |                                   |                     |

Wie in Tabelle 11 ersichtlich, werden die Syndromskalen 1, 2 und 3 zur Gruppe der Internalisierenden Auffälligkeiten zusammengefasst. Kinder oder Jugendliche mit einer hohen Ausprägung in der Skala **Sozialer Rückzug** möchten lieber allein sein, sind häufiger traurig verstimmt und sind eher schüchtern. Im Bereich **Körperliche Beschwerden** werden verschiedene somatische Symptome wie Übelkeit, Kopf- oder Bauchschmerzen, sowie Müdigkeit erfragt. Die Skala **Ängstlich/Depressiv** setzt sich aus Items zusammen, die Minderwertigkeits- und Schuldgefühle, Ängstlichkeit und Nervosität oder Klagen über Einsamkeit und soziale Ablehnung beschreiben.

Zur Gruppe der Externalisierenden Auffälligkeiten werden die Syndromskalen **Dissoziales Verhalten** und **Aggressives Verhalten** gezählt.

Die restlichen Skalen werden zur Gruppe der gemischten Auffälligkeiten zusammengefasst. Die Skala **Soziale Probleme** setzt sich aus Items zur Ablehnung durch Gleichaltrige und unreifes Sozialverhalten zusammen. Die Items der Skala **Schizoid/Zwanghaft** beschreiben tendenziell zwanghaftes Denken und Handeln, sowie psychotisch anmutende Verhaltensweisen. In der Skala **Aufmerksamkeitsprobleme** werden motorische Unruhe, Impulsivität und Konzentrationsstörungen erhoben.

In Tabelle 12 sind Beispielitems und die Anzahl der Items für jede Syndromskala angegeben. Dazu muss bemerkt werden, dass einige Items doppelt, d.h. in zwei Syndromskalen, eingehen.

Tabelle 12: Syndromskalen, Anzahl der Items und Beispielitem des YSR.

| Syndromskalen             | Anzahl der Items | Beispielitem   |
|---------------------------|------------------|--|
| 1 Sozialer Rückzug        | 7                | „Ich bin lieber allein als mit anderen zusammen.“                          |
| 2 Körperliche Beschwerden | 9                | „Ich fühle mich schwindelig.“  |
| 3 Ängstlich/Depressiv     | 16               | „Ich fühle mich einsam.“   |
| 4 Soziale Probleme        | 8                | „Ich bin zu abhängig von Erwachsenen.“                                     |
| 5 Schizoid/Zwanghaft      | 7                | „Ich komme von bestimmten Gedanken nicht los.“                             |
| 6 Aufmerksamkeitsprobleme | 9                | „Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger aufzupassen.“ |
| 7 Dissoziales Verhalten   | 11               | „Ich lüge oder schwinde.“  |
| 8 Aggressives Verhalten   | 19               | „Ich streite häufig oder widerspreche.“                                    |

### Gütekriterien

Die testtheoretischen Gütekriterien wurden für die deutsche Version des YSR von Döpfner et al. (129) anhand einer Stichprobe kinder- und jugendpsychiatrischer Patientinnen und Patienten (N=292) überprüft. Für die Gesamtauffälligkeit und die übergeordneten Skalen „Internalisierende Auffälligkeiten“ und „Externalisierende Auffälligkeiten“ konnten gute interne Konsistenzen von  $\geq .86$  festgestellt werden. Befriedigende interne Konsistenzen lassen sich für die Syndromskalen „Aggressives Verhalten“, „Ängstlich/Depressiv“, „Körperliche Beschwerden“, „Dissoziales Verhalten“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“ für beide Geschlechter finden. Die internen Konsistenzen der Kompetenzskalen sind jedoch mangelhaft. Die faktorielle Validität des YSR konnte durch die Berechnung einer Faktorenanalyse weitgehend bestätigt werden.

## 8.5.2 Messinstrumente Eltern bzw. Erziehungsberechtigte

Tabelle 13 gibt einen Überblick über die bei den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten eingesetzten Messinstrumente und die dabei erfassten Konstrukte.

Tabelle 13: Übersicht über die Messinstrumente und die erfassten Konstrukte – Eltern bzw. Erziehungsberechtigte.

| Messinstrument  | Bereich                                   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>KIDSCREEN-52</b><br/>Quality of life questionnaire for children and adolescents (Elternversion für Österreich)</li> </ul> | <b>gesundheitsbezogene Lebensqualität</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Schichtindex</b></li> </ul>   | <b>sozioökonomischer Status</b>           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CBCL/4-18</b><br/>Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen</li> </ul>                             | <b>psychische Auffälligkeiten</b>         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fragebogen zur Inanspruchnahme von Einrichtungen und Angeboten</b></li> </ul>   | <b>Inanspruchnahmeverhalten</b>           |

### 8.5.2.1 KIDSCREEN-52 (Elternversion)

Die Elternversion des KIDSCREEN-52 dient der Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität des Kindes durch die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten. In der Skalenstruktur, sowie dem Itemaufbau korrespondiert die Elternversion mit der Kinder- und Jugendlichenversion und besteht daher aus 52 Items, die sich ebenso in 10 Dimensionen zusammenfassen lassen (s. Tabelle 9).

Wie in der Kinder- und Jugendlichenversion steht in der Elternversion für die Beantwortung der Fragen ein fünfstufiges Antwortformat („nie“ bis „immer“) zur Verfügung. Es wurde in dieser Untersuchung die österreichische „Papier-Bleistift-Version“ verwendet (s. Anhang B).

#### **Gütekriterien**

Die Berechnung der internen Konsistenz nach Cronbach (125) ergab in der Elternversion für alle Dimensionen gute bis sehr gute Werte zwischen .77 und .90. Die Übereinstimmung zwischen Kinder- und Elternurteil war zufriedenstellend (Intraklassen-Korrelationskoeffizienzwerte zwischen .45 und .62). Die Multitrait-

Multimethod Analyse zeigte eine positive Korrelation zwischen den Werten der Fremd- und Selbstbeurteilung des KIDSCREEN-52. Somit ist die Konvergenzvalidität der Elternversion bestätigt (26).

### 8.5.2.2 Schichtindex

Zur Erfassung des sozioökonomischen Status der Eltern wurde der „Schichtindex“ aus der Studierenden-Sozialerhebung des Instituts für Höhere Studien von Wroblewski und Unger (130) verwendet. Für die Konstruktion des „Schichtindex“ werden die Angaben zu Beruf und Bildung der Eltern berücksichtigt, um damit Informationen über die „soziale Herkunft“ bzw. den sozioökonomischen Status des Kindes/Jugendlichen zu bekommen. Für die Berechnung des „Schichtindex“ wurden der derzeitige oder zuletzt ausgeübte Beruf der Eltern und deren höchster Bildungsabschluss herangezogen. Auf die Erhebung des Elterneinkommens als mögliches weiteres Schichtungsmerkmal wird im „Schichtindex“ aufgrund der häufig nicht validen Angaben verzichtet. Der Schichtindex wurde in dieser Studie für beide Elternteile getrennt erfragt.

Der Beruf der Eltern wird in 12 Kategorien erhoben, wobei die 11 Berufstypen in 7 Berufsklassen zusammengefasst werden. Aus dem höchsten Bildungsabschluss (8 Kategorien) lassen sich ebenfalls 7 Bildungsklassen bilden (s. Anhang B).

Aus der Zuordnung zu einer Berufs- oder Bildungsklasse kann ein Indexwert von Minimum 2 bis Maximum 14 berechnet werden (s. Tabelle 14).

Tabelle 14: Konstruktion des Schichtindex.

|              |   | Bildungsklasse |   |    |    |    |    |    |
|--------------|---|----------------|---|----|----|----|----|----|
|              |   | 1              | 2 | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
| Berufsklasse | 1 | 2              | 3 | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  |
|              | 2 | 3              | 4 | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  |
|              | 3 | 4              | 5 | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
|              | 4 | 5              | 6 | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 |
|              | 5 | 6              | 7 | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 |
|              | 6 | 7              | 8 | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 |
|              | 7 | 8              | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |

Jeder Indexwert kann wiederum einer Schicht zugeordnet werden:

- **Hohe Schicht:** Indexwerte 12 bis 14
- **Gehobene Schicht:** Indexwerte 9 bis 11
- **Mittlere Schicht:** Indexwerte 6 bis 8
- **Niedrige Schicht:** Indexwert 2 bis 5

Die Zuordnung zu einer der vier Schichten ermöglicht eine aussagekräftige Auskunft über die soziale Schichtung der Herkunftsfamilie (130).

### **Gütekriterien**

Der „Schichtindex“ handelt ist mehrfach erprobtes Verfahren, welches in den Jahren 2002, 2006 und 2009 in der Studierenden-Sozialerhebung des Instituts für Höhere Studien eingesetzt wurde (130-132). Ein großer Vorteil des „Schichtindex“ ist, dass er österreich-spezifische Bildungsabschlüsse wie Lehre, Meisterprüfung oder Akademien erfasst, welche in internationalen Indizes nicht gezielt erhoben werden. Ein Nachteil muss ist, dass keine Informationen über psychometrische Gütekriterien des Index vorliegen.

Neben dem „Schichtindex“ wurden soziodemografische Fakten, wie der **Verwandtschaftsgrad** und das **Alter der Eltern** erfragt. Es wurde auch erhoben, ob einer der Elternteile **alleinerziehend** ist. Auch diese Informationen wurden getrennt für beide Elternteile erfragt (s. Anhang B).

Des Weiteren wurde die **Größe des Wohnortes**, die **Anzahl** und das **Alter der Geschwister** und der **körperliche Gesundheitszustand** des Kindes erfasst (s. Anhang B).

### 8.5.2.3 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18)

Der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) (133) ist die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist von Achenbach (134). Zur Verfahrensfamilie der CBCL/4-18 zählen auch der Fragebogen für Jugendliche (YSR) oder der Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern

und Jugendlichen (TRF), wobei eine starke inhaltliche Korrespondenz zwischen den Verfahren besteht.

Die CBCL/4-18 ist ein Fremdbeurteilungsfragebogen, in welchem die Eltern oder Erziehungsberechtigten die Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren einschätzen.

Wie im YSR werden im ersten Teil des Elternfragebogens Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen erfragt, dabei können die Eltern sportliche und andere Aktivitäten des Kindes/Jugendlichen angeben. Daneben werden soziale Kompetenzen, Angaben zur Schulleistung oder Erkrankungen des Kindes erfragt. Im zweiten Teil des Fragebogens werden mittels 120 Items Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden beschrieben. In 118 Items werden spezifische Auffälligkeiten beschrieben; in zwei Items (56h und 113) besteht die Möglichkeit, Auffälligkeiten zu beschreiben, die in den spezifischen Items nicht erfragt werden. Die Beurteilung erfolgt durch eine dreistufige Antwortskala (0= „nicht zutreffend“, 1= „etwas oder manchmal zutreffend“ und 2= „genau oder häufig zutreffend“) für einen Beurteilungszeitraum der letzten 6 Monate (s. Anhang).

Übereinstimmend mit dem YSR werden aus den Problem-Items des zweiten Teils des Fragebogens 8 Syndromskalen gebildet (s. Tabelle **11**). Diese 8 Skalen können wiederum zu drei übergeordneten Faktoren zusammengefasst werden. 33 Problem-Items sind keiner Skala zugeordnet, gehen jedoch gemeinsam mit den anderen Items in den 118 Items umfassenden Gesamtwert ein.

Aufgrund der inhaltlichen Übereinstimmung der Syndromskalen zwischen CBCL/4-18 und YSR sei auf die inhaltliche Beschreibung der einzelnen Syndromskalen in Kapitel 8.5.1.3 verwiesen. Tabelle **15** gibt einen Überblick über die Itemanzahl der einzelnen Syndromskalen.

Tabelle 15: Syndromskalen, Anzahl der Items und Beispielitem der CBCL/4-18.

| Syndromskalen             | Anzahl der Items | Beispielitem   |
|---------------------------|------------------|--|
| 1 Sozialer Rückzug        | 9                | „Ist lieber allein als mit anderen zusammen.“                |
| 2 Körperliche Beschwerden | 9                | „Fühlt sich schwindelig.“                                    |
| 3 Ängstlich/Depressiv     | 14               | „Klagt über Einsamkeit.“                                     |
| 4 Soziale Probleme        | 8                | „Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig.“          |
| 5 Schizoid/Zwanghaft      | 7                | „Kommt von bestimmten Gedanken nicht los.“                   |
| 6 Aufmerksamkeitsprobleme | 11               | „Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.“ |
| 7 Dissoziales Verhalten   | 13               | „Lügt, betrügt oder schwindelt.“                             |
| 8 Aggressives Verhalten   | 20               | „Streitet oder widerspricht viel.“                           |

### Gütekriterien

Die Überprüfung der testtheoretischen Gütekriterien der deutschen Version der CBCL/4-18 erfolgte anhand einer Stichprobe von 1653 Patientinnen und Patienten zweier kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen, sowie einer allgemeinen Stichprobe von 1622 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Dabei zeigten sich gute bis sehr gute interne Konsistenzen ( $r_{tt} > .80$ ). In einer Faktorenanalyse mithilfe der klinischen Stichprobe konnten die Syndromskalen bestätigt werden, mit der Ausnahme, dass die Skalen „Soziale Probleme“ und „Soziale Rückzug“ auf denselben Faktor luden (135).

#### 8.5.2.4 Fragebogen zur Inanspruchnahme von Angeboten und Einrichtungen

Der „Fragebogen zur Inanspruchnahme von Angeboten und Einrichtungen“ stellt eine für diese Untersuchung adaptierte Version des CAMHSRI-EU (Children and Adolescent Mental Health Service Receipt Inventory-European Version) (136) dar. Der CAMHSRI-EU wurde im Zuge eines EU-Projekts zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zur Schätzung der Versorgungskosten bzw. zur Erfassung individueller Muster der Serviceinanspruchnahme aus dem international häufig eingesetzten Verfahren, dem Client Receipt Inventory (CSRI) (137) entwickelt. Bei der Modifikation des Fragebogens wurden die Antwortkategorien an die Gegebenheiten der Versorgung in der Steiermark angepasst, sowie das

Antwortformat vereinfacht. Zielsetzung des Fragebogens ist es, durch die Eltern oder Erziehungsberechtigten Informationen über die Nutzung von Einrichtungen und Behandlungsangeboten aufgrund von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten zu sammeln. Es werden im Fragebogen vier Kategorien von Einrichtungen bzw. Angeboten unterschieden (s. Tabelle 16).

Tabelle 16: Einrichtungs-/Angebotskategorie und Itemanzahl des „Fragebogen zur Inanspruchnahme von Angeboten und Einrichtungen“.

| Einrichtungs-/Angebotskategorie                        | Itemanzahl |
|--|------------|
| 1 Stationärer Aufenthalt                               | 14         |
| 2 Ambulante Behandlungsangebote                        | 11         |
| 3 Weitere Betreuungsangebote/spezifische Einrichtungen | 10         |
| 4 Schulische Angebote bzw. Einrichtungen               | 7          |

Für jedes Item steht ein dichotomes Antwortformat mit „Ja“ und „Nein“ durch Ankreuzen zur Verfügung (s. Anhang B).

### Gütekriterien

Der CAMHSRI-EU wurde durch Expertinnen und Experten der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die hier vorliegende Untersuchung so adaptiert, dass er den Besonderheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und den Angeboten/Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe in der Steiermark gerecht wird. Der zur Verfahrensfamilie gehörende „Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory“ zeigte sich in seiner deutschen Version an einer psychiatrischen Stichprobe als praktikables Instrument (137).

## 8.6 Untersuchungsdurchführung

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz rekrutiert. Zu diesem Zwecke wurde eine Genehmigung bei der Anstaltsleitung der Klinik und der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz eingeholt. Das gesamte Behandlungsteam der Abteilung wurde über die Zielsetzungen sowie die Durchführungsbedingungen und Abläufe des Forschungsvorhabens mündlich und schriftlich informiert. Für die an der Studie notwendigerweise beteiligten Berufsgruppen (Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzte, Studierende) wurden Checklisten und Infoblätter angefertigt, um eine gesicherte Informationsvermittlung und einen standardisierten Ablauf zu gewährleisten.

### 8.6.1 Untersuchungsablauf

**Erziehungsberechtigte.** Die erste Kontaktaufnahme und Informationsvermittlung über die Untersuchung erfolgte zumeist in der Aufnahmesituation durch die Aufnahmeärztin/den Aufnahmearzt bzw. durch das Pflegepersonal. Wurden die Einschlusskriterien erfüllt, wurde den Erziehungsberechtigten ein Informationsblatt über die Untersuchung, die Einwilligungserklärung, sowie die für die Fremdbeurteilung eingesetzten Fragebogenverfahren in einem frankierten und adressierten Kuvert übergeben (s. Anhang B).

Standen die Erziehungsberechtigten bei der Aufnahme nicht zur Verfügung oder war aufgrund der Krisenhaftigkeit der Aufnahmesituation eine Informationsvermittlung nicht möglich, wurde zu einem späteren Zeitpunkt mit den Erziehungsberechtigten bezüglich der Studie Kontakt aufgenommen und das Kuvert mit dem Informationsblatt, der Einwilligungserklärung und den Fragebögen übergeben.

Die Erziehungsberechtigten wurden bei der Übergabe des Kuverts dazu angehalten, die Fragebögen in einer ruhigen Umgebung auszufüllen und sobald wie möglich auf der Station abzugeben oder mittels beigelegtem frankierten und adressierten Kuvert an die Abteilung zurückzusenden.

**Patientinnen und Patienten.** Voraussetzung für die Teilnahme der Patientinnen und Patienten an der Untersuchung war die Zustimmung der Erziehungsberechtigten und die eigene (schriftliche) Einwilligung zur freiwilligen Teilnahme. Die erste Kontaktaufnahme zur Patientin/zum Patienten im Hinblick auf die Untersuchung passierte abhängig vom Zustand in den ersten Tagen des Aufenthaltes. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist und sie jederzeit die Möglichkeit haben, von der Teilnahme zurückzutreten.

Nach einer Vorstellung des Forschungsvorhabens erfolgte eine mündliche Instruktion für die einzelnen Testverfahren durch einen klinischen Psychologen/ eine klinische Psychologin oder durch geschulte Fachkräfte (Studierende der Psychologie). Den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen wurde erklärt, dass es sich bei der Untersuchung um keine Prüfung oder Test handle, sondern um Fragebögen, bei denen es keine falschen oder richtigen Antworten gäbe. Für die Leistungsdiagnostik erfolgte eine gesonderte Instruktion. Mit Ausnahme der Leistungsdiagnostik (CFT-20-R), welche am Computer durchgeführt wurde, handelt es sich bei den restlichen Fragebögen um Papier-Bleistift-Verfahren.

Aufgrund des Umfangs des Untersuchungsmaterials wurde die Testung auf zwei Termine aufgeteilt, wobei die Testung immer vormittags in den Räumlichkeiten der klinischen Psychologie an der Abteilung stattfand. Zum ersten Termin wurden folgende Testverfahren vorgegeben:

- KIDSCREEN-52
- YSR
- FAS

Der zweite Termin (wenn möglich am darauf folgenden Tag) bestand aus folgenden Testverfahren:

- CFT 20-R
- SCL-90-R
- SOZU-K-22

Die Testdauer betrug pro Termin ca. eine Stunde, wobei interindividuell eine zeitliche Schwankungsbreite beobachtbar war. Während der gesamten Testung stand eine psychologisch geschulte Fachkraft für Fragen zur Verfügung. Aufgrund der organisatorischen Gegebenheiten wurden alle Testungen als Individualtestungen durchgeführt.

## 8.7 Statistische Auswertung

### 8.7.1 Dateneingabe

Die Dateneingabe erfolgte in das Statistikprogramm SPSS 21. Die Daten wurden mit SPSS 21 verarbeitet und ausgewertet. Für fehlende Werte wurde in SPSS kein gesonderter Wert eingegeben, in der weiteren Verarbeitung der Daten wurden aufgrund der Datenstruktur fehlende Werte nicht durch z.B. Skalenmittelwerte ersetzt. Skalensummenwerte wurden daher nur bei vollständigem Datensatz berechnet.

### 8.7.2 Statistische Verfahren

#### 8.7.2.1 Prüfung der Zusammenhangshypothesen

Zur Überprüfung der Zusammenhangshypothesen wurden bei normalverteilten Daten die Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson berechnet. Bei nicht normalverteilten Variablen wurde die Rangkorrelation nach Spearman verwendet. Eine Korrelation von  $r \geq .40$  wurde dabei als mittel, eine Korrelation von  $r \geq .60$  als hoch eingestuft (138).

#### **Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Es erfolgte eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson zwischen den KIDSCREEN-Skalen der Fremd- und Selbstbeurteilung.

#### 8.7.2.2 Prüfung der Unterschiedshypothesen

Zur Prüfung der Unterschiedshypothesen wurden parametrische Verfahren eingesetzt, wobei Voraussetzungstests zur Überprüfung der Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test) und der Homogenität der Varianzen (Levene-Test) durchgeführt wurden. Wurden die Voraussetzungen einer Normalverteilung nicht erfüllt, wurden nicht-parametrische Verfahren (Mann Whitney U-Test, Kruskal-Wallis-Test) eingesetzt, bei ungleichen Varianzen wurde der Welch-Test durchgeführt. Als Post-Hoc Test wurde der Scheffè-Test berechnet.

## Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Es wurde zunächst eine multivariate einfaktorielle Varianzanalyse ( $\alpha \leq .05$ ) für alle Subskalen durchgeführt, anschließend wurden t-Tests oder univariate Varianzanalysen berechnet. Es wurden folgende *Unabhängige Variablen* eingesetzt:

- Alter (11-14 Jahre/15-18 Jahre)
- Geschlecht (männlich/weiblich)
- Sozioökonomischer Status (niedrig/mittel/hoch)
- Familienkonstellation (Kernfamilie mit beiden Eltern/andere Familienkonstellationen)
- Anzahl der Freundinnen und Freunde (keine/n oder eine/n FreundIn/zwei oder mehrere FreundInnen)
- Wohnortgröße (Großstadt: mehr als 100.000 EinwohnerInnen/keine Großstadt: weniger als 100.00 EinwohnerInnen)
- psychische Auffälligkeit (unauffällig/grenzwertig/auffällig)
- Inanspruchnahmeverhalten (keine Inanspruchnahme/Inanspruchnahme)

Die *Abhängigen Variablen* waren die Lebensqualitätsskalen des KIDSCREEN-52.

## Inanspruchnahmeverhalten

Es wurden hier nur non-parametrische Verfahren durchgeführt, da eine Normalverteilung nicht gegeben war.

*Unabhängige Variablen:*

- Alter (11-14 Jahre/15-18 Jahre)
- Geschlecht (männlich/weiblich)
- Sozioökonomischer Status (niedrig/mittel/hoch)
- Familienkonstellation (Kernfamilie mit beiden Eltern/andere Familienkonstellationen)
- Anzahl der Freundinnen und Freunde (keine/n oder eine/n FreundIn/zwei oder mehrere FreundInnen)
- Wohnortgröße (Großstadt: mehr als 100.000 EinwohnerInnen/keine Großstadt: weniger als 100.00 EinwohnerInnen)
- Lebensqualität (unterdurchschnittlich/durchschnittlich/überdurchschnittlich)
- psychische Auffälligkeit (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

*Abhängige Variablen:* vier Bereiche des Inanspruchnahmeverhaltens

### 8.7.2.3 Zusammenhangsanalyse: Regressionsberechnung

Es wurde eine Kovarianzanalyse mittels Regressionsrechnung nach dem Allgemeinen Linearen Modell durchgeführt. Effektgrößen ( $\eta^2$ ) wurden folgendermaßen bewertet (138):

kleiner Effekt:  $\eta^2 = 0,01$

mittlerer Effekt:  $\eta^2 = 0,06$

großer Effekt:  $\eta^2 = 0,14$

#### **Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

*Unabhängige Variablen:*

- Geschlecht (männlich/weiblich)
- Sozialer Status – Family Affluence Scale (niedrig/mittel/hoch)
- Familienkonstellation (Kernfamilie/andere Familienkonstellation)

*Kovariaten (kontinuierliche Variablen)*

- Alter
- Anzahl der Freunde/Peers

*Abhängige Variable:* KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen

#### **Inanspruchnahmeverhalten**

*Unabhängige Variablen:*

- Geschlecht (männlich/weiblich)
- Sozialer Status – Family Affluence Scale (niedrig/mittel/hoch)
- Familienkonstellation (Kernfamilie/andere Familienkonstellation)

*Kovariaten (kontinuierliche Variablen)*

- Alter
- Wohnortgröße

*Abhängige Variable:* die vier Bereiche des Inanspruchnahmeverhaltens

## 9 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden deskriptive Resultate sowie die Ergebnisse zur Hypothesenprüfung angeführt. Des Weiteren werden Auswertungen der Regressionsanalyse dargestellt.

### 9.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die zehn Skalensummenwerte des KIDSCREEN-52, sowohl der Selbstbeurteilung als auch der Fremdbeurteilung, konnten anhand einer Normierungstichprobe aus 13 europäischen Ländern (darunter auch Österreich) in T-Werte umgewandelt werden. Die Transformierung in T-Werte (Mittelwert = 50, Standardabweichung = 10) ermöglicht die Einordnung der Scores der hier vorliegenden Stichprobe in drei Lebensqualitätsgruppen:

1. Gruppe: Lebensqualität unter dem Normbereich ( $T < 40$ )
2. Gruppe: Lebensqualität im Normbereich ( $40 \leq T \leq 60$ )
3. Gruppe: Lebensqualität über dem Normbereich ( $T > 60$ )

Tabelle 17 und Tabelle 18 geben einen Überblick über die prozentuelle Häufigkeit der einzelnen KIDSCREEN-52 Skalen in den drei Lebensqualitätsgruppen.

In der Selbstbeschreibung der Kinder und Jugendlichen finden sich im Vergleich zur Normierungstichprobe in den KIDSCREEN-Skalen „Psychisches Wohlbefinden“ (54,7%) und „Stimmung und Emotionen“ (53,9%) die niedrigsten Lebensqualitätswerte (s. Tabelle 17).

Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung (Selbstbeurteilung) für die KIDSCREEN-Lebensqualitätsskala (T-Werte).

| KIDSCREEN-Skalen            | N   | M     | SD    | LQ<br><i>unter</i><br>Normbereich | LQ<br><i>im</i><br>Normbereich | LQ<br><i>über</i><br>Normbereich |
|-----------------------------|-----|-------|-------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Körperliches Wohlbefinden   | 151 | 41,95 | 9,55  | 43,0%                             | <b>52,3%</b>                   | 4,6%                             |
| Psychisches Wohlbefinden    | 150 | 39,67 | 11,46 | <b>54,7%</b>                      | 39,3%                          | 6,0%                             |
| Stimmung und Emotionen      | 152 | 40,00 | 12,00 | <b>53,9%</b>                      | 39,5%                          | 6,6%                             |
| Selbstwahrnehmung           | 151 | 44,71 | 11,67 | 33,8%                             | <b>52,3%</b>                   | 13,9%                            |
| Autonomie                   | 151 | 43,94 | 10,50 | 31,1%                             | <b>58,3%</b>                   | 10,6%                            |
| Beziehung zu Eltern         | 148 | 42,66 | 10,50 | 35,8%                             | <b>59,5%</b>                   | 4,7%                             |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 150 | 48,92 | 11,01 | 19,3%                             | <b>57,3%</b>                   | 23,3%                            |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 148 | 45,08 | 12,69 | 29,7%                             | <b>59,5%</b>                   | 10,8%                            |
| Schulisches Umfeld          | 143 | 41,10 | 11,77 | 46,2%                             | <b>47,6%</b>                   | 6,3%                             |
| Soziale Akzeptanz           | 151 | 44,30 | 12,87 | 44,4%                             | <b>55,6%</b>                   | 0%                               |

Anmerkung: LQ...Lebensqualität, N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, **fett** gedruckt...höchster prozentueller Anteil;

In der Beurteilung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen durch ihre Erziehungsberechtigten zeigte sich, dass diese in den KIDSCREEN-Skalen „Körperliches Wohlbefinden“ (70,0%), „Psychisches Wohlbefinden“ (81,9%), „Stimmung und Emotionen“ (90,9%), „Selbstwahrnehmung“ (56,4%), „Beziehung zu Eltern“ (51,9%), „Schulisches Umfeld“ (61,5%) und „Soziale Akzeptanz“ (66,4%) die stärksten Einschränkungen der Lebensqualität wahrnahmen (s. Tabelle 18).

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung (Fremdbeurteilung) für die KIDSCREEN-Lebensqualitätsskala (T-Werte).

| KIDSCREEN-Skalen            | N   | M     | SD    | LQ<br><i>unter</i><br>Normbereich | LQ<br><i>im</i><br>Normbereich | LQ<br><i>über</i><br>Normbereich |
|-----------------------------|-----|-------|-------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Körperliches Wohlbefinden   | 130 | 35,65 | 11,31 | <b>70,0%</b>                      | 28,5%                          | 1,5%                             |
| Psychisches Wohlbefinden    | 138 | 32,02 | 10,27 | <b>81,9%</b>                      | 15,2%                          | 2,9%                             |
| Stimmung und Emotionen      | 135 | 29,46 | 10,45 | <b>90,9%</b>                      | 8,3%                           | 0,8%                             |
| Selbstwahrnehmung           | 133 | 39,76 | 7,21  | <b>56,4%</b>                      | 42,9%                          | 0,8%                             |
| Autonomie                   | 139 | 52,11 | 9,86  | 10,8%                             | <b>61,9%</b>                   | 27,3%                            |
| Beziehung zu Eltern         | 131 | 39,71 | 9,96  | <b>51,9%</b>                      | 45,0%                          | 3,1%                             |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 139 | 54,24 | 9,15  | 5,8%                              | <b>68,3%</b>                   | 25,9%                            |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 126 | 43,10 | 14,51 | 34,1%                             | <b>57,9%</b>                   | 7,9%                             |
| Schulisches Umfeld          | 117 | 38,57 | 11,25 | <b>61,5%</b>                      | 35,9%                          | 2,6%                             |
| Soziale Akzeptanz           | 128 | 37,06 | 14,33 | <b>66,4%</b>                      | 33,6%                          | 0%                               |

Anmerkung: LQ...Lebensqualität, N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, **fett** gedruckt...höchster prozentueller Anteil;

### 9.1.1 Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Bei der Berechnung des Zusammenhangs zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung der KIDSCREEN-Skalen wurden niedrige bis mittlere Zusammenhänge gefunden. Mittlere Korrelationen konnten zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung in den Lebensqualitätsskalen „Selbstwahrnehmung“ ( $r = .433$ ) und „Soziale Akzeptanz“ ( $r = .484$ ) gefunden werden.

