

Erarbeitung eines Vorschlags einer einheitlichen, sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Basisdokumentation für die Kinder-, Jugend-, und Familienpsychosomatik –  
Entwicklung und Evaluation eines Instrumentariums zur Qualitätssicherung  
aus multidisziplinärer Perspektive unter besonderer Berücksichtigung  
der Erfassung sozialer Dimension psychischer Erkrankung



Kooperative Dissertation  
der Universität Regensburg und der Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Humanwissenschaften  
(Dr. sc. hum.)

an der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Sebastian Ertl  
aus  
Weiden i.d.OPf.

im Jahr  
2021



Erarbeitung eines Vorschlags einer einheitlichen, sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Basisdokumentation für die Kinder-, Jugend-, und Familienpsychosomatik –  
Entwicklung und Evaluation eines Instrumentariums zur Qualitätssicherung  
aus multidisziplinärer Perspektive unter besonderer Berücksichtigung  
der Erfassung sozialer Dimension psychischer Erkrankung



HOCHSCHULE COBURG

Kooperative Dissertation der Universität Regensburg und der  
Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Humanwissenschaften  
(Dr. sc. hum.)

an der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Sebastian Ertl  
aus  
Weiden i.d.OPf.

im Jahr  
2021

Dekan:

Betreuer (Universität Regensburg):

Betreuer (Hochschule für  
angewandte Wissenschaften Coburg):

Tag der mündlichen Prüfung:

Prof. Dr. Dirk Hellwig

Prof. Dr. Thilo Hinterberger

Prof. Dr. Michael Vogt

09.03.2022

**Inhaltsverzeichnis**

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Qualitätssicherung und Evaluation in der Psychosomatik aus interdisziplinärer Sicht.....</b>	<b>9</b>
1.1 Basisdokumentationen als Instrumente zur Qualitätssicherung in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie .....	11
1.2 Qualitätssicherung in der stationären Psychosomatik und Psychotherapie – Die Perspektive Klinischer Sozialarbeit.....	12
1.2.1 Aufgabenspektrum (Klinischer) Sozialer Arbeit im Arbeitsfeld der Psychosomatik und Psychotherapie .....	13
1.2.2 Soziale Dimension psychischer Erkrankung als Behandlungsgegenstand (Klinischer) Sozialer Arbeit in der psychosomatischen Versorgung.....	14
1.2.3 Bedeutung von Qualitätssicherung und Evaluation für die Klinische Sozialarbeit im Arbeitsfeld der Psychosomatik und Psychotherapie.....	15
1.3 Der Stellenwert von BaDo-Daten für die Versorgungsforschung .....	17
1.3.1 Die Analyse von BaDo-Daten aus Sicht der Versorgungsforschung .....	18
1.3.2 Qualitätssicherung in der Psychosomatik und komplementärer Fächer .....	19
1.3.3 Zum Stand einrichtungs- und sektorenübergreifender Erfassung von Evaluationsdaten in der Psychosomatik .....	20
1.4 Qualitätssicherung in der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ...	21
<b>2 Zielstellung der Forschungsarbeit und Skizzierung des methodischen Vorgehens .....</b>	<b>23</b>
2.1 Ziel- und Fragestellungen .....	23
2.2 Skizzierung des methodischen Vorgehens für das gesamte Forschungsprojekt.....	27
2.3 Aufbau der Arbeit .....	28
<b>3 Erarbeitung eines Vorschlags für eine sektoren-, einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Basisdokumentation für das Kindes- und Jugendalter – Eine Synopsis von Basisdokumentationen für Erwachsene und Kinder- und Jugendliche aus dem Psych-Bereich .....</b>	<b>30</b>
3.1 Material und Methode.....	31

3.1.1	Materialauswahl mittels systematischer Literaturrecherche .....	31
3.1.2	Strukturierende qualitative Inhaltsanalyse.....	32
3.1.3	Zusammenfassende Inhaltsanalyse und deskriptiv-statistische Auswertung ...	32
3.2	Ergebnisse .....	34
3.2.1	Systematische Literaturrecherche und Materialauswahl.....	34
3.2.2	Intercoder-Übereinstimmung und deskriptive Statistik des Analysematerials.	36
3.2.3	Übereinstimmungsklassifizierung zusammengefasster inhaltstragender Aspekte .....	37
3.2.4	Einschätzung der zusammengefassten Aspekte nach kinder- und jugendspezifischer Relevanz .....	38
3.3	Erarbeitung eines Vorschlags für eine kinder- und jugendspezifische BaDo in der Psychosomatik .....	40
3.4	Zusammenfassung .....	43
<b>4</b>	<b>Evaluation der psychometrischen Eigenschaften des „Waldmünchner Modells zur Erfassung des Therapieoutcomes psychosomatischer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen“ .....</b>	<b>46</b>
4.1	Material und Methode.....	49
4.1.1	Messinstrumente.....	49
4.1.2	Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche.....	51
4.1.3	Studienauswahl.....	52
4.1.4	Datenextraktion .....	52
4.1.5	Statistische Analyse.....	52
4.2	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche .....	54
4.3	Ergebnisse der Untersuchung psychometrischer Eigenschaften des SDQ .....	60
4.3.1	Interne Konsistenz und Interrater-Reliabilität des SDQ.....	60
4.3.2	Untersuchung der faktoriellen Validität des SDQ.....	62
4.3.3	Known Groups Validität und Kriteriumsvalidität des SDQ .....	66
4.3.4	Konvergente und Diskriminative Validität des SDQ.....	70
4.3.5	Befunde zu Referenzgruppen (Normierung) des SDQ .....	71
4.3.6	Befunde zur Akzeptanz des SDQ.....	72
4.4	Ergebnisse der Untersuchung psychometrischer Eigenschaften des KINDL-R.....	72
4.4.1	Interne Konsistenz und Interrater-Reliabilität des KINDL-R.....	72
4.4.2	Untersuchung der faktoriellen Validität des KINDL-R .....	74

4.4.3	Konvergente/Diskriminante Validität und Kriteriumsvalidität des KINDL-R	75
4.4.4	Befunde zu Referenzgruppen des KINDL-R.....	77
4.4.5	Veränderungssensitivität des KINDL-R.....	78
4.4.6	Befunde zur Akzeptanz des KINDL-R.....	78
4.5	Beurteilung des SDQ und KINDL-R nach DKPM-Kriterien .....	78
4.6	Zusammenfassung .....	83
<b>5</b>	<b>Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des Kid-KINDL zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) bei 8- bis 11-jährigen Kindern im Rahmen von QS-Maßnahmen.....</b>	<b>87</b>
5.1	Material und Methode.....	89
5.1.1	Psychosomatische Patientenstichprobe.....	89
5.1.2	Verwendete Referenzstichproben zur Untersuchung der Known Groups Validität.....	90
5.1.3	Messinstrument.....	90
5.1.4	Untersuchungsdesign zur Analyse der faktoriellen Struktur des Kid-KINDL.	91
5.1.5	Statistische Analysen.....	92
5.2	Ergebnisse .....	94
5.2.1	Deskriptive Statistik und psychometrische Skalenwerte.....	94
5.2.2	Multiple Imputation fehlender Werte .....	95
5.2.3	Untersuchung der Dimensionalität des Kid-KINDL bei psychisch kranken Kindern .....	96
5.2.4	Konfirmatorische Faktorenanalysen und Modellvergleiche .....	97
5.2.5	Untersuchung der Messinvarianz.....	100
5.2.6	Known Groups Validität .....	101
5.3	Zusammenfassung .....	104
<b>6</b>	<b>Die Erfassung sozialer Dimension psychischer Erkrankung und sozialtherapeutischer Interventionen mit der Psy-BaDo-PTM-KiJu – Eine kritische Reflexion aus Sicht Klinischer Sozialarbeit.....</b>	<b>108</b>
6.1	Zielstellung und methodisches Vorgehen .....	109
6.2	Rahmenmodell für die Erfassung sozialer Dimension psychischer Erkrankung und Evaluation psycho-sozialer Interventionen.....	110

6.3	Psycho-soziale Diagnostik als Qualitätsmerkmal sozialtherapeutischer Interventionen .....	113
6.4	Ergebnisse .....	114
6.4.1	Mit Therapeutenangaben erhobene psycho-soziale Informationen .....	118
6.4.2	Mit Patientenangaben erhobene psycho-soziale Informationen .....	119
6.4.3	Anforderungen an eine BaDo für die Kinder- und Jugendpsychosomatik aus Perspektive Klinischer Sozialarbeit .....	120
6.5	Zusammenfassung und Ausblick .....	122
6.6	Exkurs: Die Nutzung von Routinedaten als Weg für Wirksamkeitsnachweise sozialtherapeutischer Interventionen? .....	123
6.6.1	Zum Stand der Wirksamkeitsforschung Klinischer Sozialarbeit .....	124
6.6.2	Skizzierung einer klinisch-sozialarbeiterischen Versorgungsforschung am Beispiel der Psy-BaDo-PTM-KJ .....	126
<b>7</b>	<b>Zusammenfassende Diskussion .....</b>	<b>129</b>
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>137</b>
<b>9</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>139</b>
	Anhang A. Zusatzmaterial für die Erarbeitung eines Vorschlags für eine sektoren-, einrichtungs- und professionsübergreifende Basisdokumentation für das Kindes- und Jugendalter .....	139
	Anhang B. Alters- und Fachbereichsübergreifende Zusammenfassung der Item-Aspekte .....	173
	Anhang C. Evaluation der psychometrischen Eigenschaften des „Waldmünchner Modell zur Erfassung des Therapieoutcomes bei psychosomatischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen“ .....	186
	Anhang D. Zusatzmaterial zur psychometrischen Untersuchung des Kid-KINDL .....	193
	Zusatzmaterial .....	212
<b>10</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>213</b>

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 2.1.	Schematische Darstellung der Zielstellung(en) der Forschungsarbeit.....	27
Abbildung 3.1.	Literaturauswahlprozess relevanter BaDo's im Kinder-/Jugendbereich ....	35
Abbildung 3.2.	Klassifikation zusammengefasster Item-Aspekte gruppiert nach den Kategorien strukturierender Inhaltsanalyse. ....	38
Abbildung 3.3.	Einschätzung zusammengefasster Item-Aspekte nach kinder- und jugendspezifischer Relevanz.....	40
Abbildung 4.1.	Literaturauswahlprozess zu Befunden psychometrischer Eigenschaften des KINDL-R.....	58
Abbildung 4.2.	Box-Plot-Diagramm über die Diskriminationsfähigkeit des SDQ- .....	67
Abbildung 4.3.	Diskriminationsfähigkeit der SDQ-Subskalen zwischen unterschiedlichen Störungsbildern in der Elternversion .....	68
Abbildung 4.4.	Forest-Plot der aggregierten Effektgrößen für die Elternversionen des KINDL-R .....	77
Abbildung 6.1.	Operationalisierung sozialer Dimension psychischer Erkrankung entlang des Modells der Integration und Lebensführung .....	111
Abbildung 6.2.	Modellierung von ALIMent-Konfigurationen.....	112
Abbildung 6.3.	Modell psycho-sozialer Mehrebenendiagnostik .....	114
Abbildung C.1.	Einstellung der Suchfilter auf SDQ-spezifischer Suchmaske.....	186
Abbildung D.1.	Antworthäufigkeiten und Iteminterkorrelationen der Skalen des a priori postulierten sechs-faktoriellen Kid-KINDL Modells in der Selbsteinschätzung .....	195
Abbildung D.2.	Antworthäufigkeiten und Iteminterkorrelationen der Skalen des a priori postulierten sechs-faktoriellen Kid-KINDL Modells in der Fremdeinschätzung .....	196
Abbildung D.3.	Pfadanalytische Darstellung des originalen Kid-KINDL Modells und des Modells C-2 .....	200
Abbildung D.4.	Pfadanalytische Darstellung der aus den Explorativen Faktorenanalysen resultierenden Messmodelle B der Selbst- und Fremdeinschätzung .....	201
Abbildung D.5.	Pfadanalytische Darstellung des Modells C-1a und des Messmodells C-3.....	202

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 3.1	Dokumentation der systematischen Literaturrecherche nach relevanten BaDo's im Kinder- und Jugendbereich.....	34
Tabelle 3.2	Deskriptive Statistiken des transkribierten Analysematerials.....	36
Tabelle 3.3	Aufbau und Systematik der Psy-BaDo-PTM-KiJu.....	42
Tabelle 4.1	Übersicht des Waldmünchner Modells zur Erfassung des Therapieoutcomes psychosomatischer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen .....	47
Tabelle 4.2	Dokumentation der Datenbankrecherche nach Befunden zu psychometrischen Eigenschaften des SDQ und KINDL-R.....	54
Tabelle 4.3	In die Analyse eingeschlossene Studien über die psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen SDQ-Versionen .....	55
Tabelle 4.4	In die Analyse eingeschlossene Studien über die psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen KINDL-R-Versionen.....	59
Tabelle 4.5	Gepoolte Cronbachs $\alpha$ Werte für die SDQ-Beurteilungsversionen.....	61
Tabelle 4.6	Interrater-Reliabilität der SDQ Selbst-/Elterneinschätzung.....	62
Tabelle 4.7	Absolute Häufigkeiten und gepoolte Faktorladungen der SDQ-Items .....	64
Tabelle 4.8	Gepoolte Interkorrelationen der SDQ-CBCL Elterneinschätzung .....	70
Tabelle 4.9	Gepoolte Cronbachs $\alpha$ Werte für die KINDL-R Selbst- und Fremdeinschätzungsversionen .....	73
Tabelle 4.10	Diskriminante Validität des KINDL-R Gesamtwerts .....	76
Tabelle 4.11	Zusammenfassende Bewertung des SDQ entlang der DKPM-Bewertungskriterien .....	79
Tabelle 4.12	Zusammenfassende Bewertung des KINDL-R entlang der DKPM-Bewertungskriterien .....	81
Tabelle 5.1	Part-Whole korrigierte Trennschärfen und Reliabilitäten der Kid-KINDL Skalen unter listenweisem Fallausschluss .....	94
Tabelle 5.2	Fit-Indizes durchgeführter Konfirmatorischer Faktorenanalysen.....	97
Tabelle 5.3	Vergleich der mittels CFAs getesteten Modelle der Kid-KINDL Selbst- und Fremdeinschätzung .....	99
Tabelle 5.4	Prüfung auf Messinvarianz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung des Messmodells C-3 .....	100

Tabelle 5.5	Differenzierung der Kid-KINDL Selbsteinschätzungsversion zwischen psychosomatischer Stichprobe und Reha-Stichprobe.....	101
Tabelle 5.6	Differenzierung der Kid-KINDL Fremdeinschätzungsversion zwischen psychosomatischer Patientenpopulation und Bevölkerungsstichprobe .....	103
Tabelle 6.1	Zuordnung der Items der Psy-BaDo-PTM-KiJu zu den Dimensionen des Lebensführungssystems.....	116
Tabelle A.1	Suchfilter für MEDLINE via OvidSP) .....	139
Tabelle A.2	Suchfilter für Embase via OvidSP .....	141
Tabelle A.3	Suchfilter für PsycINFO via EBSCO .....	142
Tabelle A.4	Suchfilter für PSYINDEX via EBSCO .....	144
Tabelle A.5	Charakteristika des auf Grundlage der Systematischen Literaturrecherche identifizierten Materials für die inhaltsanalytische Auswertung .....	146
Tabelle A.6	Allgemeine und spezielle Transkriptionsregeln.....	148
Tabelle A.7	Kategoriensystem strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse .....	150
Tabelle A.8	Kategoriensystem der alters- und fachbereichsübergreifenden Übereinstimmungsklassifizierung zusammengefasster inhaltstragender Aspekte .....	162
Tabelle A.9	Kategoriensystem zur Einschätzung nach kinder- und jugendspezifischer Relevanz zusammengefasster inhaltstragender Aspekte .....	164
Tabelle A.10	Eingeschlossene Literaturquellen der Systematischen Literaturrecherche nach Kinder- und Jugendlichen-BaDo's .....	166
Tabelle A.11	Intercoder Übereinstimmung der Zuweisung transkribierter Items aus der BaDo-KJ und der BaDo-Synopse zu den Oberkategorien strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse .....	170
Tabelle A.12	Entsprechung der Klassifikation nach alters- u. fachübergreifender Übereinstimmung zusammengefasster Inhalte auf Item-Ebene und Ebene der Ausprägungen .....	171
Tabelle A.13	Entsprechung der Einschätzung nach kinder- und jugendspezifischer Relevanz zusammengefasster Aspekte auf Item-Ebene und Ebene der Ausprägungen .....	172
Tabelle B.1	Alters- und Fachbereichsübergreifende inhaltliche Zusammenfassung der Item-Aspekte.....	173

Tabelle C.1	Suchfilter MEDLINE via OvidSP für KINDL-R .....	187
Tabelle C.2	Suchfilter für PsycINFO und PSYINDEX via EBSCO für KINDL-R.....	189
Tabelle C.3	Untersuchte Parameter der Studien in denen die faktorielle Struktur des SDQ untersucht wurde .....	191
Tabelle D.1	Part-whole korrigierte Itemtrennschärfen für die a priori sechs Faktorenstruktur der Kid-KINDL Selbsteinschätzungsversion unter listenweisem Fallausschluss.....	193
Tabelle D.2	Part-whole korrigierte Itemtrennschärfen für die a priori sechs Faktorenstruktur der Kid-KINDL Fremdeinschätzungsversion unter listenweisem Fallausschluss.....	194
Tabelle D.3	Faktorielle Struktur der Kid-KINDL Selbsteinschätzung nach Durchführung einer Hauptachsenanalyse .....	197
Tabelle D.4	Faktorielle Struktur der Kid-KINDL Fremdeinschätzung nach Durchführung einer Hauptachsenanalyse .....	198
Tabelle D.5	Gemeinsame Faktorenstruktur der Kid-KINDL Selbst- und Fremdeinschätzung nach Durchführung einer Hauptachsenanalyse .....	199
Tabelle D.6	Standardisierte Faktorladungen und Fehlervarianzen durchgeführter CFA mit $m = 30$ imputierten Datenstes für das Sechs-Faktoren Kid-KINDL Modell der Selbsteinschätzung.....	203
Tabelle D.7	Standardisierte Faktorladungen und Fehlervarianzen durchgeführter CFA mit $m = 30$ imputierten Datenstes für das Sechs-Faktoren Kid-KINDL Modell der Fremdeinschätzung .....	204
Tabelle D.8	Faktorinterkorrelationen des sechs-faktoriellen Kid-KINDL Messmodells der Selbst- und Fremdeinschätzung.....	205
Tabelle D.9	Standardisierte Faktorladungen und Fehlervarianzen durchgeführter CFA mit $m = 30$ imputierten Datenstes für das Modell C-3 der Selbsteinschätzung.....	206
Tabelle D.10	Standardisierte Faktorladungen und Fehlervarianzen durchgeführter CFA mit $m = 30$ imputierten Datenstes für das Modell C-3 der Fremdeinschätzung .....	208
Tabelle D.11	Faktorinterkorrelationen des acht-faktoriellen Kid-KINDL Messmodells der Selbst- und Fremdeinschätzung.....	210
Tabelle D.12	Differenzierung der Kid-KINDL Fremdeinschätzungsversion zwischen psychosomatischer Patientenstichprobe und Bevölkerungsstichprobe.....	211

## 1 Qualitätssicherung und Evaluation in der Psychosomatik aus interdisziplinärer Sicht

Basisdokumentationen (BaDo) werden in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie komplementärer medizinischer Fachbereiche (P-Fächer) als Instrumente für die Qualitätssicherung eingesetzt. BaDo's ermöglichen eine standardisierte Dokumentation personen- und behandlungsrelevanter Daten und werden für die Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität herangezogen. Die Nutzung von BaDo's als Instrument zur Qualitätssicherung (QS-Instrument) macht es Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung möglich, ihrer gesetzlichen Verpflichtung einer internen und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (§135a, SGB V) nachzukommen (Laireiter, 2003). Generell ist mit BaDo's eine Evaluation von Routinebehandlungen möglich, weshalb die mit ihnen generierten Daten auch für die Psychotherapie- und Versorgungsforschung interessant sind (Farin & Bengel, 2003; Schrappe & Pfaff, 2017; Tritt, Loew et al., 2005). In ihrer Funktion als QS-Instrument sowie aus Forschungsgesichtspunkten, sollten BaDo's innerhalb und zwischen unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen (P-Fächer) einen einheitlichen Merkmalskatalog umfassen. Dieser sollte einrichtungs-, sektoren-, und berufsgruppenübergreifend eingesetzt werden können.

Im Erwachsenenbereich etablierten sich innerhalb der P-Fächer eine Vielzahl an BaDo's, die in der Regel von den Berufs- und Fachverbänden konsentiert wurden. Tritt, Heymann, Cojocar und Loew (2010) konnten mit einer *Synopse von Basisdokumentationen aus dem Psych-Bereich* einen Vorschlag für eine einrichtungs-, sektoren- und berufsgruppenübergreifende BaDo mit einem fachbereichsübergreifend anwendbaren Merkmalskatalog erarbeiten. Auf dieser Grundlage wurde die Psy-BaDo-PTM (Heymann & Tritt, 2013) formuliert. Sie wird aktuell vom *Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik* (IQP) in der klinischen Routine angewandt.

Für den Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik konnte sich bislang kein einheitliches Instrument für eine standardisierte Behandlungsdokumentation und zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität etablieren. Damit fehlt es aktuell an einem Instrument das einrichtungs- und sektorenübergreifende Auswertungen klinischer Routinedaten ermöglicht. Eine besondere Relevanz erhält das Thema aufgrund der Vorgaben des §136a, Absatz 2a SGB V, aus dem die Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden QS-Instrumentariums für die ambulante Psychotherapie hervorgeht. Eine einheitliche und sektorenübergreifend einsetzbare kinder- und jugendspezifische BaDo könnte hierfür wichtige Impulse liefern und über gesetz-

liche Vorgaben hinaus, die Grundlage für Analysen im Rahmen psychotherapeutischer Versorgungsforschung bieten.

Ein bisher wenig beachtetes Thema in der Entwicklung von BaDo's für die psychosomatische Versorgung ist die Berücksichtigung der sozialen Dimension psychischer Erkrankung. Mit einer BaDo für die Psychosomatik, müsste die Erfassung sozialtherapeutisch relevanter Merkmale sowohl hinsichtlich Diagnostik als auch im Hinblick auf die Leistungserbringung möglich sein. Dieser Anspruch begründet sich aus dem bio-psycho-sozialen Paradigma in Psychosomatik und Psychotherapie. Die Erfassung sozialstruktureller Merkmale und daraus abzuleitender psycho-sozialer Interventionen, ist bei Kindern und Jugendlichen von besonderer Bedeutung. Aufgrund ihres Entwicklungsniveaus ist die Behandlung unmittelbar in familiensystemische Bedingungen eingebettet. Darüber hinaus müssen in der psychosomatischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen hilfesystemische Aspekte berücksichtigt werden, womit in besonderer Weise die sozialtherapeutische Domäne (Klinischer) Sozialer Arbeit angesprochen wird. Die Berücksichtigung psycho-sozialer Qualitätsaspekte in der psychosomatischen Versorgung ist nicht trivial. Vielmehr stellt die adäquate Erfassung psycho-sozialer Interventionen und sozialstruktureller Merkmale in einem QS-Instrumentarium die Voraussetzung dar, das psychosomatische Behandlungsspektrum im Rahmen der Qualitätssicherung in seiner Gesamtheit abzubilden.

Für die Untersuchung der Erfassung sozialer Dimension psychischer Erkrankung mittels QS-Instrumenten bietet es sich an, dies aus Perspektive Klinischer Sozialarbeit zu tun. Sie versteht sich als Handlungswissenschaft und Fachsozialarbeit, die auf die Linderung individuellen Leids bei gesundheitsrelevanten Störungen (z.B. psychische Erkrankung) gerichtet ist. Klinische Sozialarbeit geht von einem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnis aus und nimmt eigene Behandlungsaufgaben im Sozial- und Gesundheitswesen wahr. Zielgruppe Klinischer Sozialarbeit ist ein sog. „hard-to-reach“ Klientel, das sich durch komplexe psycho-soziale Multiproblemlagen charakterisiert (Pauls, 2013, Kap. 1).

Aus Sicht Klinischer Sozialarbeit trägt die Definition sozialtherapeutisch relevanter BaDo-Merkmale aus der Profession selbst heraus, zu einer fachlichen Fundierung psycho-sozialer Interventionen in der Psychosomatik bei. Angesichts eines in der Sozialen Arbeit nur begrenzt anwendbaren randomisierten kontrollierten Studiendesigns (RCTs) schwingt hierbei die Frage mit, welchen Nutzen den mittels einer BaDo generierten Daten in Bezug auf die Wirksamkeitsforschung Klinischer Sozialarbeit zugesprochen werden kann.

## **1.1 Basisdokumentationen als Instrumente zur Qualitätssicherung in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

Kernmerkmal medizinischer Dokumentationssysteme ist die standardisierte Datenerhebung durch diagnostische Verfahren und deren Dokumentation entlang festgeschriebener Algorithmen. Sie beanspruchen einen breiten Geltungsbereich und sind in ihrer Funktion nicht auf Evaluation oder der systematisierten Sammlung diagnostischer Daten zu reduzieren, wobei zwischen Basis- und Verlaufsdokumentationssystemen zu unterscheiden ist (Laireiter, 2003). Im Rahmen von BaDo's werden auf Grundlage konsensueller Vereinbarungen Daten zu Vor- und Ausgangsbedingungen, dem Verlauf und den Ergebnissen einer Behandlung erhoben. Verlaufsdokumentationen verfolgen hingegen das Ziel einer differentiellen Anpassung von Interventionen in Abhängigkeit zum therapeutischen Prozess (siehe z.B. Köck & Lutz, 2012; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009). Systeme zur Verlaufsdokumentation wie bspw. Web-AKQUASI (Zimmer & Moessner, 2012) koppeln Basis- und Verlaufsdokumentation, konnten sich in der Versorgungslandschaft aber nicht breit durchsetzen. Demgegenüber stellen sich BaDo's hinsichtlich ihrer Datenerfassung und -auswertung statischer dar, stießen aber in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungslandschaft auf breite Resonanz. Heuft et al. (1998) entwickelten mit den in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) vertretenen psychotherapeutischen Fachgesellschaften ein Kernmodul für eine therapieschulen- und versorgungssektorenübergreifende Basisdokumentation (Psy-BaDo). Die Psy-BaDo kommt vorrangig in der Psychosomatik zum Einsatz und erfuhr mittlerweile verschiedene Spezifikationen und Erweiterungen (z.B. Psy-BaDo-PTM; Heymann & Tritt, 2018). In psychiatrischen Kliniken wird vorrangig die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erarbeitete und empfohlene DGPPN-BaDo eingesetzt (Spiessl, 2009). Neben Psychosomatik und Psychiatrie wurden auch von anderen medizinischen Fachgesellschaften fachbereichsspezifische BaDo's entwickelt (für eine Übersicht siehe Tritt et al., 2010).

Trotz bereichsspezifischer Unterschiede gleichen sich die Systeme in ihrer Struktur. Es werden rudimentäre Patientendaten sowie relevante anamnestische und diagnostische Daten erhoben. Neben behandlungsbezogenen Variablen umfassen die Systeme Items zur Erfassung soziodemographischer Daten, womit Informationen über den sozialen Kontext des Patienten oder der Patientin Berücksichtigung finden. Obligatorisch werden Daten zu Therapiebeginn und -ende erhoben, wobei bestimmte Parameter als Indikatoren für die Prozess- und Ergebnisqualität herangezogen werden. Hinsichtlich der Erfassung der Ergebnisqualität zeigen sich Basisdokumen-

tationen als flexibel in Bezug auf den Einsatz von Evaluationsinstrumenten und die Erfassungslogik. Es stehen Möglichkeiten einer prä-post Analyse (indirekte Ergebnismessung) durch standardisierte psychodiagnostische Instrumente (z.B. ICD-10-Symptom Rating (ISR); Tritt et al., 2015) oder entlang von Zielerreichungsanalysen (Goal Attainment Scaling (GAS); Kiresuk & Sherman, 1968) ebenso zur Verfügung, wie Verfahren zur direkten Veränderungsmessung (z.B. Vergleichsfragebogen zum Erleben und Verhalten (VEV-K; Kriebel et al. 2001).

Um gesetzlichen Anforderungen zu entsprechen und aus Überlegungen der Versorgungsfor-schung heraus, sollten BaDo's einrichtungs-, sektoren- und berufsgruppenübergreifende Auswertungen ermöglichen (SGB V §§135a, 136). Aus diesem Grund ist ein einheitlicher Katalog an zu erfassenden Merkmalen mit einem standardisierten Vorgehen der Therapieevaluation notwendig. Ziel ist eine Vergleichbarkeit von Behandlungsdaten aus der Routineversorgung zwischen ambulantem und stationärem Kontext sowie zwischen unterschiedlichen P-Fächern. Letzteres besitzt vor allem aus versorgungssystemischer Perspektive Relevanz (Tritt, Loew et al., 2005). Mit dem Ziel, eine BaDo zu formulieren, die diesen Ansprüchen entspricht, erarbeiteten Tritt et al. (2010) einen Vorschlag für eine einheitliche, sektoren- und berufsgruppenübergreifende BaDo. Es wurden BaDo's unterschiedlicher P-Fächer und Versorgungsbereiche miteinander verglichen und ein einheitliches Set an Variablen erarbeitet. Die Psy-BaDo-PTM (Heymann & Tritt, 2018) basiert auf diesen Entwicklungen.

## **1.2 Qualitätssicherung in der stationären Psychosomatik und Psychotherapie – Die Perspektive Klinischer Sozialarbeit**

Klinische Sozialarbeit versteht sich als beratend-behandelnde Fachsozialarbeit, die in unterschiedlichen Arbeitsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens tätig ist. Das Ziel psycho-sozialer Interventionen liegt in einer Verbesserung der Passung zwischen Individuum und Umwelt (Person-in-Environment-Perspektive). Einerseits sollen krankmachende bzw. störungsrelevante Aspekte in den Lebenslagen einer Person bearbeitet werden, andererseits geht es um die Veränderung individueller dysfunktionaler Verhaltens- und Erlebensmuster. Klinische Sozialarbeit versteht individuelles Leid auf Grundlage einer bio-psycho-sozialen Perspektive. Die Interventionen basieren auf einer psycho-sozialen Diagnostik und fokussieren primär auf die Beeinflussung der sozialen Dimension gesundheitsrelevanter Beeinträchtigungen. Zielgruppe klinisch sozialarbeiterischer Interventionen sind in erster Linie sog. „hard-to-reach“ Klientinnen und Klienten, die chronische Belastungen in Multiproblemsituationen zeigen (Pauls, 2013, Kap. 2).

Klinische Sozialarbeit ist als handlungswissenschaftlicher Zugang für die Behandlung psychosozialer Problemlagen zu verstehen. Als Teildisziplin einer generalistischen Sozialen Arbeit charakterisiert sich Klinische Sozialarbeit im praktischen Feld durch ein sozialtherapeutisches Kompetenzprofil (vgl. Pauls & Reicherts, 2013). Dieses kommt im Rahmen spezifisch ausgestalteter Methoden zum Tragen (z.B. sozialtherapeutische Beratung, [Klinisches] Case Management). Vor diesem Hintergrund ist Klinische Sozialarbeit als diejenige Profession zu sehen, die in der psychosomatischen Versorgung Wissensbestände und Kompetenzen für psychosoziale Interventionen vorhält, mit dem Ziel, Faktoren der sozialen Dimension psychischer Erkrankungen zu beeinflussen.

Klinische Sozialarbeit ist aus zwei Perspektiven mit der Beschäftigung des Themas der Qualitätssicherung im Rahmen der Psychosomatik aufgerufen: a) als Teil einer multiprofessionellen Behandlung in der Psychosomatik ist die soziale Dimension psychischer Erkrankung und deren Behandlung in der QS zu berücksichtigen; b) aus der Profession selbst heraus besteht die Verpflichtung zur Qualitätssicherung und Evaluation (einschließlich der Beteiligung an QS-Maßnahmen).

Im Folgenden soll zunächst das Aufgabenprofil Klinischer Sozialarbeit im Kontext psychosomatischer Behandlungen und die soziale Dimension psychischer Erkrankung skizziert werden. Anschließend wird auf die Relevanz von Qualitätssicherung und Evaluation in der psychosomatischen Versorgung aus Sicht Klinischer Sozialarbeit eingegangen.