Signifikante, jedoch niedrige Zusammenhänge wurden zwischen der Fremd- und Selbstbeschreibung in den Skalen „Körperliches Wohlbefinden“ ( $r = .371$ ), „Finanzielle Möglichkeiten“ ( $r = .298$ ), „Beziehung zu Gleichaltrigen“ ( $r = .293$ ) und „Schulisches Umfeld“ ( $r = .290$ ) ermittelt. Weitere signifikante Zusammenhänge fanden sich zwischen der Einschätzung der „Selbstwahrnehmung“ durch die Erziehungsberechtigten und den Skalen „Körperliches Wohlbefinden“ ( $r = .305$ ) sowie „Stimmung und Emotionen“ ( $r = .224$ ) der Kinder und Jugendlichen. Ein negativer Zusammenhang ließ sich zwischen der Fremdbeurteilung Lebensqualitätsskala „Beziehung zu Eltern“ und der Selbsteinschätzung in den Skalen „Körperliches Wohlbefinden“ ( $r = -.230$ ) sowie „Soziale Akzeptanz“ ( $r = -.238$ ) finden (s. Tabelle 19).

Tabelle 19: Korrelationsstatistische Zusammenhänge zwischen der Fremd- und Selbstbeurteilung der KIDSCREEN-Skalen.

|                   |    | Fremdbeurteilung |       |       |               |       |        |               |               |               |               |
|-------------------|----|------------------|-------|-------|---------------|-------|--------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                   |    | KW               | PW    | SE    | SW            | AU    | BE     | FM            | BG            | SU            | SA            |
| Selbstbeurteilung | KW | .371**           | .124  | .186  | .305*         | -.057 | -.230* | .006          | .060          | -.086         | -.025         |
|                   | PW | .098             | .009  | .063  | .178          | -.079 | -.073  | -.088         | -.044         | -.023         | -.042         |
|                   | SE | .055             | -.028 | .059  | .224*         | -.076 | -.064  | -.152         | -.026         | -.128         | -.036         |
|                   | SW | .174             | .051  | .081  | <b>.433**</b> | -.078 | -.009  | -.107         | -.121         | -.050         | .052          |
|                   | AU | .082             | .082  | .141  | .169          | .084  | .060   | -.028         | -.030         | -.096         | -.052         |
|                   | BE | -.129            | -.067 | -.035 | .201          | -.151 | .181   | .001          | -.153         | .057          | -.063         |
|                   | FM | .071             | .077  | .090  | .151          | .008  | -.009  | <b>.298**</b> | .067          | .050          | .052          |
|                   | BG | .093             | .043  | .137  | .039          | .026  | -.156  | -.090         | <b>.293**</b> | -.143         | .047          |
|                   | SU | .011             | -.089 | -.102 | -.093         | -.031 | -.024  | .089          | -.096         | <b>.290**</b> | .056          |
|                   | SA | -.005            | -.056 | .113  | -.058         | .020  | -.238* | -.156         | .241          | -.209         | <b>.484**</b> |

Anmerkungen: KW...Körperliches Wohlbefinden, PW...Psychisches Wohlbefinden, SE...Stimmung und Emotionen, SW...Selbstwahrnehmung, AU...Autonomie, BE...Beziehung zu Eltern, FM...Finanzielle Möglichkeiten, BG...Beziehung zu Gleichaltrigen, SU...Schulisches Umfeld, SA...Soziale Akzeptanz; \*\*...Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant, \*...Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant; mittlere oder hohe Korrelationen ( $r \geq .40$ ) sind **fett** gedruckt;

Die These, dass ein Zusammenhang in der Beurteilung „beobachtbarer“ Lebensqualitätsbereiche von Kindern/Jugendlichen und Erziehungsberechtigten besteht, konnte zwar bestätigt werden, jedoch ist die Korrelation in den Lebensqualitätsskalen „Selbstwahrnehmung“ und „Soziale Akzeptanz“ höher.

### 9.1.2 Einfluss von Alter und Geschlecht auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

**Alter.** Bei der multivariaten Berechnung konnte kein signifikanter Einfluss der beiden Alterskategorien (11-14 und 15-18 Jahre) festgestellt werden ( $F_{10,124} = 1,04$ ;  $p = .411$ ). In der Beurteilung der Lebensqualität durch die Erziehungsberechtigten konnte ebenfalls kein signifikantes Ergebnis in der multivariaten Berechnung erzielt werden ( $F_{10,72} = 1,56$ ;  $p = .136$ ).

**Geschlecht.** Multivariat konnte ein signifikanter Geschlechtseffekt gefunden werden ( $F_{10,124} = 3,16$ ;  $p = .001$ ). Mittels univariater Berechnungen fanden sich in der Selbstbeschreibung in den KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen „Körperliches Wohlbefinden“ ( $p = .000$ ), „Psychisches Wohlbefinden“ ( $p = .000$ ), „Stimmung und Emotionen“ ( $p = .000$ ) und „Selbstwahrnehmung“ ( $p = .000$ ) bedeutsame Geschlechtsunterschiede dahingehend, dass Burschen signifikant höhere Werte aufwiesen als Mädchen (s. Tabelle 20).

Tabelle 20: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit des Geschlechts.

| KIDSCREEN-Skalen            | Mädchen |       |      | Jungen |       |      | p           |
|-----------------------------|---------|-------|------|--------|-------|------|-------------|
|                             | N       | M     | SD   | N      | M     | SD   |             |
| Körperliches Wohlbefinden   | 99      | 14,51 | 3,49 | 52     | 17,79 | 4,39 | <b>.000</b> |
| Psychisches Wohlbefinden    | 98      | 17,65 | 5,68 | 52     | 21,35 | 6,17 | <b>.000</b> |
| Stimmung und Emotionen      | 100     | 21,00 | 7,00 | 52     | 25,71 | 7,32 | <b>.000</b> |
| Selbstwahrnehmung           | 99      | 15,30 | 5,54 | 52     | 19,31 | 4,70 | <b>.000</b> |
| Autonomie                   | 99      | 16,49 | 4,63 | 52     | 16,96 | 4,88 | .564        |
| Beziehung zu Eltern         | 96      | 20,48 | 5,90 | 52     | 22,25 | 6,06 | .086        |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 98      | 10,85 | 3,81 | 52     | 11,71 | 3,12 | .162        |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 97      | 20,45 | 6,48 | 51     | 21,41 | 6,27 | .389        |
| Schulisches Umfeld          | 94      | 16,30 | 6,09 | 49     | 18,41 | 6,17 | .052        |
| Soziale Akzeptanz           | 99      | 11,87 | 3,37 | 52     | 12,79 | 2,64 | .067        |

Anmerkung: N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

In Abbildung 4 werden die signifikanten Geschlechtsunterschiede grafisch dargestellt.

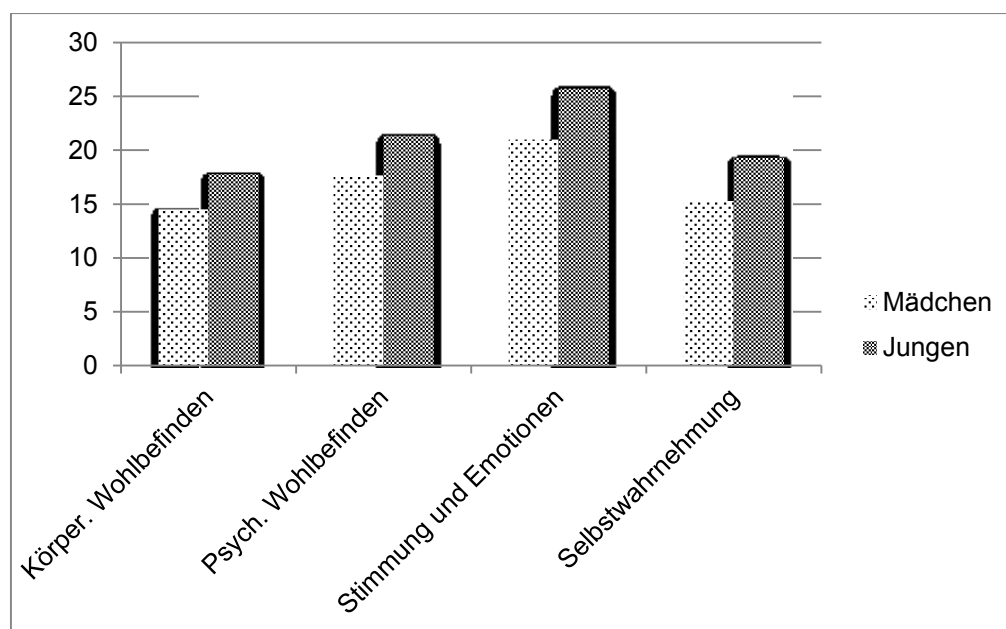


Abbildung 4: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit des Geschlechts.

Durch die Einschätzung der Erziehungsberechtigten konnte bei der Berechnung einer multivariaten Varianzanalyse ebenfalls ein signifikantes Resultat gefunden

werden ( $F_{10,72} = 2,42$ ;  $p = .015$ ). Univariat zeigten sich in den beiden KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen „Körperliches Wohlbefinden“ ( $p = .001$ ) und „Selbstwahrnehmung“ ( $p = .000$ ) signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Auch hier wiesen Jungen in beiden Lebensqualitätsbereichen deutlich höhere Werte auf.

Im untersuchten Kollektiv konnte nicht nachgewiesen werden, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit zunehmenden Alter abnimmt. Bestätigt wurde jedoch die Hypothese, dass Buben eine signifikant höhere Lebensqualität aufwiesen als Mädchen.

### 9.1.3 Einfluss des sozioökonomischen Status auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

**Family Affluence Scale.** Die multivariate Varianzanalyse ( $F_{20,242} = 1,33$ ;  $p = .162$ ) erbrachte in der Selbstbeurteilung der Lebensqualität kein signifikantes Ergebnis in Abhängigkeit des selbsteingeschätzten sozioökonomischen Status (FAS1-3). In Tabelle 21 werden die Ergebnisse der univariaten Berechnungen dargestellt.

Tabelle 21: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit des sozioökonomischen Status (FAS).

| KIDSCREEN-Skalen            | M     | SD   | M     | SD   | M     | SD   | p    |
|-----------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|------|
|                             | FAS 1 |      | FAS 2 |      | FAS 3 |      |      |
| Körperliches Wohlbefinden   | 16,37 | 4,21 | 15,82 | 4,13 | 15,39 | 4,03 | .592 |
| Psychisches Wohlbefinden    | 20,04 | 6,76 | 19,17 | 5,51 | 18,29 | 6,22 | .448 |
| Stimmung und Emotionen      | 22,48 | 8,29 | 22,98 | 7,05 | 22,23 | 7,56 | .854 |
| Selbstwahrnehmung           | 15,70 | 5,95 | 16,92 | 5,53 | 17,04 | 5,40 | .559 |
| Autonomie                   | 17,12 | 5,54 | 16,68 | 4,42 | 16,36 | 4,80 | .795 |
| Beziehung zu Eltern         | 21,00 | 6,44 | 21,03 | 5,91 | 21,51 | 5,90 | .894 |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 9,92  | 3,92 | 11,24 | 3,76 | 11,78 | 3,58 | .091 |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 20,76 | 6,77 | 21,98 | 5,88 | 19,70 | 6,55 | .142 |
| Schulisches Umfeld          | 17,27 | 6,19 | 17,62 | 6,40 | 16,30 | 6,23 | .521 |
| Soziale Akzeptanz           | 12,27 | 3,44 | 11,77 | 3,21 | 12,61 | 2,94 | .344 |

Anmerkung: FAS 1...niedriger sozioökonomischer Status, FAS 2...mittlerer sozioökonomischer Status, FAS 3...hoher sozioökonomischer Status,  $N_{\text{gesamt}} = 140-148$ , M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

Auch in der Fremdbeurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die Erziehungsberechtigten konnten keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den selbsteingeschätzten Wohlstandsgruppen (FAS1-3) gefunden werden (multivariate Varianzanalyse:  $F_{20,94} = 0,95$ ;  $p = .531$ ).

**Schichtindex Vater/Mutter.** In weiterer Folge wurde überprüft, ob sich die Kinder und Jugendlichen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Abhängigkeit der „Schichtzugehörigkeit“ ihrer Eltern unterscheiden. Die Zuordnung zu einem Schichtindex erfolgte dabei durch die Angaben der Eltern selbst. Aufgrund der ungleichen Zellenbesetzung wurden die Schichtindizes „gehobene Schicht“ und „hohe Schicht“ (SES 3+SES 4) zusammengefasst.

Es wurde in Verbindung mit dem Schichtindex der Mutter in der multivariaten Berechnung kein signifikanter Einfluss in den KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen festgestellt ( $F_{20,132} = 0,85$ ;  $p = .649$ ). In Abhängigkeit des sozioökonomischen Status des Vaters ließ sich ein tendenzieller Unterschied ( $F_{20,108} = 1,59$ ;  $p = .068$ ) in der Selbstbeurteilung der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen finden, auf der univariaten Ebene fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

In der Beurteilung der Lebensqualität durch die Erziehungsberechtigten wurden in Abhängigkeit des sozioökonomischen Status der Mutter ( $F_{20,112} = 1,42$ ;  $p = .130$ ) und des Vaters ( $F_{20,98} = 0,90$ ;  $p = .592$ ) auf multivariater Ebene ebenso kein signifikanter Einfluss festgestellt.

Die Kinder und Jugendlichen der untersuchten Stichprobe zeigten mit einem höheren sozioökonomischen Status keine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität.

#### 9.1.4 Einfluss der Familienkonstellation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

**Familienkonstellation.** Die Kinder und Jugendlichen wurden befragt, wo und in welcher Familienkonstellation sie leben, wobei zur Berechnung der Mittelwertsvergleiche zwei Kategorien gebildet wurden. Die erste Kategorie

umfasst die Kernfamilie mit *beiden* Elternteilen, die zweite Kategorie beinhaltet alle anderen Familienkonstellationen oder Betreuungsformen wie z.B. alleinerziehende Eltern, Großeltern, Pflege- oder Adoptiveltern oder betreute Wohngemeinschaften. Bei der Berechnung einer multivariaten Varianzanalyse ( $F_{10,121} = 1,60$ ;  $p = .115$ ) fand sich kein signifikantes Ergebnis in Abhängigkeit der Familienkonstellation.

Die Beurteilung der Lebensqualität durch die Erziehungsberechtigten (multivariate Varianzanalyse:  $F_{10,47} = 2,53$ ;  $p = .016$ ) erbrachte in Abhängigkeit der Familiensituation in der Skala „Finanzielle Möglichkeiten“ ( $p = .004$ ) einen signifikanten Unterschied. Die Lebensqualität in diesem Bereich wurde für Kinder und Jugendliche, die in einer Familie mit beiden Elternteilen leben, höher eingeschätzt.

**Alleinerziehend.** Kinder und Jugendliche, deren Mütter angaben alleinerziehend zu sein, zeigten keine signifikanten Unterschiede (Multivariate Varianzanalyse:  $F_{10,75} = 0,22$ ;  $p = .994$ ) in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Für alleinerziehende Väter konnte aufgrund der geringen Fallzahl keine Berechnung durchgeführt werden.

Auch in der Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die Erziehungsberechtigten konnten keine Differenzen zwischen alleinerziehenden und nicht-alleinerziehenden Familienkonstellationen gefunden werden ( $F_{10,65} = 0,91$ ;  $p = .531$ ).

Nach Angaben der Erziehungsberechtigten haben Kinder und Jugendliche, die nicht in der Kernfamilie lebten, eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität, bezogen auf ihre finanziellen Möglichkeiten.

#### 9.1.5 Einfluss der Eingebundenheit in die Peergroup auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

**Peers.** Zur Einschätzung der Eingebundenheit in die Gleichaltrigengruppe wurde die Angabe der Kinder und Jugendlichen zur Anzahl ihrer Freundinnen und Freunde herangezogen. Dabei wurden zur weiteren statistischen Verarbeitung

zwei Kategorien gebildet. In Kategorie 1 wurden alle Kinder und Jugendlichen miteingeschlossen, die angaben, keine/n oder eine/n gute/n FreundIn zu haben. In Kategorie 2 fielen all jene, die zwei oder mehr Freunde anführten. In der multivariaten Varianzanalyse wurde ein signifikanter Einfluss ( $F_{10,99} = 1,99$ ;  $p = .041$ ) ermittelt. Kinder und Jugendliche mit zwei oder mehr guten Freundinnen oder Freunden nahmen in den Lebensqualitätsbereichen „Beziehung zu Gleichaltrigen“ ( $p = .000$ ) und „Soziale Akzeptanz“ ( $p = .025$ ) eine höhere Lebensqualität wahr (univariate Berechnungen: s. Tabelle 22).

Tabelle 22: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit der Anzahl der Freundinnen und Freunde.

| KIDSCREEN-Skalen            | N                        | M     | SD   | N                         | M     | SD   | p           |
|-----------------------------|--------------------------|-------|------|---------------------------|-------|------|-------------|
|                             | keinen oder einen Freund |       |      | zwei oder mehrere Freunde |       |      |             |
| Körperliches Wohlbefinden   | 15                       | 13,87 | 3,94 | 106                       | 15,60 | 4,10 | .125        |
| Psychisches Wohlbefinden    | 14                       | 17,14 | 5,75 | 107                       | 18,73 | 6,01 | .353        |
| Stimmung und Emotionen      | 15                       | 19,40 | 7,43 | 107                       | 22,52 | 7,33 | .126        |
| Selbstwahrnehmung           | 15                       | 14,47 | 6,00 | 106                       | 16,78 | 5,57 | .138        |
| Autonomie                   | 14                       | 15,29 | 4,86 | 107                       | 16,79 | 4,75 | .268        |
| Beziehung zu Eltern         | 14                       | 20,43 | 4,85 | 105                       | 21,19 | 6,01 | .650        |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 15                       | 10,33 | 3,60 | 107                       | 11,00 | 3,71 | .515        |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 15                       | 14,33 | 5,58 | 105                       | 21,06 | 6,33 | <b>.000</b> |
| Schulisches Umfeld          | 15                       | 16,00 | 5,66 | 102                       | 16,86 | 6,02 | .603        |
| Soziale Akzeptanz           | 15                       | 10,27 | 3,51 | 107                       | 12,24 | 3,11 | <b>.025</b> |

Anmerkung: N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

Die Einschätzung der Erziehungsberechtigten kam zu einem ähnlichen Ergebnis, auf der multivariaten Ebene zeigte sich ein sehr signifikantes Ergebnis ( $F_{10,68} = 6,05$ ;  $p = .000$ ). In der univariaten Berechnung wurde deutlich, dass Kinder und Jugendliche mit zwei oder mehr Freunden signifikant höhere Werte in den KIDSCREEN-Skalen „Beziehung zu Gleichaltrigen“ ( $p = .000$ ) und „Soziale Akzeptanz“ ( $p = .004$ ) aufwiesen. Darüberhinaus zeigte sich auch ein Einfluss auf der Skala „Körperliches Wohlbefinden“ ( $p = .026$ ), wobei eine höhere Anzahl von Freunden mit einem stärkeren körperlichen Wohlbefinden in Verbindung stand.

Kinder und Jugendliche mit mehr als einem Freund/einer Freundin haben eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität im Bereich der sozialen Interaktion.

### 9.1.6 Einfluss der Wohnortgröße auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

**Wohnortgröße.** Die fünf Antwortkategorien zur Wohnortgröße wurden zur weiteren Berechnung ebenfalls in zwei Kategorien eingeteilt, dabei wurde zwischen Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner) und Nicht-Großstadt (100.000 oder weniger Einwohner) unterschieden. Kinder und Jugendliche unterschieden sich in der Selbsteinschätzung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht in Abhängigkeit der Wohnortgröße ( $F_{10,79} = 1,30$ ;  $p = .245$ ). Tabelle 23 gibt einen Überblick über die univariaten Berechnungen.

Tabelle 23: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit der Wohnortgröße.

| KIDSCREEN-Skalen            | keine Großstadt |       |      | Großstadt |       |      | p                       |
|-----------------------------|-----------------|-------|------|-----------|-------|------|-------------------------|
|                             | N               | M     | SD   | N         | M     | SD   |                         |
| Körperliches Wohlbefinden   | 74              | 14,99 | 4,35 | 28        | 16,36 | 3,64 | .141                    |
| Psychisches Wohlbefinden    | 74              | 18,59 | 6,26 | 29        | 19,48 | 5,51 | .505                    |
| Stimmung und Emotionen      | 74              | 22,19 | 7,68 | 29        | 24,31 | 6,68 | .194                    |
| Selbstwahrnehmung           | 74              | 16,45 | 5,65 | 28        | 17,75 | 5,48 | .296                    |
| Autonomie                   | 74              | 16,36 | 4,84 | 28        | 17,07 | 4,87 | .513                    |
| Beziehung zu Eltern         | 71              | 21,23 | 5,86 | 29        | 21,76 | 6,24 | .686                    |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 72              | 11,47 | 3,50 | 29        | 10,97 | 3,53 | .513                    |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 72              | 20,96 | 6,66 | 28        | 20,46 | 6,71 | .740                    |
| Schulisches Umfeld          | 67              | 16,31 | 6,19 | 28        | 16,64 | 5,96 | .812                    |
| Soziale Akzeptanz           | 73              | 11,96 | 3,36 | 29        | 13,31 | 2,17 | <b>.048<sup>1</sup></b> |

Anmerkung: <sup>1</sup>U-Test berechnet, da bei Skala keine Normalverteilung gegeben: n.s. Ergebnis ( $p = .113$ ); N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

Die Beurteilung der Erziehungsberechtigten zeigte, dass in Abhängigkeit der Wohnortgröße keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität festgestellt wurden ( $F_{10,70} = 1,21$ ;  $p = .299$ ).

Kinder und Jugendliche des untersuchten Kollektivs aus ländlicheren Wohngebieten wiesen keine höhere Lebensqualität auf.

### 9.1.7 Einfluss psychischer Auffälligkeiten auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Daten zu psychischen Auffälligkeiten wurden mittels YSR (Selbstbeurteilung) und CBCL/4-18 (Fremdbeurteilung) erhoben. Anhand der deutschsprachigen Normierung konnten die erzielten Werte in T-Werte umgewandelt werden, wobei nach der Empfehlung der Testautoren (128) T-Werte der Syndromskalen zweiter Ordnung bis 59 als „unauffällig“, von 60 bis 63 als „grenzwertig“ und ab 64 als „auffällig“ eingeschätzt wurden. Diese Einteilung wurde in den folgenden Berechnungen übernommen.

**Internalisierende Auffälligkeiten.** Die übergeordnete Skala „Internalisierende Auffälligkeiten“ fasst im YSR und in der CBCL/4-18 die Skalen „Sozialer Rückzug“, „Ängstlich/Depressiv“ und „Körperliche Beschwerden“ zusammen. Die multivariate Berechnung ergab einen sehr signifikanten Einfluss internalisierender Auffälligkeiten auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ( $F_{10,168} = 3,53$ ;  $p = .000$ ). In Verbindung mit den selbsteingeschätzten Ausprägungen internalisierender Auffälligkeiten wurden in den KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen „Körperliches Wohlbefinden“ ( $p = .000$ ), „Psychisches Wohlbefinden“ ( $p = .000$ ), „Stimmung und Emotionen“ ( $p = .000$ ), „Selbstwahrnehmung“ ( $p = .000$ ), „Beziehung zu Eltern“ ( $p = .012$ ) und „Soziale Akzeptanz“ ( $p = .013$ ) signifikante Mittelwertsunterschiede gefunden (s. Tabelle 24).

Tabelle 24: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit der Stärke der Ausprägung internalisierender Auffälligkeiten.

| KIDSCREEN-Skalen            | M                  | SD   | M                  | SD   | M                  | SD   | p                       |
|-----------------------------|--------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|-------------------------|
|                             | unauffällig        |      | grenzwertig        |      | auffällig          |      |                         |
| Körperliches Wohlbefinden   | 18,67 <sup>a</sup> | 3,94 | 15,73 <sup>b</sup> | 3,11 | 13,86 <sup>b</sup> | 3,64 | <b>.000</b>             |
| Psychisches Wohlbefinden    | 23,39 <sup>a</sup> | 4,99 | 19,19 <sup>b</sup> | 5,59 | 15,70 <sup>b</sup> | 4,85 | <b>.000</b>             |
| Stimmung und Emotionen      | 29,39 <sup>a</sup> | 4,48 | 23,50 <sup>b</sup> | 5,87 | 17,96 <sup>c</sup> | 6,05 | <b>.000</b>             |
| Selbstwahrnehmung           | 21,12 <sup>a</sup> | 4,35 | 16,73 <sup>b</sup> | 4,96 | 14,18 <sup>b</sup> | 5,18 | <b>.000</b>             |
| Autonomie                   | 18,24              | 4,64 | 15,53              | 4,55 | 16,19              | 4,72 | .079                    |
| Beziehung zu Eltern         | 23,52 <sup>a</sup> | 6,57 | 21,80              | 5,67 | 19,60 <sup>b</sup> | 5,51 | <b>.012</b>             |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 12,39              | 2,67 | 11,31              | 4,32 | 10,26              | 3,86 | <b>.029<sup>1</sup></b> |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 22,47              | 6,27 | 19,69              | 6,73 | 19,79              | 6,73 | .160                    |
| Schulisches Umfeld          | 17,39              | 6,08 | 18,06              | 6,97 | 16,18              | 5,96 | .475                    |
| Soziale Akzeptanz           | 13,12 <sup>a</sup> | 2,06 | 12,75              | 3,30 | 11,16 <sup>b</sup> | 3,63 | <b>.013</b>             |

Anmerkung: <sup>1</sup>Kruskal-Wallis-Test berechnet, da bei Skala keine Normalverteilung gegeben: n.s. Ergebnis (p = .055); N<sub>gesamt</sub> = 102-106, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse p ≤ .05 sind **fett** gedruckt; Mittelwerte mit unterschiedlichen Kleinbuchstaben <sup>a, b oder c</sup> unterscheiden sich signifikant voneinander (Scheffé, p ≤ .05);

Im Detail zeigte sich in den signifikanten Skalen, dass Kinder und Jugendliche, die sich im Bereich der internalisierenden Auffälligkeiten als unauffällig beschrieben, eine deutlich höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufwiesen als Kinder und Jugendliche, die sich als auffällig und/oder im Grenzbereich liegend erlebten.

**Externalisierende Auffälligkeiten.** Externalisierende Auffälligkeiten beinhalten im YSR und der CBCL/4-18 die Skalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“. Multivariat lässt sich ein tendenzieller Einfluss ( $F_{20,180} = 1,53$ ;  $p = .075$ ) in Abhängigkeit externalisierender Auffälligkeiten finden. In den KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen „Stimmung und Emotionen“ ( $p = .029$ ), „Selbstwahrnehmung“ ( $p = .022$ ), „Beziehung zu Eltern“ ( $p = .020$ ), „Finanzielle Möglichkeiten“ ( $p = .006$ ) und „Schulisches Umfeld“ ( $p = .014$ ) zeigten sich in Abhängigkeit der Ausprägung externalisierender Auffälligkeiten Unterschiede (s. Tabelle 25).

Tabelle 25: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit der Stärke der Ausprägung externalisierender Auffälligkeiten.

| KIDSCREEN-Skalen            | M                  | SD   | M                  | SD   | M                  | SD   | p           |
|-----------------------------|--------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|-------------|
|                             | unauffällig        |      | grenzwertig        |      | auffällig          |      |             |
| Körperliches Wohlbefinden   | 15,89              | 3,61 | 15,50              | 4,36 | 14,34              | 4,37 | .226        |
| Psychisches Wohlbefinden    | 19,24              | 5,28 | 18,21              | 5,43 | 17,87              | 6,61 | .525        |
| Stimmung und Emotionen      | 23,85 <sup>a</sup> | 6,49 | 22,67              | 6,01 | 19,75 <sup>b</sup> | 7,97 | <b>.029</b> |
| Selbstwahrnehmung           | 18,13              | 5,59 | 15,17              | 4,72 | 15,25              | 5,62 | <b>.022</b> |
| Autonomie                   | 17,30              | 4,23 | 15,38              | 6,10 | 16,09              | 4,34 | .214        |
| Beziehung zu Eltern         | 22,19 <sup>a</sup> | 4,95 | 21,91              | 6,22 | 18,69 <sup>b</sup> | 6,49 | <b>.020</b> |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 11,51 <sup>a</sup> | 3,42 | 11,83 <sup>a</sup> | 2,71 | 9,22 <sup>b</sup>  | 4,14 | <b>.006</b> |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 19,80              | 6,73 | 21,74              | 5,80 | 19,39              | 7,10 | .398        |
| Schulisches Umfeld          | 18,43 <sup>a</sup> | 5,69 | 15,35              | 5,58 | 14,94 <sup>b</sup> | 6,07 | <b>.014</b> |
| Soziale Akzeptanz           | 12,56              | 2,78 | 11,67              | 3,37 | 11,06              | 3,89 | .111        |

Anmerkung: N<sub>gesamt</sub> = 108-111, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt; Mittelwerte mit unterschiedlichen Kleinbuchstaben <sup>a, b oder c</sup> unterscheiden sich signifikant voneinander (Scheffé,  $p \leq .05$ );

Die Daten wiesen tendenziell nach, dass sich im Bereich des aggressiven/dissozialen Verhaltens als unauffällig erlebende Kinder und Jugendliche in den Lebensqualitätsbereichen „Stimmung und Emotionen“, „Selbstwahrnehmung“, „Beziehung zu Eltern“, „Finanzielle Möglichkeiten“ und „Schulisches Umfeld“ höhere Lebensqualitätswerte zeigten, als jene mit auffälliger Symptomausprägung.