### **1.2.1 Aufgabenspektrum (Klinischer) Sozialer Arbeit im Arbeitsfeld der Psychosomatik und Psychotherapie**

Die stationäre und teilstationäre psychosomatische Behandlung erfolgt in einem multiprofessionellen Team. Im *Operationen- und Prozedurenschlüssel* (OPS) des Deutschen *Instituts für Medizinische Dokumentation und Information* (DIMDI) sind an verschiedenen Stellen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als Teil eines multiprofessionellen Behandlungsteams aufgeführt. Zwar wird im OPS kein spezifisch-sozialarbeiterisches Aufgabenprofil expliziert. Ein Aufgabenbereich Sozialer Arbeit lässt sich aber aus den Spezifizierungen der „angewandten Verfahren für Spezialtherapeuten“ ablesen: z.B. „Angehörigengespräche und gezielte Anleitung von Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu, dem familiären oder sozialen Raum“ oder „Interventionen hinsichtlich der geplanten Überleitung in andere Behandlungssettings oder rehabilitative Anschlussmaßnahmen (z.B. Jugendhilfe)“ (vgl. OPS-Code 9-801; DIMDI, 2021). Eine genauere Definition (klinisch) sozialarbeiterischer Tätigkeiten im Rahmen der psychoso-

matischen Versorgung erschließt sich aus der *Klassifikation Therapeutischer Leistungen* (KTL) der Deutschen Rentenversicherung (2015). In Kapitel D der KTL ist das für die Soziale Arbeit relevante Leistungsspektrum unter den Begriffen „Klinische Sozialarbeit“ und „Sozialtherapie“ beschrieben, wobei sich der Terminus „Klinisch“ auf das Setting der Leistungserbringung bezieht. Das Verständnis Klinischer Sozialarbeit als Fachsozialarbeit, mit eigenen theoretischen und methodischen Zugängen, dürfte sich daher von der Konzeption „Klinische Sozialarbeit“ im KTL deutlich unterscheiden. Trotz dieser konzeptuellen Unschärfe definiert sich der Rahmen eines klinisch-sozialarbeiterischen Leistungsspektrum auf Grundlage dieses KTL-Kapitels.

### **1.2.2 Soziale Dimension psychischer Erkrankung als Behandlungsgegenstand (Klinischer) Sozialer Arbeit in der psychosomatischen Versorgung**

Die Integration eines klinisch sozialarbeiterischen Tätigkeitsprofils in psychosomatische Behandlungsmaßnahmen lässt sich aus einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis ableiten. Im Rahmen Klinischer Sozialarbeit wie auch der Psychosomatik wird die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen als multifaktorielles Krankheitsgeschehen betrachtet (Henningsen & Rief, 2015; Sommerfeld, Dällenbach, Rügger & Hollenstein, 2016). Psychische Erkrankungen sind – vereinfacht gesagt – das Resultat von Wechselwirkungen der bio-psycho-sozialen Systemebenen. Soziale Bedingungen (z.B. sozialer Status, soziale Unterstützung; Pinquart, 2011) beeinflussen die Entstehung und den Verlauf einer psychischen Erkrankung und sollten daher in der Behandlung systematisch Berücksichtigung finden.

Die soziale Dimension psychischer Erkrankung zeigt sich in sozialen Problemen, die auf eine mangelnde Bedürfniserfüllung in relevanten Lebensführungssystemen rückführbar sind. Defizite einer funktionalen Integration und Lebensführung in verschiedenen Lebensbereichen wirken auf die biologische und psychische Konstitution eines Individuums. Das konkrete Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster, als situative Manifestation des bio-psychischen Systems, wirkt reziprok auf die soziale Dimension und trägt zum Fortbestehen sozialer Probleme bei (Sommerfeld, Hollenstein & Calzaferri, 2011; Sommerfeld et al., 2016). Klinische Sozialarbeit umfasst ein spezifisches sozialtherapeutisches Kompetenzprofil, mit dem soziale und psychosoziale Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung eines gesundheitsrelevanten Problems (hier psychische Erkrankung) beitragen, bearbeitet werden (Pauls & Stockmann, 2013).

Das Ausmaß sozialer Problemlagen wird innerhalb der Patientenklientel einer psychosomatischen Klinik variieren. Bösel (2020) konnte u.a. durch die Nutzung von BaDo-Daten aufzeigen,

dass ein Teil von Patientinnen und Patienten mit hoher psychischer Symptombelastung häufig auch ein hohes Ausmaß an sozialen Problemkonstellationen aufweist. Diese Patientinnen und Patienten sind innerhalb der stationären psychosomatischen Versorgung als „hard-to-reach“ Klientinnen und Klienten zu sehen und brauchen parallel zu medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten spezifische sozialtherapeutische Interventionen (Bösel, Siegfarth, Schauenburg, Nikendei & Ehrenthal, 2014). Für Kinder und Jugendliche zeigen Befunde aus der KIGGS-Studie eine Abhängigkeit des Grades der psychischen Belastung von sozialen Bedingungskonstellationen (z.B. Sozioökonomischer Status der Eltern; Kuntz et al., 2018). Dies verweist auf die besondere Bedeutung sozialstruktureller Merkmale in der psychosomatischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. In Abhängigkeit ihres Alters und Entwicklungsniveaus sind sie in elementarer Weise von den Bedingungen in ihren Lebensweltkontexten (siehe Abbildung 6.1) abhängig.

### **1.2.3 Bedeutung von Qualitätssicherung und Evaluation für die Klinische Sozialarbeit im Arbeitsfeld der Psychosomatik und Psychotherapie**

Als beratende und behandelnde Fachsozialarbeit im Sozial- und Gesundheitswesen, ist Klinische Sozialarbeit – wie auch andere Professionen in diesen Bereichen – zur Qualitätssicherung aufgerufen. Die Behandlung der sozialen Dimension psychischer Erkrankung ist neben medizinischen und primär psychotherapeutischen Interventionsformen ein weiterer Behandlungsbereich in der psychosomatischen Versorgung. Um das gesamte psychosomatische Behandlungsspektrum in der QS abzubilden, ist es erforderlich, Daten über sozialstrukturelle Merkmale, psycho-soziale Diagnostik und sozialtherapeutische Interventionen zu erfassen. Eine strukturierte und systematische Erhebung dieser Daten in der klinischen Routine kann potentiell durch eine BaDo geleistet werden.

Parallel zur Anforderung, die sich aus einem psychosomatischen Behandlungsansatz ergibt, ist das Thema der QS und damit die Beteiligung an der Entwicklung einer BaDo aus dem professionellen Selbstverständnis Klinischer Sozialarbeit heraus relevant. Die Evaluation von BaDo-Daten unter Einbringung der Perspektive Klinischer Sozialarbeit trägt dazu bei, methodische Standards Klinischer Sozialarbeit im Feld der Psychosomatik zu berücksichtigen. Auf Grundlage der generierten Evidenz können psycho-soziale Behandlungsansätze aus der Profession selbst heraus evaluiert und optimiert werden.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung werden innerhalb der Sozialen Arbeit oft kritisch gesehen und stehen in Verdacht Ökonomisierung und Kontrolle durch Leistungsträger Vor-

schub zu leisten (für eine kritische Auseinandersetzung siehe z.B. Beckmann, Otto, Richter & Schrödter, 2004). Trotz dieser sicherlich berechtigten Kritik, ist die Verpflichtung zur Qualitätssicherung losgelöst von gesetzlichen Vorgaben zu sehen. Eine fortwährende Evaluation ist als Qualitätssicherungsmaßnahme zu verstehen und elementarer Bestandteil psycho-sozialer Interventionen. Der Umgang mit Unsicherheit, resultierend aus der Struktur der Anforderungen Sozialer Arbeit, ist ein wesentliches Merkmal professionellen Handelns in der Klinischen Sozialarbeit. Parallel zu anderen Professionen im Feld humaner Dienstleistungen, müssen Lösungen für individuelle Problemlagen der Klientinnen und Klienten erarbeitet werden. Daraus folgt eine starke Gewichtung von Aushandlungsprozessen mit den an einer Problemlösung beteiligten Akteuren (Leistungsträger, Klienten/Klientinnen, Institutionen). Einzelfallverläufe unterliegen nur einer begrenzten a-priori Planbarkeit, verlaufen also nicht linear, sondern zeigen Brüche und Schwankungen. Evaluation ist vor diesem Hintergrund ein Mittel, um durch Reflexion Handlungssicherheit in einem Feld herzustellen, das routinehandeln nur begrenzt zulässt (Merchel, 2015; Müller-Kohlenberg & Münstermann, 2000). Durch fortwährende Diagnostik und Therapiezielkontrollen, mit der Absicht, auf Störungen im Beratungsablauf adäquat zu reagieren, tragen Evaluationen dazu bei die Behandlungsqualität sicherzustellen. Sie dienen darüber hinaus der beruflichen Weiterentwicklung von Fachkräften und ermöglichen es, das professionelle Handeln gegenüber Leistungsträgern sowie Klientinnen und Klienten zu legitimieren (Wälte & Borg-Laufs, 2018).

Das Ziel sozialtherapeutischer Interventionen besteht in einer Verbesserung der Integration der Patientinnen und Patienten in verschiedene Lebensführungssysteme (z.B. Familie, Arbeit, Freunde) unter Berücksichtigung psychosomatischer Krankheitsfaktoren. Vor diesem Hintergrund sollten in einer BaDo, gleichrangig zu medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen, auch Daten zu sozialtherapeutischen Interventionen erfasst werden.

Auf die Dokumentation des Behandlungsverlaufs und die Bewertung der Ergebnisqualität bezogen, geht es um die Erfassung von Parametern, die Aufschluss über die soziale Lebenssituation der Patientinnen und Patienten geben. Aufgrund dieser Daten können „hard-to-reach“ Patienten identifiziert und entsprechenden Versorgungspfaden zugeordnet werden. In einem weiteren Schritt müssten sozialtherapeutische Interventionen im Rahmen der Leistungsdokumentation Berücksichtigung finden. Zu Fragen ist in diesem Zusammenhang insbesondere nach Leistungen, die einer psycho-sozialer Diagnostik zuzurechnen sind. Sie bildet die Grundlage für die Indikation sozialtherapeutischer Maßnahmen, was eine psycho-soziale Diagnostik selbst zum Qualitätsmerkmal innerhalb psychosomatischer Behandlungen macht. Ein Problem im

Hinblick auf die Evaluation sozialtherapeutischer Interventionen besteht in der Anwendung von Instrumenten, die über Veränderungen auf der sozialen Dimension Aufschluss geben. Hier müssten Outcome-Parameter für die Messung sozialtherapeutisch relevanter Merkmale definiert und in BaDo's integriert werden.

### **1.3 Der Stellenwert von BaDo-Daten für die Versorgungsforschung**

Janssen (2009) verweist darauf, dass Routinedaten im Gesundheitswesen aus verschiedenen Quellen heraus generiert werden (z.B. administrative Behandlungsdaten). Von besonderem Interesse seien aber diejenigen Daten, die unmittelbar aus der Routinebehandlung einer Patientin oder eines Patienten resultieren. Diesen Anspruch erfüllen BaDo's, da in ihnen routinemäßig erhobene Behandlungsdaten in systematisierter Form zusammengefasst sind (Weinmann, 2009).

BaDo-Daten werden in erster Linie für die Qualitätssicherung erhoben und für diesen Zweck analysiert. Losgelöst von diesem primären Verwendungszweck, stehen sie als Sekundärdaten aber auch für die Analyse versorgungssystemischer Fragestellungen zur Verfügung (Stefanowski et al., 2011). Aus methodischer Sicht eignen sie sich für Analysen im Rahmen von Beobachtungsstudien, die hinsichtlich der Untersuchung von Therapieeffekten als nicht-randomisierte Effectiveness-Studien bezeichnet werden (Hoffmann & Glaeske, 2017). Dies betrifft einerseits die generelle Untersuchung der Wirksamkeit spezifischer Versorgungsangebote unter realen Bedingungen im Feld. Andererseits aber auch die Identifikation relevanter Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit psychosomatischer Versorgungsleistungen (Kordy, 2008). Als Beispiel kann die Untersuchung von leitlinienadhärenten Behandlungen auf Grundlage von BaDo-Daten angeführt werden (Großimlinghaus et al., 2015). Eine Beurteilung der Validität von Leitlinien in der Routineversorgung hat zum einen Auswirkungen auf die Leitlinien selbst, auf der anderen Seite fließen Erkenntnisse über Bedingungen leitliniengerechter Behandlungen in die Versorgung zurück. Versorgungsforschung anhand von Routinedaten nimmt damit Einfluss auf die Erhöhung der Behandlungsqualität, womit sie auf Strukturebene zur Qualitätssicherung beiträgt.

Versorgungsforschung versteht sich als „fachübergreifendes Forschungsgebiet“ (Schrappe & Pfaff, 2017, S. 11). Es zeichnet durch Multidisziplinarität aus und integriert in Abhängigkeit der Fragestellung verschiedene forschungsmethodische Zugänge. Die Entwicklung und Evaluation von QS-Instrumenten im Bereich der Psychosomatik ist vor diesem Hintergrund ein interdisziplinär besetztes Thema, wobei jede Profession ihren eigenen Blickwinkel auf die Analyse der erhobenen Daten inne hat.

### 1.3.1 Die Analyse von BaDo-Daten aus Sicht der Versorgungsforschung

Eine Untersuchung von klinischen Routinedaten mit Blick auf die Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen (Outcome-Orientierung) kann als (psychotherapeutische) Versorgungsforschung gesehen werden. Ansätze der Versorgungsforschung halten ein methodisches Repertoire einer anwendungsorientierten Untersuchung von Routinedaten vor (Schrappe & Pfaff, 2017; Tritt, Loew et al., 2005).

Trotz funktionaler Unterschiede sind Behandlungsdokumentation und -evaluation im Kontext der Qualitätssicherung eng miteinander verwoben (Laireiter, 2003). Um BaDo-Daten für die Untersuchung versorgungssystemischer Fragestellung zu qualifizieren ist eine Orientierung an psychotherapeutischer Evaluationsforschung notwendig. Hiller, Bleichhardt und Schindler (2009) verweisen auf Unterschiede zwischen Psychotherapieforschung und Evaluationen im Rahmen von Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement. Dies betrifft neben der Festlegung einrichtungsinterner Bewertungskriterien die zeitlich fortdauernde Evaluation, bei der Stichprobenfluktuationen – ähnlich wie bei zeitlich begrenzten Forschungsprojekten – durch Completer-Analysen und Intend-to-Treat-Analysen berücksichtigt werden sollten. In Bezug auf das Evaluationsdesign ist zwischen einer indirekten und direkten Evaluation zu unterscheiden. Eine indirekte Veränderungsmessung entspricht forschungsmethodisch einem Eingruppen-Prä-Post-Design, indem zu Behandlungsbeginn und -ende behandlungsrelevante Outcome-Parameter erfasst werden. Eine direkte Veränderungsmessung beinhaltet die Beurteilung des Behandlungsergebnisses durch die Erfassung von Outcome-Indikatoren ausschließlich zu Behandlungsende (ausschließlich Post-Messung; Schmidt, Steffanowski & Nübling, 2003). Unabhängig davon, ob die Veränderungsmessung indirekt oder direkt erfolgt, erfordert eine Evaluation die Berücksichtigung des vom Patienten berichteten Outcomes (PROM) durch Integration psychodiagnostischer Selbstbeurteilungsverfahren (Koller & Neugebauer, 2017).

Im Gegensatz zu Psychotherapiestudien die als randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) durchgeführt werden und eine umgrenzte Fragestellung bezogen auf einen engen Indikationsbereich untersuchen, erfolgt die Evaluation von Routinedaten in einem naturalistischen Studiendesign. Anders als in RCTs besteht das Ziel weniger darin, Ursache-Wirkungs-Aussagen über Interventionen zu tätigen. Es geht vielmehr darum, die Wirksamkeit eines therapeutischen Vorgehens in der klinischen Routine (breiterer Indikationsbereich und höhere Variation von Patientenmerkmalen) zu überprüfen, womit der Schwerpunkt auf Aussagen zur externen Validität psychotherapeutischer Interventionen liegt. Bezogen auf das aus der Pharmakotherapie-Forschung stammende und auf die Psychotherapieforschung übertragene Phasenmodell der

Therapieevaluation kann die Evaluation von Routinedaten als Phase-IV-Forschung definiert werden (Hiller et al., 2009; Leichsenring & Rüger, 2004).