**Gesamtauffälligkeit.** Auf der multivariaten Ebene wurde ein signifikantes Ergebnis festgestellt ( $F_{20,128} = 1,81$ ;  $p = .026$ ). Wie aus Tabelle 26 ersichtlich, zeigten sich auch in den univariaten Berechnungen Unterschiede in der selbsteingeschätzten Lebensqualität, in Abhängigkeit der psychischen Gesamtauffälligkeit. Signifikante Mittelwertsunterschiede fanden sich in den Skalen „Körperliches Wohlbefinden“ ( $p = .001$ ), „Psychisches Wohlbefinden“ ( $p = .001$ ), „Stimmung und Emotionen“ ( $p = .000$ ), „Selbstwahrnehmung“ ( $p = .000$ ), „Beziehung zu Eltern“ ( $p = .012$ ) und „Soziale Akzeptanz“ ( $p = .004$ ).

Tabelle 26: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit der Stärke der Ausprägung der Gesamtauffälligkeit.

| KIDSCREEN-Skalen            | M                  | SD   | M                  | SD   | M                  | SD   | p           |
|-----------------------------|--------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|-------------|
|                             | unauffällig        |      | grenzwertig        |      | auffällig          |      |             |
| Körperliches Wohlbefinden   | 17,84 <sup>a</sup> | 3,39 | 16,48 <sup>a</sup> | 4,29 | 13,78 <sup>b</sup> | 4,07 | <b>.001</b> |
| Psychisches Wohlbefinden    | 22,80 <sup>a</sup> | 4,78 | 18,52              | 5,20 | 16,70 <sup>b</sup> | 5,97 | <b>.001</b> |
| Stimmung und Emotionen      | 27,85 <sup>a</sup> | 5,84 | 23,90 <sup>a</sup> | 6,16 | 19,12 <sup>b</sup> | 7,08 | <b>.000</b> |
| Selbstwahrnehmung           | 20,42 <sup>a</sup> | 5,14 | 18,05              | 4,54 | 14,73 <sup>b</sup> | 5,51 | <b>.000</b> |
| Autonomie                   | 18,80              | 4,32 | 16,95              | 4,02 | 16,10              | 5,07 | .112        |
| Beziehung zu Eltern         | 22,79 <sup>a</sup> | 5,64 | 22,24              | 5,14 | 18,53 <sup>b</sup> | 6,24 | <b>.012</b> |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 12,25              | 3,19 | 11,81              | 3,42 | 10,07              | 3,97 | .056        |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 22,25              | 5,68 | 20,05              | 7,12 | 19,51              | 7,45 | .353        |
| Schulisches Umfeld          | 18,53              | 6,37 | 17,76              | 7,18 | 15,75              | 6,08 | .247        |
| Soziale Akzeptanz           | 13,45 <sup>a</sup> | 1,76 | 12,95 <sup>a</sup> | 2,16 | 10,90 <sup>b</sup> | 3,79 | <b>.004</b> |

Anmerkung: N<sub>gesamt</sub> = 80-82, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt; Mittelwerte mit unterschiedlichen Kleinbuchstaben <sup>a</sup>, <sup>b</sup> oder <sup>c</sup> unterscheiden sich signifikant voneinander (Scheffè,  $p \leq .05$ );

Kinder und Jugendliche mit auffälligen Werten im Bereich der psychischen Gesamtauffälligkeit, wiesen in den signifikanten KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen deutlich niedrigere Werte auf als Kinder und Jugendliche mit unauffälligen (oder grenzwertigen) Gesamtauffälligkeitswerten.

In der Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die Erziehungsberechtigten ließen sich in Abhängigkeit der Stärke *internalisierender Auffälligkeiten* in den KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen in der multivariaten Berechnung keine signifikanten Unterschiede finden ( $F_{20,98} = 0,857$ ;  $p = .639$ ). Ebenso wurden in Abhängigkeit des Ausprägungsgrades *externalisierender Auffälligkeiten* ( $F_{20,106} = 1,40$ ;  $p = .139$ ) und der *Gesamtauffälligkeit* ( $F_{20,46} = 0,46$ ;  $p = .970$ ) kein signifikanter Einfluss gefunden.

Die Hypothese, dass Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Auffälligkeiten (aggressiv/dissoziales Verhalten) mehr Einschränkungen in Lebensqualitätsbereichen, die die soziale Interaktion betreffen aufweisen, konnte nicht bestätigt werden. In der untersuchten Population wiesen Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Auffälligkeiten (sozialer Rückzug, körperliche

Beschwerden, Ängstlich/Depressiv) ebenso Einschränkungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sozialer Beziehungen auf.

### 9.1.8 Einfluss des Inanspruchnahmeverhaltens auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Für die vier Bereiche des Inanspruchnahmeverhaltens (stationäre Aufenthalte, ambulante Behandlungsangebote, spezifische Angebote/Einrichtungen und schulische Angebote) wurden zwei Kategorien gebildet. Dabei wurde zwischen der Inanspruchnahme keines Angebotes/keiner Einrichtung und der Inanspruchnahme eines/r oder mehrerer Angebote/Einrichtungen unterschieden. Angaben zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten erfolgten durch die Erziehungsberechtigten.

**Stationäre Aufenthalte.** Die multivariate Varianzanalyse zeigte einen tendenziellen Einfluss der Inanspruchnahme stationärer Leistungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ( $F_{10, 78} = 1,70$ ;  $p = .096$ ). Die Ergebnisse auf univariater Ebene können somit nur eine tendenzielle Aussage treffen: In den Lebensqualitätsbereichen „Körperliches Wohlbefinden“ ( $p = .048$ ), „Psychisches Wohlbefinden“ ( $p = .013$ ), „Stimmung und Emotionen“ ( $p = .027$ ) und „Beziehung zu Eltern“ ( $p = .008$ ) legen die Ergebnisse einen Einfluss des Inanspruchnahmeverhaltens nahe (s. Tabelle 27).

Tabelle 27: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit der Inanspruchnahme stationärer Aufenthalte.

| KIDSCREEN-Skalen            | keine Inanspruchnahme |       |      | Inanspruchnahme |       |      | p           |
|-----------------------------|-----------------------|-------|------|-----------------|-------|------|-------------|
|                             | N                     | M     | SD   | N               | M     | SD   |             |
| Körperliches Wohlbefinden   | 54                    | 16,20 | 3,70 | 48              | 14,56 | 4,58 | <b>.048</b> |
| Psychisches Wohlbefinden    | 54                    | 20,39 | 5,54 | 49              | 17,49 | 6,11 | <b>.013</b> |
| Stimmung und Emotionen      | 54                    | 24,46 | 6,79 | 49              | 21,31 | 7,46 | <b>.027</b> |
| Selbstwahrnehmung           | 54                    | 17,35 | 5,75 | 48              | 16,19 | 5,34 | .294        |
| Autonomie                   | 54                    | 16,89 | 4,61 | 48              | 16,29 | 5,21 | .541        |
| Beziehung zu Eltern         | 52                    | 22,81 | 5,57 | 48              | 19,77 | 5,65 | <b>.008</b> |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 52                    | 11,75 | 3,49 | 49              | 10,67 | 3,72 | .137        |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 51                    | 20,51 | 6,45 | 48              | 20,77 | 7,03 | .848        |
| Schulisches Umfeld          | 49                    | 17,49 | 5,91 | 45              | 16,29 | 6,49 | .350        |
| Soziale Akzeptanz           | 53                    | 12,06 | 2,90 | 49              | 12,73 | 3,21 | .265        |

Anmerkung: N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

Kinder und Jugendliche, die vor dem aktuellen stationären Aufenthalt schon ein- oder mehrmalige stationäre Aufenthalte aufwiesen, gaben eine tendenziell niedrigere Lebensqualität in den signifikanten KIDSCREEN-Lebensqualitätsbereichen an.

**Ambulante Behandlungsangebote.** Multivariat ergab sich ein signifikanter Einfluss ( $F_{10,79} = 2,46$ ;  $p = .013$ ) des ambulanten Inanspruchnahmeverhaltens. Auf univariater Ebene konnten in Abhängigkeit des Aufsuchens von ambulanten Behandlungsangeboten signifikante Mittelwertsunterschiede in den Lebensqualitätsskalen „Körperliches Wohlbefinden“ ( $p = .014$ ), „Psychisches Wohlbefinden“ ( $p = .005$ ), „Stimmung und Emotionen“ ( $p = .029$ ) und „Beziehung zu Eltern“ ( $p = .047$ ) gefunden werden (s. Tabelle **28**).

Tabelle 28: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit der Inanspruchnahme von ambulanten Behandlungsangeboten.

| KIDSCREEN-Skalen            | keine Inanspruchnahme |       |      | Inanspruchnahme |       |      | p           |
|-----------------------------|-----------------------|-------|------|-----------------|-------|------|-------------|
|                             | N                     | M     | SD   | N               | M     | SD   |             |
| Körperliches Wohlbefinden   | 23                    | 17,26 | 4,64 | 79              | 14,85 | 3,90 | <b>.014</b> |
| Psychisches Wohlbefinden    | 23                    | 21,91 | 5,45 | 80              | 18,00 | 5,82 | <b>.005</b> |
| Stimmung und Emotionen      | 23                    | 25,70 | 7,07 | 80              | 21,90 | 7,32 | <b>.029</b> |
| Selbstwahrnehmung           | 23                    | 16,61 | 5,10 | 79              | 16,66 | 5,75 | .970        |
| Autonomie                   | 23                    | 17,13 | 4,78 | 79              | 16,46 | 4,94 | .563        |
| Beziehung zu Eltern         | 22                    | 23,36 | 5,53 | 78              | 20,54 | 5,89 | <b>.047</b> |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 23                    | 12,00 | 3,09 | 78              | 10,99 | 3,75 | .240        |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 22                    | 21,82 | 6,68 | 77              | 20,40 | 6,80 | .390        |
| Schulisches Umfeld          | 22                    | 18,23 | 6,36 | 73              | 16,42 | 6,14 | .234        |
| Soziale Akzeptanz           | 23                    | 11,70 | 3,01 | 79              | 12,43 | 3,23 | .332        |

Anmerkung: N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

Bei Kindern und Jugendlichen, die vor dem aktuellen stationären Aufenthalt ein ambulantes Behandlungsangebot in Anspruch genommen hatten, zeigte sich in den signifikanten Lebensqualitätsbereichen ein signifikant niedrigerer Mittelwert.

**Spezifische Angebote/Einrichtungen.** Die multivariate Varianzanalyse ergab einen tendenziellen Einfluss ( $F_{10,78} = 1,83$ ;  $p = .069$ ). Wie in Tabelle 29 ersichtlich, zeigte sich auf univariater Ebene im Lebensqualitätsbereich „Selbstwahrnehmung“ ( $p = .054$ ) ein tendenzieller Einfluss. Kinder und Jugendliche, die ein spezifisches Angebot in Anspruch genommen hatten, gaben eher eine positive Selbstwahrnehmung an.

Tabelle 29: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit der Inanspruchnahme von spezifischen Angeboten bzw. Einrichtungen.

| KIDSCREEN-Skalen            | keine Inanspruchnahme |       |      | Inanspruchnahme |       |      | p    |
|-----------------------------|-----------------------|-------|------|-----------------|-------|------|------|
|                             | N                     | M     | SD   | N               | M     | SD   |      |
| Körperliches Wohlbefinden   | 49                    | 15,51 | 4,00 | 53              | 15,42 | 4,38 | .909 |
| Psychischen Wohlbefinden    | 50                    | 18,92 | 5,95 | 53              | 19,11 | 6,02 | .870 |
| Stimmung und Emotionen      | 50                    | 22,44 | 7,14 | 53              | 23,42 | 7,47 | .501 |
| Selbstwahrnehmung           | 49                    | 15,63 | 5,38 | 53              | 17,77 | 5,70 | .054 |
| Autonomie                   | 50                    | 17,04 | 4,90 | 52              | 16,19 | 4,88 | .384 |
| Beziehung zu Eltern         | 48                    | 21,90 | 5,18 | 52              | 20,69 | 6,51 | .311 |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 50                    | 11,66 | 3,37 | 51              | 10,94 | 3,76 | .314 |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 49                    | 20,06 | 7,09 | 50              | 21,42 | 6,44 | .320 |
| Schulisches Umfeld          | 46                    | 17,15 | 5,97 | 48              | 16,56 | 6,53 | .649 |
| Soziale Akzeptanz           | 50                    | 11,98 | 3,19 | 52              | 12,62 | 3,19 | .317 |

Anmerkung: N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

**Schulische Angebote.** Es zeigte sich kein signifikanter Einfluss der Inanspruchnahme von schulischen Angeboten auf die selbsteingeschätzte Lebensqualität (Multivariat:  $F_{10,76} = 0,64$ ;  $p = .779$ ; Univariat: s. Tabelle 30).

Tabelle 30: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit der Inanspruchnahme von schulischen Angeboten.

| KIDSCREEN-Skalen            | keine Inanspruchnahme |       |      | Inanspruchnahme |       |      | p    |
|-----------------------------|-----------------------|-------|------|-----------------|-------|------|------|
|                             | N                     | M     | SD   | N               | M     | SD   |      |
| Körperliches Wohlbefinden   | 55                    | 15,53 | 3,99 | 45              | 15,51 | 4,44 | .985 |
| Psychisches Wohlbefinden    | 56                    | 18,96 | 5,66 | 45              | 19,04 | 6,37 | .947 |
| Stimmung und Emotionen      | 56                    | 22,93 | 7,30 | 45              | 22,80 | 7,44 | .931 |
| Selbstwahrnehmung           | 55                    | 16,15 | 5,24 | 45              | 17,31 | 6,08 | .306 |
| Autonomie                   | 55                    | 17,07 | 4,83 | 45              | 16,27 | 4,86 | .410 |
| Beziehung zu Eltern         | 54                    | 20,67 | 5,79 | 44              | 22,05 | 5,89 | .247 |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 56                    | 11,34 | 3,70 | 43              | 11,21 | 3,52 | .860 |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 54                    | 21,11 | 6,73 | 43              | 20,37 | 6,73 | .593 |
| Schulisches Umfeld          | 50                    | 17,04 | 6,12 | 42              | 16,76 | 6,37 | .832 |
| Soziale Akzeptanz           | 56                    | 12,32 | 3,31 | 44              | 12,16 | 3,08 | .803 |

Anmerkung: N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

In der Fremdbeurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch Erziehungsberechtigte wurden in Abhängigkeit des Inanspruchnahmeverhaltens bei der Berechnung multivariater Varianzanalysen keine signifikanten Ergebnisse ermittelt:

*Stationäre Aufenthalte:*  $F_{10,68} = 1,66$ ;  $p = .109$

*Ambulante Behandlungsangebote:*  $F_{10,69} = 0,58$ ;  $p = .827$

*Spezifische Angebote/Einrichtungen:*  $F_{10,68} = 1,65$ ;  $p = .111$

*Schulische Angebote:*  $F_{10,67} = 0,96$ ;  $p = .487$

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten aufgrund von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten in fast allen signifikanten Bereichen mit einer niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Verbindung stand.

### 9.1.9 Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

**Externale Determinanten.** Die Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell für den KIDSCREEN-Lebensqualitätsbereich „**Körperliches Wohlbefinden**“ konnte mit den eingesetzten Prädiktoren 25,1% der Varianz aufklären, wobei durch das Gesamtmodell eine signifikante Varianzaufklärung ( $p = .000$ ) erfolgte (s. Tabelle 31).

Tabelle 31: Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell für die KIDSCREEN-Lebensqualitätsskala „Körperliches Wohlbefinden“.

| Quelle                            | Regressions-<br>koeffizient B | df  | F     | p           | Partielles<br>Eta-Quadrat |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----|-------|-------------|---------------------------|
| Korrigiertes Modell               | -                             | 6   | 6,21  | <b>.000</b> | .251                      |
| Alter                             | -.629                         | 1   | 9,84  | <b>.002</b> | .081                      |
| Geschlecht                        | -                             | 1   | 18,76 | <b>.000</b> | .145                      |
| Sozioökonomischer<br>Status (FAS) | -                             | 2   | 0,38  | .685        | .007                      |
| Familienkonstellation             | -                             | 1   | 0,39  | .531        | .004                      |
| Anzahl der Freunde                | .748                          | 1   | 3,39  | .068        | .030                      |
| Gesamt                            |                               | 118 |       |             |                           |

Anmerkung:  $R^2 = .251$  (korr.  $R^2 = .211$ ) ; df...Freiheitsgrad, F...Prüfgröße, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

Einen signifikant prognostischen Einfluss auf die Lebensqualitätsskala „Körperliches Wohlbefinden“ hatte das Alter ( $p = .002$ ,  $\eta^2 = .081$ ) und das Geschlecht ( $p = .000$ ,  $\eta^2 = .145$ ), wobei das Geschlecht der stärkere Prädiktor war. Männliches Geschlecht stand in Verbindung mit höheren Lebensqualitätswerten und zunehmendes Alter mit niedrigeren Werten.

Ein tendenzieller prognostischer Einfluss auf die Lebensqualität wurde für die Kovariate „Anzahl der Freunde“ ( $p = .068$ ,  $\eta^2 = .030$ ) nachgewiesen, indem eine steigende Anzahl von Freunden mit höherem körperlichen Wohlbefinden in Verbindung zu stehen schien.

Für die Lebensqualitätsskala „**Psychisches Wohlbefinden**“ ergab das gesamte Modell eine signifikante Varianzaufklärung ( $p = .006$ ), es konnten dabei 14,8% der Varianz erklärt werden (s. Tabelle 32).

Tabelle 32: Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell für die KIDSCREEN-Lebensqualitätsskala „Psychisches Wohlbefinden“.

| Quelle                         | Regressionskoeffizient B | df  | F    | p           | Partielles Eta-Quadrat |
|--------------------------------|--------------------------|-----|------|-------------|------------------------|
| Korrigiertes Modell            | -                        | 6   | 3,21 | <b>.006</b> | .148                   |
| Alter                          | -.732                    | 1   | 5,58 | <b>.020</b> | .048                   |
| Geschlecht                     | -                        | 1   | 9,01 | <b>.003</b> | .075                   |
| Sozioökonomischer Status (FAS) | -                        | 2   | 0,66 | .518        | .012                   |
| Familienkonstellation          | -                        | 1   | 0,29 | .594        | .003                   |
| Anzahl der Freunde             | .794                     | 1   | 1,58 | .212        | .014                   |
| Gesamt                         |                          | 118 |      |             |                        |

Anmerkung:  $R^2 = .148$  (korr.  $R^2 = .102$ ); df...Freiheitsgrad, F...Prüfgröße, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

Alter ( $p = .020$ ,  $\eta^2 = .048$ ) und Geschlecht ( $p = .003$ ,  $\eta^2 = .075$ ) wirkten sich mit kleinen bis mittleren Effektstärken signifikant auf die Lebensqualitätsdimension „Psychisches Wohlbefinden“ aus. Männliches Geschlecht sagte dabei höhere Lebensqualitätswerte vorher und höheres Alter stand mit niedrigeren Werten in Verbindung.

Der Modelltest für die eingesetzten Prädiktoren ergab mit einer Varianzaufklärung von 16,3% einen signifikanten Einfluss ( $p = .002$ ) auf die Lebensqualitätsdimension „**Stimmung und Emotionen**“ (s. Tabelle 33).

Tabelle 33: Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell für die KIDSCREEN-Lebensqualitätsskala „Stimmung und Emotionen“.

| Quelle                         | Regressionskoeffizient B | df  | F    | p           | Partielles Eta-Quadrat |
|--------------------------------|--------------------------|-----|------|-------------|------------------------|
| Korrigiertes Modell            | -                        | 6   | 3,65 | <b>.002</b> | .163                   |
| Alter                          | -.912                    | 1   | 5,67 | <b>.019</b> | .048                   |
| Geschlecht                     | -                        | 1   | 7,99 | <b>.006</b> | .067                   |
| Sozioökonomischer Status (FAS) | -                        | 2   | 0,52 | .598        | .009                   |
| Familienkonstellation          | -                        | 1   | 2,13 | .147        | .019                   |
| Anzahl der Freunde             | 1,15                     | 1   | 2,22 | .139        | .019                   |
| Gesamt                         |                          | 119 |      |             |                        |

Anmerkung:  $R^2 = .163$  (korr.  $R^2 = .119$ ); df...Freiheitsgrad, F...Prüfgröße, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

Auch in der Lebensqualitätsskala „Stimmung und Emotionen“ wies nur das Alter ( $p = .019$ ,  $\eta^2 = .048$ ) und das Geschlecht ( $p = .006$ ,  $\eta^2 = .067$ ) eine signifikante Vorhersagekraft mit kleiner bzw. mittlerer Effektgröße auf. Die Richtung der

Vorhersage stimmt mit den beiden vorhergehenden Lebensqualitätsbereichen überein.

Aus Tabelle 34 geht eine signifikante Varianzaufklärung ( $p = .007$ ) durch das Gesamtmodell mit einer aufgeklärten Varianz von 14,6% für die Lebensqualitätsdimension „**Selbstwahrnehmung**“ hervor.

Tabelle 34: Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell für die KIDSCREEN-Lebensqualitätsskala „Selbstwahrnehmung“.

| Quelle                         | Regressionskoeffizient B | df  | F     | p           | Partielles Eta-Quadrat |
|--------------------------------|--------------------------|-----|-------|-------------|------------------------|
| Korrigiertes Modell            | -                        | 6   | 3,15  | <b>.007</b> | .146                   |
| Alter                          | -.265                    | 1   | 0,82  | .368        | .007                   |
| Geschlecht                     | -                        | 1   | 10,54 | <b>.002</b> | .087                   |
| Sozioökonomischer Status (FAS) | -                        | 2   | 1,30  | .276        | .023                   |
| Familienkonstellation          | -                        | 1   | 1,14  | .288        | .010                   |
| Anzahl der Freunde             | 1,15                     | 1   | 1,70  | .195        | .015                   |
| Gesamt                         |                          | 118 |       |             |                        |

Anmerkung:  $R^2 = .146$  (korr.  $R^2 = .099$ ); df...Freiheitsgrad, F...Prüfgröße, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

Lediglich die Variable Geschlecht ( $p = .002$ ,  $\eta^2 = .087$ ) hat einen prognostischen Einfluss auf die Lebensqualitätsskala „Selbstwahrnehmung“. Weibliches Geschlecht sagte geringere Lebensqualitätswerte in der Skala „Selbstwahrnehmung“ vorher.

Im Lebensqualitätsbereich „**Beziehung zu Gleichaltrigen**“ konnte wiederum durch das Gesamtmodell eine signifikante Varianzaufklärung ( $p = .000$ ,  $R^2 = .207$ ) erzielt werden (s. Tabelle 35).

Tabelle 35: Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell für die KIDSCREEN-Lebensqualitätsskala „Beziehung zu Gleichaltrigen“.

| Quelle                         | Regressionskoeffizient B | df  | F     | p           | Partielles Eta-Quadrat |
|--------------------------------|--------------------------|-----|-------|-------------|------------------------|
| Korrigiertes Modell            | -                        | 6   | 4,78  | <b>.000</b> | .207                   |
| Alter                          | -.148                    | 1   | 0,20  | .654        | .002                   |
| Geschlecht                     | -                        | 1   | 0,02  | .891        | .000                   |
| Sozioökonomischer Status (FAS) | -                        | 2   | 4,01  | <b>.021</b> | .068                   |
| Familienkonstellation          | -                        | 1   | 0,02  | .900        | .000                   |
| Anzahl der Freunde             | 2,65                     | 1   | 15,87 | <b>.000</b> | .126                   |
| Gesamt                         |                          | 117 |       |             |                        |

Anmerkung:  $R^2 = .207$  (korr.  $R^2 = .163$ ); df...Freiheitsgrad, F...Prüfgröße, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt, Ergebnisse zwischen  $p > .05$  und  $< .10$  sind unterstrichen.

Für die abhängige Variable „Beziehung zu Gleichaltrigen“ stellten sich der sozioökonomische Status ( $p = .021$ ,  $\eta^2 = .068$ ) und die Anzahl der Freunde ( $p = .000$ ,  $\eta^2 = .126$ ) als bedeutsame Prädiktoren mit mittleren Effektgrößen heraus. Ein mittlerer sozioökonomischer Status schien dabei im Vergleich zu einem höheren sozioökonomischen Status eine bessere Lebensqualität vorherzusagen. Im Modell zeigte sich auch, dass eine steigende Anzahl von Freunden mit höheren Lebensqualitätswerten im Bereich „Beziehung zu Gleichaltrigen“ in Verbindung gebracht werden konnte. Alter und Geschlecht wiesen keine bedeutsame Vorhersagekraft auf.

In den Lebensqualitätsdimensionen **„Autonomie“** ( $p = .789$ ,  $R^2 = .028$ ), **„Beziehung zu Eltern“** ( $p = .747$ ,  $R^2 = .031$ ), **„Finanzielle Möglichkeiten“** ( $p = .236$ ,  $R^2 = .068$ ), **„Schulisches Umfeld“** ( $p = .474$ ,  $R^2 = .050$ ) und **„Soziale Akzeptanz“** ( $p = .093$ ,  $R^2 = .091$ ) ergab die Varianzaufklärung des Gesamtmodells kein signifikantes Ergebnis (tabellarisch nicht dargestellt).

Alter und Geschlecht stellten für einige Lebensqualitätsbereiche bedeutsame Prädiktoren dar, die Hypothese konnte damit für einen Teil der Lebensqualitätsbereiche bestätigt werden. Der sozioökonomische Status war nur in der Lebensqualitätsskala „Beziehung zu Gleichaltrigen“ ein signifikanter Vorhersagefaktor. Entgegen der Annahme hatte die Familienkonstellation keine Vorhersagekraft für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Eingebundenheit in die Gleichaltrigengruppe (Anzahl der Freunde) stellte einen

signifikanten Prädiktor für den Lebensqualitätsbereich „Beziehung zu Gleichaltrigen“ dar.

## 9.2 Inanspruchnahmeverhalten

**52,8%** der Kinder und Jugendlichen waren vor dem aktuellen Aufenthalt aufgrund von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten zumindest einmal in stationärer, **77,5%** in ambulanter Behandlung. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die mindestens einmal ein spezifisches Angebot in Anspruch nahmen, lag bei **55,6%**. schulische Hilfestellungen wurden von **45,7%** in Anspruch genommen.

Tabelle 36 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der Inanspruchnahme von **stationären Angeboten**. Am häufigsten wurden ein Aufenthalt an der Kinder- und Jugendpsychiatrie (27,3%) und Kinderklinik (20,3%), sowie eine Unterbringung in einer betreuten Wohngemeinschaft oder Wohngruppe (13,4%) genannt.

Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung für die Inanspruchnahme stationärer Angebote (Angaben durch Erziehungsberechtigte).

| Inanspruchnahme  | Häufigkeit in Prozent |              |
|--|-----------------------|--------------|
|  | Nein                  | Ja           |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie (vor dem aktuellen Aufenthalt) | 72,7%                 | <b>27,3%</b> |
| Erwachsenenpsychiatrie                                       | 99,3%                 | 0,7%         |
| Kinderklinik bzw. Abteilung für Kinder und Jugendheilkunde   | 79,7%                 | <b>20,3%</b> |
| Abteilung für Suchterkrankungen (Krankenhaus)                | 98,6%                 | 1,4%         |
| Allgemeines Krankenhaus                                      | 88,7%                 | 11,3%        |
| Heilpädagogisches Zentrum                                    | 96,5%                 | 3,5%         |
| Therapieeinrichtung für Suchterkrankungen                    | 98,6%                 | 1,4%         |
| Betreute Wohngemeinschaft/Wohngruppe                         | 86,6%                 | <b>13,4%</b> |
| Kriseneinrichtung (z.B. BURG, KRISUN, Tartaruga,...)         | 93,0%                 | 7,0%         |
| Krisenpflegeplatz  | 98,6%                 | 1,4%         |
| Pflegeeltern   | 97,2%                 | 2,8%         |
| Gefängnis  | 99,3%                 | 0,7%         |
| Notschlafstelle  | 97,9%                 | 2,1%         |

Anmerkung: N=142;

Das mit Abstand am häufigsten genannte ambulante Hilfsangebot war die Hausärztin/der Hausarzt (45,8%), darauf folgten der/die Kinder- und Jugendpsychiater/in (34,5%) und der/die Psychotherapeut/in (33,1%) (s. Tabelle 37).

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung für die Inanspruchnahme ambulanter Angebote (Angaben durch Erziehungsberechtigte).

| Inanspruchnahme                               | Häufigkeit in Prozent |              |
|---|-----------------------|--------------|
|   | Nein                  | Ja           |
| Psychologische Diagnostik/Behandlung          | 73,4%                 | 26,6%        |
| Psychotherapeut/in                            | 66,9%                 | <b>33,1%</b> |
| Kinder- und Jugendpsychiater/in               | 65,5%                 | <b>34,5%</b> |
| Psychiater/in                                 | 84,5%                 | 15,5%        |
| Kinderärztin/arzt                             | 88,0%                 | 12,0%        |
| Hausärztin/arzt                               | 54,2%                 | <b>45,8%</b> |
| Andere Fachärztin/arzt                        | 80,3%                 | 19,7%        |
| Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie | 93,0%                 | 7,0%         |
| Tagesklinik der Kinderklinik                  | 95,8%                 | 4,2%         |
| Suchtmedizinische (Drogen-) Ambulanz          | 97,2%                 | 2,8%         |

Anmerkung: N=142;

Wie aus Tabelle 38 ersichtlich ist, wurden als spezifische Angebote der/die Sozialarbeiter/in (35,2%), Erziehungshilfe (24,6%) und sozialpädagogische Familienbetreuung (14,1%) am häufigsten genannt.

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung für die Inanspruchnahme spezifischer Angebote (Angaben durch Erziehungsberechtigte).

| Inanspruchnahme  | Häufigkeit in Prozent |              |
|--|-----------------------|--------------|
|  | Nein                  | Ja           |
| Sozialarbeiter/in  | 64,8%                 | <b>35,2%</b> |
| Erziehungshilfe  | 75,4%                 | <b>24,6%</b> |
| Sozialpädagogische Familienbetreuung   | 85,9%                 | <b>14,1%</b> |
| Psychosoziale Beratung (z.B. in Psychosozialem Zentrum/Kinderschutzzentrum, Gewaltschutzzentrum) | 90,1%                 | 9,9%         |
| Arbeitstraining oder Arbeitsassistenz  | 93,7%                 | 6,3%         |
| Sozialpsychiatrische/psychologisch begleitete Tagesstruktur                                      | 98,6%                 | 1,4%         |
| Lern- und Sozialbetreuung  | 88,7%                 | 11,3%        |
| Spezielle Trainings (Legasthenie,...)  | 100%                  |              |
| Bewährungshilfe  | 97,9%                 | 2,1%         |

Anmerkung: N=142;

Im schulischen Kontext wurden der/die Schulpsychologe/in (19,3%), der/die Beratungs- oder Stützlehrer/in (19,3%) und der Schularzt/die Schulärztin (18,6%), am häufigsten in Anspruch genommen (s. Tabelle 39).

Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung für die Inanspruchnahme schulischer Angebote (Angaben durch Erziehungsberechtigte).

| Inanspruchnahme  | Häufigkeit in Prozent |              |
|--|-----------------------|--------------|
|  | Nein                  | Ja           |
| Schulpsychologe/in   | 80,7%                 | <b>19,3%</b> |
| Schulsozialarbeit  | 90,7%                 | 9,3%         |
| Schulärztin/arzt   | 81,4%                 | <b>18,6%</b> |
| Beratungslehrer/in oder Stützlehrer/in   | 80,7%                 | <b>19,3%</b> |
| Spezielle Klassen für Schülerinnen und Schüler mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten                             | 96,4%                 | 3,6%         |
| Spezielle Unterstützung für Schülerinnen und Schüler mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Verhaltens-SPF) | 97,1%                 | 2,9%         |

Anmerkung: N=140;

Die Angaben zum Inanspruchnahmeverhalten stammen ausschließlich aus der Fremdbeurteilung durch Eltern oder andere Erziehungsberechtigte.

## 9.2.1 Einfluss von Alter und Geschlecht auf das Inanspruchnahmeverhalten

**Alter.** In Abhängigkeit der Alterskategorien (11-14 Jahre und 15-18 Jahre) wurden im Bereich des schulischen Inanspruchnahmeverhaltens ( $p = .010$ ) signifikante Mittelwertsunterschiede festgestellt. Die Erziehungsberechtigten gaben für Kinder und Jugendliche im Alter von 11-18 Jahren häufiger an, schulische Angebote in Anspruch zu nehmen (s. Tabelle 40).

Tabelle 40: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit der Alterskategorie.

| Inanspruchnahme                       | 11-14 J |      |      | 15-18 J |      |      | p <sup>1</sup> |
|---------------------------------------|---------|------|------|---------|------|------|----------------|
|                                       | N       | M    | SD   | N       | M    | SD   |                |
| stationäre Aufenthalte                | 60      | 0,87 | 1,23 | 82      | 1,07 | 1,38 | .245           |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 60      | 1,78 | 1,87 | 82      | 2,22 | 1,89 | .101           |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 59      | 1,29 | 1,37 | 83      | 1,04 | 1,27 | .251           |
| schulische Angebote                   | 58      | 1,00 | 1,16 | 82      | 0,57 | 1,03 | <b>.010</b>    |

Anmerkung: <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (U-Test), N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

Die Annahme, dass ältere Kinder/Jugendliche mehr allgemeine oder spezifische Angebote/Einrichtungen in Anspruch nehmen, konnte nicht bestätigt werden.

**Geschlecht.** Es zeigte sich, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen vor dem stationären Aufenthalt häufiger spezifische Angebote/Einrichtungen ( $p = .024$ ) und schulische Angebote ( $p = .021$ ) in Anspruch nahmen. Die Ergebnisse werden in Tabelle 41 dargestellt.

Tabelle 41: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit des Geschlecht.

| Inanspruchnahme                       | Mädchen |      |      | Jungen |      |      | p <sup>1</sup> |
|---------------------------------------|---------|------|------|--------|------|------|----------------|
|                                       | N       | M    | SD   | N      | M    | SD   |                |
| stationäre Aufenthalte                | 87      | 1,01 | 1,44 | 55     | 0,95 | 1,10 | .781           |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 87      | 2,24 | 1,71 | 55     | 1,71 | 1,58 | .195           |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 87      | 0,98 | 1,32 | 55     | 1,40 | 1,27 | <b>.024</b>    |
| schulische Angebote                   | 86      | 0,60 | 0,95 | 54     | 0,98 | 1,12 | <b>.021</b>    |

Anmerkung: <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (U-Test), N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

## 9.2.2 Einfluss des sozioökonomischen Status auf das Inanspruchnahmeverhalten

**Family Affluence Scale.** In Verbindung mit dem selbsteingeschätzten sozioökonomischen Status der Kinder und Jugendlichen ließen sich keine signifikanten Unterschiede finden. Tendenziell wiesen Kinder und Jugendliche mit hohem sozioökonomischen Status eine häufigere Inanspruchnahme von schulischen Angeboten auf ( $p = .059$ ) (s. Tabelle 42).

Tabelle 42: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit des sozioökonomischen Status (FAS).

| Inanspruchnahme                       | M     | SD   | M     | SD   | M     | SD   | p <sup>1</sup> |
|---------------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|----------------|
|                                       | FAS 1 |      | FAS 2 |      | FAS 3 |      |                |
| stationäre Aufenthalte                | 0,86  | 1,06 | 1,13  | 1,32 | 0,64  | 1,07 | .172           |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 2,14  | 2,27 | 2,18  | 1,89 | 2,02  | 1,88 | .860           |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 1,65  | 1,60 | 1,00  | 1,18 | 0,78  | 1,02 | .115           |
| schulische Angebote                   | 0,58  | 1,02 | 0,51  | 0,90 | 0,84  | 0,94 | .059           |

Anmerkung: FAS 1...niedriger sozioökonomischer Status, FAS 2...mittlerer sozioökonomischer Status, FAS 3...hoher sozioökonomischer Status, N<sub>gesamt</sub> = 104-106, <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (Kruskal-Wallis-Test), M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

**Schichtindex Mutter/Vater.** In Abhängigkeit des Schichtindex der Mutter konnten keine signifikanten Einflüsse auf das Inanspruchnahmeverhalten gefunden werden. Kinder und Jugendliche, deren Väter jedoch eine niedrige soziale Schicht angaben, nahmen ambulante Angebote signifikant seltener in Anspruch (s. Tabelle 43).

Tabelle 43: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit des sozioökonomischen Status (Schichtindex Vater).

| Inanspruchnahme                       | M                 | SD   | M     | SD   | M                 | SD   | p <sup>1</sup> |
|---------------------------------------|-------------------|------|-------|------|-------------------|------|----------------|
|                                       | SES 1             |      | SES 2 |      | SES 3+4           |      |                |
| stationäre Aufenthalte                | 0,73              | 0,96 | 0,84  | 0,94 | 0,75              | 1,39 | .542           |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 1,44 <sup>a</sup> | 1,61 | 2,36  | 2,31 | 2,40 <sup>b</sup> | 1,18 | <b>.020</b>    |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 0,90              | 1,15 | 1,20  | 1,41 | 0,56              | 0,73 | .391           |
| schulische Angebote                   | 0,71              | 1,71 | 0,96  | 0,96 | 0,50              | 0,63 | .173           |

Anmerkung: SES 1...niedriger sozioökonomischer Status, SES...mittlerer sozioökonomischer Status, SES 3+4...gehobener und hoher sozioökonomischer Status, N<sub>gesamt</sub> = 92, <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (Kruskal-Wallis-Test), M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kleinbuchstaben <sup>a, b oder c</sup> unterscheiden sich signifikant voneinander (U-Test,  $p \leq .05$ );

In der untersuchten Population war ein niedriger sozioökonomischer Status des Vaters mit einer geringeren Inanspruchnahme ambulanter Leistungen assoziiert.

### 9.2.3 Einfluss der Familienkonstellation auf das Inanspruchnahmeverhalten

**Familienkonstellation.** Mittelwertsvergleiche zeigten, dass Kinder und Jugendliche aus anderen Familienkonstellationen wie der Kernfamilie, häufiger stationäre Aufenthalte ( $p = .043$ ) oder spezifische Angebote/Einrichtungen ( $p = .022$ ) in Anspruch genommen haben (s. Tabelle 44).

Tabelle 44: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit der Familienkonstellation (Kernfamilie vs. anderer Familienkonstellationen).

| Inanspruchnahme                    | N           | M    | SD   | N                            | M    | SD   | p <sup>1</sup> |
|------------------------------------|-------------|------|------|------------------------------|------|------|----------------|
|                                    | Kernfamilie |      |      | andere Familienkonstellation |      |      |                |
| stationäre Aufenthalte             | 50          | 0,58 | 0,91 | 55                           | 1,13 | 1,35 | <b>.043</b>    |
| ambulante Behandlungsangebote      | 50          | 1,90 | 1,74 | 55                           | 2,27 | 2,13 | .470           |
| spezifische Angebote/Einrichtungen | 49          | 0,71 | 1,06 | 56                           | 1,25 | 1,28 | <b>.022</b>    |
| schulische Angebote                | 48          | 0,58 | 0,71 | 55                           | 0,71 | 1,10 | .732           |

Anmerkung: <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (U-Test), N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

**Alleinerziehend.** Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zwischen den Gruppen der alleinerziehend und der nicht-alleinerziehend aufwachsenden Kinder und Jugendlichen konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.

Kinder und Jugendliche, die nicht in der Kernfamilie lebten, wiesen eine häufigere Inanspruchnahme von stationären und spezifischen Angeboten auf. Dieses Resultat bestätigt die Hypothese.

## 9.2.4 Einfluss der Eingebundenheit in die Peergroup auf das Inanspruchnahmeverhalten

**Peers.** Es konnten keine signifikanten Unterschiede im Aufsuchen von Hilfsangeboten in Abhängigkeit der Anzahl der Freunde ermittelt werden (s. Tabelle 45).

Tabelle 45: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit der Anzahl von Freunden.

| Inanspruchnahme                    | keinen oder einen Freund |      |      | zwei oder mehrere Freunde |      |      | p <sup>1</sup> |
|------------------------------------|--------------------------|------|------|---------------------------|------|------|----------------|
|                                    | N                        | M    | SD   | N                         | M    | SD   |                |
| stationäre Aufenthalte             | 12                       | 0,75 | 1,22 | 80                        | 0,95 | 1,16 | .443           |
| ambulante Behandlungsangebote      | 12                       | 1,58 | 1,08 | 81                        | 2,07 | 1,99 | .734           |
| spezifische Angebote/Einrichtungen | 12                       | 0,67 | 0,65 | 80                        | 1,05 | 1,28 | .641           |
| schulische Angebote                | 11                       | 0,64 | 1,03 | 79                        | 0,68 | 0,97 | .771           |

Anmerkung: <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (U-Test), N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

## 9.2.5 Einfluss der Wohnortgröße auf das Inanspruchnahmeverhalten

**Wohnortgröße.** Die Berechnungen zeigten, dass sich Kinder und Jugendliche, die in der Großstadt lebten, in der Inanspruchnahme von ambulanten Behandlungsangeboten ( $p = .001$ ) signifikant von Kindern und Jugendlichen unterschieden, die aus ländlicheren Gebieten kamen. Patientinnen und Patienten, die in der Großstadt lebten, nahmen signifikant häufiger ambulante Angebote in Anspruch als diejenigen aus ländlicheren Gebieten (s. Tabelle 46).

Tabelle 46: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit der Wohnortgröße.

| Inanspruchnahme                    | keine Großstadt |      |      | Großstadt |      |      | p <sup>1</sup> |
|------------------------------------|-----------------|------|------|-----------|------|------|----------------|
|                                    | N               | M    | SD   | N         | M    | SD   |                |
| stationäre Aufenthalte             | 99              | 0,95 | 1,27 | 37        | 1,03 | 1,44 | .835           |
| ambulante Behandlungsangebote      | 100             | 1,70 | 1,72 | 36        | 2,86 | 2,02 | <b>.001</b>    |
| spezifische Angebote/Einrichtungen | 99              | 1,20 | 1,31 | 37        | 0,97 | 1,32 | .309           |
| schulische Angebote                | 97              | 0,71 | 0,99 | 37        | 0,84 | 1,17 | .774           |

Anmerkung: <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (U-Test), N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

## 9.2.6 Einfluss der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf das Inanspruchnahmeverhalten

**Gesundheitsbezogene Lebensqualität.** In Abhängigkeit der Lebensqualitätsausprägungen in der KIDSCREEN-Skala „Körperliches Wohlbefinden“ konnten signifikante Unterschiede im ambulanten Inanspruchnahmeverhalten ( $p = .021$ ) festgestellt werden. Kinder und Jugendliche, deren Lebensqualität unter dem Normbereich lag, nahmen deutlich häufiger ambulante Angebote in Anspruch als Kinder und Jugendliche mit im oder über dem Normbereich liegender Lebensqualität.

Ein ähnliches Resultat konnte auch im Bereich „Psychisches Wohlbefinden“ gefunden werden, indem Patientinnen und Patienten mit niedrigen Lebensqualitätswerten deutlich häufiger ambulante Leistungen ( $p = .000$ ) angaben, als jene mit durchschnittlichen Werten.

Es zeigte sich weiters, dass Kinder und Jugendliche, die den Bereich „Beziehung zu Eltern“ besonders gut bewerteten, signifikant häufiger spezifische Angebote/Einrichtungen ( $p = .012$ ) in Anspruch nahmen (s. Tabelle 47).

Tabelle 47: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung).

| Inanspruchnahme                       | M                                 | SD   | M                              | SD   | M                                | SD   | p <sup>1</sup> |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|------|----------------------------------|------|----------------|
|                                       | LQ<br><i>unter</i><br>Normbereich |      | LQ<br><i>im</i><br>Normbereich |      | LQ<br><i>über</i><br>Normbereich |      |                |
| <b>Körperliches Wohlbefinden</b>      |                                   |      |                                |      |                                  |      |                |
| stationäre Aufenthalte                | 1,11                              | 1,22 | 0,70                           | 1,18 | 0,50                             | 0,58 | .070           |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 2,67 <sup>a</sup>                 | 2,15 | 1,75 <sup>b</sup>              | 1,64 | 0,50 <sup>b</sup>                | 0,58 | <b>.021</b>    |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 1,05                              | 1,26 | 1,00                           | 1,21 | 1,00                             | 2,00 | .838           |
| schulische Angebote                   | 0,70                              | 1,04 | 0,72                           | 0,91 | 0,25                             | 0,50 | .575           |
| <b>Psychisches Wohlbefinden</b>       |                                   |      |                                |      |                                  |      |                |
| stationäre Aufenthalte                | 1,02                              | 1,14 | 0,67                           | 1,18 | 1,25                             | 1,89 | .075           |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 2,80 <sup>a</sup>                 | 2,01 | 1,24 <sup>b</sup>              | 1,42 | 2,25                             | 2,22 | <b>.000</b>    |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 1,04                              | 1,22 | 0,85                           | 1,15 | 2,50                             | 1,92 | .135           |
| schulische Angebote                   | 0,81                              | 1,07 | 0,49                           | 0,73 | 1,25                             | 1,26 | .190           |
| <b>Beziehung zu Eltern</b>            |                                   |      |                                |      |                                  |      |                |
| stationäre Aufenthalte                | 1,02                              | 1,14 | 0,67                           | 1,18 | 1,25                             | 1,89 | .063           |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 2,80                              | 2,01 | 1,24                           | 1,42 | 2,25                             | 2,22 | .916           |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 1,04                              | 1,22 | 0,85                           | 1,15 | 2,50                             | 1,92 | <b>.012</b>    |
| schulische Angebote                   | 0,81                              | 1,07 | 0,49                           | 0,73 | 1,25                             | 1,26 | .120           |

Anmerkung: LQ...Lebensqualität, N<sub>gesamt</sub> = 101-103, <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (Kruskal-Wallis-Test), M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse p ≤ .05 sind **fett** gedruckt, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kleinbuchstaben <sup>a, b oder c</sup> unterscheiden sich signifikant voneinander (U-Test, p ≤ .05);

Die nicht-signifikanten Ergebnisse der weiteren KIDSCREEN-Skalen (Selbstbeurteilung) werden im Anhang dargestellt.

Die Beurteilung der Erziehungsberechtigten zeigte einen signifikanten Mittelwertsunterschied in Abhängigkeit der Lebensqualität im Bereich „Körperliches Wohlbefinden“ in der Inanspruchnahme ambulanten Angebote (p = .043). Kinder und Jugendliche mit einer unter dem Normbereich liegenden Lebensqualität in diesem Bereich nahmen ambulante Hilfen häufiger in Anspruch als Kinder und Jugendliche mit einer durchschnittlichen Lebensqualität.

Im Lebensqualitätsbereich „Autonomie“ unterschieden sich Kinder und Jugendliche mit durchschnittlicher von denen mit überdurchschnittlicher Lebensqualität im Aufsuchen von ambulanten Angeboten (p = .034) in dem Sinne, dass mit überdurchschnittlicher Lebensqualität weniger Hilfe in Anspruch genommen wurde.

Die Berechnungen zeigten weiters, in Abhängigkeit der Lebensqualität in der KIDSCREEN-Skala „Soziale Akzeptanz“, Unterschiede in der Inanspruchnahme schulischer Angebote ( $p = .020$ ). Kinder und Jugendliche mit einer unter dem Normbereich liegender Lebensqualität gaben an, mehr schulische Angebote in Anspruch zu nehmen (s. Tabelle 48).

Tabelle 48: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Fremdbeurteilung).

| Inanspruchnahme                       | M                                 | SD   | M                              | SD   | M                                | SD   | p <sup>1</sup> |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------|--------------------------------|------|----------------------------------|------|----------------|
|                                       | LQ<br><i>unter</i><br>Normbereich |      | LQ<br><i>im</i><br>Normbereich |      | LQ<br><i>über</i><br>Normbereich |      |                |
| <b>Körperliches Wohlbefinden</b>      |                                   |      |                                |      |                                  |      |                |
| stationäre Aufenthalte                | 1,00                              | 1,41 | 0,91                           | 1,20 | 0,50                             | 0,71 | .921           |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 2,18 <sup>a</sup>                 | 1,93 | 1,34 <sup>b</sup>              | 1,33 | 0,50                             | 0,71 | <b>.043</b>    |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 0,99                              | 1,29 | 1,26                           | 1,14 | 2,00                             | 2,83 | .226           |
| schulische Angebote                   | 0,79                              | 1,05 | 0,85                           | 1,08 | 0,0                              | 0,00 | .367           |
| <b>Autonomie</b>                      |                                   |      |                                |      |                                  |      |                |
| stationäre Aufenthalte                | 1,13                              | 0,99 | 1,12                           | 1,48 | 0,63                             | 0,91 | .128           |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 1,93                              | 1,91 | 2,27 <sup>a</sup>              | 1,94 | 1,37 <sup>b</sup>                | 1,59 | <b>.034</b>    |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 1,36                              | 1,45 | 1,21                           | 1,38 | 0,91                             | 1,17 | .506           |
| schulische Angebote                   | 1,00                              | 1,41 | 0,73                           | 1,00 | 0,76                             | 1,06 | .959           |
| <b>Soziale Akzeptanz</b>              |                                   |      |                                |      |                                  |      |                |
| stationäre Aufenthalte                | 0,98                              | 1,26 | 1,17                           | 1,52 | -                                | -    | .650           |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 2,01                              | 1,94 | 2,30                           | 1,95 | -                                | -    | .360           |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 1,20                              | 1,43 | 1,05                           | 1,14 | -                                | -    | .907           |
| schulische Angebote                   | 0,96                              | 1,16 | 0,49                           | 0,81 | -                                | -    | <b>.020</b>    |

Anmerkung: LQ...Lebensqualität, N<sub>gesamt</sub> = 122-134, <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (Kruskal-Wallis-Test), M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kleinbuchstaben <sup>a, b oder c</sup> unterscheiden sich signifikant voneinander (U-Test,  $p \leq .05$ );

Die Annahme, dass Kinder und Jugendliche mit geringen Lebensqualitätswerten in „objektiveren“ Bereichen höhere Inanspruchnahmeraten aufweisen, konnte in Teilbereichen bestätigt werden.

## 9.2.7 Einfluss von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten auf das Inanspruchnahmeverhalten

Es wurde überprüft, ob sich Kinder und Jugendliche in ihrem Inanspruchnahmeverhalten in Abhängigkeit der Stärke der Ausprägung psychischer Auffälligkeiten unterscheiden. Es zeigte sich, dass Kinder und Jugendliche mit auffälligen Werten in den übergeordneten Skalen „Internalisierende Auffälligkeiten“ (bestehen aus den Skalen „Sozialer Rückzug“, „Ängstlich/Depressiv“ und „Körperliche Beschwerden“) ( $p = .013$ ) und „Externalisierende Auffälligkeiten“ (bestehend aus den Skalen „Aggressives Verhalten“ und „Dissoziales Verhalten“) ( $p = .026$ ) signifikant häufiger ambulante Angebote in Anspruch nahmen als Kinder und Jugendliche, die sich unauffällig bzw. grenzwertig einschätzten. In Abhängigkeit der Gesamtauffälligkeit konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden (s. Tabelle 49).

Tabelle 49: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit der Stärke der Ausprägung emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten (YSR-Skalen 2. Ordnung: Selbstbeurteilung).

| Inanspruchnahme                          | M                 | SD   | M                 | SD   | M                 | SD   | p <sup>1</sup> |
|--|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|----------------|
|  | unauffällig       |      | grenzwertig       |      | auffällig         |      |                |
| <b>Internalisierende Auffälligkeiten</b> |                   |      |                   |      |                   |      |                |
| stationäre Aufenthalte                   | 0,92              | 1,21 | 0,77              | 1,17 | 1,19              | 1,27 | .391           |
| ambulante Behandlungsangebote            | 1,29 <sup>a</sup> | 1,55 | 1,85              | 2,30 | 2,58 <sup>b</sup> | 2,00 | <b>.013</b>    |
| spezifische Angebote/Einrichtungen       | 1,50              | 1,22 | 0,62              | 0,96 | 1,02              | 1,28 | .056           |
| schulische Angebote                      | 0,86              | 1,17 | 0,31              | 0,48 | 0,72              | 1,01 | .389           |
| <b>Externalisierende Auffälligkeiten</b> |                   |      |                   |      |                   |      |                |
| stationäre Aufenthalte                   | 0,93              | 1,20 | 0,56              | 0,86 | 1,43              | 1,34 | .058           |
| ambulante Behandlungsangebote            | 2,02              | 1,83 | 1,22 <sup>a</sup> | 1,40 | 2,96 <sup>b</sup> | 2,27 | <b>.026</b>    |
| spezifische Angebote/Einrichtungen       | 1,00              | 1,15 | 0,67              | 1,09 | 1,33              | 1,31 | .150           |
| schulische Angebote                      | 0,61              | 0,78 | 0,67              | 0,91 | 0,91              | 1,35 | .998           |
| <b>Gesamtauffälligkeiten</b>             |                   |      |                   |      |                   |      |                |
| stationäre Aufenthalte                   | 0,94              | 1,44 | 0,77              | 0,83 | 1,52              | 1,36 | .117           |
| ambulante Behandlungsangebote            | 1,53              | 2,07 | 1,77              | 1,96 | 2,72              | 2,16 | .065           |
| spezifische Angebote/Einrichtungen       | 1,18              | 1,29 | 1,0               | 1,23 | 1,16              | 1,30 | .928           |
| schulische Angebote                      | 0,41              | 0,62 | 0,75              | 0,97 | 0,84              | 1,24 | .644           |

Anmerkung: LQ...Lebensqualität, N<sub>gesamt</sub> = 60-86, <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (Kruskal-Wallis-Test), M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kleinbuchstaben <sup>a, b oder c</sup> unterscheiden sich signifikant voneinander (U-Test,  $p \leq .05$ );

Beurteilung durch die Erziehungsberechtigten (s. Tabelle **50**):

In Abhängigkeit der Ausprägungen „Internalisierender Auffälligkeiten“ konnten in der Inanspruchnahme ambulanter ( $p = .012$ ) und spezifischer ( $p = .010$ ) Angebote signifikante Mittelwertsunterschiede gefunden werden. Kinder und Jugendliche, die in der Fremdbeurteilung durch ihre Erziehungsberechtigten auffällige Werte im Bereich der internalisierenden Auffälligkeiten aufwiesen, nahmen deutlich mehr ambulante Hilfen in Anspruch als diejenigen mit unauffälligen Werten. Im Bereich der spezifischen Angebote zeigten die Kinder und Jugendlichen mit im Grenzbereich liegenden erhöhten Werten die höchste Inanspruchnahmerate.

Eine auffällige Ausprägung im externalisierenden Bereich zeigte einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme spezifischer Angebote/Einrichtungen ( $p = .011$ ) in dem Sinne, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu den Unauffälligen deutlich mehr Angebote in Anspruch nahmen. Die Gesamtauffälligkeit zeigte keinen signifikanten Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten.

Tabelle 50: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit der Stärke der Ausprägung emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten (CBCL/4-18-Skalen 2. Ordnung: Fremdbeurteilung).

| Inanspruchnahme                          | M                 | SD   | M                 | SD   | M                 | SD   | p <sup>1</sup> |
|--|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|----------------|
|  | unauffällig       |      | grenzwertig       |      | auffällig         |      |                |
| <b>Internalisierende Auffälligkeiten</b> |                   |      |                   |      |                   |      |                |
| stationäre Aufenthalte                   | 0,71              | 0,99 | 1,11              | 1,54 | 1,04              | 1,32 | .614           |
| ambulante Behandlungsangebote            | 0,88 <sup>a</sup> | 1,05 | 2,11              | 2,52 | 2,26 <sup>b</sup> | 1,85 | <b>.012</b>    |
| spezifische Angebote/Einrichtungen       | 0,82 <sup>a</sup> | 0,95 | 2,44 <sup>b</sup> | 1,42 | 1,00 <sup>a</sup> | 1,11 | <b>.010</b>    |
| schulische Angebote                      | 0,76              | 1,35 | 0,78              | 0,97 | 0,71              | 0,97 | .871           |
| <b>Externalisierende Auffälligkeiten</b> |                   |      |                   |      |                   |      |                |
| stationäre Aufenthalte                   | 0,63              | 0,84 | 0,85              | 1,31 | 1,12              | 1,23 | .190           |
| ambulante Behandlungsangebote            | 1,85              | 1,51 | 2,15              | 2,11 | 2,15              | 1,93 | .927           |
| spezifische Angebote/Einrichtungen       | 0,67 <sup>a</sup> | 1,04 | 1,00              | 1,17 | 1,47 <sup>b</sup> | 1,27 | <b>.011</b>    |
| schulische Angebote                      | 0,48              | 0,64 | 0,70              | 1,30 | 0,98              | 1,08 | .080           |
| <b>Gesamtauffälligkeiten</b>             |                   |      |                   |      |                   |      |                |
| stationäre Aufenthalte                   | 0,25              | 0,50 | 0,56              | 1,13 | 1,22              | 1,25 | .066           |
| ambulante Behandlungsangebote            | 0,75              | 1,50 | 1,33              | 2,24 | 2,36              | 2,00 | .057           |
| spezifische Angebote/Einrichtungen       | 0,75              | 1,50 | 1,44              | 1,24 | 1,33              | 1,22 | .482           |
| schulische Angebote                      | 0,00              | 0,00 | 0,78              | 1,64 | 0,89              | 1,08 | .143           |

Anmerkung: LQ...Lebensqualität, N<sub>gesamt</sub> = 48-100, <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (Kruskal-Wallis-Test), M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse p ≤ .05 sind **fett** gedruckt, Mittelwerte mit unterschiedlichen Kleinbuchstaben <sup>a, b oder c</sup> unterscheiden sich signifikant voneinander (U-Test, p ≤ .05);

Die Hypothese, dass Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Auffälligkeiten häufiger professionelle Hilfsangebote in Anspruch nehmen als Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Auffälligkeiten, wurde nicht bestätigt.

## 9.2.8 Prädiktoren des Inanspruchnahmeverhaltens

**Externale Einflussgrößen.** Zur Ermittlung externaler Prädiktoren des Inanspruchnahmeverhaltens wurde eine Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell durchgeführt. Als Prädiktoren wurden Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status (FAS), Familienkonstellation (Eltern vs. andere Familienkonstellationen), sowie Wohnortgröße (Großstadt vs. ländlichere Gebiete) eingesetzt.

In drei Bereichen des Inanspruchnahmeverhaltens ergab die Varianzaufklärung für das Gesamtmodell kein signifikantes Ergebnis:

- Stationäre Aufenthalte ( $p = .214$ ,  $R^2 = .083$ )
- Ambulante Behandlungsangebote ( $p = .338$ ,  $R^2 = .069$ )
- Schulische Angebote ( $p = .078$ ,  $R^2 = .114$ )

Im Bereich spezifischer Angebote/Einrichtungen ( $p = .039$ ,  $R^2 = .129$ ) ergab die Berechnung eine signifikante Varianzaufklärung, wobei das Modell 12,9% der Varianz aufklärte (s. Tabelle 51). Tendenziell erschien lediglich das Geschlecht ( $p = .078$ ,  $\eta^2 = .033$ ) als ein Prädiktor: männliche Kinder oder Jugendliche nutzten spezifische Hilfsangebote häufiger.