Um BaDo-Daten im Rahmen von Sekundärdatenanalysen zur Untersuchung versorgungssystemischer Fragestellungen auswerten zu können, stellt sich die Frage danach, welche Outcome-Indikatoren standardmäßig und einrichtungsübergreifend für die Erfassung der Ergebnisqualität heranzuziehen sind. Für die psychosomatische Behandlung hat das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) einen Vorschlag für Outcome-Indikatoren erarbeitet (Rabung et al., 2019). Die Beurteilung von Therapieeffekten soll nach diesen Empfehlungen nicht ausschließlich auf den Angaben zur Symptomentwicklung erfolgen. Vielmehr sind verschiedene Dimensionen zu berücksichtigen, die Einfluss auf die Symptomentwicklung nehmen sowie über das psycho-soziale Funktionsniveau Auskunft geben,

### **1.3.2 Qualitätssicherung in der Psychosomatik und komplementärer Fächer**

Qualitätssicherung selbst ist Teil eines übergeordneten Qualitätsmanagements, in dessen Rahmen Qualitätsstandards zur Beurteilung einer psychotherapeutischen Leistung festgelegt sind. Ausgehend von einem Ist-Soll-Vergleich werden im Rahmen eines Qualitätsmanagements Optimierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten identifiziert und umgesetzt. Qualität von Gesundheitsleistungen wird in Anlehnung an Donabedian (1966, 1980, zitiert nach Härter, Linster & Stieglitz, 2003, S. 24–26) entlang von drei Dimensionen beschrieben. Die Strukturqualität umfasst die strukturellen Voraussetzungen (z.B. Personalausstattung oder Mitarbeiterqualifikation) in deren Rahmen eine konkrete psychotherapeutische Leistung erbracht wird. Mit der Dimension der Prozessqualität wird der Einsatz diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen beschrieben. Die Ergebnisqualität gibt am deutlichsten Auskunft über die Kongruenz zwischen Ist- und Soll-Zustand. In ihrem Rahmen findet die konkrete Qualitätsbewertung auf Basis von Evaluationsdaten statt (Herzog & Stein, 2000). Die Integration von Möglichkeiten zur Messung des Therapieoutcomes, ist vor diesem Hintergrund als wichtiger Bestandteil von BaDo's zu sehen.

Die Bewertung des Behandlungsergebnisses setzt konkrete Kriterien voraus. Im Rahmen einer internen Qualitätssicherung werden Bewertungsstandards durch das Qualitätsmanagement der Einrichtung selbst festgelegt und entsprechende Outcome-Parameter erhoben (für ein Beispiel interner Qualitätssicherung aus dem Bereich stationäre Psychotherapie siehe z.B. Hiller et al., 2009). Im Gegensatz zur internen Qualitätssicherung werden bei externen Qualitätssicherungsmaßnahmen Behandlungsdaten – in der Regel durch eine externe Organisation – einrichtungs-

übergreifend ausgewertet (Härter et al., 2003). Die Bewertung des Behandlungsergebnisses erfolgt relational und weniger entlang a-priori festgelegter Kriterien oder Cut-off-Werte. Evaluationsdaten verschiedener Kliniken werden miteinander verglichen und das Ergebnis unter Berücksichtigung von Patientencharakteristika (z.B. sozioökonomische Merkmale) an die Kliniken rückgemeldet (Tritt, Götz, Loew & Heymann, 2007).

### **1.3.3 Zum Stand einrichtungs- und sektorenübergreifender Erfassung von Evaluationsdaten in der Psychosomatik**

Die Psy-BaDo-PTM des Instituts für *Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik* (IQP; Heymann & Tritt, 2018) ist nach Wissen des Autors aktuell die einzige BaDo im deutschen Sprachraum, die einen einrichtungs- und sektorenübergreifenden Ansatz verfolgt. Die Psy-BaDo-PTM wird aktuell schwerpunktmäßig in psychosomatischen Kliniken eingesetzt. Das Set an erfassten Merkmalen basiert auf einer vergleichenden Übersicht unterschiedlicher BaDo's aus dem Psych-Bereich (Tritt et al., 2010).

Die Evaluation von Behandlungen erfolgt in der Psy-BaDo-PTM durch eine Kombination aus direkter und indirekter Veränderungsmessung. Die indirekte Veränderungsmessung (Prä-Post-Messung) stützt sich vorrangig auf Patientenangaben (PROM) mittels psychodiagnostischer Instrumente zur Psychopathologie. In der aktuellen Version der Psy-BaDo-PTM kommt das *ICD-10-Symptom-Rating* (ISR; Tritt et al., 2015), ein Selbsteinschätzungsverfahren zum Ausmaß der psychischen Symptomatik, jeweils zu Behandlungsbeginn und -ende zum Einsatz. Daneben werden optional andere psychodiagnostische Verfahren und Ratingskalen für eine Prä-Post-Messung in der Patienten- oder Therapeuteneinschätzung vorgeschlagen. Eine direkte Veränderungsmessung erfolgt in der Therapeuten- und Patienteneinschätzung durch die Abfrage der Veränderung in relevanten Lebensbereichen in Anlehnung an die *Ergebnisdokumentation B* der Psy-BaDo von Heuft et al. (1998). Ebenso erfolgt zu Behandlungsende eine Einschätzung zur Behandlungszufriedenheit (ZUF-8; Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989). Durch die Integration der *Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis* (HEALTH-49; Rabung et al., 2009) ist eine Erfassung gesundheitsrelevanter Outcome-Dimensionen, wie sie von der DKPM vorgeschlagen wurden (Rabung et al., 2019), optional möglich.

Die standardisierte Erfassung identischer Outcome-Indikatoren macht es möglich, die Behandlungsergebnisse der an der QS-Maßnahme beteiligten Kliniken im Rahmen eines Benchmarking-Ansatzes miteinander zu vergleichen (Tritt et al., 2007). Andererseits können die einheitlich

erfassten Daten für versorgungssystemische Untersuchungen herangezogen werden (siehe bspw. Tritt, von Heymann, Loew & Joraschky, 2005).

#### **1.4 Qualitätssicherung in der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher**

Mit Blick auf die Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher konnte sich im Bereich der Psychiatrie die *Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie* (BaDo-KJ; Englert, Jungmann, Wienand, Lam & Poustka, 2005) als von den Fachverbänden für Kinder- und Jugendpsychiatrie konsentierter Merkmalskatalog etablieren. Die BaDo-KJ ist einrichtungs- und sektorenübergreifend konzipiert, wobei der Schwerpunkt auf einer differenzierten Leistungserfassung und der Erhebung sozio- und krankheitsanamnestischer Daten liegt. Eine standardmäßige Evaluation mittels Patientenangaben ist in der BaDo-KJ originär nicht vorgesehen.

Das *Marburger System zur Qualitätssicherung* (MARSYS; Mattejat & Remschmidt, 2006a) wurde für die Qualitätssicherung kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen entwickelt. Es erlaubt die Erfassung qualitätsrelevanter Domänen (psychische Symptomatik, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) mittels standardisierter psychodiagnostischer Instrumente. Diese liegen als Selbst- und Fremdeinschätzungsversionen (Eltern, Behandler) vor. Das MARSYS wurde für den ambulanten sowie den stationären Behandlungssektor evaluiert, ebenso liegen Befunde zu psychometrischen Eigenschaften der eingesetzten Instrumente vor (Mattejat, 2006; für eine Übersicht vgl. Mattejat & Remschmidt, 2006a).

Ein etwas anderer Ansatz wird in der *Psy-BaDo-KJ* (Winter, Wiegard, Welke & Lehmkuhl, 2005) verfolgt. Für die Therapieevaluation wurde die für erwachsene Patientinnen und Patienten formulierte Ergebnisdokumentation der Psy-BaDo (Heuft et al., 1998) an den Kinder und Jugendbereich adaptiert. Die Psy-BaDo-KJ besteht aus einer *Ergebnisdokumentation A* und einer *Ergebnisdokumentation B*, die jeweils zu Behandlungsbeginn und -ende eingeschätzt werden. Dem Standardvorgehen in der Diagnostik bei Kindern- und Jugendlichen entsprechend, werden die Informationen von Patienten, Eltern und Behandlern erhoben (Multi-Informant-Ansatz). Mit der *Ergebnisdokumentation A* werden vergleichbar mit der *Goal Attainment Scale* (GAS; Kiresuk & Sherman, 1968) Therapieziele zu Behandlungsbeginn erarbeitet. Zu Behandlungsende erfolgt die Einschätzung des Zielerreichungsgrades der individuell formulierten Ziele. In der *Ergebnisdokumentation B* werden zu Behandlungsbeginn Veränderungswünsche in verschiedenen Lebensbereichen entlang einer sechsstufigen Skala (6= *extrem wichtig*; 0= *ist nicht mein Problem*) eingeschätzt. Zu Behandlungsende erfolgt eine weitere Einschätzung in-

wiefern eine Veränderung in den relevanten Lebensbereichen stattgefunden hat (6= *deutlich gebessert*; 0= *war nicht mein Problem*). Die Einschätzung durch die Patienten ist ab 11 Jahren möglich.

Informationen darüber, inwiefern MARSYS oder die Psy-BaDo-KJ einrichtungsübergreifend etabliert sind, konnten nicht generiert werden. In der Kinder- und Jugendpsychosomatischen Klinik in Waldmünchen werden für eine systematische Therapieevaluation der *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997) und der *Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* (KINDL-R; Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) eingesetzt. Das *Waldmünchner Modell zur Erfassung des Therapieoutcomes bei psychosomatischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen* (im Folgenden „Waldmünchner Modell“ abgekürzt) ermöglicht eine Erfassung von Outcome-Indikatoren für einen breiten Alters- und Entwicklungsbereich und verfolgt – ähnlich MARSYS und Psy-BaDo-KJ – einen Multi-Informant-Ansatz. Eine systematische Evaluation des „Waldmünchner Modells“ steht noch aus.

## **2 Zielstellung der Forschungsarbeit und Skizzierung des methodischen Vorgehens**

Anders als im Erwachsenenbereich gibt es für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik bisher kein einrichtungs- und sektorenübergreifendes Instrument für die Qualitätssicherung. Mit Ausnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ist wenig darüber bekannt, welche Instrumente für die Qualitätssicherung in den P-Fächern bei Kindern/Jugendlichen zum Einsatz kommen. Dies wäre aber die Voraussetzung, um einen Merkmalskatalog zu entwickeln, der einen Vergleich zwischen Einrichtungen, Versorgungssektoren und unterschiedlichen P-Fächern ermöglicht.

Aufbauend auf einem Überblick über BaDo's und Evaluationsinstrumente für Kinder und Jugendliche kann ein QS-Instrumentarium für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik entwickelt werden. Mit Blick auf die Funktion von BaDo-Daten, routinemäßige Evaluationen zu ermöglichen, sollte ein besonderer Schwerpunkt in der BaDo-Entwicklung auf der Untersuchung psychodiagnostischer Instrumente für den Zweck der QS gelegt werden.

Auf Grundlage eines bio-psycho-sozialen Paradigmas ist die Berücksichtigung familien- und hilfesystemischer Aspekte bei Kindern und Jugendlichen unmittelbarer Teil einer psychosomatischen Behandlung. Es stellt sich die Frage, inwiefern die mit einer BaDo erfassten Merkmale, über die soziale Dimension psychischer Erkrankung Aufschluss geben und für die Qualitätssicherung sozialtherapeutischer Interventionen herangezogen werden können. Am Beispiel der zu entwickelnden BaDo stellt sich aus Sicht Klinischer Sozialarbeit die Frage nach dem Nutzen von Routinedaten für die Wirksamkeitsnachweise sozialtherapeutischer Interventionen.

Die skizzierten zu untersuchenden Problemstellungen verweisen auf die unterschiedlichen Facetten, die mit der Entwicklung eines QS-Instrumentariums für die psychosomatische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen aus multidisziplinärer Sicht verbunden sind. Im Folgenden werden die aus den Problemstellungen abzuleitenden Ziele und Fragestellungen des Forschungsprojekts, geordnet nach Themengebieten, aufgeführt.

### **2.1 Ziel- und Fragestellungen**

Im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik konnte sich bislang kein einheitliches Instrument für eine standardisierte Dokumentation zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität etablieren. Vor diesem Hintergrund verfolgt das Forschungsprojekt folgende Ziele und Fragestellungen:

a) Entwicklung einer BaDo für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik

Das Instrument sollte einrichtungs- und sektorenübergreifend einsetzbar sein und einen fachbereichsübergreifenden Ansatz verfolgen. Der Merkmalskatalog sollte an etablierte BaDo's des Kinder- und Jugendbereichs sowie des Erwachsenenbereichs anknüpfungsfähig sein. Mangels einer Übersicht über BaDo's, die in den P-Fächern im Kinder-/Jugendbereich eingesetzt werden, sollten zunächst relevante BaDo's identifiziert werden. Im Anschluss sollten die in den BaDo's erhobenen Merkmale auf alters- und fachübergreifende Aspekte hin untersucht und eine BaDo für die Kinder- und Jugendpsychosomatik entwickelt werden. Folgende primären Fragen sollten beantwortet werden:

- Welche BaDo's konnten sich für den Kinder- und Jugendbereich in Psychosomatik und komplementärer medizinischer Fachbereiche (P-Fächer) bislang etablieren?
- Welche Schnittmenge an Variablen zeigen die als relevant identifizierten BaDo's des Kinder- und Jugendbereichs?
- Worin unterscheiden sich die als relevant identifizierten BaDo's des Kinder- und Jugendbereichs?
- Welche inhaltlichen Unterschiede und Schnittmengen zeigen sich zwischen BaDo's für Erwachsene und Kinder/Jugendliche?
- Welche inhaltlichen Aspekte sind spezifisch für BaDo's aus dem Kinder- und Jugendbereich?
- Welche bisher ausschließlich in Erwachsenen-BaDo's erfassten Aspekte sind auch für eine Kinder- und Jugendlichen-BaDo geeignet?

Mit der Fragestellung nach Schnittmengen und Unterschieden zwischen BaDo's im Kinder- und Jugendbereich sollte sekundär die Frage nach der Erfassung des Therapieoutcomes beantwortet werden.

b) Evaluation der psychometrischen Eigenschaften des „Waldmünchner Modells zur Erfassung des Therapieoutcomes psychosomatischer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen“

Mit der Entwicklung einer BaDo für die Kinder- und Jugendpsychosomatik ist die Frage nach Möglichkeiten einer standardisierten Messung des Therapieoutcomes zur Erfassung der Ergebnisqualität angesprochen. Eine weitere Zielstellung dieser Studie bestand in der Evaluation des „Waldmünchner Modells“. Es sollten die psychometrischen Eigenschaften

des *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997) und des *Fragebogens zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* (KINDL-R; Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) anhand eines von der DKPM vorgeschlagenen Kriterienkatalogs zur Beurteilung psychodiagnostischer Instrumente untersucht werden (Glaesmer et al., 2015). Die Evaluation bezog sich auf die deutschsprachigen Versionen beider Fragebogenverfahren für unterschiedliche Alters- und Entwicklungsstufen in der Selbst- und Fremdeinschätzung. Schwerpunktmäßig sollten die Oberkategorien des DKPM-Beurteilungskatalogs der Reliabilität, Validität und der Normierung (Referenzgruppen) betrachtet werden.

- c) Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des Kid-KINDL zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) bei 8- bis 11-jährigen Kindern im Rahmen von QS-Maßnahmen

Die HRQoL ist neben anderen Dimensionen (z.B. Psychopathologie) ein wichtiger Indikator für die Indikationsstellung psychosomatischer Behandlungen und wird zur Evaluation von Psychotherapien herangezogen (Herzberg, Brähler & Strauß, 2015; Rabung et al., 2019). Im Rahmen von QS-Maßnahmen wird die Selbsteinschätzung von Kindern unter elf Jahren mangels zur Verfügung stehender Instrumente kaum berücksichtigt. Der Kid-KINDL kann hier Abhilfe schaffen, da mit ihm eine Erfassung der HRQoL bei 7- bis 13-jährigen Kindern in der Selbst- und Fremdeinschätzung möglich ist. Einschätzungen von Eltern und Behandler können so durch Selbsteinschätzungen der Kinder ergänzt werden. Allerdings gibt es bislang keine Befunde über die Messeigenschaften des Kid-KINDL in der Gruppe psychisch kranker Kinder. Aufgrund seiner Relevanz für die QS soll die faktorielle Struktur und die Known Groups Validität des Kid-KINDL in der Gruppe 8- bis 11-jähriger psychisch kranker Kinder untersucht werden. Konkret wurde folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Inwiefern lässt sich das originale sechs-faktorielle Kid-KINDL Messmodell (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) in der Gruppe 8- bis 11-jähriger psychisch kranker Kinder replizieren?
- Welche alternativen Faktorenstrukturen können für die Gruppe psychisch kranker Kinder identifiziert werden?
- Welche Messmodelle zeigen die beste Modellanpassung in der untersuchten Stichprobe 8- bis 11-jähriger psychisch kranker Kinder?

- Können die Skalenmittelwerte der Selbst- und Fremdeinschätzung verglichen werden (Untersuchung der Messinvarianz)?
  - Differenziert das Instrument ausreichend gut zwischen Kindern der psychosomatischen Patientenstichprobe und Kindern aus (nicht-klinischen) Referenzgruppen?
- d) Die Erfassung sozialer Dimension psychischer Erkrankung und sozialtherapeutischer Interventionen mit der Psy-BaDo-PTM-KiJu – Eine kritische Reflexion aus Sicht Klinischer Sozialarbeit

Die entwickelte BaDo für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik (Psy-BaDo-PTM-KiJu) sollte auf ihre Potentiale in Bezug auf die Erfassung sozialtherapeutischer Interventionen und Merkmale sozialer Dimension psychischer Erkrankung untersucht werden. Am Beispiel der erarbeiteten BaDo sollte aufgezeigt werden, welche Items für die Evaluation psycho-sozialer Interventionen von Interesse sind. Es sollte zudem der Frage nachgegangen werden, welche BaDo-Aspekte aus Perspektive Klinischer Sozialarbeit noch ergänzt werden müssten. Ausgehend von der Nutzung von BaDo-Daten sollten die Potentiale der Analyse von Routinedaten im Rahmen einer klinisch sozialarbeiterischen Versorgungsforschung aufgezeigt werden.

Abbildung 2.1 zeigt ausgehend von der zentralen Problemstellung die Zielsetzungen der Forschungsarbeit.

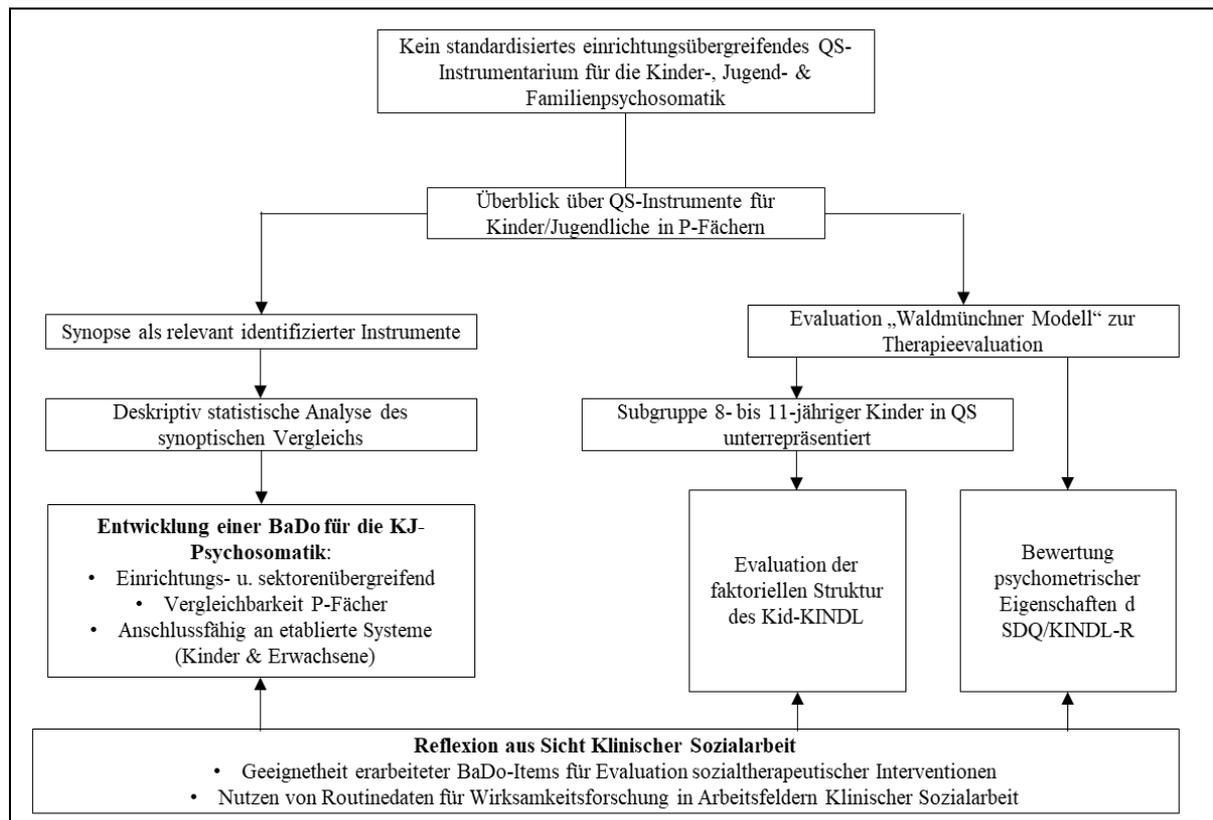


Abbildung 2.1. Schematische Darstellung der Zielstellung(en) der Forschungsarbeit

## 2.2 Skizzierung des methodischen Vorgehens für das gesamte Forschungsprojekt

In der Entwicklung einer einrichtungs-, sektoren- und berufsgruppenübergreifend einsetzbaren BaDo für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik wurden in einem ersten Schritt relevante BaDo's für den Kinder-/Jugendbereich durch eine systematische Literaturrecherche identifiziert. Danach erfolgte eine qualitative Dokumentenanalyse mit dem Ziel, Schnittmengen zwischen Kinder-/Jugend BaDo's und Erwachsenen-BaDo's alters- und fachübergreifend herauszuarbeiten. Auf Basis einer deskriptiv-statistischen Auswertung der Ergebnisse der Dokumentenanalyse wurde ein Merkmalskatalog für eine kinder- und jugendspezifische BaDo erarbeitet.

Für die Evaluation des „Waldmünchner Modells“ wurde wiederum eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Es sollten Befunde über die psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen SDQ und KINDL-R Versionen identifiziert werden. In einem zweiten Schritt erfolgte eine Zusammenfassung der Befunde entlang der Kategorien des DKPM-Kriterienkatalogs für die Beurteilung psychodiagnostischer Instrumente (Glaesmer et al., 2015). Um eine Gesamteinschätzung der psychometrischen Parameter der Instrumente in den untersuchten Domäne zu generieren, wurden psychometrische Kennwerte – wo möglich – metaanalytisch zusammengefasst.

Die Evaluation der faktoriellen Struktur des Kid-KINDL erfolgte im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse an einer Stichprobe 8- bis 11-jähriger Kinder (Kid-KINDL<sub>Selbst</sub>:  $N = 441$ , Mädchen: 52 %, Jungen: 48 %, Alter:  $M = 9.44$ ,  $SD = 1.12$ ; Kid-KINDL<sub>Fremd</sub>:  $N = 462$ , Mädchen: 55 %, Jungen: 45 %, Alter:  $M = 9.51$ ,  $SD = 1.11$ ). Die Kinder wiesen zum Untersuchungszeitpunkt mindestens eine psychische Diagnose (Kapitel V, ICD-10) auf und befanden sich in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung. Für die Analyse wurden ausschließlich Fragebogendaten berücksichtigt, die zu Behandlungsbeginn erhoben wurden. An einer zufällig generierten ersten Teilstichprobe wurden Explorative Faktorenanalysen (EFAs, Hauptachsenanalyse) mit dem Ziel durchgeführt, das originale sechs-faktorielle Messmodell zu replizieren und alternative Faktorenstrukturen zu identifizieren. An einer zweiten Stichprobe, die jeweils zwei Drittel des Gesamtdatensatzes umfasste (Kid-KINDL<sub>Selbst 2</sub>:  $N = 294$ , Kid-KINDL<sub>Fremd 2</sub>:  $N = 308$ ), wurden verschiedene Kid-KINDL Messmodelle mit Konfirmatorischen Faktorenanalysen (CFA; Robustes Maximum-Likelihood (MLR) Schätzverfahren) getestet. Das tragfähigste Modell wurde in konfirmatorischen Multi-Gruppen-Vergleichen (MGCFA) auf seine Messinvarianz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung hin untersucht. Für die Modell-Evaluation wurden die gängigen deskriptiven Fit-Indizes herangezogen, Modellvergleiche beruhten auf dem  $\chi^2$ -Differenztest.

Die Identifikation relevanter BaDo-Items zur Erfassung psycho-sozialer Merkmale und sozialtherapeutischer Interventionen basierte auf einem Rahmenmodell sozialer Dimension psychischer Erkrankung (Sommerfeld et al., 2016). Aufbauend auf diesem Modell wurden BaDo-Items inhaltlich danach untersucht, ob sie Informationen über relevante Lebensführungssysteme und den Interventionskontext (Hüttemann, Solèr, Süssstrunk & Sommerfeld, 2017) erheben. Für die inhaltliche Untersuchung wurde das Kategoriensystem der strukturierenden Inhaltsanalyse herangezogen. Aufbauend auf der Analyse und aktuellen Konzepten Klinischer Sozialarbeit wurden Anforderungen an BaDo's aus klinisch-sozialarbeiterischer Sicht formuliert.

### 2.3 Aufbau der Arbeit

Entsprechend den Zielstellungen des Forschungsprojekts gliedert sich die Arbeit in vier Teile. Im ersten Teil wird die Entwicklung der BaDo für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik dargestellt. Im Anschluss erfolgt die Evaluation des *Waldmünchner Modells zur Erfassung des Therapieoutcomes bei psychosomatischer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen*. Im dritten Teil wird auf die psychometrische Untersuchung des Kid-KINDL eingegangen. Anschließend erfolgt die Reflexion der erarbeiteten BaDo aus Sicht Klinischer Sozialarbeit

und die Skizzierung des Nutzens von Routinedaten für Wirksamkeitsstudien in Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit.

In jedem Kapitel wird die Problemstellung nochmals herausgearbeitet und die Frage- und Zielstellung näher erläutert. Das methodische Vorgehen wird detailliert beschrieben und die Ergebnisse dargestellt. Jedes Kapitel endet mit einer Zusammenfassung, in der ausgehend von der Fragestellung, wesentliche Punkte diskutiert sowie Stärken und Schwächen der Untersuchung herausgearbeitet werden. In einem abschließenden Kapitel werden das methodische Vorgehen und die Ergebnisse des gesamten Forschungsprojekts diskutiert. Der erarbeitete Vorschlag einer BaDo für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik ist in Form eines Glossars der aktuellen Version der Psy-BaDo-PTM-KiJu als (elektronisches) Zusatzmaterial dieser Arbeit beigelegt.

Wesentliche Abschnitte und Ergebnisse des Kapitels 3 „Erarbeitung eines Vorschlags für eine sektoren-, einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Basisdokumentation für das Kindes- und Jugendalter“ wurden vorab in folgendem Aufsatz veröffentlicht: Ertl, S., Vogt, M., Loew, T. & Hinterberger, T. (2021). Vorschlag einer Basisdokumentation für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik auf Basis einer Synopsis von Basisdokumentationen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*. <https://doi.org/10.1055/a-1635-6630>.

Wesentliche Abschnitte und Ergebnisse des Kapitels 5 „Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des Kid-KINDL zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) bei 8- bis 11-jährigen Kindern und Jugendlichen im Rahmen von QS-Maßnahmen“ wurden in folgendem Aufsatz vorab publiziert: Ertl, S., Vogt, M., Loew, T. & Hinterberger, T. (2022). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität 8- bis 11-jähriger psychisch kranker Kinder im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Untersuchung der faktoriellen Struktur des Kid-KINDL. *Diagnostica*. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000283>.

### **3 Erarbeitung eines Vorschlags für eine sektoren-, einrichtungs- und berufsgruppen-übergreifende Basisdokumentation für das Kindes- und Jugendalter – Eine Synopsis von Basisdokumentationen für Erwachsene und Kinder- und Jugendliche aus dem Psych-Bereich<sup>1</sup>**

Mit dem Ziel BaDo-Daten für fachgebiets- und sektorenübergreifende Untersuchungen zugänglich zu machen, wurde auf Grundlage einer Synopse von Basisdokumentationen unterschiedlicher Fachgesellschaften aus dem Feld seelischer Gesundheit die Psy-BaDo-PTM entwickelt (Heymann & Tritt, 2018; Tritt et al., 2010). Sie besteht aus Therapeuten- und Patientenangaben zu Behandlungsbeginn und -ende, ist modular aufgebaut und beinhaltet verschiedene obligatorisch sowie fakultativ einsetzbare Instrumente zur Therapieevaluation. Die Psy-BaDo-PTM wird vorrangig im Bereich der stationären psychosomatischen Behandlung eingesetzt und ist für die Zielgruppe erwachsener Patienten und Patientinnen formuliert.

Im Gegensatz zum Erwachsenenbereich, gibt es für psychosomatische Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen bisher keine einheitliche und einrichtungsübergreifend einsetzbare Basisdokumentation. Dies betrifft einerseits einen konsentierten Merkmalskatalog zur Erhebung patienten- und behandlungsbezogener Daten und andererseits einen in der klinischen Routine etablierten Standard über den Einsatz von Evaluationsinstrumenten. Mit Ausnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ist wenig darüber bekannt, welche Instrumente zur Qualitätssicherung in Fachbereichen zum Einsatz kommen, in denen psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandelt werden (z.B. Schmerztherapie oder Psychoonkologie). Dies wäre aber die Voraussetzung, um ähnlich wie im Erwachsenenbereich, einen einheitlichen Merkmalskatalog zu entwickeln, der einen Vergleich zwischen Einrichtungen, Versorgungssektoren und unterschiedlichen P-Fächern ermöglicht.

Vor diesem Hintergrund bestand ein Ziel dieser Arbeit darin, einen einheitlichen Merkmalskatalog für eine kinder- und jugendspezifische BaDo für die psychosomatische Behandlung von Kindern und Jugendlichen vorzuschlagen. Der Merkmalskatalog sollte eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Vergleichbarkeit innerhalb der psychosomatischen Versorgung sowie zwischen unterschiedlichen P-Fächern ermöglichen. Um Anknüpfungsfähigkeit an bereits bestehende BaDo's für Erwachsene zu gewährleisten, sollte außerdem untersucht werden, welche

---

<sup>1</sup> Wesentliche Abschnitte und Ergebnisse dieses Kapitels entsprechen vorab veröffentlichten Inhalten in: Ertl, S., Vogt, M., Loew, T. & Hinterberger, T. (2021). Vorschlag einer Basisdokumentation für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik auf Basis einer Synopsis von Basisdokumentationen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*. <https://doi.org/10.1055/a-1635-6630>

Schnittpunkte sich zwischen Kinder/Jugendlichen und Erwachsenen-BaDo's ergeben (für eine detaillierte Darstellung der Ziel- und Fragestellung siehe Kapitel 2.1).

### **3.1 Material und Methode**

Die Erarbeitung des Merkmalskatalogs basierte auf einer alters- und fachübergreifenden Synopsis von in der Routineversorgung etablierter BaDo's mittels qualitativer Dokumentenanalyse und daran anschließender deskriptiv-statistischer Auswertung. Das methodische Vorgehen wird im Folgenden näher dargestellt.

#### **3.1.1 Materialauswahl mittels systematischer Literaturrecherche**

Ziel der systematischen Literaturrecherche war es, in Anlehnung an das PICO-Schema, für die Zielgruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (P) in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Psychoonkologie, Konsiliar- und Liaisondienst und Schmerztherapie (I), Instrumente zur Dokumentation und Erfassung der Ergebnisqualität (z.B. (Basis-)Dokumentation, Erfassung des Therapieoutcomes; O) zu generieren. Fokussiert wurde auf Instrumente, die unabhängig vom Indikationsbereich in der akuten Krankenhausbehandlung psychisch kranker Kinder/Jugendlicher eingesetzt werden und einen einrichtungsübergreifenden Ansatz verfolgen. Ausschlusskriterien waren Publikationen aus dem Reha-Bereich und Studien, die spezifische Störungsbilder untersuchten, oder ein RCT-Design aufwiesen. Mittels Suche auf elektronischen Datenbanken zwischen dem 12.09.2017 und 26.09.2017 wurde nach deutsch- und englischsprachiger Primärliteratur im Zeitraum zwischen 1990 bis 2017 gesucht. Ergänzend wurden in Anlehnung an die Synopse von BaDo's aus dem Psych-Bereich (Tritt et al., 2010) relevante Berufsverbände und Fachgesellschaften zu kinder- und jugendspezifischen Instrumentarien zur Dokumentation und Erfassung der Ergebnisqualität kontaktiert. Im Internet wurde nach Dissertationen und Tagungsberichten zu BaDo's in der Versorgung psychisch kranker Kinder/Jugendlicher recherchiert. Die zunächst für MEDLINE entwickelte und dann für andere Datenbanken adaptierte sensitiv ausgerichtete Suchstrategie enthielt Medical Subject Headings (MeSH-Terms) sowie Stichwörter und Synonyme. Die finale Suchstrategie wurde auf MEDLINE und EMBASE (via Ovid) sowie auf PsycINFO und PSYINDEX (via EBSCO) durchgeführt und ist im Detail im Anhang A (Tabelle A.1 bis A.4) aufgeführt.