Tabelle 51: Kovarianzanalyse nach dem Allgemeinen Linearen Modell für den Inanspruchnahmebereich „spezifische Angebote/Einrichtungen“.

| Quelle                         | Regressionskoeffizient B | df  | F    | p           | Partielles Eta-Quadrat |
|--------------------------------|--------------------------|-----|------|-------------|------------------------|
| Korrigiertes Modell            | -                        | 6   | 2,33 | <b>.039</b> | .129                   |
| Alter                          | -.084                    | 1   | 1,58 | .212        | .017                   |
| Geschlecht                     | -                        | 1   | 3,17 | .078        | .033                   |
| Sozioökonomischer Status (FAS) | -                        | 2   | 1,73 | .183        | .036                   |
| Familienkonstellation          | -                        | 1   | 2,19 | .142        | .023                   |
| Wohnortgröße                   | -.113                    | 1   | 2,50 | .117        | .026                   |
| Gesamt                         |                          | 101 |      |             |                        |

Anmerkung:  $R^2 = .129$  (korr.  $R^2 = .074$ ); df...Freiheitsgrad, F...Prüfgröße, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt;

Das Alter und die Familienkonstellation stellten keinen Prädiktor für das Inanspruchnahmeverhalten dar, somit konnte die Hypothese über die Vorhersagekraft der beiden Faktoren nicht bestätigt werden. Die Wohnortgröße und der sozioökonomische Status leisteten keinen Beitrag zur Aufklärung der

Varianz. Das Geschlecht stellte nur einen schwachen Prädiktor für die Inanspruchnahme spezifischer Angebote dar.

## 10 Diskussion

In der hier vorliegenden Studie wurde erstmals eine umfassende Analyse der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten im Kontext des österreichischen Gesundheits- und Sozialwesens durchgeführt. Die Zusammenhänge der Lebensbedingungen mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und mit dem Inanspruchnahmeverhalten wurden dabei untersucht. Die statistische Berechnung wurde auf der Grundlage von 172 Patientinnen und Patienten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, sowie 148 Erziehungsberechtigten durchgeführt.

### 10.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Es zeigten sich deutliche Unterschiede in der Selbst- und Fremdbeurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Kinder und Jugendlichen fühlten sich nur in den Lebensqualitätsbereichen „Psychisches Wohlbefinden“ und „Stimmung und Emotionen“ zum überwiegenden Teil eingeschränkt. Im Gegensatz dazu schienen die Erziehungsberechtigten deutlich mehr Einschränkungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei ihren Kindern wahrzunehmen. Dieser Befund steht im Widerspruch zu Erkenntnissen der BELLA-Studie (22) in Deutschland, in welcher die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den meisten Bereichen von den Erziehungsberechtigten besser eingestuft wurde als von den Kindern und Jugendlichen selbst. Verglichen mit den Ergebnissen der Validierung des KIDSCREEN-Fragebogens (26) war die Übereinstimmung, entgegen der Erwartung, insgesamt geringer. Besonders interessant erscheint dabei, dass der Zusammenhang in der Lebensqualitätsdimension „Psychisches Wohlbefinden“ am geringsten war. Dieses Resultat legt nahe, dass sich in der Beurteilung des Lebensqualitätsbereichs „Psychisches Wohlbefinden“ so gut wie keine Übereinstimmung zwischen den Kindern und Jugendlichen und ihren Erziehungsberechtigten zeigte.

In Abhängigkeit des Alters der Kinder und Jugendlichen ließen sich weder in der Selbst-, noch in der Fremdbeurteilung Unterschiede in der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität finden. Im Gegensatz dazu konnten Michel et al. (31) in ihrer Untersuchung in 12 europäischen Ländern (darunter auch Österreich) mittels KIDSCREEN-52 zeigen, dass Kinder eine höhere Lebensqualität aufwiesen als Jugendliche. Auch die Forschungsgruppe um Ravens-Sieberer (22) fand in mehreren Lebensqualitätsbereichen eine Abnahme der Werte mit zunehmendem Alter.

Die vorliegenden Daten wurden an einer klinischen Population erhoben. Möglicherweise haben andere Variablen einen stärkeren Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Dey et al. (139) fanden heraus, dass der Ausprägungsgrad der gesundheitlichen Beeinträchtigung den stärksten Prädiktor für eine reduzierte Lebensqualität darstellt. Als weiterer möglicher Grund, für die in der hier vorliegenden Stichprobe nicht erfassbaren Altersunterschiede, könnte die Stichprobenzusammensetzung mit mehr älteren Kindern/Jugendlichen sein, weshalb mögliche Unterschiede weniger deutlich zum Ausdruck kamen.

Geschlechtsunterschiede wurden in dieser Untersuchung sowie auch in anderen Studien festgestellt, wobei Burschen dabei höhere Lebensqualitätswerte aufwiesen (22, 30, 31). Jungen zeigten in der hier vorliegenden Untersuchung in den Dimensionen „Körperliches Wohlbefinden“, „Psychisches Wohlbefinden“, „Stimmung und Emotionen“ und „Selbstwahrnehmung“ deutlich höhere Werte als Mädchen. In den Angaben durch die Erziehungsberechtigten ließen sich ähnliche Geschlechtsunterschiede in den Skalen „Körperliches Wohlbefinden“ und „Selbstwahrnehmung“ finden. Ursache für den Geschlechtsunterschied könnten die bei Mädchen besonders stark ausgeprägten Rollenerwartungen sein, welche sich ungünstig auf die Lebensqualität auswirken.

Beim Blick auf die Ergebnisse des Einflusses des sozioökonomischen Status erscheint insgesamt interessant, dass sich 18,2% der Kinder und Jugendlichen einer niedrigen Wohlstandsgruppe zuordneten. Dieses Ergebnis erscheint bemerkenswert, ließen sich in einer repräsentativen Studie an österreichischen Schülerinnen und Schülern im Alter zwischen 11 und 17 Jahren lediglich 8,4% finanziell schlechter gestellten Familien zuordnen (28). Im Vergleich zur gleichaltrigen Gesamtbevölkerung gaben in der hier vorliegenden Stichprobe mehr

als doppelt so viele Kinder und Jugendliche einen niedrigen sozioökonomischen Status an. Zusätzlich ist erstaunlich, dass 53% der Mütter und 54,7% der Väter einem niedrigen Wohlstandsstatus zugeordnet werden konnten.

Die Ergebnisse der Untersuchung legen nahe, dass in der klinischen Stichprobe mögliche Einschränkungen in der selbst wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität stärker durch andere Faktoren beeinflusst werden, als durch die Zugehörigkeit zu einer sozialen Statusgruppe. Ellert et al. (30) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass unter Einbeziehung zusätzlicher Variablen wie körperliche Krankheiten, psychische Auffälligkeiten oder spezieller Versorgungsbedarf, der sozioökonomische Status keinen signifikanten Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität mehr zeigt. Currie (27) weist auch darauf hin, dass Unterschiede zwischen den verschiedenen Statusgruppen durch die stärkere Orientierung hin zur Gleichatrigengruppe möglicherweise ausgeglichen werden. Laut West (39) scheinen die Ausgleichsprozesse besonders im Jugendalter wirksam zu werden, weshalb der nicht erfassbare Einfluss des sozioökonomischen Status auf die selbsteingeschätzte Lebensqualität mit der Altersstruktur der Stichprobe zu erklären ist. Gleichzeitig erscheint die Tatsache nicht unbedeutend, dass in der Einschätzung des sozioökonomischen Status durch die Eltern über die Hälfte *einer* Statusgruppe (niedriger sozioökonomischer Status) zugeordnet werden konnte und dadurch innerhalb der Stichprobe für dieses Merkmal eine geringere Variabilität bestand.

Die Familienkonstellation der Kinder und Jugendlichen weicht deutlich von der Allgemeinbevölkerung ab, so gaben über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen an, nicht bei beiden Eltern zu leben. Darüber hinaus gaben über vierzig Prozent der Mütter an, alleinerziehend zu sein. Diese Zahlen sind bemerkenswert, da laut Daten der Statistik Austria im österreichischen Durchschnitt nur 13% der Kinder (unter 15 Jahren) in einer Ein-Eltern-Familie leben (140). Daneben muss hervorgehoben werden, dass circa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen der Studie unter der Woche bei keinem Elternteil lebten. Somit unterscheiden sich die Charakteristika der klinischen Stichprobe hinsichtlich der Familienkonstellation deutlich von der allgemeinen Bevölkerung.

Die Familienkonstellation hat laut Angaben der Kinder und Jugendlichen keinen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Dieses Resultat steht im Widerspruch zur Literatur, in welcher Kinder und Jugendliche, die in der Kernfamilie lebten, in einer für die Allgemeinbevölkerung repräsentativen Stichprobe ein geringeres Risiko für eine reduzierte Lebensqualität aufweisen (43).

Die alleinige Erfassung des Einflusses der Familienkonstellation auf die Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten scheint zu wenig Information zu bieten. Studienergebnisse von Cummings et al. (141) liefern einen Beleg dafür, dass ein komplexes Wechselspiel verschiedenster familiärer Eigenschaften und psychischer Auffälligkeiten besteht. Daraus könnten Erkenntnisse für die Erfassung des Einflusses der Familienkonstellation auf die Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in dem Sinne abgeleitet werden, dass mehr Augenmerk auf die Bewertung der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung gelegt werden sollte.

In der Einschätzung der Erziehungsberechtigten wurde im Bereich „Finanzielle Möglichkeiten“ die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, die in der Kernfamilie lebten, deutlich besser bewertet als in anderen Familienkonstellationen. Dies erscheint inhaltlich plausibel, da davon ausgegangen werden kann, dass sich das Zusammenleben mit beiden Elternteilen in einem Haushalt auch positiv auf die finanziellen Möglichkeiten der Familie auswirkt.

Die Ergebnisse dieser Studie weisen deutlich auf die Bedeutung der Peers, besonders auf Lebensqualitätsdomänen hin, welche die soziale Funktionsfähigkeit betreffen. Die Anzahl der Freundinnen und Freunde erwies sich in den Lebensqualitätsbereichen „Beziehung zu Gleichaltrigen“ und „Soziale Akzeptanz“ als wichtige Einflussgröße. Kinder und Jugendliche mit zwei oder mehr Freunden erlebten eine signifikant bessere Lebensqualität in den Bereichen der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen. Eine ähnliche Einschätzung teilten auch die Erziehungsberechtigten. Die Erkenntnisse zum Einfluss der Peers auf die

gesundheitsbezogene Lebensqualität stellen eine Erweiterung des bisherigen Wissenstandes dar.

Die Größe des Wohnortes war in dieser Studie nicht ausschlaggebend für die Lebensqualität, weder in der Selbst- noch in der Fremdbeurteilung. Die Studienergebnisse von Stöcklin et al. (53), die eine höhere Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen aus ländlichen Gebieten herausfanden, konnten in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Gründe für die vorliegenden Ergebnisse könnten wiederum in den Besonderheiten der klinischen Stichprobe liegen, die gleichzeitig die Vergleichbarkeit mit Resultaten aus bevölkerungsrepräsentativen Stichproben schwierig machen.

Besonders hervorzuheben ist in dieser Studie der Einfluss der Art der psychischen Auffälligkeit auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten schienen unabhängig von ihrer detaillierten Symptomausrichtung Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung und auf den eigenen Gefühlszustand zu haben, indem Kinder und Jugendliche mit stärkerer Symptombelastung vermehrt negative Gefühle bei sich erlebten und kritischer in der Beurteilung sich selbst gegenüber waren. Sehr interessant ist der Befund, dass bei ausgeprägter externalisierender Symptomatik (aggressive/dissoziales Verhalten), aber auch bei auffälliger internalisierender Symptomausprägung (sozialer Rückzug, Ängstlich/Depressiv, körperliche Beschwerden) die Beziehung zu den Eltern negativer beurteilt wurde.

Beim Vergleich des Einflusses externalisierender und internalisierender Auffälligkeiten auf die unterschiedlichen Lebensqualitätsdimensionen fällt auf, dass eine erhöhte internalisierende Symptomausprägung mit schlechteren Lebensqualitätswerten in den Bereichen körperliches und psychisches Wohlbefinden, sowie soziale Akzeptanz einherging. Kinder und Jugendliche mit Auffälligkeiten im externalisierenden Bereich beschrieben hingegen geringere finanzielle Möglichkeiten und eine niedrigere Lebensqualität im schulischen Umfeld.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Art der Auffälligkeit neben gemeinsamen Auswirkungen eben auch spezifischen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat. In der Literatur finden sich dazu unterschiedliche Erkenntnisse, so konnte Schubert et al. (142) keine Unterschiede in der Lebensqualität in Abhängigkeit verschiedener Diagnosen finden. Die von Bastiaansen et al. (99) gefundenen Unterschiede zwischen Diagnosegruppen an ambulant betreuten Patientinnen und Patienten konnten hier nur zum Teil ihre Bestätigung finden. Zwar zeigten Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Auffälligkeiten mehr Beeinträchtigungen in Lebensqualitätsbereichen des emotionalen Befindens, jedoch wiesen sich auch Einschränkungen in der Wahrnehmung der sozialen Interaktion mit Eltern oder Gleichaltrigen auf. Kinder und Jugendliche mit klinisch auffälligen Werten im Bereich der externalisierenden Auffälligkeiten wiesen neben den aus vorhergehenden Studien erwarteten niedrigeren Werten in den Lebensqualitätsbereichen der sozialen Interaktion auch verminderte Einschätzungen in emotionalen Lebensqualitätsdomänen auf. Dies könnte ein Hinweis auf eine hohe Komorbiditätsrate bei stationär aufgenommenen Kindern und Jugendlichen sein.

Sehr interessante Ergebnisse konnten hinsichtlich des Einflusses des Inanspruchnahmeverhaltens auf die Lebensqualität gefunden werden. Kinder und Jugendliche, die vor dem aktuellen stationären Aufenthalt ambulante Einrichtungen/Angebote in Anspruch genommen haben, wiesen ein geringeres körperliches und psychisches Wohlbefinden, eine gedrückte Stimmungslage und eine schlechtere Beziehung zu ihren Eltern auf. Dieses Ergebnis korrespondiert prinzipiell mit den Resultaten von Rajmil et al. (119), in welchen das Inanspruchnahmeverhalten mit niedrigen Werten in erster Linie in „objektiven“ Lebensqualitätsdimensionen, wie körperliches Wohlbefinden oder schulisches Umfeld in Verbindung stand. Neu in der hier vorliegenden klinischen Stichprobe ist, dass die Beziehung zu den Eltern bei vorhergehender Inanspruchnahme von stationären oder ambulanten Hilfsangeboten belasteter erlebt wurde.

Der Schluss liegt nahe, dass Kinder und Jugendliche, die bereits vor dem stationären Aufenthalt Hilfsangebote aufgrund von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten in Anspruch genommen haben, eine stärkere Symptombelastung erleben. Dabei erscheint nachvollziehbar, dass die Eltern-

Kind-Beziehung unter einer erhöhten Symptombelastung leidet. Aber es könnte auch der umgekehrte Schluss gezogen werden, nämlich, dass die als ungünstig erlebte Eltern-Kind-Beziehung mit einer Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik und in weiterer Folge für die Inanspruchnahme spielt.

Die Inanspruchnahme spezifischer oder schulischer Angebote zeigte keinen Einfluss auf die unterschiedlichen Lebensqualitätsdimensionen. Dies könnte dafür sprechen, dass diese Maßnahmen weniger in Verbindung mit psychischen Auffälligkeiten stehen.

Es ließ sich in der Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch Erziehungsberechtigte kein Einfluss des Inanspruchnahmeverhaltens erfassen. Dieses Ergebnis könnte darauf hinweisen, dass die Informationen über die Lebensqualität durch die Kinder und Jugendlichen selbst einen differenzierten und in Bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten einen höheren Informationsgrad haben.

Die Ergebnisse der Regressionberechnungen, anhand derer die Vorhersagekraft des Alters, des Geschlechts und ausgewählter externaler Faktoren (sozioökonomischer Status, Familienkonstellation und Anzahl der Freundinnen und Freunde) auf die unterschiedlichen Lebensqualitätsdimensionen in einem gemeinsamen Modell überprüft wurden zeigten, dass dieses Modell in der hier vorliegenden Stichprobe nur für einen Teil der Lebensqualitätsbereiche eine potentielle Vorhersagekraft besitzt. Als signifikante Prädiktoren stellten sich in erster Linie das Alter und das Geschlecht heraus, die externalen Faktoren sozioökonomischer Status und Anzahl der Freundinnen und Freunde konnten nur für einige wenige Skalen ein prädiktives Potential zeigen.

In der Literatur finden sich durchgängig Geschlechts- und Alterseffekte auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, damit erscheint die hier vorliegende Vorhersagekraft der beiden Faktoren im Einklang mit den bisherigen Erkenntnissen zu liegen (22, 123, 143).

Es scheint inhaltlich erklärbar, dass eine höhere Anzahl an Freundinnen und Freunden zu einer günstigeren Bewertung der Lebensqualität in der Beziehung zu Gleichaltrigen führt. Die positive Wirkung gerade eines mittleren sozioökonomischen Status auf die Beziehung zu Gleichaltrigen steht nicht in Übereinstimmung mit den bisherigen empirischen Erkenntnissen, die zeigten, dass ein niedrig eingeschätzter Familienwohlstand mit geringeren Werten in allen KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen einhergeht (144). Die hier vorliegenden Resultate könnten darauf hinweisen, dass für die Beziehungsgestaltung zu Gleichaltrigen in dieser Stichprobe die mittlere sozioökonomische Statusgruppe die günstigsten Voraussetzungen aufwies.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass die eingesetzten Prädiktoren in erster Linie für die Lebensqualitätsdomänen des psychischen und körperlichen Befindens eine mittlere Vorhersagekraft besaßen, jedoch im Gesamtmodell für die Bereiche der sozialen Interaktion kaum bis keine Bedeutung hatten. Zusammenfassend erscheinen das Alter und das Geschlecht für die emotionalen Funktionsbereiche das wichtigste Vorhersagepotential zu haben. Die externalen Einflussgrößen wie sozioökonomischer Status, Familienkonstellation und Anzahl der Freunde schienen dagegen in dieser Stichprobe nur einen untergeordneten oder keinen Einfluss zu haben. Gründe für die allgemein geringe Vorhersagekraft der externalen Faktoren könnten sein, dass andere Faktoren wie z.B. die psychische Auffälligkeit einen wesentlich größeren Einfluss haben und mögliche Effekte der externalen Faktoren überlagern. Hinweise in diese Richtung finden sich in der Untersuchung von Weitkamp et al. (123). Weiters könnten sich die Kinder und Jugendlichen in der qualitativen Bewertung ihrer Umwelt sehr ähneln, sodass keine oder nur geringe Unterschiede erfassbar sind.

## 10.2 Inanspruchnahmeverhalten

In der hier vorliegenden Stichprobe zeigt sich ein überraschend hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen, die bereits vor dem aktuellen Aufenthalt aufgrund von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten. Über 70% des untersuchten Kollektivs hatte bereits zuvor ein ambulantes Behandlungsangebot aufgesucht. Über die Hälfte hatte einen stationären Aufenthalt aufgrund der psychischen Auffälligkeiten hinter sich. Die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen dieser Studie wiesen damit deutlich höhere Inanspruchnahmeraten auf als Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland, in welcher maximal ein Fünftel professionelle Hilfe in Anspruch nahm (108).

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme schulischer Angebote zeigten sich altersabhängige Unterschiede. Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 11 und 14 Jahren nahmen diese deutlich häufiger in Anspruch als ältere Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie. Die höhere Rate bei jüngeren Kindern und Jugendlichen lässt sich dadurch erklären, dass ältere zum Teil die Schule nicht mehr besuchten. Dass sich keine weiteren Altersunterschiede abzeichneten, könnte mit der Altersstruktur der Stichprobe in Verbindung gebracht werden.

Burschen nahmen spezifische Angebote/Einrichtungen und schulische Angebote eher wahr als Mädchen. Dies widerspricht Untersuchungen von Rajineveld et al. (113) und Knapp et al. (145), die bei Mädchen mit emotionalen oder Verhaltensauffälligkeiten eine häufigere Inanspruchnahme spezifischer bzw. schulischer Angebote feststellten. Einschränkend muss dazu jedoch bemerkt werden, dass die Vergleichbarkeit mit der hier vorliegenden Studie aufgrund der unterschiedlichen Kategorisierung des Inanspruchnahmeverhaltens fraglich erscheint. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung könnte gefolgert werden, dass sich emotionale oder Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen in einer anderen Art und Weise äußern oder diese in ihrem Umfeld anders wahrgenommen werden, sodass die Inanspruchnahme spezifischer bzw. schulischer Angebote häufiger stattfindet.

Kinder und Jugendliche aus der gehobenen oder hohen Schicht nahmen öfter ambulante Behandlungsangebote in Anspruch. Bei genauerer Betrachtung der ambulanten Behandlungsangebote wird ersichtlich, dass einige der häufig in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen wie psychologische Behandlung, Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiater/in meist mit Kosten verbunden sind, die von der Familie selbst getragen werden müssen. Aus diesem Grund scheint das hier vorliegende Ergebnis aufgrund der strukturellen Rahmenbedingungen erklärbar.

Frühere Studien lieferten zum Teil widersprüchliche Erkenntnisse, was Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme und dem sozioökonomischen Status betrifft (114). Bei norwegischen Kindern stand ein niedriger sozioökonomischer Status mit vermehrter Inanspruchnahme in Verbindung. Im Gegensatz dazu konnten Giannokopoulos et al. (115) in Griechenland keinen Einfluss des Familienwohlstandes auf das Aufsuchen von Hilfsangeboten des Gesundheitssystems finden. Da keine österreichspezifischen Ergebnisse vorliegen, ist die Vergleichbarkeit mit anderen Studien aufgrund der Besonderheiten der Sozial- und Gesundheitssysteme, sowie der Gesellschaftsstruktur anderer Länder schwierig.

Bei der Inanspruchnahme stationärer und spezifischer Angebote/Einrichtungen zeigte sich, dass nicht aus Kernfamilien stammende Kinder und Jugendliche diese deutlich häufiger in Anspruch nahmen. Dieses Ergebnis knüpft inhaltlich an die von Resultate Laitinen-Krispijn et al. (117) und Jansen et al. (109) an, welche bei veränderten Familienkonstellationen (Alleinerzieher, Trennung der Eltern) eine vermehrte Inanspruchnahme von spezifischen Hilfsangeboten des Gesundheitssystems vorhersagten. Die Autoren führen dies auf die geringere Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen in veränderten Familiensituationen wie z.B. mit nur einem Elternteil zurück. Dadurch werden zu einem größeren Teil außerhalb der Familie liegende Hilfsangebote in Anspruch genommen.

Dass sich dieser Unterschied bei der Inanspruchnahme von ambulanten und schulischen Angeboten nicht zeigte, könnte daran liegen, dass einerseits ambulante Leistungen zum Teil mit höheren finanziellen Kosten in Verbindung

stehen und damit für andere Familienkonstellationen mit geringeren finanziellen Möglichkeiten die Zugänglichkeit beschränkt. Andererseits stellt für die Inanspruchnahme schulischer Leistungen die Schulverwaltung einen wichtigen Moderator dar, sodass familiäre Variablen eine geringe Rolle spielen.

Kinder und Jugendliche, die in einer Großstadt lebten, nahmen signifikant häufiger ambulante Behandlungsangebote in Anspruch. Erklärbar ist dieser Befund damit, dass in urbaneren Gebieten die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit ambulanter Behandlungsmöglichkeiten höher ist und sich damit die Wahrscheinlichkeit für die Inanspruchnahme auch erhöht. Diesbezüglich lagen bisher noch kaum Erkenntnisse für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten vor. In einer Studie mit griechischen Jugendlichen konnten im allgemeinen Inanspruchnahmeverhalten des Gesundheitssystems keine Unterschiede in Verbindung mit dem Urbanisationsgrad gefunden werden (115).

Übereinstimmend mit dem bisher noch geringen Kenntnisstand in der wissenschaftlichen Literatur ist der Befund, dass eine niedrige Lebensqualität im Bereich des körperlichen Wohlbefindens die Wahrscheinlichkeit des Aufsuchens eines Behandlungsangebotes erhöht. Rajmil et al. (119) führen dies darauf zurück, dass Einschränkungen in diesem Bereich für die Eltern besser wahrnehmbar erscheinen und daher eher eine elterliche Reaktion hervorrufen. Bisher wurde noch nicht festgestellt, dass Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens in einer Beziehung zu einer vermehrten Inanspruchnahme ambulanter Angebote stehen. Dies könnte einen Anhaltspunkt dafür geben, dass auch die psychischen Beeinträchtigungen in der klinischen Stichprobe in stärkerem Maß vorhanden sind, sodass auch diese einen stärkeren Aufforderungscharakter zur Inanspruchnahme von ambulanten Hilfsangeboten haben.

Bemerkenswert erscheint das Resultat, dass Kinder und Jugendliche, die eine gute Beziehung zu ihren Eltern erlebten, häufiger spezifische Angebote/Einrichtungen wie Sozialarbeit, Erziehungshilfe oder sozialpädagogische Familienbetreuung in Anspruch nahmen. Der Schluss liegt dabei nahe, dass die Inanspruchnahme dieser spezifischen Angebote, die einen besonderen Schwerpunkt in der Verbesserung der Interaktion zwischen Eltern und

Kind haben, sich positiv auf die Wahrnehmung der Eltern-Kind-Beziehung auswirken.

Zwischen der Fremd- und Selbstbeurteilung fand sich nur im Bereich körperliches Wohlbefinden eine Übereinstimmung. Interessant ist, dass sich bei den Kindern/Jugendlichen, jedoch nicht bei den Erziehungsberechtigten eine Verbindung zwischen dem psychischen Wohlbefinden und dem Inanspruchnahmeverhalten finden ließ.

Kinder und Jugendliche mit einer selbsteingeschätzten auffälligen Symptomausprägung in den Bereichen der externalisierenden (aggressives/dissoziales Verhalten) oder internalisierenden Auffälligkeiten (sozialer Rückzug, Ängstlich/Depressiv, körperliche Beschwerden) nahmen signifikant häufiger ambulante Leistungen in Anspruch. In den anderen Bereichen des Inanspruchnahmeverhaltens konnten keine Unterschiede gefunden werden. Dies weist darauf hin, dass Kinder und Jugendliche mit einer erhöhten Symptombelastung vor einem Aufenthalt in erster Linie ambulante Behandlungsangebote wie z. B. der/die Hausarzt/ärztin oder der/die Kinder- und Jugendpsychiaterin in Anspruch nehmen, wobei entgegen der Vorbefunde (118) keine Unterschiede zwischen internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten festgestellt werden konnten.

In der Beurteilung der psychischen Auffälligkeiten durch die Erziehungsberechtigten wiesen Kinder und Jugendliche mit auffälliger bzw. grenzwertiger Symptombelastung im internalisierenden Bereich eine häufigere Inanspruchnahme ambulanter und spezifischer Angebote auf. Bei erhöhten Werten im Bereich der externalisierenden Auffälligkeiten wurden vermehrt spezifische Angebote/Einrichtungen angegeben. Kinder und Jugendliche, die aus der Sicht der Erziehungsberechtigten internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten aufweisen haben gemeinsam, dass spezifische Angebote/Einrichtungen wie z. B. Sozialarbeit, Erziehungshilfe oder sozialpädagogische Familienbetreuung häufiger in Anspruch genommen wurden. Jedoch zeigte sich hier auch, dass Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Auffälligkeiten vor dem Aufenthalt zusätzlich mehr ambulante

Behandlungsangebote aufsuchen. Die Vermutung liegt dabei nahe, dass bei ausgeprägter internalisierender Symptombelastung für das Störungsbild gezieltere ambulante Leistungen wie Psychotherapie, psychologische Behandlung oder ein/e Kinder- und Jugendpsychiater/in aufgesucht werden.

In der Regressionsanalyse mit Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Familienkonstellation und Wohnortgröße zeigte sich, dass diese Faktoren zusammen in einem Gesamtmodell wenig bzw. keine Vorhersagekraft besaßen. Einzig für die Inanspruchnahme spezifischer Angebote/Einrichtungen konnte durch das Gesamtmodell eine signifikante Varianzaufklärung gefunden werden, dabei zeigte sich, dass das männliche Geschlecht mit einer häufigeren Inanspruchnahme in Verbindung stand.

Dieses Ergebnis weist sehr deutlich darauf hin, dass neben dem Alter und Geschlecht externale Determinanten allein in einer klinischen Stichprobe keine ausreichende Vorhersagekraft für die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten und Einrichtungen aufwiesen. Laut Reijneveld et al. (113) ist davon auszugehen, dass die psychische Symptomatik einen wesentlich stärkeren Prädiktor für das Inanspruchnahmeverhalten darstellt.

Die Stärke dieser Untersuchung liegt darin, dass sie einen sehr umfassenden Überblick über die bisher noch wenig erforschten Zusammenhänge zwischen den Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen, die stationär auf einer Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen wurden, und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Österreich gibt. Darüberhinaus wurden auch tiefergehende Informationen über den Einfluss externaler Determinanten auf das Inanspruchnahmeverhalten gewonnen.

Es ist hervorzuheben, dass für den Großteil der untersuchten Bereiche die Selbstbeurteilungen *und* die Fremdeinschätzungen der Erziehungsberechtigten vorliegen. Insgesamt konnten Informationen von 172 stationär an der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Landesnervenklinik Sigmund Freud aufgenommenen Kindern und Jugendlichen gewonnen werden. Zusätzlich konnte die Perspektive von 148 nahen Bezugspersonen miteinbezogen werden.