Die Selektion relevanter Publikationen erfolgte primär anhand Titel und Abstract. Bestanden Unklarheiten, wurde der Volltext entlang der Auswahlkriterien beurteilt. Die Entwicklung der

Suchstrategie und die Publikationsauswahl fanden in Abweichung zum empfohlenen Vorgehen entsprechender Leitlinien für systematische Literaturrecherchen (McGowan et al., 2016) ausschließlich durch den Autor (S.E.) statt.

### **3.1.2 Strukturierende qualitative Inhaltsanalyse**

Die in der Literaturrecherche identifizierten relevanten Kinder/Jugendlichen BaDo's sowie Erwachsenen-BaDo's, wurden im Rahmen einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring, 2015). Mit dem Ziel einen einheitlichen Abstraktionsgrad zwischen den zu analysierenden BaDo's herzustellen, erfolgte unter Beachtung der formalen Charakteristika des Analysematerials eine regelgeleitete Transkription (Tabelle A.5 und Tabelle A.6). Ausgewertet wurde jedes transkribierte Item einer BaDo. Die Ausprägungen eines Items und der Gliederungspunkt, unter dem das jeweilige Item im originären BaDo-System fiel, wurden bei der inhaltlichen Interpretation berücksichtigt. Kodiereinheit war der inhaltliche Hauptaspekt, der durch ein Item angesprochen wurde.

Das im Hauptstrang deduktive Kategoriensystem wurde entlang einer „formal-prozessualen Dimension“ (Behandlungsbeginn und -ende) und einer „inhaltlichen Dimension“ erarbeitet. Für die Ausprägungen der Haupt- und Unterkategorien wurden Definitionen, Kodierregeln und Ankerbeispiele formuliert. Eine induktive Überarbeitung des Kategoriensystems erfolgte dann, wenn sich Items nicht klar einer Kategorie zuordnen ließen oder sich die Kategorie als zu global definiert herausstellte. Zur Ermittlung der Intercoder-Übereinstimmung des finalen Kategoriensystems bewerteten zwei in Ausbildung befindliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen – die bereits über praktische Erfahrung mit der BaDo-KJ verfügten – voneinander unabhängig jedes transkribierte Item einer für die jeweilige Altersgruppe repräsentativen BaDo (fully-crossed design). Als Reliabilitätsmaß wurde  $\kappa$  (Cohens Kappa) herangezogen. Das Kategoriensystem strukturierender Inhaltsanalyse ist in Tabelle A.7 aufgeführt.

### **3.1.3 Zusammenfassende Inhaltsanalyse und deskriptiv-statistische Auswertung**

Mit dem Ziel, Schnittmengen und Unterschiede der BaDo's herauszuarbeiten, erfolgte zunächst separat für Kinder-/Jugendliche und für Erwachsene eine regelgeleitete fachbereichsübergreifende Zusammenfassung inhaltlicher Aspekte nach den von Mayring (2015) formulierten Regeln der Zusammenfassung. Im Anschluss wurde eine altersgruppenübergreifende Zusammenfassung vorgenommen. Das Abstraktionsniveau wurde so gewählt, dass die zusammengefassten Aspekte sich möglichst konkret an der inhaltlichen Kernaussage der Items bzw. dem dahin-

terstehendem Konzept orientierten. Analog wurde bei der Zusammenfassung der Ausprägungen (bzw. Antwortmöglichkeiten) der Items vorgegangen.

Für die explorativ angelegte statistische Datenanalyse wurden die zusammengefassten Aspekte hinsichtlich ihrer alters- und fachübergreifenden Übereinstimmung klassifiziert. Hierzu wurde nach jedem Analyseschritt der Quellbezug der zusammengefassten Aspekte festgehalten (siehe hierzu Tabelle B.1, Anhang B). Anschließend erfolgte entlang einer dreistufigen Skala eine Einschätzung nach kinder- und jugendspezifischer Relevanz der zusammengefassten Aspekte (1 = *keine kinder-/jugendspezifische Relevanz*, 2 = *potenzielle kinder-/jugendspezifische Relevanz*, 3 = *kinder-/jugendspezifische Relevanz*). Die Kategoriensysteme wurden wiederum durch Definitionen, Kodierregeln und Ankerbeispiele expliziert und können Tabelle A.8 und Tabelle A.9 des Anhangs entnommen werden. Die Reliabilität der Skala zur Einschätzung nach Kinder-/Jugendspezifität wurde in einem fully-crossed design durch unabhängige Ratings mittels  $\kappa_w$  (gewichtetes Cohens Kappa) bestimmt. Abweichende Ratings wurden mit ihrem Quadrat gewichtet. Die für die deskriptive Analyse relevante Übereinstimmungsklassifikation und Relevanzeinschätzung erfolgte wiederum durch den Autor. Das Vorgehen im Rahmen der Zusammenfassung kann im Detail Anhang B entnommen werden.

Mit dem Ziel, Zusammenhänge und Strukturen in den Daten zu erkennen, wurde das kodierte Analysematerials deskriptiv-statistisch ausgewertet. Um die konzeptuelle Homogenität der Aspekte auf Ebene der Items und ihrer Ausprägungen innerhalb der strukturgebenden Kategorien zu untersuchen, wurden *Konfigurationsfrequenzanalysen* (KFA; Bortz, 2010) durchgeführt. Entsprachen sich die zusammengefassten Item-Aspekte und Ausprägungs-Aspekte in ihrer Übereinstimmungsklassifikation bzw. ihrem Relevanzrating, wurde ihnen die Bedingung „Gleich“ zugewiesen, bei Unterschieden die Bedingung „Ungleich“. Die Analyse der 13 x 2 Kontingenztabelle erfolgte über einen exakten Binomialtest mit einem Bonferroni korrigierten  $\alpha = .05$  von  $\alpha_{\text{adjust}} = .002$ . Für die statistischen Analysen wurde das Statistikprogramm R (Version 4.0.0; R Core Team, 2020) verwendet.

## 3.2 Ergebnisse

### 3.2.1 Systematische Literaturrecherche und Materialauswahl

Eine Dokumentation der gefundenen Literaturstellen ist Tabelle 3.1 zu entnehmen, Abbildung 3.1 zeigt den Auswahlprozess relevanter Literaturquellen für BaDo's und QS-Instrumente aus dem Kinder- und Jugendbereich.

Tabelle 3.1

*Dokumentation der systematischen Literaturrecherche nach relevanten BaDo's im Kinder- und Jugendbereich*

Datenbank (Anbieter)	Suchdatum <sup>a</sup>	Zeitraum	Anzahl Zitate
MEDLINE (via OvidSP)	09.08.2020 (12.09.2017)	01.01.1990 bis 12.09.2017	186
Embase (via OvidSP)	09.08.2020 (18.09.2017)	01.01.1990 bis 18.09.2017	484
PsycINFO (via EBSCO)	09.08.2020 (26.09.2017)	01.01.1990 bis 26.09.2017	248
PSYINDEX (via EBSCO)	09.08.2020 (26.09.2017)	01.01.1990 bis 26.09.2017	95
Manuelle Suchen	12.09.2017 bis 30.11.2017	keiner	6
Persönliche Hinweise Experten	27.02.2018	keiner	1
Gesamt (inkl. Duplikate)			1020
Gesamt (ohne Duplikate)			889

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> Replikation der in Klammern angegebenen ursprünglich durchgeführten Datenbankrecherche. Das in Klammern angegebene Suchdatum wurde in den Suchfiltern berücksichtigt.

Im Rahmen der Analyse zeigte sich, dass ab 1998 die BaDo-KJ als von den führenden kinder- und jugendpsychiatrischen Berufsverbänden konsentiertes QS-Instrument eingeführt wurde. Post-hoc wurden daher Quellen, die sich im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf Instrumente vor 1998 bezogen von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Insgesamt verwiesen 15 der 16 für relevant erachteten Quellen auf die BaDo-KJ (Englert, Jungmann, Lam, Wienand & Poustka, 1998a) und bezogen sich damit auf den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Lediglich ein Instrumentarium (DGPM 1 KJ) konnte für den Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik als BaDo identifiziert werden (Timmermann & Loew, 2015). Hinsichtlich der Outcome-Messung wurden entweder Instrumente aus dem MARSYS (Mattejat & Remschmidt, 2006a) oder der Psy-BaDo-KJ (Winter et al., 2005) verwendet, wobei aus den Literaturquellen keine Informationen zum Verbreitungsgrad der Instrumente im klinischen

Routinebetrieb hervorgingen. Eine Übersicht und Auswertung der als relevant identifizierten Literaturquellen ist Tabelle A.10 zu entnehmen.

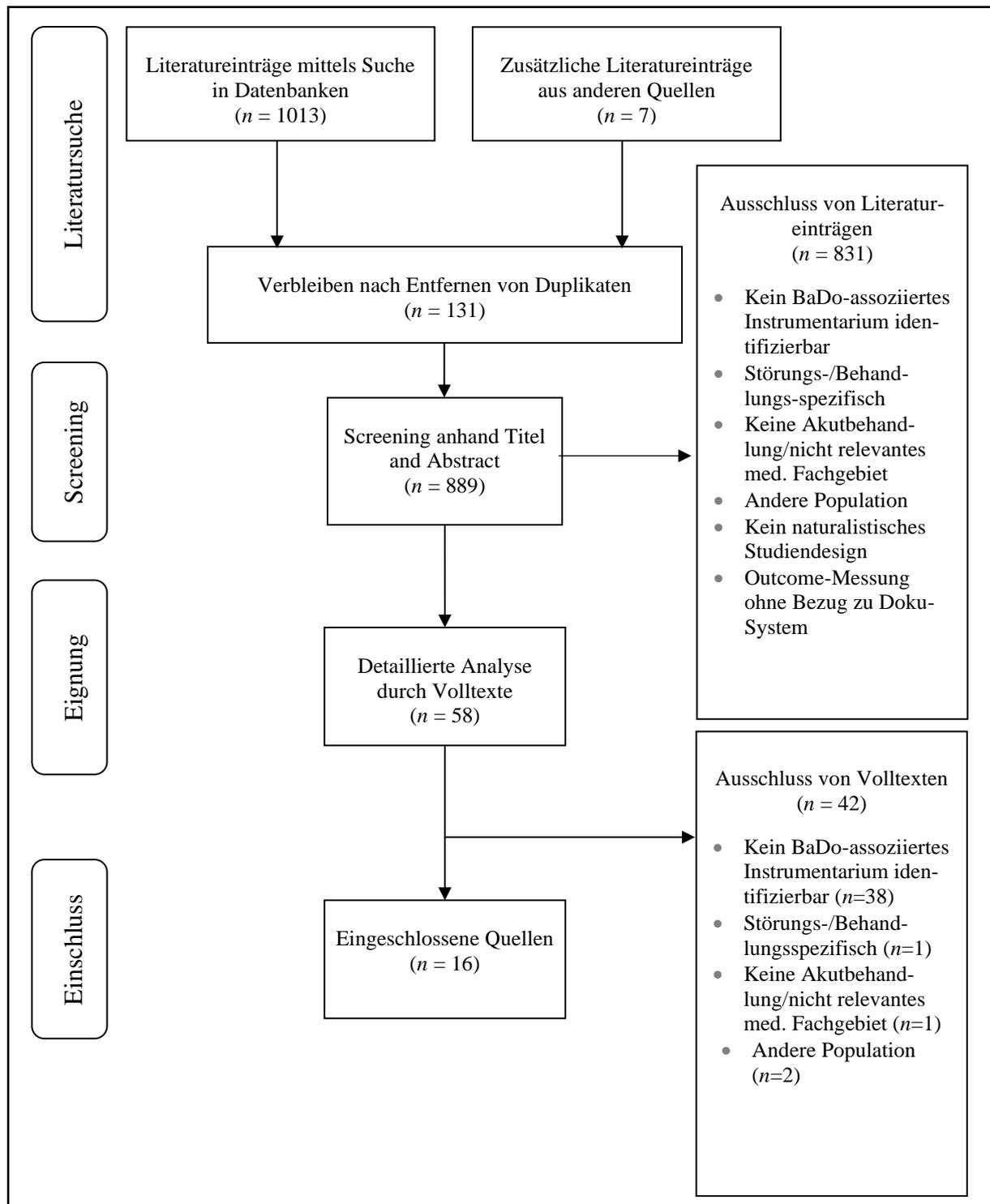


Abbildung 3.1. Literatursuchprozess relevanter BaDo's im Kinder-/Jugendbereich (Prisma-Flow-Diagramm)

Auf Grundlage der Literaturrecherche wurden für den Kinder-/Jugendbereich die BaDo-KJ (Englert, Jungmann, Wienand, Lam & Poustka, 2005) und die DKPM 1 KJ als Instrumente für

die qualitative Auswertung gewählt. Mit der *Synopse der Basisdokumentationen aus dem Psych-Bereich* (BaDo-Synopse) und der *Psy-BaDo-PTM* (Tritt et al., 2010; von Heymann & Tritt, 2013) standen im Vorfeld der Studie bereits repräsentative Merkmalskataloge für eine sektoren- und fachübergreifende Dokumentation im Erwachsenenbereich zur Verfügung. Sie bildeten die Referenzquellen für Erwachsenen-BaDo's.

### 3.2.2 Intercoder-Übereinstimmung und deskriptive Statistik des Analysematerials

Das Kategoriensystem der strukturierenden Inhaltsanalyse wurde an der BaDo-KJ und der BaDo-Synopse überprüft und erzielte über alle Subkategorien hinweg für den gesamten Itempool ( $N = 278$ ) eine starke Intercoder-Übereinstimmung ( $\kappa = .84$ , 95 % KI für  $\kappa$  [.79, .89]). Innerhalb der Kategorien erreichte Cohens  $\kappa$  starke bis sehr starke Übereinstimmungen (Tabelle A.11). Die Reliabilität der dreistufigen Ratingskala zur Einschätzung nach kinder- und jugendspezifischer Relevanz wurde an einer Pre-Version der zusammengefassten Item-Aspekte vorgenommen und erreichte für  $N = 168$  zusammengefasste Item-Aspekte noch zufriedenstellende Werte ( $\kappa_{\omega} = .66$ , 95 % KI für  $\kappa_{\omega}$  [.59, 73]; McHugh, 2012).

Tabelle 3.2 zeigt die deskriptiven Statistiken der transkribierten Items des Analysematerials. Durch inhaltliche Zusammenfassung im Anschluss an die Zuweisung zu den strukturgebenden Kategorien der Inhaltsanalyse, konnten bei den Items insgesamt  $N = 154$  und bei den Ausprägungen  $N = 808$  inhaltstragende Aspekte herausgearbeitet werden. Die Alters- und fachübergreifende Zusammenfassung der Items ist im Anhang B aufgeführt.

Tabelle 3.2

#### *Deskriptive Statistiken des transkribierten Analysematerials*

	BaDo-KJ		DGPM 1 KJ		BaDo-Synopse		Psy-BaDo-PTM		Gesamt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Items	81	21	41	11	197	51	69	18	388	100
Ausprägungen	640	28	87	4	1 084	48	462	20	2 273	100

*Anmerkungen:* BaDo-KJ: BaDo Kinder- u. Jugendpsychiatrie (Englert et al., 2005), DGPM 1 KJ: BaDo Kinder- und Jugendpsychosomatik (Timmermann & Loew, 2015), BaDo-Synopse: Synopse der Basisdokumentationen aus dem Psych-Bereich (Tritt et al., 2010), Psy-BaDo-PTM (von Heymann & Tritt, 2013).

### 3.2.3 Übereinstimmungsklassifizierung zusammengefasster inhaltstragender Aspekte

Abbildung 3.2 zeigt die Verteilung der Übereinstimmungsklassifizierung der zusammengefassten Item-Aspekte über die strukturgebenden Kategorien der Inhaltsanalyse. Zwischen den Kinder und Jugendlichen BaDo's zeigten sich überwiegend große Schnittmengen, was auf eine altersgruppenspezifische Homogenität der erfassten Inhalte hinwies. Die Kategorien *Biographische Anamnese* und *Familienanamnese* wurden in der Rohdatenanalyse sowie bei der Item-Zusammenfassung ausschließlich durch Kinder/Jugendlichen BaDo's angesprochen. In der Kategorie *Vorbehandlungen* zeigte sich, dass Informationen zu Art und Umfang stattgefundenener Vorbehandlungen altersübergreifend und fachspezifisch im Rahmen psychosomatischer Behandlungen erhoben werden. In der Kategorie *Behandlungsverlauf* war eine altersübergreifende und fachspezifische Klassifizierung der zusammengefassten Aspekte auf die Dokumentation durchgeführter medizinischer und psychologischer Diagnostik im psychiatrischen Bereich zurückzuführen. Etwas weniger Item-Aspekte konnten in dieser Kategorie aber auch als alters- und fachübergreifend zusammengefasst werden. Dies verweist auf alters- und fachunspezifische Schnittmengen in der Leistungsdokumentation auf Itemebene. In den Kategorien *Basale Behandlungsbezogene Daten* und *Soziodemographie* konnte die überwiegende Mehrzahl der zusammengefassten Item-Aspekte alters- und fachübergreifend zusammengefasst werden. Ebenso zeigten sich in der Kategorie *Multiaxiale Klassifikation psychischer Störungen* alters- und fachübergreifende Schnittmengen, wobei einige Aspekte ausschließlich im Kinder- und Jugendbereich erfasst wurden. In der Erfassung des Outcomes ergaben sich hinsichtlich der erfassten Domänen alters- und fachübergreifende Überschneidungen, wenn auch im Einzelnen unterschiedliche Instrumente eingesetzt wurden.