Da bisher keine Befunde hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten für Österreich bestanden, kann die hier vorliegende Studie einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis des österreichspezifischen Versorgungsangebots leisten.

Eine Einschränkung der Untersuchung ist, dass die erfassten Personen nicht in vollem Ausmaß repräsentativ für die PatientInnenpopulation sind, sondern sich durch bestimmte Merkmale von dieser unterscheiden. Die Teilnahmerate lag bei 57,3%, was einerseits mit der PatientInnenpopulation an sich und andererseits mit den strukturellen Voraussetzungen eines nicht auf wissenschaftliche Forschung ausgerichteten Krankenhausbetriebs in Verbindung gebracht werden kann. Im Vergleich der Responder und Non-Responder der Untersuchung deutet sich an, dass jüngere oder fremduntergebrachte Patientinnen und Patienten in der Stichprobe möglicherweise unterrepräsentiert sind. Dieser Befund erscheint nicht überraschend, da diese PatientInnengruppen mit tendenziell häufigeren externalisierenden Störungsbildern (aggressives/dissoziales Verhalten) schwerer in den Diagnostik- und Behandlungsprozess einzubinden sind.

Da es sich hier um eine Querschnittsuntersuchung handelt, ergeben sich zusätzliche Limitationen in der Aussagekraft, in welcher Richtung die Beziehungen der verschiedenen Variablen steht. Mögliche Wechselwirkungen zwischen den Variablen finden in dem hier vorliegenden Untersuchungsdesign mit einem Messzeitpunkt keine Abbildung. Dazu wären prospektive Untersuchungen wichtig und notwendig. In einigen Teilbereichen lassen jedoch Vorbefunde auf eine bestimmte Wirkrichtung einzelner Variablen schließen. Auch bei Aussagen zu Alterseffekten muss der Untersuchungsplan berücksichtigt werden, wobei aufgrund der altersmäßig nahe liegenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer Generationseffekte vernachlässigt werden können.

Einen zusätzlichen Informationsgewinn hätte die Erhebung von Daten bei einer gesunden Vergleichspopulation erbringen können. Durch das Heranziehen der Normierungsdaten der wesentlichen Fragebögen der Untersuchung konnte dennoch (mit Einschränkungen) ein Vergleich mit einer gesunden Stichprobe gezogen werden.

Zum größten Teil wurden für die Fremd- und Selbstbeurteilung in der wissenschaftlichen Forschung häufig eingesetzte standardisierte Fragebogenverfahren verwendet. Neben den quantitativen Verfahren hätten qualitative Interviews zusätzliche und vertiefende Informationen bieten können. Die Umsetzbarkeit war jedoch aufgrund des zusätzlichen zeitlichen und ökonomischen Aufwandes nicht möglich.

Für den YSR (Fragebogen für Jugendliche) und die CBCL/4-18 (Fragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen) fanden sich viele fehlende Werte. Ursache dafür könnte der Aufbau des Fragebogens und die zum Teil sprachlich uneindeutigen Formulierungen (z.B. „Ich greife andere körperlich an.“) sein.

Eine weitere Einschränkung stellt die Tatsache dar, dass die Erfassung der Daten in den ersten Tagen des stationären Aufenthalts erfolgte und somit Effekte durch die stationäre Aufnahme selbst auf die Einschätzung des subjektiven Wohlbefindens nicht auszuschließen sind.

### 10.3 Implikationen und Ausblick

Die niedrigen Zusammenhänge in der Einschätzung der Lebensqualität zwischen den Kindern/Jugendlichen und deren Erziehungsberechtigten weisen sehr deutlich darauf hin, dass in der klinischen Praxis *beiden* Perspektiven in der Anamneseerhebung und im Behandlungsverlauf ein Platz eingeräumt werden sollte, um gezielt in den beschriebenen Bereichen Interventionen setzen zu können. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung ging hervor, dass besonders Mädchen im körperlichen und im psychischen/emotionalen Wohlbefinden stärkere Beeinträchtigungen erlebten. Eine geringe Anzahl an Freunden oder eine veränderte Familienkonstellation standen ebenfalls mit einer geringeren Lebensqualität in Teilbereichen in Verbindung. Gleichzeitig konnte insgesamt nur ein geringer Einfluss externer Faktoren nachgewiesen werden. In weiterführenden Untersuchungen sollten daher noch gezielter das subjektive Erleben und die Bewertung der Lebensumwelt und der Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen ihre Berücksichtigung finden. Präventionsmaßnahmen sollten die geschlechterspezifischen Aspekte, sowie die Lebensumstände der Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf gesundheitsbezogene Lebensqualität berücksichtigen. Die umfassenden Auswirkungen emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, sowohl in den Bereichen des emotionalen Empfindens wie auch in der sozialen Interaktion deuten darauf hin, dass die Patientinnen und Patienten einen hohen Grad an Beeinträchtigung erleben. Nimmt man beispielhaft den Befund heraus, dass sie unabhängig von der detaillierten Symptomatik ihre Beziehung zu ihren Eltern belastet erleben, lassen sich direkte Implikationen für die praktische Arbeit erschließen, indem in der stationären Behandlung auf die Stärkung adäquater Interaktions- und Kommunikationsstrategien zwischen Eltern und Kind Bezug genommen werden sollte. Die vor dem aktuellen stationären Aufenthalt in Anspruch genommenen stationären oder ambulanten Angebote scheinen ein wichtiger Indikator für die Einschränkungen im somatischen und psychischen Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen zu sein. Daraus lässt sich folgern, dass in der Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen besonderer Wert darauf gelegt werden sollte, mögliche Risikogruppen vorzeitig zu erkennen, um auf die Bedürfnisse des Kindes/Jugendlichen abgestimmte

Angebote zu entwickeln und damit einer Verschlechterung der Symptomatik entgegenzuwirken. Darüber hinaus könnte die Identifikation besonders gefährdeter Personengruppen dazu führen, dass weniger unspezifische und möglicherweise daher auch weniger wirksame Hilfeleistungen in Anspruch genommen werden.

Die hier vorliegenden Erkenntnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten im Kontext des österreichischen Sozial- und Gesundheitssystems ermöglicht es, Präventivmaßnahmen zu adaptieren oder zu entwickeln.

Obwohl Mädchen eine höhere Symptombelastung aufwiesen, gaben die Erziehungsberechtigten bei Buben häufiger die Inanspruchnahme spezifischer und schulischer Angebote an. Daher scheint es umso wichtiger, die bestehenden Hilfsangebote auf ihre Geschlechterspezifität hin zu überprüfen, um einer möglichen Benachteiligung der Mädchen entgegenzuwirken. Für die Inanspruchnahme ambulanter Angebote zeigten sich in Abhängigkeit des sozioökonomischen Status und der Wohnortgröße deutliche Unterschiede. Dies deutet darauf hin, dass besonders die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen wie zum Beispiel Psychotherapie, psychologische Behandlung oder eine/n Kinder- und Jugendpsychiater/in von der örtlichen Verfügbarkeit und den finanziellen Möglichkeiten abhängt. Diesbezüglich erscheint dringender Handlungsbedarf, da die Kosten dieser Leistungen bisher nur zum Teil durch das Gesundheitssystem getragen werden und dadurch die Zugänglichkeit sozial schlechter gestellter gesellschaftlicher Gruppen erschwert wird. Weiters legen die Befunde zur Familienkonstellation nahe, dass in Familien, die nicht aus beiden Elternteilen bestehen, aufgrund von geringeren sozialen Ressourcen häufiger spezifische und stationäre Leistungen in Anspruch genommen werden. Besonders im Hinblick auf die vermehrte Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen sollten daher bei gegebener Indikationsstellung unterstützende Maßnahmen in das Familiensystem eingebracht werden. Die in dieser Untersuchung gesammelten Erkenntnisse zum Inanspruchnahmeverhalten können erst den Ausgangspunkt für ein tieferes Verständnis des komplexen Zusammenwirkens umgebungsbedingter Einflussfaktoren und dem Aufsuchen professioneller Hilfe sein. Darüberhinaus

sollten in weiterführenden Untersuchungen zum Inanspruchnahmeverhalten prozessorientierte und interaktionelle Abläufe ihre Berücksichtigung finden.

Starke Beeinträchtigungen in den Bereichen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens standen in der Einschätzung durch die Kinder und Jugendlichen in Verbindung mit einem häufigeren Aufsuchen ambulanter Hilfsangebote, sodass diese beiden Lebensqualitätsbereiche als wichtige Indikatoren für die Hilfsbedürftigkeit der Kinder und Jugendlichen zukünftig herangezogen werden könnten. Gleichzeitig konnte jedoch in Abhängigkeit einer überdurchschnittlich positiven Bewertung der Beziehung zu den Eltern eine vermehrte Beanspruchung spezifischer Angebote wie z.B. Erziehungshilfe oder sozialpädagogische Familienbetreuung gefunden werden. Dies lässt die Vermutung zu, dass die unterstützenden Maßnahmen eine unmittelbar positive Wirkung auf die Eltern-Kind-Beziehung zeigten. In der Bewertung der Lebensqualität durch die Erziehungsberechtigten standen Lebensqualitätsbereiche, die die soziale Funktionsfähigkeit oder das körperliche Wohlbefinden betrafen, in Beziehung zur Inanspruchnahme ambulanter oder schulischer Angebote. Auch dieses Ergebnis weist auf die deutlichen Unterschiede in der Fremd- und Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hin.

Aus diesen Erkenntnissen zum Zusammenhang psychischer Auffälligkeiten und des Inanspruchnahmeverhaltens lassen sich weitere Forschungsbemühungen ableiten: Erstens ist im Inanspruchnahmeverhalten der klinischen Stichprobe zu beobachten, dass zwar ein Zusammenhang zwischen der Art und der Intensität der psychischen Symptomatik und dem Inanspruchnahmeverhalten besteht. Jedoch ist unklar, ob und in welcher Form die Inanspruchnahme Wirkung zeigt. Es erscheint daher wichtig, in weiteren Forschungsanstrengungen herauszufinden, welche Behandlungsangebote des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems sich für welche Symptomatik als wirkungsvoll erweisen. Zweitens legen die bisherigen Erkenntnisse nahe, dass aufgrund der Vielfältigkeit und der Komplexität der Angebote das betroffene Kind und seine Erziehungsberechtigten mit der Auswahl eines Behandlungsangebotes nicht alleingelassen werden sollten. Die Erziehungsberechtigten sollten durch Expertinnen und Experten aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychologie schon in einem frühen Stadium Unterstützung bekommen. Es sollten ihnen auch Informationen zu den

einzelnen Angeboten und ihrer Wirkungsweise besser zugänglich gemacht werden.

Abschließend ist zu bemerken, dass die hier vorliegende Untersuchung einen tieferen Einblick in die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ermöglicht. Dabei wird deutlich, dass sich die Wechselwirkungen zwischen umweltbedingten Determinanten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, ebenso wie die Zusammenhänge mit dem Inanspruchnahmeverhalten als komplex und bedeutsam gestalten.

## 11 Literaturverzeichnis

1. Barkmann C, Schulte-Markwort M. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of epidemiology and community health*. 2012;66(3):194-203.
2. Bullinger M. Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. *Restorative neurology and neuroscience*. 2002;20(3-4):93-101.
3. Allardt E. Having, loving, being: An alternative to the Swedish model of welfare research. *The quality of life*. 1993;8:88-95.
4. Lindstrom B. Quality of life: a model for evaluating health for all. Conceptual considerations and policy implications. *Sozial- und Präventivmedizin*. 1992;37(6):301-6.
5. Bullinger M, Ravens-Sieberer U, Siegrist J. Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin—eine Einführung. *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und-soziologischer Perspektive*. 2000:11-21.
6. WHO. Constitution of the World Health Organization. Genf: WHO; 1948.
7. Radoschewski M. Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2000;43(3):165-89.
8. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*. 1995;41(10):1403-9.
9. Fayers P, Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*: John Wiley & Sons; 2007.
10. Greimel ER, Winter R, Kapp KS, Haas J. Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psycho-oncology*. 2009;18(5):476-82.
11. Ware JE, Jr. Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of chronic diseases*. 1987;40(6):473-80.
12. Herdman M, Rajmil L, Ravens-Sieberer U, Bullinger M, Power M, Alonso J. Expert consensus in the development of a European health-related quality of life measure for children and adolescents: a Delphi study. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2002;91(12):1385-90.
13. Schuck P. Designs und Kennziffern zur Ermittlung der Änderungssensitivität von Fragebogen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*. 2000;9(3):125-30.

14. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N, Nickel J, Bullinger M. Lebensqualitätsverfahren für Kinder–methodische Herausforderungen und aktuelle Instrumente. *Quality of Life Measures for Children–Methodological Challenges and State of the Art. Zeitschrift für Medizinische Psychologie.* 2007;16(1):25-40.
15. Christakis DA, Johnston BD, Connell FA. Methodologic issues in pediatric outcomes research. *Ambulatory pediatrics : the official journal of the Ambulatory Pediatric Association.* 2001;1(1):59-62.
16. Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K, Leidy NK. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research.* 2004;7(1):79-92.
17. Szilagyi PG, Schor EL. The health of children. *Health services research.* 1998;33(4 Pt 2):1001-39.
18. Cook WL. Interpersonal influence in family systems: a social relations model analysis. *Child development.* 2001;72(4):1179-97.
19. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult Health Outcomes of Childhood Bullying Victimization: Evidence From a Five-Decade Longitudinal British Birth Cohort. *The American journal of psychiatry.* 2014.
20. Riley AW. Evidence that school-age children can self-report on their health. *Ambulatory pediatrics : the official journal of the Ambulatory Pediatric Association.* 2004;4(4 Suppl):371-6.
21. Rebok G, Riley A, Forrest C, Starfield B, Green B, Robertson J, et al. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation.* 2001;10(1):59-70.
22. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille D-PN, Bullinger M. Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry.* 2008;17(1):148-56.
23. Ravens-Sieberer U. Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen Ein Überblick. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz.* 2000;43(3):198-209.
24. Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation.* 2001;10(4):347-57.

25. Bullinger M, Ravens-Sieberer U. [General principles, methods and areas of application of quality of life research in children]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 1995;44(10):391-9.
26. Kidscreen, Ravens-Sieberer U. *The Kidscreen Questionnaires: Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescent: Handbook*: Pabst Science Publishers; 2006.
27. Currie C. *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey*. World Health Organization Copenhagen; 2008.
28. Ramelow D, Österreich BfG. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen: Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010*: Bundesministerium für Gesundheit, Sekt. III; 2011.
29. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2011;52(10):1015-25.
30. Ellert U, Brettschneider AK, Ravens-Sieberer U. [Health-related quality of life in children and adolescents in Germany : Results of the KiGGS study: first follow-up (KiGGS Wave 1)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2014;57(7):798-806.
31. Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2009;18(9):1147-57.
32. Holland P, Berney L, Blane D, Smith GD, Gunnell DJ, Montgomery SM. Life course accumulation of disadvantage: childhood health and hazard exposure during adulthood. *Social science & medicine*. 2000;50(9):1285-95.
33. Winkler J, Stolzenberg H. Weitere Themen-Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 1999;61(2):S178.
34. Austria S. Armut- oder Ausgrenzungsgefährdung [Internet]. [cited 2014 20.06.2014]. Available from: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/gender-statistik/armutsgefaehrdung/index.html - reiter table](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/armutsgefaehrdung/index.html - reiter table).
35. Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health education research*. 1997;12(3):385-97.
36. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1991;337(8754):1387-93.

37. Burkert N, Rásky É, Freidl W. Social inequalities regarding health and health behaviour in Austrian adults. *Wiener klinische Wochenschrift*. 2012;124(7-8):256-61.
38. Lampert T, Hagen C, Heizmann B. Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes [Internet]. 2010.
39. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social science & medicine*. 1997;44(6):833-58.
40. Barriuso-Lapresa L, Hernando-Arizaleta L, Rajmil L. Social inequalities in mental health and health-related quality of life in children in Spain. *Pediatrics*. 2012;130(3):e528-35.
41. Bot M, de Leeuw den Bouter BJ, Adriaanse MC. Prevalence of psychosocial problems in Dutch children aged 8-12 years and its association with risk factors and quality of life. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2011;20(4):357-65.
42. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. Young people's health in context: World Health Organization Regional Office for Europe; 2004.
43. Rattay P, von der Lippe E, Lampert T. [Health of children and adolescents in single-parent, step-, and nuclear families : Results of the KiGGS study: first follow-up (KiGGS Wave 1)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2014;57(7):860-8.
44. Ferro MA, Avison WR, Campbell MK, Speechley KN. The impact of maternal depressive symptoms on health-related quality of life in children with epilepsy: a prospective study of family environment as mediators and moderators. *Epilepsia*. 2011;52(2):316-25.
45. Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A. Adolescents' and their friends' health-risk behavior: factors that alter or add to peer influence. *Journal of pediatric psychology*. 2001;26(5):287-98.
46. Frisen A, Bjarnelind S. Health-related quality of life and bullying in adolescence. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2010;99(4):597-603.
47. Maggi S, Ostry A, Callaghan K, Hershler R, Chen L, D'Angiulli A, et al. Rural-urban migration patterns and mental health diagnoses of adolescents and young adults in British Columbia, Canada: a case-control study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2010;4:13.
48. Kovess-Masfety V, Alonso J, de Graaf R, Demyttenaere K. A European approach to rural-urban differences in mental health: the ESEMeD 2000 comparative study. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2005;50(14):926-36.

49. McGee R, Stanton W, Feehan M. Big cities, small towns and adolescent mental health in New Zealand. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 1991;25(3):338-42.
50. Petanidou D, Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Ravens-Sieberer U, Kolaitis G, et al. Identifying the sociodemographic determinants of subjective health complaints in a cross-sectional study of Greek adolescents. *Annals of general psychiatry*. 2012;11(1):17.
51. Lahana E, Pappa E, Niakas D. The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: results from a Greek health survey. *International journal of public health*. 2010;55(5):391-400.
52. Carta MG, Aguglia E, Caraci F, Dell'Osso L, Di Sciascio G, Drago F, et al. Quality of life and urban / rural living: preliminary results of a community survey in Italy. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*. 2012;8:169-74.
53. Stocklin L, Loss G, von Mutius E, Weber J, Genuneit J, Horak E, et al. Health-related quality of life in rural children living in four European countries: the GABRIEL study. *International journal of public health*. 2013;58(3):355-66.
54. Wu XY, Ohinmaa A, Veugelers PJ. Sociodemographic and neighbourhood determinants of health-related quality of life among grade-five students in Canada. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2010;19(7):969-76.
55. Remschmidt H, Schmidt M. *Kinder-und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis: In drei Bänden. Bd I: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik. Therapie* Thieme, Stuttgart. 1988.
56. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2008;49(3):226-36.
57. Pluck J, Dopfner M, Berner W, Fegert JM, Huss M, Lenz K, et al. [The value of different sources of information in evaluating psychiatric disorders in adolescence--a comparison of parental judgment and self-assessment by adolescents]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 1997;46(8):566-82.
58. Ihle W, Esser G. Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes-und Jugendalter. *Psychologische Rundschau*. 2002;53(4):159-69.
59. Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B. Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2000;29(4):263-75.

60. Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European child & adolescent psychiatry*. 2008;17 Suppl 1:22-33.
61. Schmid M, Goldbeck L, Nuetzel J, Fegert JM. Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2008;2(1):2.
62. Thun-Hohenstein L, Herzog S. The predictive value of the pediatric symptom checklist in 5-year-old Austrian children. *European journal of pediatrics*. 2008;167(3):323-9.
63. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2014.
64. Halfon N, Houtrow A, Larson K, Newacheck PW. The changing landscape of disability in childhood. *The Future of children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*. 2012;22(1):13-42.
65. Hofstra MB, van der Ende J, Verhulst FC. Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;41(2):182-9.
66. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(7):709-17.
67. Smith JP, Smith GC. Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social science & medicine*. 2010;71(1):110-5.
68. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42(10):1203-11.
69. Kashani JH, Orvaschel H. Anxiety disorders in mid-adolescence: a community sample. *The American journal of psychiatry*. 1988;145(8):960-4.
70. Blanz B, Schneider S. Angststörungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A., editor. *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer; 2008. p. 744-70.
71. Bruckl TM, Wittchen HU, Hofler M, Pfister H, Schneider S, Lieb R. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2007;76(1):47-56.

72. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(1):56-64.
73. Legrand LN, McGue M, Iacono WG. A twin study of state and trait anxiety in childhood and adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1999;40(6):953-8.
74. Mathers C, Fat DM, Boerma J. The global burden of disease: 2004 update: World Health Organization; 2008.
75. Oldehinkel AJ, Wittchen HU, Schuster P. Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychological medicine*. 1999;29(3):655-68.
76. Schulte-Markwort M. RA, Forouher N. Affektive Störungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A, editors. *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer; 2008. p. 771-800.
77. Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: a meta-analysis. *Journal of abnormal psychology*. 2002;111(4):578-88.
78. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry*. 2012;69(4):372-80.
79. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1999;40(1):57-87.
80. Ihle D-PW, Esser G, Laucht M, Schmidt M. Depressive Störungen und aggressiv-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2004;47(8):728-35.
81. Groen G, Petermann, F. Depressive Störungen. In: Petermann F, editor. *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2008. p. 427-43.
82. Schmeck K, Herpertz, S. C. Störung des Sozialverhaltens. In: Fegert JM, Streeck-Fischer, A., Freyberger, H. J., editor. *Adoleszenzpsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer; 2009. p. 503-15.
83. Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ. Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Development and psychopathology*. 2002;14(1):179-207.
84. Baving L. Aggressiv-dissoziales Verhalten. In: Petermann F, editor. *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe; 2008. p. 295-310.

85. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European journal of pediatrics*. 2007;166(2):117-23.
86. Dopfner M, Breuer D, Wille N, Erhart M, Ravens-Sieberer U. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample--results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*. 2008;17 Suppl 1:59-70.
87. Lehmkuhl G, Konrad, K., Döpfner, M. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Herpertz-Dahlmann B, Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A., editor. *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer; 2008. p. 674-93.
88. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *The American journal of psychiatry*. 2000;157(5):816-8.
89. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
90. Döpfner M, Banaschewski T., Sonuga-Barke E. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Petermann F, editor. *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe; 2008. p. 257-76.
91. Konrad K, Herpertz-Dahlmann, B. Neuropsychologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Lautenbacher S, Gauggel, S., editor. *Neuropsychologie psychischer Störungen*. Berlin Heidelberg: Springer; 2010. p. 453-75.
92. Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JF, Zhang H, Kasl S. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38(8):976-84.
93. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *Health and quality of life outcomes*. 2007;5:43.
94. Bullinger M, Ravens-Sieberer U. [Quality of life and chronic conditions: the perspective of children and adolescents in rehabilitation]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2006;55(1):23-35.
95. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, Baghurst P. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;41(5):530-7.

96. Ravens-Sieberer U, Ottova V, Hillebrandt D, Klasen F. [Health-related quality of life and mental health of children and adolescents in Germany: results from the German HBSC Study 2006-2010]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2012;74 Suppl:S33-41.
97. Sawatzky R, Ratner PA, Johnson JL, Kopec JA, Zumbo BD. Self-reported physical and mental health status and quality of life in adolescents: a latent variable mediation model. *Health and quality of life outcomes*. 2010;8:17.
98. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF. Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2005;14(6):1599-612.
99. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004;43(2):221-30.
100. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*. 2005;116(3):e364-9.
101. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004;114(5):e541-7.
102. Sciberras E, Lycett K, Efron D, Mensah F, Gerner B, Hiscock H. Anxiety in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 2014:peds. 2013-3686.
103. Hampel P, Desman C. Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. 2013.
104. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Dopfner M, Hollis C, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 2010;19(2):83-105.
105. Salum GA, DeSousa DA, Bosa VL, Schuch I, Goldani M, Isolan LR, et al. Internalizing disorders and quality of life in adolescence: evidence for independent associations. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2014;0:0.
106. Yen CF, Yang P, Ko CH, Yen JY, Hsu FC, Wu YY. The relationships between quality of life and anxiety symptoms and the moderating effects of socio-demographic characteristics in Taiwanese adolescents. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2011;20(7):1071-8.

107. Stevanovic D, Jancic J, Lakic A. The impact of depression and anxiety disorder symptoms on the health-related quality of life of children and adolescents with epilepsy. *Epilepsia*. 2011;52(8):e75-8.
108. Wolfle S, Jost D, Oades R, Schlack R, Holling H, Hebebrand J. Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study). *European child & adolescent psychiatry*. 2014.
109. Jansen DE, Wieggersma P, Ormel J, Verhulst FC, Vollebergh WA, Reijneveld SA. Need for mental health care in adolescents and its determinants: the TRAILS Study. *European journal of public health*. 2013;23(2):236-41.
110. Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*. 2010;125(1):75-81.
111. Hoger C. [Who goes into treatment? Modifying factors on utilization behavior in psychological problems of children and adolescents]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 1995;44(1):3-8.
112. Rogler LH, Cortes DE. Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care. *The American journal of psychiatry*. 1993;150(4):554-61.
113. Reijneveld SA, Wieggersma PA, Ormel J, Verhulst FC, Vollebergh WA, Jansen DE. Adolescents' use of care for behavioral and emotional problems: types, trends, and determinants. *PloS one*. 2014;9(4):e93526.
114. Wichstrom L, Belsky J, Jozefiak T, Sourander A, Berg-Nielsen TS. Predicting service use for mental health problems among young children. *Pediatrics*. 2014;133(6):1054-60.
115. Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Ravens-Sieberer U, Tountas Y. Adolescent health care use: investigating related determinants in Greece. *Journal of adolescence*. 2010;33(3):477-85.
116. Verhulst FC, van der Ende J. Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(7):901-9.
117. Laitinen-Krispijn S, Van der Ende J, Wierdsma AI, Verhulst FC. Predicting adolescent mental health service use in a prospective record-linkage study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38(9):1073-80.
118. Wu P, Hoven CW, Bird HR, Moore RE, Cohen P, Alegria M, et al. Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(9):1081-90.

119. Rajmil L, Alonso J, Berra S, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Simeoni MC, et al. Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2006;38(5):511-8.
120. Mattejat F, Simon B, König U, Quaschner K, Barchewitz C, Felbel D, et al. [Quality of life of children and adolescents with psychiatric disorders. Results of the 1st multicenter study with an inventory to assess the quality of life in children and adolescents]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2003;31(4):293-303.
121. Jozefiak T, Larsson B, Wichström L, Wallander J, Mattejat F. Quality of Life as reported by children and parents: a comparison between students and child psychiatric outpatients. *Health and quality of life outcomes*. 2010;8:136.
122. Klanscek HJ, Ziberna J, Korosec A, Zurc J, Albrecht T. Mental health inequalities in Slovenian 15-year-old adolescents explained by personal social position and family socioeconomic status. *International journal for equity in health*. 2014;13:26.
123. Weitkamp K, Daniels JK, Romer G, Wiegand-Grefe S. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Health and quality of life outcomes*. 2013;11(1):129.
124. Rajmil L, Herdman M, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Alonso J. Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *International journal of public health*. 2014;59(1):95-105.
125. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
126. Boyce W, Torsheim T, Currie C, Zambon A. The family affluence scale as a measure of national wealth: validation of an adolescent self-report measure. *Social indicators research*. 2006;78(3):473-87.
127. Achenbach T. Manual for the YSR and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. 1991.
128. Döpfner M, Berner W, Lehmkuhl G. Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Youth Self-Report Form (YSR) der Child Behavior Checklist Köln, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD). 1994.
129. Döpfner M, Berner W, Lehmkuhl G. Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica*. 1995.

130. Wroblewski A, Unger M. Studierenden-Sozialerhebung 2002. Bericht zur sozialen Lage der Studierenden. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Vienna; 2003.
131. Unger M, Zaussinger S, Angel S, Dünser L, Grabher A, Hartl J, et al. Studierenden-Sozialerhebung 2009. Bericht zur sozialen Lage der Studierenden Vienna. 2010.
132. Unger M, Wroblewski A. Studierenden-Sozialerhebung 2006. Bericht zur sozialen Lage der Studierenden. Zusammenfassung. Materialien zur sozialen Lage der Studierenden. 2007.
133. Döpfner M, Checklist ADCB, Arbeitsgruppe Kinder J-uF. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen:(CBCL/4-18). Deutsche Bearbeitung der Child behavior checklist (CBCL/4-18). Handanweisung: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend-und Familiendiagnostik; 1998.
134. Achenbach T. Manual for the CBCL/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry. 1991.
135. Döpfner M, Schmeck K, Berner W, Lehmkuhl G, Poustka F. [Reliability and factorial validity of the Child Behavior Checklist--an analysis of a clinical and field sample]. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1994;22(3):189-205.
136. Kilian R, Losert, C., McDaid, D., Park, A., Knapp, M., Beecham, J., Kusakovskaja I. Children and Adolescent Mental Health Service Receipt Inventory- European Version (CAMHSRI-EU) Parent-Carer Version.
137. Roick C, Kilian R, Matschinger H, Bernert S, Mory C, Angermeyer MC. Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. Psychiatrische Praxis. 2001;28(Sup. 2):84-90.
138. Sedlmeier P, Renkewitz F. Forschungsmethoden und Statistik: Ein Lehrbuch für Psychologen und Sozialwissenschaftler (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). München, Deutschland: Pearson; 2013.
139. Dey M, Mohler-Kuo M, Landolt MA. Health-related quality of life among children with mental health problems: a population-based approach. Health and quality of life outcomes. 2012;10:73.
140. Zartler U. Alleinerziehende in Österreich: Lebensbedingungen und Armutsrisiken; Studie in Kooperation zwischen den Instituten für Soziologie der Universität Wien und der Universität Linz im Auftrag des BMASK: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; 2011.
141. Cummings EM, Koss KJ, Davies PT. Prospective Relations between Family Conflict and Adolescent Maladjustment: Security in the Family System as a Mediating Process. Journal of abnormal child psychology. 2014.