Die durchgeführten KFAs verwiesen für die Kategorien *Behandlungsverlauf* und *Anamnestiche Angaben zum Funktionsniveau* auf konzeptuelle Unterschiede, indem sich die Item-Zusammenfassungen von den Zusammenfassungen der Ausprägungen statistisch signifikant voneinander unterschieden (exakter Binomialtest:  $p < .001$  für  $\alpha_{\text{adjustiert}} = .002$ ; Tabelle A.12). Dies war in erster Linie auf Alters- und Entwicklungsspezifika in den Ausprägungen rückführbar.

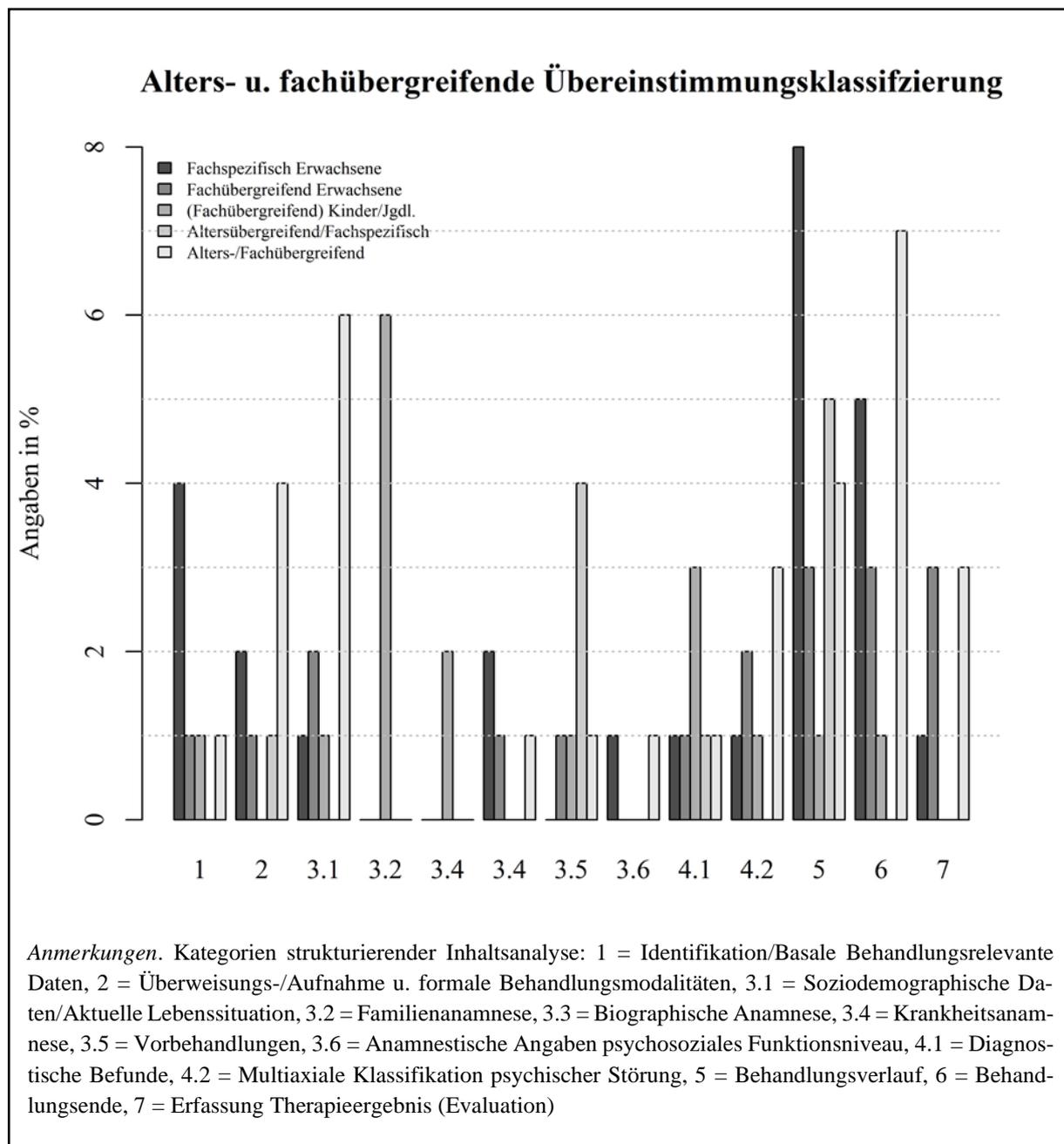


Abbildung 3.2. Klassifikation zusammengefasster Item-Aspekte gruppiert nach den Kategorien strukturierender Inhaltsanalyse ( $N = 154$ ).

### 3.2.4 Einschätzung der zusammengefassten Aspekte nach kinder- und jugendspezifischer Relevanz

Abbildung 3.3 zeigt die Verteilung der Einschätzung der Item-Aspekte danach, inwiefern spezifische Informationen für Kinder und Jugendliche erhoben werden. Mit  $n = 114$  (74 %) wurde für die überwiegende Mehrzahl inhaltstragender Aspekte auf Item-Ebene eingeschätzt, dass sie *keine* kinder- und jugendspezifischen Informationen erheben. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich

für die Zusammenfassung der Ausprägungen  $n = 577$  (71 %). Dies spricht für eine weitgehende Kompatibilität der BaDo's zwischen den Altersgruppen. Aspekte für eine Kinder- und Jugendspezifikation machten bei den Zusammenfassungen der Items  $n = 37$  (24 %) und bei den Ausprägungen  $n = 203$  (25 %) aus. Aspekte, die aus Erwachsenen-BaDo's stammten und potenziell auch für Kinder/Jugend BaDo's interessant sind, beliefen sich bei den Item-Zusammenfassungen auf  $n = 3$  (2 %) und bei den Ausprägungen auf  $n = 28$  (4 %). Die KFA (Tabelle A.13) verwies für die Kategorie *Soziodemographie* auf Alterseffekte rückführbare Unterschiede inhaltstragender Aspekte zwischen Items und Ausprägungen (exakter Binomialtest:  $p < .001$  für  $\alpha_{\text{adjustiert}} = .002$ ).

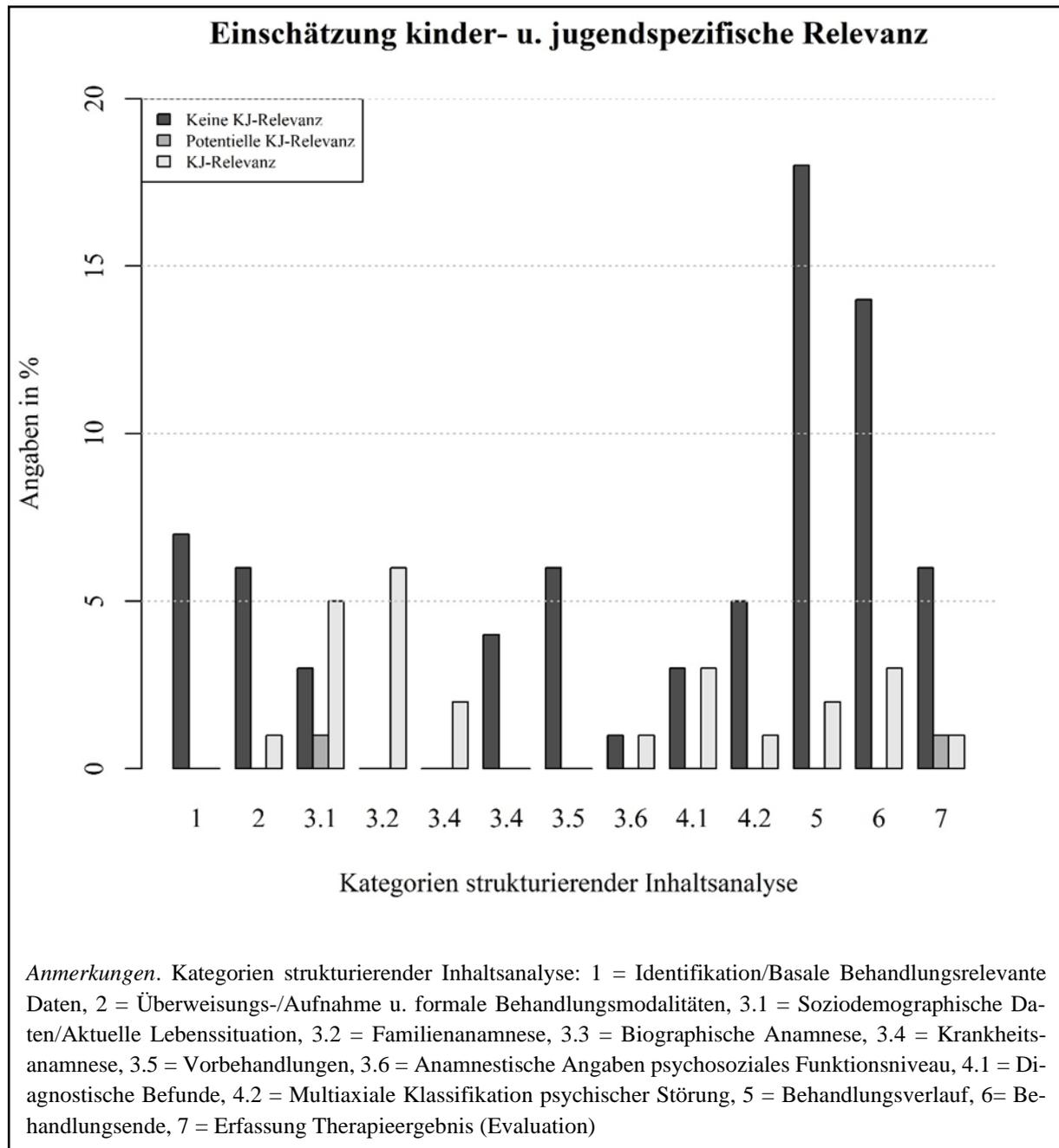


Abbildung 3.3. Einschätzung zusammengefasster Item-Aspekte nach kinder- und jugendspezifischer Relevanz (N = 154)

### 3.3 Erarbeitung eines Vorschlags für eine kinder- und jugendspezifische BaDo in der Psychosomatik

Für die Erarbeitung eines kinder- und jugendspezifischen Merkmalskatalog, mussten die zusammengefassten Aspekte in konkrete Items und Ausprägungen überführt werden. Mit dem Ziel, einem sektorenübergreifenden Ansatz Rechnung zu tragen und Anschlussfähigkeit an bereits etablierte BaDo-Systeme im Bereich der Psychosomatik sicherzustellen, wurde die Psy-

BaDo-PTM als Referenzsystem für alters- und fachübergreifende Aspekte gewählt. Dies ging mit einer Adaption der Erfassungssystematik der Psy-BaDo-PTM aus Patienten- und Therapeutenangaben einher. Eine Kinder- und Jugendspezifikation wurde durch die Aufnahme von Aspekten der Kategorien *Biographische Anamnese* und *Familienanamnese* erzielt. Die Erhebung soziodemographischer Merkmale wurde konzeptuell an den Alters- und Entwicklungsbereich von Kindern und Jugendlichen angepasst: (1) Bei Kindern sollen die Items durch Bezugspersonen beantwortet werden, (2) ab dem vollendeten 15. Lebensjahr sollen Items in Abhängigkeit ihres Inhalts entweder von Jugendlichen oder deren Bezugspersonen beantwortet werden. Hierfür wurden entsprechende Items aus der Psy-BaDo-PTM adaptiert oder Items aus der BaDo-KJ in Patientenfragen umformuliert. Mit dieser Konzeption folgt die BaDo einem im Kinder- und Jugendbereich üblichen Vorgehen (Lampert, Müters, Stolzenberg & Kroll, 2014). Items zur Erhebung von Vorbehandlungen und zum Funktionsniveau, sowie der Einschränkung der Bezugspersonen durch die psychische Erkrankung des Kindes, wurden in die BaDo integriert.

Um Kompatibilität mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie herzustellen, wurden Items zur Dokumentation durchgeführter diagnostischer Maßnahmen, zur Erhebung des psychopathologischen Befundes (Metternich Wolff et al., 1998) und anderer medizinischer Befunddaten aufgenommen. Für die Erfassung der medikamentösen Behandlung wurde die Systematik der Psy-BaDo-PTM beibehalten und um die Substanzgruppe der „Stimulanzien“ erweitert. Zur Erfassung der Diagnosen wurde das *Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters* (MAS; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2012) integriert. Eine direkte Veränderungsmessung, wie sie auch in der Psy-BaDo-PTM vorgesehen ist, soll über die *Ergebnisdokumentation B* der Psy-BaDo-KJ (Winter et al., 2005) erfolgen. Zur Erfassung der Behandlungszufriedenheit wurde ein Instrument aus dem Reha-Bereich (Farin, Gustke, Widera & Matthies, 2012) für die Anforderungen stationärer psychosomatischer Akutbehandlungen adaptiert. Zur Indikationsstellung und indirekten Veränderungsmessung sollen der *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997) und der *KINDL-R* (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) herangezogen werden. Die erfassten Domänen der Outcome-Messung entsprechen damit der Systematik im MARSYS (Mattejat & Remschmidt, 2006a) und teilweise der Psy-BaDo-KJ (Winter et al., 2005) wobei ein fakultativer Einsatz zusätzlicher Instrumente möglich ist.

Auf Grundlage des erarbeiteten Merkmalskatalogs konnte in Kooperation mit dem *Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP)* eine Basisdokumentation für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik (Psy-BaDo-PTM-KiJu) erarbeitet werden. Systematik und Aufbau der Psy-BaDo-PTM-KiJu ist Tabelle 3.3 zu entnehmen. Ein Glossar über die aktuelle Version der entwickelten BaDo mit Anmerkungen zu Herkunft und Adaption der Items liegt als Zusatzmaterial dieser Arbeit bei.

Tabelle 3.3

*Aufbau und Systematik der Psy-BaDo-PTM-KiJu*

Erhebungszeitpunkt	Therapeutenangaben	Patientenangaben		
		Bezugspersonen	Kinder/ Jugendliche (< 15 Jahre)	Jugendliche (15-17 Jahre)
Behandlungsbeginn: BaDo-Items	Behandlungsmodalitäten	Soziodemographische Daten	-	Soziodemographische Daten
	Behandlungsmotivation	Familienanamnese	-	Familienanamnese
	Krankheitsanamnese		-	
	Biographische Anamnese	Biographische Anamnese	-	Biographische Anamnese
	Anamnese Funktionsniveau	Funktionsniveau (Anamnese)	-	Funktionsniveau (Anamnese)
	Medizinische Befunde (Somatisch/Neurologisch/Psychisch)	Vorbehandlungen		Vorbehandlungen
Behandlungsbeginn: PROM		SDQ (ab 4 Jahren)	SDQ (ab 11 Jahre)	
		Kiddy-KINDL (3-6 Jahre)	Kiddy-KINDL (3-6 Jahre)	Kiddo-KINDL (14-17 Jahre)
		Kid-/Kiddo-KINDL (7-17 Jahre)	Kid-KINDL (7-13 Jahre)	
Behandlungsende: BaDo-Items	Durchgeführte somatische/psychologische Diagnostik	Anamnese Funktionsniveau		Anamnese Funktionsniveau
	Behandlungsverlauf (Therapiedosis: KTL, Medikation)			
	Weiterbehandlung			
Behandlungsende: PROM	Psychosoziales Funktionsniveau (Achse VI, MAS)	SDQ (ab 4 Jahren)	SDQ (ab 11 Jahre)	
	Veränderungsbereiche (körperlich/psychisch)	Kiddy-KINDL (3-6 Jahre)	Kiddy-KINDL (3-6 Jahre)	Kiddo-KINDL (14-17 Jahre)
		Kid-/Kiddo-KINDL (7-17 Jahre)	Kid-KINDL (7-13 Jahre)	

Erhebungs-zeitpunkt	Therapeutenangaben	Patientenangaben		
		Bezugspersonen	Kinder/ Jugendliche (< 15 Jahre)	Jugendliche (15-17 Jahre)
		Veränderungen 10 Lebensbereiche	Veränderungen 10 Lebensbereiche (ab 11 Jahre)	
		Behandlungszufriedenheit	Behandlungszufriedenheit (ab 11 Jahre)	

*Anmerkungen.* PROM: Patient.-Reported-Outcome-Measure. SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997), KINDL-R: Revidierter Fragebogen für Kinder und Jugendliche zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000). SDQ und KINDL-R eignen sich für katamnestische Erhebungen. Diese sind in der entwickelten BaDo standardmäßig nicht vorgesehen. Können aber optional durchgeführt werden.