142. Schubert MT, Herle M, Wurst E. [ICD-10 diagnosis and quality of life. A pilot study of quality of life of children and adolescents with psychiatric disorders]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2003;31(4):285-91.
143. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C, Rosario AS, Stolzenberg H, Lampert T. Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2007;50(5-6):578-89.
144. von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of epidemiology and community health*. 2006;60(2):130-5.
145. Knapp M, Snell T, Healey A, Guglani S, Evans-Lacko S, Fernandez JL, et al. How do child and adolescent mental health problems influence public sector costs? Interindividual variations in a nationally representative British sample. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2014.

## 12 Anhang A

Hier werden zusätzliche Ergebnisse der univariaten Berechnungen dargestellt.

### Gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Tabelle 52: Mittelwertsunterschiede der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen (Selbstbeurteilung) in Abhängigkeit der Alterskategorien.

| KIDSCREEN-Skalen            | N         | M     | SD   | N          | M     | SD   | p           |
|-----------------------------|-----------|-------|------|------------|-------|------|-------------|
|                             | 11 -14 J. |       |      | 15 – 18 J. |       |      |             |
| Körperliches Wohlbefinden   | 66        | 16,62 | 4,37 | 85         | 14,87 | 3,75 | <b>.009</b> |
| Psychischen Wohlbefinden    | 65        | 20,09 | 6,07 | 85         | 18,05 | 6,00 | <b>.041</b> |
| Stimmung und Emotionen      | 66        | 24,12 | 7,25 | 86         | 21,45 | 7,41 | <b>.028</b> |
| Selbstwahrnehmung           | 66        | 17,14 | 5,70 | 86         | 16,33 | 5,50 | .380        |
| Autonomie                   | 65        | 16,57 | 5,05 | 86         | 16,72 | 4,45 | .845        |
| Beziehung zu Eltern         | 66        | 21,27 | 5,80 | 82         | 20,96 | 6,19 | .756        |
| Finanzielle Möglichkeiten   | 65        | 11,23 | 3,52 | 85         | 11,08 | 3,67 | .803        |
| Beziehung zu Gleichaltrigen | 64        | 21,20 | 6,71 | 84         | 20,46 | 6,18 | .488        |
| Schulisches Umfeld          | 63        | 17,29 | 6,42 | 80         | 16,81 | 6,02 | .473        |
| Soziale Akzeptanz           | 66        | 12,42 | 2,51 | 85         | 12,00 | 3,59 | .395        |

Anmerkung: N...Stichprobe, M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse  $p \leq .05$  sind **fett** gedruckt, Ergebnisse zwischen  $p > .05$  und  $< .10$  sind unterstrichen;

### Inanspruchnahmeverhalten

Tabelle 53: Mittelwertsunterschiede der Inanspruchnahme in Abhängigkeit der KIDSCREEN-Lebensqualitätsskalen.

| Inanspruchnahme                    | M                         | SD   | M                    | SD   | M                        | SD   | p <sup>1</sup> |
|------------------------------------|---------------------------|------|----------------------|------|--------------------------|------|----------------|
|                                    | unterdurchschnittliche LQ |      | durchschnittliche LQ |      | überdurchschnittliche LQ |      |                |
| <b>Stimmung und Emotionen</b>      |                           |      |                      |      |                          |      |                |
| stationäre Aufenthalte             | 0,96                      | 1,13 | 0,68                 | 1,20 | 1,50                     | 1,52 | <u>.061</u>    |
| ambulante Behandlungsangebote      | 2,41                      | 2,09 | 1,84                 | 1,73 | 1,17                     | 1,17 | .254           |
| spezifische Angebote/Einrichtungen | 1,06                      | 1,29 | 0,89                 | 1,19 | 1,50                     | 1,38 | .370           |
| schulische Angebote                | 0,77                      | 1,02 | 0,49                 | 0,74 | 1,33                     | 1,37 | .170           |
| <b>Selbstwahrnehmung</b>           |                           |      |                      |      |                          |      |                |
| stationäre Aufenthalte             | 1,00                      | 1,34 | 0,76                 | 0,96 | 1,00                     | 1,60 | .829           |
| ambulante Behandlungsangebote      | 2,21                      | 2,07 | 2,05                 | 1,96 | 2,07                     | 1,54 | .900           |
| spezifische Angebote/Einrichtungen | 1,03                      | 1,47 | 0,83                 | 1,02 | 1,67                     | 1,35 | <u>.079</u>    |
| schulische Angebote                | 0,64                      | 0,96 | 0,68                 | 0,97 | 0,86                     | 0,86 | .448           |
| <b>Autonomie</b>                   |                           |      |                      |      |                          |      |                |
| stationäre Aufenthalte             | 1,09                      | 1,34 | 0,67                 | 0,99 | 1,15                     | 1,46 | .300           |

|                                       |      |      |      |       |      |      |             |
|---------------------------------------|------|------|------|-------|------|------|-------------|
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 2,17 | 1,76 | 2,09 | 2,04  | 2,00 | 2,04 | .823        |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 1,09 | 1,22 | 0,98 | 1,34  | 0,92 | 1,04 | .758        |
| schulische Angebote                   | 1,00 | 1,16 | 0,53 | 0,82  | 0,54 | 0,66 | .125        |
| Finanzielle<br>Möglichkeiten          |      |      |      |       |      |      |             |
| stationäre Aufenthalte                | 1,17 | 1,38 | 0,86 | 1,113 | 0,76 | 1,20 | .452        |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 2,61 | 2,40 | 1,83 | 1,63  | 2,24 | 2,13 | .613        |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 1,12 | 1,36 | 0,92 | 1,21  | 1,04 | 1,21 | .728        |
| schulische Angebote                   | 0,94 | 1,30 | 0,63 | 0,88  | 0,60 | 0,87 | .791        |
| Beziehung zu<br>Gleichtrigen          |      |      |      |       |      |      |             |
| stationäre Aufenthalte                | 0,94 | 1,37 | 0,70 | 0,93  | 1,82 | 1,54 | <u>.056</u> |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 2,16 | 2,02 | 2,09 | 1,90  | 1,92 | 1,93 | .971        |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 0,97 | 1,38 | 0,96 | 1,12  | 1,08 | 1,38 | .860        |
| schulische Angebote                   | 0,77 | 1,02 | 0,54 | 0,75  | 1,00 | 1,35 | .612        |
| Schulisches Umfeld                    |      |      |      |       |      |      |             |
| stationäre Aufenthalte                | 0,88 | 1,24 | 0,85 | 1,14  | 1,40 | 1,67 | .732        |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 2,14 | 1,97 | 2,02 | 1,88  | 2,80 | 2,78 | .849        |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 1,09 | 1,34 | 0,82 | 1,07  | 1,40 | 1,14 | .396        |
| schulische Angebote                   | 0,79 | 1,08 | 0,66 | 0,91  | 0,60 | 0,55 | .897        |
| Soziale Akzeptanz                     |      |      |      |       |      |      |             |
| stationäre Aufenthalte                | 0,73 | 1,12 | 0,98 | 1,23  | -    | -    | .195        |
| ambulante<br>Behandlungsangebote      | 2,19 | 2,13 | 1,98 | 1,75  | -    | -    | .967        |
| spezifische<br>Angebote/Einrichtungen | 1,00 | 1,36 | 0,97 | 1,13  | -    | -    | .665        |
| schulische Angebote                   | 0,78 | 1,04 | 0,61 | 0,89  | -    | -    | .406        |

Anmerkung: LQ...Lebensqualität, N<sub>gesamt</sub> = 101-103, <sup>1</sup>...Berechnung erfolgte non-parametrisch (Kruskal-Wallis-Test), M...Mittelwert, SD...Standardabweichung, p...Signifikanz, signifikante Ergebnisse p ≤ .05 sind **fett** gedruckt, Ergebnisse zwischen p > .05 und < .10 sind unterstrichen;

## 13 Anhang B

Im folgenden Abschnitt werden Informationsmaterialien, Einwilligungserklärungen sowie die Messinstrumente angeführt.

Kinder/Jugendliche:

- Patienteninformationsblatt
- Einwilligungserklärung
- KIDSCREEN-52
- Family Affluence Scale (FAS)
- Fragebogen für Jugendliche (YSR)

Erziehungsberechtigte:

- Elterninformationsblatt
- Einwilligungserklärung
- KIDSCREEN-52
- Schichtindex
- Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18)
- Fragebogen zur Inanspruchnahme von Einrichtungen und Angeboten

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

**Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz**

Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Graz

Abteilung für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



## Das Patienteninformationsblatt und die Einwilligungserklärung

### Dein Informationsblatt

#### Liebe Patientin, Lieber Patient!

Wir haben eine Untersuchung geplant, in der die Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ermittelt werden soll. Besonders interessiert uns ob du bereits vor deinem Krankenhausaufenthalt Hilfe in Anspruch genommen hast. Weiters möchten wir etwas darüber wissen was Du von Dir selbst hältst, wie es dir in der Schule und zu Hause geht und was deine Freunde an dir schätzen.

Bei der Untersuchung müsstest du uns verschiedene Fragen schriftlich beantworten – Keine Sorge du musst nichts Schreiben sondern nur deine Antwort mit einem Kreuzchen markieren.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist uns deine Meinung. Bei der Beantwortung der Fragen hast du jederzeit die Möglichkeit nachzufragen falls und dir unsicher bist oder die Fragen nicht verstehst. Es macht gar nichts, wenn du denkst, dass deine Fragen dumm sind! Wenn du irgendetwas wissen möchtest, dann musst du ganz einfach fragen.

Die Erfassung der Lebensqualität kann für Deine weitere Gesundheit und Behandlung nützlich sein. Dadurch wird es für uns leichter dir dort zu helfen wo du Unterstützung brauchst. Außerdem hilfst Du durch Deine Teilnahme an dieser Studie mit, dass man Kinder und Jugendliche in Zukunft besser behandeln, unterstützen und fördern kann.

Du kannst frei entscheiden ob Du an dieser Befragung teilnehmen möchtest oder nicht. Wenn du mitmachen willst, deine Meinung aber später änderst, macht das auch nichts. Du kannst jederzeit, wann immer du willst, mit der Studie aufhören. Die Teilnahme an der Befragung ändert nichts an der Behandlung und Betreuung von den Ärzten, Psychologen und dem Betreuungsteam.

***Danke für deine Mithilfe!***





## KIDSCREEN-52

Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Kinder- und Jugendlichenversion

8 bis 18 Jahre

Datum \_\_\_\_\_  
Monat    Jahr

Hallo!

Wie geht es dir? Wie fühlst du dich? Das möchten wir von dir wissen.

Bitte lies dir jede Frage genau durch. Was kommt dir als Antwort zuerst in den Sinn? Wähle den Kreis aus, der am besten zu deiner Antwort passt, und kreuze ihn an.

Übrigens: Das ist keine Prüfung! Du kannst also nichts falsch machen. Wichtig ist aber, dass du möglichst alle Fragen beantwortest und dass deine Kreuze deutlich zu sehen sind. Bitte denke dabei an die letzte Woche, also an die letzten sieben Tage.

Du musst deinen Fragebogen niemandem zeigen. Und niemand, der dich kennt, schaut deinen Fragebogen nachher an.

## Zuerst ein paar Fragen zu dir selbst

Bist du weiblich oder männlich?

- weiblich  
 männlich

Wie alt bist du?

\_\_\_\_\_ Jahre

Hast du eine andauernde Erkrankung oder Behinderung?

- Nein  
 Ja                    Welche? \_\_\_\_\_

## 1. Deine Gesundheit und Bewegung

Wie würdest du deine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?

1.

- ausgezeichnet  
 sehr gut  
 gut  
 weniger gut  
 schlecht

Wenn du an die letzte Woche denkst...

|  | überhaupt nicht                          | ein wenig                          | mittelmäßig                          | ziemlich                          | sehr                          |
|--|--|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 2. Hast du dich fit und wohl gefühlt?                                    | überhaupt nicht<br><input type="radio"/> | ein wenig<br><input type="radio"/> | mittelmäßig<br><input type="radio"/> | ziemlich<br><input type="radio"/> | sehr<br><input type="radio"/> |
| 3. Hast du dich viel bewegt (z.B. beim Laufen, Klettern, Fahrradfahren)? | überhaupt nicht<br><input type="radio"/> | ein wenig<br><input type="radio"/> | mittelmäßig<br><input type="radio"/> | ziemlich<br><input type="radio"/> | sehr<br><input type="radio"/> |
| 4. Konntest du gut laufen?   | überhaupt nicht<br><input type="radio"/> | ein wenig<br><input type="radio"/> | mittelmäßig<br><input type="radio"/> | ziemlich<br><input type="radio"/> | sehr<br><input type="radio"/> |

Wenn du an die letzte Woche denkst...

|                                    | nie                          | selten                          | manchmal                          | oft                          | immer                          |
|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 5. Bist du voller Energie gewesen? | nie<br><input type="radio"/> | selten<br><input type="radio"/> | manchmal<br><input type="radio"/> | oft<br><input type="radio"/> | immer<br><input type="radio"/> |

## 2. Gefühle

Wenn du an die letzte Woche denkst...

|   | überhaupt nicht                          | ein wenig                          | mittelmäßig                          | ziemlich                          | sehr                          |
|---|--|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Hat dir dein Leben gefallen?                         | überhaupt nicht<br><input type="radio"/> | ein wenig<br><input type="radio"/> | mittelmäßig<br><input type="radio"/> | ziemlich<br><input type="radio"/> | sehr<br><input type="radio"/> |
| 2. Hast du dich darüber gefreut, dass du am Leben bist? | überhaupt nicht<br><input type="radio"/> | ein wenig<br><input type="radio"/> | mittelmäßig<br><input type="radio"/> | ziemlich<br><input type="radio"/> | sehr<br><input type="radio"/> |
| 3. Bist du mit deinem Leben zufrieden gewesen?          | überhaupt nicht<br><input type="radio"/> | ein wenig<br><input type="radio"/> | mittelmäßig<br><input type="radio"/> | ziemlich<br><input type="radio"/> | sehr<br><input type="radio"/> |

| Wenn du an die letzte Woche denkst... |                            | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4.                                    | Hast du gute Laune gehabt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                                    | Bist du fröhlich gewesen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.                                    | Hast du Spaß gehabt?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 3. Stimmungen

| Wenn du an die letzte Woche denkst... |   | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|---------------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                    | Hattest du das Gefühl, dass du alles verkehrt machst?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                    | Hast du dich traurig gefühlt?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                    | Hast du dich so schlecht gefühlt, dass du gar nichts machen wolltest? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                                    | Hattest du das Gefühl, dass in deinem Leben alles schief geht?        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                                    | Hast du die Nase voll gehabt?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.                                    | Hast du dich einsam gefühlt?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.                                    | Hast du dich unter Druck gefühlt?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### 4. Wie findest du dich?

| Wenn du an die letzte Woche denkst... |  | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|---------------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                    | Bist du zufrieden gewesen, so wie du bist?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                    | Bist du mit deiner Kleidung zufrieden gewesen?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                    | Hast du dir Sorgen über dein Aussehen gemacht?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                                    | Warst du neidisch, wie andere Kinder und Jugendliche aussehen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                                    | Würdest du gerne etwas an deinem Körper verändern?             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### 5. Freizeit

| Wenn du an die letzte Woche denkst... |   | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|---------------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                    | Hast du genug Zeit für dich selbst gehabt?                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                    | Konntest du in deiner Freizeit die Dinge machen, die du tun wolltest? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                    | Hattest du genug Möglichkeiten, draußen zu sein?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                                    | Hast du genug Zeit gehabt, Freunde zu treffen?                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                                    | Konntest du selbst aussuchen, was du in deiner Freizeit machst?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 6. Familie und zu Hause

Wenn du an die letzte Woche denkst...

|   | überhaupt nicht                          | ein wenig                          | mittelmäßig                          | ziemlich                          | sehr                          |
|---|--|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben deine Mutter / dein Vater dich verstanden?                           | überhaupt nicht<br><input type="radio"/> | ein wenig<br><input type="radio"/> | mittelmäßig<br><input type="radio"/> | ziemlich<br><input type="radio"/> | sehr<br><input type="radio"/> |
| 2. Hast du das Gefühl gehabt, dass dich deine Mutter / dein Vater lieb haben? | überhaupt nicht<br><input type="radio"/> | ein wenig<br><input type="radio"/> | mittelmäßig<br><input type="radio"/> | ziemlich<br><input type="radio"/> | sehr<br><input type="radio"/> |

Wenn du an die letzte Woche denkst...

|  | nie                          | selten                          | manchmal                          | oft                          | immer                          |
|--|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 3. Bist du zu Hause glücklich gewesen?                                   | nie<br><input type="radio"/> | selten<br><input type="radio"/> | manchmal<br><input type="radio"/> | oft<br><input type="radio"/> | immer<br><input type="radio"/> |
| 4. Haben deine Mutter / dein Vater genug Zeit für dich gehabt?           | nie<br><input type="radio"/> | selten<br><input type="radio"/> | manchmal<br><input type="radio"/> | oft<br><input type="radio"/> | immer<br><input type="radio"/> |
| 5. Haben deine Mutter / dein Vater dich gerecht behandelt?               | nie<br><input type="radio"/> | selten<br><input type="radio"/> | manchmal<br><input type="radio"/> | oft<br><input type="radio"/> | immer<br><input type="radio"/> |
| 6. Konntest du mit deiner Mutter / deinem Vater reden, wenn du wolltest? | nie<br><input type="radio"/> | selten<br><input type="radio"/> | manchmal<br><input type="radio"/> | oft<br><input type="radio"/> | immer<br><input type="radio"/> |

## 7. Dein Geld

Wenn du an die letzte Woche denkst...

|   | nie                          | selten                          | manchmal                          | oft                          | immer                          |
|---|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Hast du genug Geld gehabt, um das Gleiche zu machen wie deine Freunde? | nie<br><input type="radio"/> | selten<br><input type="radio"/> | manchmal<br><input type="radio"/> | oft<br><input type="radio"/> | immer<br><input type="radio"/> |
| 2. Hattest du genug Geld für die Sachen, die du brauchst?                 | nie<br><input type="radio"/> | selten<br><input type="radio"/> | manchmal<br><input type="radio"/> | oft<br><input type="radio"/> | immer<br><input type="radio"/> |

Wenn du an die letzte Woche denkst...

|  | überhaupt nicht                          | ein wenig                          | mittelmäßig                          | ziemlich                          | sehr                          |
|--|--|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 3. Hast du genug Geld, um Sachen mit deinen Freunden zu unternehmen? | überhaupt nicht<br><input type="radio"/> | ein wenig<br><input type="radio"/> | mittelmäßig<br><input type="radio"/> | ziemlich<br><input type="radio"/> | sehr<br><input type="radio"/> |

## 8. Freunde

| Wenn du an die letzte Woche denkst... |   | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|---------------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                    | Hast du Zeit mit deinen Freunden verbracht?                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                    | Hast du mit anderen Kindern oder Jugendlichen Sachen unternommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                    | Hast du mit deinen Freunden Spaß gehabt?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                                    | Haben du und deine Freunde euch gegenseitig geholfen?             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                                    | Konntest du mit deinen Freunden über alles reden?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.                                    | Hast du dich auf deine Freunde verlassen können?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 9. Schule und Lernen

| Wenn du an die letzte Woche denkst... |   | überhaupt nicht       | ein wenig             | mittelmäßig           | ziemlich              | sehr                  |
|---------------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                    | Bist du in der Schule glücklich gewesen?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                    | Bist du in der Schule gut zurechtgekommen?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                    | Bist du mit deinen Lehrerinnen und Lehrern zufrieden gewesen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Wenn du an die letzte Woche denkst... |   | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|---------------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4.                                    | Konntest du gut aufpassen?                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                                    | Bist du gerne zur Schule gegangen?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.                                    | Bist du gut mit deinen Lehrerinnen und Lehrern ausgekommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 10. Du und die anderen

| Wenn du an die letzte Woche denkst... |   | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|---------------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                    | Hast du Angst vor anderen Kindern oder Jugendlichen gehabt?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                    | Haben sich andere Kinder oder Jugendliche über dich lustig gemacht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                    | Haben andere Kinder oder Jugendliche dich sekkirt (schikaniert)?    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Jetzt noch ein paar Fragen zu Dir!**

Wo lebst du die meiste Zeit der Woche? *(nur eine Antwort möglich)*

- Eltern
- Mutter
- Vater
- Pflegeeltern
- Adoptiveltern
- Betreute Wohngemeinschaft/Wohngruppe
- Mobil betreute Wohnung
- Internat
- alleine
- andere: \_\_\_\_\_

Ist Deutsch deine Muttersprache? Ja Nein *(zutreffendes bitte ankreuzen!)*

Derzeit werde ich hier im Krankenhaus im offenen geschützten Bereich behandelt.  
*(zutreffendes bitte ankreuzen!)*

**FAS**

Auto: Besitzt deine Familie ein eigenes Auto?

- Nein
- Ja, eines
- Ja, zwei oder mehrere

Eigenes Schlafzimmer: Hast du ein eigenes Schlafzimmer?

- Nein
- Ja

Urlaub: Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit deiner Familie in den Ferien verreist?

- überhaupt nicht
- einmal
- zweimal
- öfter als zweimal

Computer: Wie viele Computer besitzt deine Familie?

- keinen
- einen
- zwei
- mehr als zwei

**DANKE für deine Mitarbeit!**



V. 1. Wieviele gute Freundinnen oder Freunde hast Du?  Keine  einen  zwei bis drei  vier oder mehr  
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

2. Wie oft pro Woche unternimmst Du etwas mit Deinen Freundinnen/Freunden außerhalb der Schulstunden?  
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

weniger als einmal  ein- bis zweimal  dreimal oder häufiger

VI. Im Vergleich mit anderen Jugendlichen Deines Alters:

|  | schlechter               | etwa gleich              | besser                   |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| a. Wie verträgst Du Dich mit Deinen Geschwistern?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ich habe keine Geschwister. |
| b. Wie verträgst Du Dich mit anderen Kindern/Jugendlichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| c. Wie verhältst Du Dich gegenüber Deinen Eltern?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| d. Wie gut kannst Du Dich alleine beschäftigen?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

VII. Deine gegenwärtigen Schulleistungen:

Ich besuche keine Schule

|  | sehr schwach             | unterdurchschnittlich    | durchschnittlich         | überdurchschnittlich     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Lesen, Deutsch  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Rechnen oder Mathematik   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naturwissenschaften (weiterführende Schulen)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere Fächer (wie Erdkunde, Fremdsprachen; nicht Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Bitte benutze weitere Blätter, wenn der Platz bei den folgenden Fragen nicht ausreicht.)

Hast Du eine Krankheit, eine körperliche Behinderung oder eine Beeinträchtigung?  
 nein  ja, bitte beschreiben:

Bitte beschreibe alle Sorgen und Probleme, die Du mit der Schule hast:

Bitte beschreibe hier alle anderen Sorgen, die Du hast:

Bitte beschreibe jetzt die Dinge, die Du an Dir selbst am besten findest:

Jetzt folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0, 1, 2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder in den letzten sechs Monaten genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für Dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst; auch wenn Dir einige unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend      1 = etwas oder manchmal zutreffend      2 = genau oder häufig zutreffend

- |   |       |  |       |
|---|-------|--|-------|
| 1. Ich verhalte mich zu jung für mein Alter .....   | 0 1 2 | 33. Ich glaube, daß mich niemand mag .....   | 0 1 2 |
| 2. Ich leide unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben: _____                                | 0 1 2 | 34. Ich glaube, daß andere mir etwas antun wollen..  | 0 1 2 |
| 3. Ich streite häufig oder widerspreche .....   | 0 1 2 | 35. Ich fühle mich wertlos oder unterlegen .....   | 0 1 2 |
| 4. Ich leide unter Asthma .....   | 0 1 2 | 36. Ich verletze mich häufig unabsichtlich .....   | 0 1 2 |
| 5. Ich verhalte mich wie jemand des anderen Geschlechts .....   | 0 1 2 | 37. Ich gerate oft in Raufereien oder Schlägereien...  | 0 1 2 |
| 6. Ich mag Tiere .....  | 0 1 2 | 38. Ich werde oft gehänselt .....  | 0 1 2 |
| 7. Ich gebe an, schneide auf, prahle gern .....   | 0 1 2 | 39. Ich bin mit Kindern oder Jugendlichen zusammen, die in Schwierigkeiten geraten .....                                     | 0 1 2 |
| 8. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger aufzupassen .....                                | 0 1 2 | 40. Ich höre Geräusche oder Stimmen, die sonst niemand zu hören scheint; bitte beschreiben: _____                            | 0 1 2 |
| 9. Ich komme von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben: _____  | 0 1 2 | 41. Ich tue etwas, ohne zu überlegen.....  | 0 1 2 |
| 10. Ich kann nicht lange stillsitzen.....   | 0 1 2 | 42. Ich bin lieber allein als mit anderen zusammen ...   | 0 1 2 |
| 11. Ich bin zu abhängig von Erwachsenen.....  | 0 1 2 | 43. Ich lüge oder schwindele.....  | 0 1 2 |
| 12. Ich fühle mich einsam .....   | 0 1 2 | 44. Ich kaue an meinen Fingernägeln .....  | 0 1 2 |
| 13. Ich bin durcheinander oder zerstreut .....  | 0 1 2 | 45. Ich bin nervös, reizbar oder angespannt .....  | 0 1 2 |
| 14. Ich weine viel .....  | 0 1 2 | 46. Teile meines Körpers zucken oder machen nervöse Bewegungen; bitte beschreiben: _____                                     | 0 1 2 |
| 15. Ich bin sehr ehrlich.....   | 0 1 2 | 47. Ich habe Alpträume .....   | 0 1 2 |
| 16. Ich bin gemein zu anderen .....   | 0 1 2 | 48. Ich bin bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt .....   | 0 1 2 |
| 17. Ich bin tagsüber verträumt oder in Gedanken.....  | 0 1 2 | 49. Ich kann bestimmte Dinge besser als die meisten anderen Kinder .....   | 0 1 2 |
| 18. Ich habe mich absichtlich verletzt oder versucht, mich umzubringen .....                                    | 0 1 2 | 50. Ich bin zu furchtsam oder zu ängstlich.....  | 0 1 2 |
| 19. Ich möchte viel Aufmerksamkeit oder Beachtung bekommen .....  | 0 1 2 | 51. Ich fühle mich schwindelig .....   | 0 1 2 |
| 20. Ich mache meine eigenen Sachen kaputt.....  | 0 1 2 | 52. Ich habe starke Schuldgefühle .....  | 0 1 2 |
| 21. Ich mache Sachen kaputt, die anderen gehören ...  | 0 1 2 | 53. Ich esse zu viel .....   | 0 1 2 |
| 22. Ich gehorche meinen Eltern nicht.....   | 0 1 2 | 54. Ich bin immer müde.....  | 0 1 2 |
| 23. Ich gehorche in der Schule nicht.....   | 0 1 2 | 55. Ich habe Übergewicht.....  | 0 1 2 |
| 24. Ich esse nicht so gut, wie ich sollte .....   | 0 1 2 | 56. Ich habe folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:<br>a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen)..... | 0 1 2 |
| 25. Ich komme mit anderen Kindern oder Jugendlichen nicht zurecht.....  | 0 1 2 | b) Kopfschmerzen .....   | 0 1 2 |
| 26. Wenn ich etwas Unüberlegtes getan habe, fühle ich mich nicht schuldig .....                                 | 0 1 2 | c) Übelkeit .....  | 0 1 2 |
| 27. Ich bin auf andere eifersüchtig .....   | 0 1 2 | d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____                         | 0 1 2 |
| 28. Ich helfe gern anderen, wenn sie Hilfe benötigen ..   | 0 1 2 | e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme.....  | 0 1 2 |
| 29. Ich fürchte mich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Orten (außer der Schule); bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe.....   | 0 1 2 |
| 30. Ich habe Angst, in die Schule zu gehen.....   | 0 1 2 | g) Erbrechen .....   | 0 1 2 |
| 31. Ich habe Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun .....   | 0 1 2 | h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: .....  | 0 1 2 |
| 32. Ich glaube, ich muß perfekt sein und alles gut können .....   | 0 1 2 |  |       |

0 = nicht zutreffend      1 = etwas oder manchmal zutreffend      2 = genau oder häufig zutreffend

57. Ich greife andere körperlich an .....0 1 2  
 58. Ich zupfe an der Haut oder kratze mich an anderen Körperstellen; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
59. Ich kann sehr freundlich sein .....0 1 2  
 60. Ich probiere gern etwas Neues aus.....0 1 2  
 61. Ich bin schlecht in der Schule .....0 1 2  
 62. Ich bin unbeholfen oder schwerfällig.....0 1 2  
 63. Ich bin lieber mit älteren zusammen als mit Jugendlichen meines Alters.....0 1 2  
 64. Ich bin lieber mit jüngeren als mit Jugendlichen meines Alters zusammen .....0 1 2  
 65. Ich will nicht sprechen .....0 1 2  
 66. Ich wiederhole bestimmte Handlungen immer wieder (wie unter Zwang); bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
67. Ich laufe von zu Hause weg.....0 1 2  
 68. Ich schreie viel .....0 1 2  
 69. Ich bin verschlossen, behalte Dinge für mich.....0 1 2  
 70. Ich sehe Dinge, die andere nicht zu sehen scheinen; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
71. Ich bin befangen oder werde leicht verlegen.....0 1 2  
 72. Ich zünde gerne oder habe schon Feuer gelegt....0 1 2  
 73. Ich kann mit meinen Händen geschickt umgehen...0 1 2  
 74. Ich produziere mich gern oder spiele den Clown ...0 1 2  
 75. Ich bin schüchtern .....0 1 2  
 76. Ich schlafe weniger als die meisten Jugendlichen ..0 1 2  
 77. Ich schlafe tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Jugendlichen; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
78. Ich habe viel Phantasie.....0 1 2  
 79. Ich habe Probleme mit dem Sprechen; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
80. Ich setze mich für meine Rechte ein.....0 1 2  
 81. Ich habe zu Hause gestohlen .....0 1 2  
 82. Ich habe anderswo gestohlen .....0 1 2  
 83. Ich horte Dinge, die ich nicht brauche; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
84. Ich tue Dinge, die andere Leute seltsam finden; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
85. Ich habe Gedanken oder Ideen, die andere Leute seltsam finden würden; bitte beschreiben: 0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
86. Ich bin eigensinnig, dickköpfig .....0 1 2  
 87. Meine Stimmung oder Gefühle wechseln plötzlich.....0 1 2  
 88. Ich bin gerne mit anderen Leuten zusammen.....0 1 2  
 89. Ich bin mißtrauisch .....0 1 2  
 90. Ich fluche oder gebrauche unanständige Wörter...0 1 2  
 91. Ich denke darüber nach, mich umzubringen.....0 1 2  
 92. Ich bringe andere gern zum Lachen .....0 1 2  
 93. Ich rede zuviel.....0 1 2  
 94. Ich hänselt andere gern .....0 1 2  
 95. Ich gerate leicht in Zorn, habe ein hitziges Temperament.....0 1 2  
 96. Ich denke zuviel an sexuelle Dinge .....0 1 2  
 97. Ich habe anderen gedroht, sie zu verletzen.....0 1 2  
 98. Ich bin hilfsbereit.....0 1 2  
 99. Ich bin zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht.....0 1 2  
 100. Ich habe Schlafprobleme;bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
101. Ich schwänze die Schule oder einzelne Schulstunden .....0 1 2  
 102. Ich habe nicht genug Energie .....0 1 2  
 103. Ich bin unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.....0 1 2  
 104. Ich bin lauter als andere Jugendliche .....0 1 2  
 105. Ich trinke Alkohol, nehme Drogen oder Medikamente, die nicht von einem Arzt verschrieben wurden; bitte beschreiben: .....0 1 2  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
106. Ich versuche, anderen gegenüber fair zu sein .....0 1 2  
 107. Ich habe Spaß an einem guten Scherz .....0 1 2  
 108. Ich nehme das Leben gerne von der leichten Seite .....0 1 2  
 109. Ich versuche, anderen Menschen zu helfen, wenn ich kann.....0 1 2  
 110. Ich möchte gerne dem anderen Geschlecht angehören.....0 1 2  
 111. Ich bin zurückhaltend,nehme keinen Kontakt zu anderen auf .....0 1 2  
 112. Ich mache mir viele Sorgen .....0 1 2
- > Bitte prüfe nach, ob Du alle Fragen beantwortet hast.  
 ---> Unterstreiche bitte diejenigen Probleme, die Dir Sorgen machen.

Vielen Dank !

Was wäre Dir noch wichtig mitzuteilen in Bezug auf Deine Gefühle, Verhaltensweisen und Interessen?

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

**Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz**

Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Graz

Abteilung für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



### **Elterninformationsblatt und Einwilligungserklärung Informationsblatt**

#### **Liebe Eltern, Liebe Erziehungsberechtigte!**

Im Zuge eines wissenschaftlichen Projektes führen wir eine Studie zum Thema **Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen** an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der LSF Graz durch.

Die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während eines Krankenhausaufenthaltes ist bis jetzt ein vernachlässigtes Thema. Ziel dieser Studie ist es, entscheidende Informationen für spezifische Präventionsmaßnahmen zu gewinnen und abgestimmt auf die jeweiligen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen die Behandlung zu optimieren.

**Mit Ihrer Teilnahme an dieser Studie können sie einen wesentlichen Beitrag zur Optimierung der Behandlung und zur Erarbeitung von präventiven Maßnahmen im Kinder- und Jugendbereich in der Steiermark leisten.**

Die Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Befragung erfolgt freiwillig. Sie bzw. die Kinder und Jugendlichen können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus dieser Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Beenden der Studie hat keine nachteiligen Folgen für die medizinische Betreuung und Behandlung. Voraussetzung für die Durchführung dieser Studie ist, dass Sie und der Jugendliche Ihr Einverständnis zur Teilnahme schriftlich erklären. Die Befragung erfolgt schriftlich mittels Fragebögen, wobei es keine richtigen oder falschen Antworten gibt, wichtig ist ihre persönliche Einschätzung.

Über Ihre Teilnahme an dieser Studie wurden wir uns sehr freuen, für etwaige Fragen stehen wir, Mag. Viktoria Rübenbauer (0316-2191 DW 2537) und Mag. Klemens Meister (DW 2182), Ihnen gerne zur Verfügung!

***Vielen Dank für Ihre Mithilfe!***

***Anmerkung: Wir bitten Sie die ausgefüllten Fragebögen am Pflegestützpunkt der Station abzugeben bzw. die Fragebögen mittels des beigelegten frankierten Kuverts zurückzuschicken***

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

**Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz**

Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Graz

Abteilung für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



## Einwilligungserklärung

Ich bin informiert und damit einverstanden dass der/die Minderjährige \_\_\_\_\_ an der Untersuchung zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen bei Frau Mag. Viktoria Rübenbauer und Herr Mag. Klemens Meister teilnimmt.

Die Daten werden strengstens vertraulich behandelt und nicht an Dritte weiter gegeben. Sie werden anonym im Rahmen des Forschungsprojektes verwendet und dienen einem wissenschaftlichen Zweck um mögliche Einflussfaktoren auf die Lebensqualität zu finden.

*Herzlichen Dank für die Ihre Zustimmung und Mitarbeit!*

### Eltern/ gesetzlicher Vertreter

Name (Blockschrift):

\_\_\_\_\_

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_

### Aufklärende/r Psychologin/e

Name (Blockschrift):

\_\_\_\_\_

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_



## KIDSCREEN-52

Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Elternversion

Datum: \_\_\_\_\_  
Monat Jahr

Liebe Eltern,

Wie geht es Ihrem Kind? Wie fühlt es sich? Das möchten wir gerne von Ihnen wissen.

Bitte überlegen Sie, wie es Ihrem Kind in der letzten Woche gegangen ist. Beantworten Sie dann bitte die folgenden Fragen, so wie Sie es von Ihrem Kind und seinen Erfahrungen wissen oder vermuten.

**Wer beantwortet diesen Fragebogen?**

- Mutter  
 Vater  
 Stiefmutter / PartnerIn des Vaters  
 Stiefvater / PartnerIn der Mutter  
 Sonstige                      Wer? \_\_\_\_\_

**Wie alt ist Ihr Kind?**

\_\_\_\_\_ Jahre

**Ist das Kind weiblich oder männlich?**

- weiblich  
 männlich

**Wie groß ist Ihr Kind (ohne Schuhe)?**

\_\_\_\_\_ Zentimeter (cm)

**Wie viel wiegt Ihr Kind (ohne Kleidung)?**

\_\_\_\_\_ Kilogramm (kg)

## 1. Gesundheit und Bewegung

**Was denken Sie: Wie würde Ihr Kind seine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?**

- 1.
- ausgezeichnet
  - sehr gut
  - gut
  - weniger gut
  - schlecht

**Wenn Sie an die letzte Woche denken...**

|   | überhaupt nicht       | ein wenig             | mittelmäßig           | ziemlich              | sehr                  |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2. Hat sich Ihr Kind fit und wohl gefühlt?                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Hat sich Ihr Kind viel bewegt (z.B. beim Laufen, Klettern, Fahrradfahren)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Konnte Ihr Kind gut laufen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Wenn Sie an die letzte Woche denken...**

|   | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5. Ist Ihr Kind voller Energie gewesen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 2. Gefühle

**Wenn Sie an die letzte Woche denken...**

|   | überhaupt nicht       | ein wenig             | mittelmäßig           | ziemlich              | sehr                  |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass sein Leben ihm gefällt?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Hat sich Ihr Kind darüber gefreut, dass es am Leben ist? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ist Ihr Kind mit seinem Leben zufrieden gewesen?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

|                                    | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Hat Ihr Kind gute Laune gehabt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Ist Ihr Kind fröhlich gewesen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Hat Ihr Kind Spaß gehabt?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 3. Stimmungen

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

|   | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass es alles verkehrt macht?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Hat sich Ihr Kind traurig gefühlt?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Hat Ihr Kind sich so schlecht gefühlt, dass es gar nichts machen wollte? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass in seinem Leben alles schief geht?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Hat Ihr Kind die Nase voll gehabt?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Hat Ihr Kind sich einsam gefühlt?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Hat Ihr Kind sich unter Druck gefühlt?                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### 4. Wie findet Ihr Kind sich selbst?

| Wenn Sie an die letzte Woche denken... |  | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                     | Ist Ihr Kind zufrieden gewesen, so wie es ist?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                     | Ist Ihr Kind mit seiner Kleidung zufrieden gewesen?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                     | Hat sich Ihr Kind Sorgen über sein Aussehen gemacht?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                                     | War Ihr Kind neidisch, wie andere Kinder und Jugendliche aussehen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                                     | Würde Ihr Kind gerne etwas an seinem Körper verändern?             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### 5. Freizeit

| Wenn Sie an die letzte Woche denken... |   | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|--|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                     | Hat Ihr Kind genug Zeit für sich selbst gehabt?                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                     | Konnte Ihr Kind in seiner Freizeit die Dinge machen, die es tun wollte? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                     | Hatte Ihr Kind genug Möglichkeiten, draußen zu sein?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                                     | Hat Ihr Kind genug Zeit gehabt, Freunde zu treffen?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                                     | Konnte Ihr Kind selbst aussuchen, was es in seiner Freizeit macht?      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 6. Familie und zu Hause

| Wenn Sie an die letzte Woche denken... |  | überhaupt nicht       | ein wenig             | mittelmäßig           | ziemlich              | sehr                  |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                     | Hat sich Ihr Kind durch seine Eltern verstanden gefühlt?           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                     | Hatte Ihr Kind das Gefühl gehabt, dass seine Eltern es lieb haben? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Wenn Sie an die letzte Woche denken... |  | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3.                                     | Ist Ihr Kind zu Hause glücklich gewesen?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                                     | Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass seine Eltern genug Zeit für es hatten?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                                     | Hat sich Ihr Kind durch seine Mutter / seinen Vater gerecht behandelt gefühlt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.                                     | Konnte Ihr Kind mit seinen Eltern reden, wenn es wollte?                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 7. Ihr Kind und Geld

| Wenn Sie an die letzte Woche denken... |   | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|--|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                     | Hat Ihr Kind genug Geld gehabt, um das Gleiche zu machen wie seine Freunde? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                     | Hatte Ihr Kind genug Geld für die Sachen, die es braucht?                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Wenn Sie an die letzte Woche denken... |   | überhaupt nicht       | ein wenig             | mittelmäßig           | ziemlich              | sehr                  |
|--|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3.                                     | Hat Ihr Kind das Gefühl, genug Geld zu haben, um Sachen mit seinen Freunden zu unternehmen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 8. Freunde

| Wenn Sie an die letzte Woche denken... |   | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|--|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                     | Hat Ihr Kind Zeit mit seinen Freunden verbracht?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                     | Hat Ihr Kind mit anderen Kindern / Jugendlichen Sachen unternommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                     | Hat Ihr Kind mit seinen Freunden Spaß gehabt?                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                                     | Haben Ihr Kind und seine Freunde sich gegenseitig geholfen?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                                     | Konnte Ihr Kind mit seinen Freunden über alles reden?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.                                     | Hat Ihr Kind sich auf seine Freunde verlassen können?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 9. Schule und Lernen

| Wenn Sie an die letzte Woche denken... |  | überhaupt nicht       | ein wenig             | mittelmäßig           | ziemlich              | sehr                  |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                                     | Ist Ihr Kind in der Schule glücklich gewesen?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                                     | Ist Ihr Kind in der Schule gut zurechtgekommen?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                                     | Ist Ihr Kind mit seinen Lehrern und Lehrerinnen zufrieden gewesen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

|   | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Konnte Ihr Kind gut aufpassen?                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Ist Ihr Kind gerne zur Schule gegangen?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Ist Ihr Kind gut mit seinen Lehrerinnen und Lehrern ausgekommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 10. Ihr Kind und andere

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

|  | nie                   | selten                | manchmal              | oft                   | immer                 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Hat Ihr Kind Angst vor anderen Kindern oder Jugendlichen gehabt?        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Haben sich andere Kinder oder Jugendliche über Ihr Kind lustig gemacht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Haben andere Kinder oder Jugendliche Ihr Kind sekkiert (schikaniert)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

# Elternfragebogen

Liebe Eltern!

**Beantworten Sie jetzt bitte folgende Fragen.**

Es wäre schön, wenn beide Elternteile die Fragen beantworten.

## Teil A

### 1. Welche Größe hat der Wohnort ihres Kindes?

- Gemeinde (< 2000 Einwohner)
- Landstadt (ca. 2 000 bis 5 000 Einwohner)
- Kleinstadt (ca. 5 000 bis 20 000 Einwohner)
- Mittelstadt (ca. 20 000 bis 100 000 Einwohner)
- Großstadt (mehr als 100 000 Einwohner)

### 2. Anzahl & Alter der Geschwister ihres Kindes

Anzahl Brüder:

⇒ Alter der Brüder:    (in Jahren)

Anzahl der Schwestern:

⇒ Alter der Schwestern:    (in Jahren)

### 3. Gesundheit ihres Kindes

Leidet ihr Kind an einer körperlichen Erkrankung?

- Ja
- Nein

Wenn **Ja** an welcher?

- Asthma
- Neurodermitis
- Krebserkrankung
- Diabetes

Andere: \_\_\_\_\_

**Teil B: Angaben der Mutter**

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

**1. Verwandtschaftsgrad**

- leibliche Mutter
- Adoptivmutter
- Pflegemutter
- Stiefmutter
- Andere: \_\_\_\_\_

Sind Sie alleinerziehend?

- 
- Ja
- 
- nein

**2. Welchen Schulabschluss haben sie?**

(Bitte den höchsten Abschluss ankreuzen)

- Pflichtschule bzw. kein Schulabschluss
- Lehre
- Berufsbildende mittlere Schule/Fachschule (ohne Matura)
- Meisterprüfung
- Matura
- Akademie (z.B. PädAK, SozAK, ...)
- Universität/Hochschule/Fachhochschule
  
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**3. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit oder zuletzt aus?**

- nie erwerbstätig
- Mithelfend im Betrieb/ungelernte Tätigkeit
- Arbeiterin
- Landwirtin
- Angestellte ohne Leitungsfunktion
- Beamtin ohne Leitungsfunktion
- Unternehmerin ohne Angestellte
- Angestellte mit Leitungsfunktion
- Beamtin mit Leitungsfunktion
- Unternehmerin mit Angestellten
- Freiberuflerin (z.B. Ärztin, Rechtsanwältin,...)
  
- Anderes: \_\_\_\_\_

**Teil C: Angaben des Vaters**

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

**1. Verwandtschaftsgrad**

- leiblicher Vater
- Adoptivvater
- Pflegevater
- Stiefvater
- Andere: \_\_\_\_\_

Sind Sie alleinerziehend?

- 
- Ja
- 
- nein

**2. Welchen Schulabschluss haben sie?**

(Bitte den höchsten Abschluss ankreuzen)

- Pflichtschule bzw. kein Schulabschluss
- Lehre
- Berufsbildende mittlere Schule/Fachschule (ohne Matura)
- Meisterprüfung
- Matura
- Akademie (z.B. PädAK, SozAK)
- Universität/Hochschule/Fachhochschule
  
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**3. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit oder zuletzt aus?**

- nie erwerbstätig
- Mithelfend im Betrieb/ungelernte Tätigkeit
- Arbeiter
- Landwirt
- Angestellter ohne Leitungsfunktion
- Beamter ohne Leitungsfunktion
- Unternehmer ohne Angestellte
- Angestellter mit Leitungsfunktion
- Beamter mit Leitungsfunktion
- Unternehmer mit Angestellten
- Freiberufler (z.B. Arzt, Rechtsanwalt,...)
  
- Anderes: \_\_\_\_\_

| <b>Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen –CBCL/4-18</b>   |  |
|--|--|
| <b>Name (des Kindes):</b>  | <b>Tätigkeit der Eltern:</b> (auch wenn zur Zeit nicht ausgeübt) bitte genaue Bezeichnung, z.B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann) |
| <b>Geschlecht:</b><br><input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge  | <b>Alter:</b>  |
| <b>Geburtsdatum:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>(des Kindes)      Tag      Monat      Jahr   | <b>Tätigkeit des Vaters:</b>   |
| <b>Datum heute:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Tag      Monat      Jahr  | <b>Tätigkeit der Mutter:</b>   |
| <b>Fragebogen ausgefüllt von:</b> <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater<br><input type="checkbox"/> Anderen (z.B. Oma, Erzieher):   |  |
| Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Menschen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Sie können zusätzliche Bemerkungen dazu schreiben, wenn es Ihnen erforderlich erscheint. |  |

**I. Nennen sie bitte die Sportarten, die Ihr Kind am liebsten ausübt,**  
z.B. Fußball, Radfahren, Schwimmen, Tischtennis usw.

|                                | Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit dieser Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen? |                          |                          |                          | Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen? |                          |                          |                          |
|--------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich weiß es nicht              | weniger   | gleich viel              | mehr                     | Ich weiß es nicht        | weniger  | gleich viel              | mehr                     |                          |
| <input type="checkbox"/> keine |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| a. _____                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. _____                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. _____                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**II. Nennen Sie bitte die Lieblingsaktivitäten, Hobbys oder Spiele Ihres Kindes,**  
z.B. Klavierspielen, Briefmarkensammeln, Singen, Lesen, mit Puppen oder Autos spielen, usw. (außer Sport, Radiohören, Fernsehen)

|                                | Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind damit, verglichen mit Gleichaltrigen? |                          |                          |                          | Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Aktivität, verglichen mit Gleichaltrigen? |                          |                          |                          |
|--------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich weiß es nicht              | weniger   | gleich viel              | mehr                     | Ich weiß es nicht        | weniger   | gleich viel              | mehr                     |                          |
| <input type="checkbox"/> keine |   |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |
| a. _____                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. _____                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. _____                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**III. Gehört Ihr Kind irgendwelchen Organisationen, Vereinen oder Gruppen an?**

|                                | Wie aktiv ist Ihr Kind dort, verglichen mit Gleichaltrigen? |                          |                          |  |
|--------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Ich weiß es nicht              | weniger   | gleich viel              | mehr                     |  |
| <input type="checkbox"/> keine |   |                          |                          |  |
| a. _____                       | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| b. _____                       | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| c. _____                       | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

**IV. Welche Arbeiten oder Pflichten übernimmt Ihr Kind innerhalb oder außerhalb des Haushalts,**  
z.B. Spülen, Kinderhüten, Zeitungen austragen usw.?

|                                | Wie gut verrichtet Ihr Kind diese Arbeit oder Pflichten, verglichen mit Gleichaltrigen? |                          |                          |  |
|--------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Ich weiß es nicht              | weniger   | gleich viel              | mehr                     |  |
| <input type="checkbox"/> keine |   |                          |                          |  |
| a. _____                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| b. _____                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| c. _____                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

V. 1. **Wieviele Freunde hat Ihr Kind?**  keine  einen  zwei bis drei  vier oder mehr  
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

2. **Wie oft pro Woche unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden außerhalb der Schulstunden?**  
(bitte Geschwister nicht mitzählen)  
 weniger als einmal  ein- bis zweimal  dreimal oder häufiger

VI. **Verglichen mit Gleichaltrigen:**

|   | schlechter               | etwa gleich              | besser                   |                                     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| a. Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Einzelkind |
| b. Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| c. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |
| d. Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind alleine?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |

VII. 1. **Gegenwärtige Schulleistungen (für Kinder ab 6 Jahren):**

besucht keine Schule

|  | ungenügend               | unterdurchschnittlich    | durchschnittlich         | überdurchschnittlich     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Lesen, Deutsch                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Rechnen oder Mathematik                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Naturwissenschaften (falls zutreffend)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere Fächer e. _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (wie Erdkunde, Fremdsprachen, nicht f. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw. g. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. **Besucht Ihr Kind eine Sonderschule bzw. hat es eine besondere Art der Beschulung (z.B. Integrationskind)?**

nein  ja, bitte genaue Beschreibung:

3. **Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?**  nein  ja, welche und warum:

4. **Sind bei Ihrem Kind schon einmal Lernschwierigkeiten oder andere Probleme in der Schule aufgetreten?**

nein  ja, bitte beschreiben:

Wann fingen die Probleme an?

Haben diese Probleme aufgehört?  nein  ja, wann:

IX. **Hat Ihr Kind eine Krankheit, körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Behinderung?**  nein  ja

wenn ja, bitte beschreiben:

IX. **Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?**

(evtl. weiteres Blatt beifügen)

X. **Was gefällt Ihnen an ihrem Kind am besten?**

(evtl. weiteres Blatt beifügen)

Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0, 1, 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn Sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen, so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

| 0 = nicht zutreffend<br>(soweit bekannt)   | 1 = etwas oder manchmal zutreffend | 2 = genau oder häufig zutreffend |
|--|------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben: _____  | 0                                  | 1 2                              |
| 3. Streitet oder widerspricht viel .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 4. Hat Asthma.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen<br>Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge.....                                      | 0                                  | 1 2                              |
| 6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, kotet ein .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 7. Gibt an, schneidet auf .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben _____  | 0                                  | 1 2                              |
| 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder hyperaktiv .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 12. Klagt über Einsamkeit .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 13. Ist verwirrt oder zerstreut.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 14. Weint viel .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 15. Ist roh zu Tieren oder quält sie.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 19. Verlangt viel Beachtung .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 22. Gehorcht nicht zu Hause.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 23. Gehorcht nicht in der Schule.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 24. Isst schlecht.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 27. Ist leicht eifersüchtig .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 28. Isst oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben: (keine Süßigkeiten angeben) _____ | 0                                  | 1 2                              |
| 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte beschreiben _____                  | 0                                  | 1 2                              |
| 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 32. Glaubte, perfekt sein zu müssen.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 34. Glaubte, andere wollen ihm/ihr etwas antun .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 38. Wird viel gehänselt .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; bitte beschreiben _____  | 0                                  | 1 2                              |
| 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 43. Lügt, betrügt oder schwindelt .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 44. Kaut Fingernägel .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 45. Ist nervös oder angespannt.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____          | 0                                  | 1 2                              |
| 47. Hat Alpträume.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 49. Leidet an Verstopfung.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 51. Fühlt sich schwindelig.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 52. Hat zu starke Schuldgefühle.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 53. Isst zu viel .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 54. Ist immer müde .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 55. hat Übergewicht.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:<br>a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) .....         | 0                                  | 1 2                              |
| b) Kopfschmerzen.....  | 0                                  | 1 2                              |
| c) Übelkeit.....   | 0                                  | 1 2                              |
| d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); bitte beschreiben: _____                             | 0                                  | 1 2                              |
| e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme .....   | 0                                  | 1 2                              |
| f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe .....  | 0                                  | 1 2                              |
| g) Erbrechen .....   | 0                                  | 1 2                              |
| h) andere Beschwerden; bitte beschreiben .....   | 0                                  | 1 2                              |

| 0 = nicht zutreffend<br>(soweit bekannt)  | 1 = etwas oder manchmal zutreffend | 2 = genau oder häufig zutreffend |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| 57. Greift andere körperlich an.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: _____  | 0                                  | 1 2                              |
| 59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 61. Ist schlecht in der Schule .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 64. ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 65. Weigert sich zu sprechen .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: _____   | 0                                  | 1 2                              |
| 67. Lläuft von zu Hause weg .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 68. Schreit viel.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____  | 0                                  | 1 2                              |
| 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben: _____   | 0                                  | 1 2                              |
| 74. Produziert sich gern oder spielt den Clown.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 75. Ist schüchtern oder zaghaft .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: _____  | 0                                  | 1 2                              |
| 78. Schmiert oder spielt mit Kot .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____   | 0                                  | 1 2                              |
| 80. Starrt ins Leere .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 81. Stiehlt zu Hause .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 82. Stiehlt anderswo .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: _____  | 0                                  | 1 2                              |
| 84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben : _____   | 0                                  | 1 2                              |
| 85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: _____  | 0                                  | 1 2                              |
| 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 89. Ist misstrauisch.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 91. Spricht davon, sich umzubringen .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben: _____  | 0                                  | 1 2                              |
| 93. Redet zuviel.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 94. Hänzelt andere gern.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament... 0   | 1                                  | 2                                |
| 96. Denkt zuviel an Sex.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 97. Bedroht andere.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 98. Lutscht am Daumen .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 100. hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben: _____   | 0                                  | 1 2                              |
| 101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.....  | 0                                  | 1 2                              |
| 104. Ist ungewöhnlich laut.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder missbraucht Medikament; bitte beschreiben: _____   | 0                                  | 1 2                              |
| 106. Richtet mutwillig Zerstörungen an .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 107. Nässt bei Tag ein.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 108. Nässt im Schlaf ein.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 109. Quengelt oder jammert.....   | 0                                  | 1 2                              |
| 110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein<br>Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein .....  | 0                                  | 1 2                              |
| 111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 112. Macht sich zuviel Sorgen .....   | 0                                  | 1 2                              |
| 113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | 0                                  | 1 2                              |

→ Bitte überprüfen Sie, ob sie alle Fragen beantwortet haben.  
→ Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

Vielen Dank !

### Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte!

**Dieser Fragebogen dient dazu Informationen über in Anspruch genommene Einrichtungen, Leistungen und Angebote von Kindern und Jugendlichen mit emotionalen oder Verhaltensproblemen zu erfassen.**

Hat das Kind/der Jugendliche in den letzten 12 Monaten aufgrund von emotionalen oder Verhaltensproblemen folgenden Einrichtungen bzw. Angebote in Anspruch genommen?

#### Stationärer Aufenthalt (mit mind. einmaliger Übernachtung)

Bitte alle Einrichtungen bzw. Angebote durchlesen und mit Ja oder Nein beantworten!

|   | Ja | Nein |
|---|----|------|
| ❖ Kinder- und Jugendpsychiatrie ( <b>vor</b> dem momentanen Aufenthalt) |    |      |
| ❖ Erwachsenenpsychiatrie  |    |      |
| ❖ Kinderklinik bzw. Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde           |    |      |
| ❖ Abteilung für Suchterkrankungen (Krankenhaus)                         |    |      |
| ❖ Allgemeines Krankenhaus   |    |      |
| ❖ Heilpädagogisches Zentrum   |    |      |
| ❖ Therapieeinrichtung für Suchterkrankungen                             |    |      |
| ❖ Betreute Wohngemeinschaft/Wohngruppe                                  |    |      |
| ❖ Kriseneinrichtung (z.B. BURG, KRISUN, Tartaruga, ...)                 |    |      |
| ❖ Krisenpflegeplatz   |    |      |
| ❖ Pflegeeltern  |    |      |
| ❖ Gefängnis   |    |      |
| ❖ Notschlafstelle   |    |      |
| ❖ Andere(bitte nennen): _____   |    |      |

Hat das Kind/der Jugendliche in den letzten 12 Monaten aufgrund von emotionalen oder Verhaltensproblemen folgenden Einrichtungen bzw. Angebote in Anspruch genommen?

#### Ambulante Behandlungsangebote (öfter wie einmal)

Bitte alle Einrichtungen bzw. Angebote durchlesen und mit Ja oder Nein beantworten!

|   | Ja | Nein |
|---|----|------|
| ❖ Psychologische Diagnostik/Behandlung          |    |      |
| ❖ Psychotherapie                                |    |      |
| ❖ Kinder- und Jugendpsychiater/in               |    |      |
| ❖ Psychiater/in                                 |    |      |
| ❖ Kinderärztin/arzt                             |    |      |
| ❖ Hausärztin/arzt                               |    |      |
| ❖ andere Fachärztin/arzt                        |    |      |
| ❖ Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie |    |      |
| ❖ Tagesklinik der Kinderklinik                  |    |      |
| ❖ Suchtmedizinische (Drogen)Ambulanz            |    |      |
| ❖ Andere (bitte nennen) _____                   |    |      |

Hat das Kind/der Jugendliche in den letzten 12 Monaten aufgrund von emotionalen oder Verhaltensproblemen folgenden Einrichtungen bzw. Angebote in Anspruch genommen?

**Weitere Betreuungsangebote/spezifische Einrichtungen**

*Bitte alle Einrichtungen bzw. Angebote durchlesen und mit Ja oder Nein beantworten!*

|   | Ja | Nein |
|---|----|------|
| ❖ Sozialarbeiter/in   |    |      |
| ❖ Erziehungshilfe   |    |      |
| ❖ Sozialpädagogische Familienbetreuung  |    |      |
| ❖ Psychosoziale Beratung (z. B. in Psychosozialem Zentrum/Kinderschutzzentrum, Gewaltschutzzentrum) |    |      |
| ❖ Arbeitstraining oder Arbeitsassistenz   |    |      |
| ❖ Sozialpsychiatrisch/Psychologisch begleitete Tagesstruktur  |    |      |
| ❖ Lern- und Sozialbetreuung   |    |      |
| ❖ Spezielle Trainings (Legasthenie,... )  |    |      |
| ❖ Bewährungshilfe   |    |      |
| ❖ Anderer unterstützende Angebote   |    |      |
| ❖ (bitte beschreiben): _____  |    |      |

Hat das Kind/der Jugendliche in den letzten 12 Monaten aufgrund von emotionalen oder Verhaltensproblemen folgenden Einrichtungen bzw. Angebote in Anspruch genommen?

**Schulische Angebote bzw. Einrichtungen**

*Bitte alle Einrichtungen bzw. Angebote durchlesen und mit Ja oder Nein beantworten!*

|  | Ja | Nein |
|--|----|------|
| ❖ Schulpsychologie   |    |      |
| ❖ Schulsozialarbeit  |    |      |
| ❖ Schulärztin/arzt   |    |      |
| ❖ Beratungslehrer/in oder Stützlehrer/in   |    |      |
| ❖ Spezielle Klasse für Schülerinnen und Schüler mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten                              |    |      |
| ❖ Spezielle Unterstützung für Schülerinnen und Schüler mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Verhaltens-SPF) |    |      |
| ❖ Andere (bitte nennen) _____  |    |      |