### 3.4 Zusammenfassung

Es wurde ein Merkmalskatalog für eine im Kontext der kinder-, jugend- und familienpsychosomatischen Versorgung einsetzbare Basisdokumentation erarbeitet. Dabei wurde ein einrichtungs- und sektorenübergreifender Ansatz verfolgt sowie eine Vergleichbarkeit zwischen den unterschiedlichen P-Fächern angestrebt. Als methodischer Zugang wurde eine qualitative Dokumentenanalyse mit anschließender deskriptiv-statistischer Auswertung gewählt.

In der sensitiv angelegten systematischen Literaturrecherche konnten in erster Linie QS-Instrumente im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie identifiziert werden. Die BaDo-KJ (Englert et al., 2005) zeigte sich als etabliertes QS-Instrumentarium in diesem Fachgebiet. Mit der DGPM 1 KJ (Timmermann & Loew, 2015) konnte eine BaDo für die Kinder- und Jugendpsychosomatik identifiziert werden, wobei deren einrichtungübergreifender Einsatz unklar bleibt. Kinder- und jugendspezifische BaDo's für andere P-Fächer (z.B. Psychoonkologie) konnten nicht identifiziert werden.

Zwischen den Kinder- und Jugendlichen-BaDo's zeigte sich eine hohe Schnittmenge an erfassten Inhalten. Die DGPM 1 KJ zeigte im Vergleich zur BaDo-KJ aber eine Akzentuierung in der Erfassung von Vorbehandlungen und des Funktionsniveaus. Die Erhebung dieser Aspekte zeigte sich altersunabhängig im Bereich der Psychosomatik besonders ausgeprägt. Altersübergreifend ergab sich eine fachspezifische Differenzierung besonders im Bereich der Dokumentation des Behandlungsverlaufs, was auf Spezifika im psychiatrischen Fachbereich zurückzuführen war.

Für eine Kinder- und Jugendspezifikation einer BaDo zeigten sich Aspekte zur Erhebung der Biographischen- und Familienanamnese als relevant. Ein interessantes Ergebnis zeigte sich da-

rin, dass in der Mehrzahl der zusammengefassten Aspekte altersunabhängige Inhalte erhoben wurden. Dies ermöglichte es, sich in der Zusammenstellung eines kinder- und jugendspezifischen Merkmalskatalogs an der in der psychosomatischen Versorgung etablierten Psy-BaDo-PTM auszurichten. Aspekte zur Dokumentation der Biographischen- und Familienanamnese wurden für eine Spezifikation auf Kinder und Jugendliche berücksichtigt. Für eine fachbereichsübergreifende Kompatibilität des Instruments wurden Aspekte zur Erfassung diagnostischer Maßnahmen aus Psychiatrie-BaDo's adaptiert sowie die Erfassung der Diagnosen nach MAS-Systematik übernommen (Remschmidt et al., 2012). Zur Erfassung soziodemographischer Merkmale wurden entsprechende Items der Psy-BaDo-PTM und der BaDo-KJ nach konzeptuellen Überlegungen zusammengestellt (Lampert et al., 2014; Statistisches Bundesamt, 2016). Die Erfassung der Ergebnisqualität in den Domänen Psychopathologie, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit soll über eine direkte und indirekte Veränderungsmessung erfolgen. Für die indirekte Veränderungsmessung wird für einen Einsatz des SDQ und KINDL-R („Waldmünchner Modell zur Erfassung des Therapieoutcomes bei psychosomatischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen“) plädiert. Für eine Bewertung des Instrumenteneinsatzes wurden die psychometrischen Eigenschaften beider Verfahren in dieser Arbeit näher untersucht (siehe Kapitel 4).

Eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Analyseschritte wurde durch ein regelgeleitetes inhaltsanalytisches Vorgehen erzielt. Insbesondere das strukturgebende Kategoriensystem zeigte sich durch eine überwiegend sehr gute bis gute Intercoder-Übereinstimmung dafür geeignet, BaDo-Aspekte unabhängig von Alter und Fachbereich aus den Rohdaten zu extrahieren. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Einschätzung nach Kinder- und Jugendspezifität dürfte aufgrund zwar noch ausreichender aber wenig befriedigender Reliabilitätswerte zumindest in einigen Punkten in Frage zu stellen sein. In diesem Zusammenhang sind besonders auch mangelnde Peer-Review Prozesse im Zuge der inhaltlichen Zusammenfassung der Items und ihrer Ausprägungen kritisch zu sehen.

Hintergrundgedanke dieser Arbeit war es, durch einen empirischen Zugang der Akzeptanz eines standardisierten Sets an BaDo-Items zwischen den P-Fächern Vorschub zu leisten. Aufgrund alters- und entwicklungsbedingter Anforderungen ist ein Vorschlag für eine modular anwendbare BaDo erarbeitet worden. Die bisher bestehende Lücke eines einrichtungs- und sektorenübergreifend einsetzbaren QS-Instrumentariums im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik konnte damit geschlossen werden. In einem nächsten Schritt sollte die BaDo in einer multizentrischen Anwendungsstudie evaluiert und auf Grundlage der Ergebnisse

revidiert werden. Anschließend könnte ein modular aufgebauter Merkmalskatalog durch verschiedene Fachgesellschaften konsentiert werden.

#### **4 Evaluation der psychometrischen Eigenschaften des „Waldmünchner Modells zur Erfassung des Therapieoutcomes psychosomatischer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen“**

Ein zentraler Bestandteil von BaDo's ist die Erfassung von Evaluationsdaten, mit dem Ziel, eine Aussage zur Ergebnisqualität der erbrachten therapeutischen Leistungen zu treffen (Lairerter, 2003). Die Entwicklung einer Basisdokumentation für die Kinder- und Jugendpsychosomatik muss daher die Integration von Instrumenten zur Indikationsstellung und Evaluation von Psychotherapie berücksichtigen. Bisher konnte sich jedoch noch kein Standard in Bezug auf den Einsatz psychodiagnostischer Instrumente zur Psychotherapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychosomatik etablieren.

In der Heiligenfeld Klinik für Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik in Waldmünchen wurden zur Indikationsstellung und zur Erfassung der Ergebnisqualität der *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997) und der *Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* (KINDL-R; Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) eingeführt. Die Kombination dieser beiden Fragebogenverfahren erlaubt die Erfassung der psychischen Symptomatik und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL). Beide Bereiche bilden wichtige Qualitätsindikatoren eines vom *Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin* (DKPM) vorgeschlagenen Core-Outcome Set für die Erfassung von Psychotherapieeffekten ab (Rabung et al., 2019). Eine besondere Herausforderung im Kinder- und Jugendbereich besteht darin, dass die gewählten psychodiagnostischen Instrumente ein breites Altersspektrum abdecken müssen. Anders als im Erwachsenenbereich ist es in der Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen üblich, neben Selbsteinschätzungen auch Fremdeinschätzungen (z.B. Eltern) zu berücksichtigen. Dieses Prinzip eines Multi-Informant-Ansatz sollte auch im Rahmen der Qualitätssicherung aufrechterhalten bleiben. Die Kombination aus SDQ und KINDL-R ermöglicht die Abdeckung eines breiten Altersbereichs in der Selbst- und Fremdeinschätzung. Das Fragebogenset bildet das Herzstück des Waldmünchner-Modells zur Erfassung Therapieoutcomes psychosomatischer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1

Übersicht des Waldmünchner Modells zur Erfassung des Therapieoutcomes psychosomatischer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen

Alter in Jahre	Selbsteinschätzung		Fremdeinschätzung	
	Behandlungsbeginn (Prä-Messung)	Behandlungsende (Post-Messung)	Behandlungsbeginn (Prä-Messung)	Behandlungsende (Post-Messung)
3-4	-	-	SDQ	-
5-7	Kiddy-KINDL	Kiddy-KINDL	SDQ Kiddy-KINDL	Kiddy-KINDL Gesamtveränderung
8-11	Kid-KINDL	Kid-KINDL	SDQ KINDL-R	KINDL-R Gesamtveränderung
12-16	SDQ Kiddo-KINDL	Kiddo-KINDL Wertefragebogen Qualitätsrückmeldung Gesamtveränderung	SDQ KINDL-R	KINDL-R
17	SDQ ISR Fragen zur Spiritualität	ISR VEV Fragen zur Spiritualität Wertefragebogen Qualitätsrückmeldung Gesamtveränderung	-	-

*Anmerkungen.* SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997), KINDL-R: Revidierter Fragebogen für Kinder und Jugendliche zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000), ISR: ICD-10-Symptomrating (Tritt et al., 2015), VEV: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Kriebel, Paar & Schmitz-Buhl, 2001), Gesamtveränderung: Veränderung in 10 Lebensbereichen aus der Psy-BaDo-PTM (Heymann & Tritt, 2018), Interne Instrumente Heiligenfeld Kliniken (Hinterberger, Auer, Schmidt & Loew, 2013): Qualitätsrückmeldung, Wertefragebogen, Fragebogen zur Spiritualität. KINDL-R (Selbst-/Fremdeinschätzung) und ISR werden im Waldmünchner Modell für optionale katamnestische Untersuchungen herangezogen.

Die Kombination aus SDQ und KINDL-R kam bis 2012 im Modul für psychische Erkrankungen (BELLA-Modul) der KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts zur Anwendung (Klasen, Reiß et al., 2017; Ravens-Sieberer et al., 2015). Neben dem Einsatz in epidemiologischen Studien wurden beide Instrumente auch in der Qualitätssicherung bei rehabilitativen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen eingesetzt (Farin et al., 2012; Winkler & Piso, 2014). Die deutschsprachigen Versionen des SDQ und KINDL-R wurden aufgrund der Erfahrungen mit dem Waldmünchner Modell in die entwickelte Psy-BaDo-PTM-KiJu übernommen (siehe Kapitel 3.3). Im Unterschied zum Waldmünchner Modell soll in der Psy-BaDo-PTM-KiJu auch der SDQ für die Outcome-Bewertung zu Behandlungsende eingesetzt werden.

Ein Einsatz des Fragebogensets für die Qualitätssicherung in der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher setzt eine Bewertung der psychometrischen Eigenschaften für verschiedene Alters- und Beurteilungsversionen voraus. Zudem sollte sich die Evaluation der Instrumente auf die deutschsprachigen Versionen beschränken, da Befunde zu psychometrischen Eigenschaften fremdsprachiger Instrumente nicht immer 1:1 aufeinander bezogen werden können (Glaesmer, Brähler & Lersner, 2012; Glaesmer et al., 2015). Bisher fehlt es an einer systematischen Übersicht über die psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen SDQ- und KINDL-R-Versionen. Zwar liegen Übersichtsarbeiten vor, diese beziehen sich aber auf einzelne Beurteilungs- und/oder Altersversionen und umfassten verschiedene Sprachversionen.

Der SDQ wurde von Goodman (1997) entwickelt und liegt als Open-Access-Verfahren in einer Vielzahl an Sprachversionen vor (<https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b0.py>; zuletzt geprüft am 24.06.2021). Der SDQ ist in der Eltern- bzw. Erzieher-/Lehrkräfteeinschätzung in einer Altersspanne von 2 bis 17 Jahren anwendbar, ab elf Jahren liegt eine Selbsteinschätzungsversion vor. Goodman (ebd.) schlug anhand einer britischen Stichprobe eine normorientierte Einteilung in „normal“, „Grenzfall“ und „auffällig“ vor, wobei 80% der Stichprobe in die Kategorie „normal“ fielen und je 10% in die beiden anderen Kategorien. Eine Adaption dieser Kategorisierung an deutsche Stichproben wurde vorgenommen (Lohbeck, Schultheiß, Petermann & Petermann, 2015; Woerner, Becker & Rothenberger, 2004). Für die psychometrischen Eigenschaften der SDQ Eltern- und Lehrereinschätzung liegt eine Übersichtsarbeit von Stone, Otten, Engels, Vermulst und Janssens (2010) vor, wobei verschiedene SDQ-Sprachversionen analysiert wurden. Für die Selbsteinschätzungsversion konnte keine systematische Übersichtsarbeit zu den psychometrischen Eigenschaften identifiziert werden. Hinsichtlich der Faktorenstruktur werden international zwei konkurrierende Modelle favorisiert: Das ursprünglich von Goodman vorgeschlagene fünf-faktorielle Modell mit vier Symptomskalen und einer Kompetenzskala und ein drei-faktorielles Modell mit den Skalen *internalisierende Probleme*, *externalisierende Probleme* und *Prosoziales Verhalten*. Die Befunde legen insbesondere für die deutschsprachigen SDQ-Versionen eine Fünf-Faktoren-Struktur nahe (Lohbeck et al., 2015; Stone et al., 2010).

Der KINDL-R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) ermöglicht die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) in einer breiten Altersspanne im Selbst- und Elternbericht. Mit dem Kiddy-KINDL (drei bis sechs Jahre) und dem KINDL-R (7-17 Jahre) umfasst die Elterneinschätzung zwei Versionen, die sich in ihrer faktoriellen Struktur und Erhebungsmethodik entsprechen. Die Items sind inhaltsäquivalent, beziehen sich bei drei- bis sechsjährigen Kindern aber auf etwas andere Bereiche (z.B. Kindergarten statt Schule). Die Selbsteinschät-

zung gliedert sich in drei Versionen, die an die jeweiligen Entwicklungsbedingungen der Kinder/Jugendlichen angepasst sind. Die Erfassung der Lebensqualität der 7- bis 13-jährigen Kinder ist mit dem Kid-KINDL möglich. Im Alter von 14 bis 17 Jahren erfolgt die Erfassung der HRQoL mit dem Kiddo-KINDL. Der Kiddy-KINDL (drei bis sechs Jahre) umfasst insgesamt 12 Items und wird als Interview durchgeführt. Im Kiddy-KINDL werden zwar mit den anderen KINDL-Versionen äquivalente Lebensbereiche abgefragt, allerdings ist lediglich die Berechnung eines Gesamtwerts vorgesehen (und nicht wie bei den anderen Verfahren auch Skalenergebnisse). Der KINDL-R ist ein Open-Access-Verfahren und in verschiedenen Sprachversionen verfügbar (<https://www.kindl.org/deutsch/sprachversionen/>; zuletzt geprüft am 24.06.2021). Es liegen Normen für unterschiedliche Einschätzungsversionen des KINDL-R vor (Ravens-Sieberer, Ellert & Erhart, 2007). In einer deskriptiven Bewertung der psychometrischen Eigenschaften erfüllt der KINDL-R die Mehrzahl der untersuchten Kriterien zufriedenstellend, wobei nicht alle Altersversionen untersucht wurden und keine metaanalytische Datenaggregation vorgenommen wurde (Hullmann, Ryan, Ramsey, Chaney & Mullins, 2011).

Ziel der Untersuchung in dieser Arbeit ist eine Bewertung vorliegender Befunde der deutschsprachigen Versionen des SDQ und KINDL-R, als für die Psy-BaDo-PTM-KiJu wesentliche Instrumente zur Outcome-Messung. Die Evaluation erfolgt entlang der Kriterien eines von der DKPM empfohlenen Bewertungsschema für psychodiagnostische Instrumente. Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf den DKPM-Oberkategorien der Reliabilität, Validität und der Normierung (Referenzgruppen). Ausgehend von einer systematischen Literaturrecherche sollen die als relevant identifizierten Befunde – wo möglich – metaanalytisch zusammengefasst werden.

## 4.1 Material und Methode

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen der Evaluation der psychometrischen Eigenschaften des SDQ und KINDL-R beschrieben. Zusätzlich zu SDQ und KINDL-R werden Instrumente kurz dargestellt, die in den als relevant identifizierten Studien als Außenkriterium gewählt wurden.

### 4.1.1 Messinstrumente

Der *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) umfasst insgesamt 25 Items. Je fünf likert-skalierte Items bilden eine Skala (0 = *nicht zutreffend*, 1 = *teilweise zutreffend*, 2 = *eindeutig zutreffend*). Die Skalen *Emotionale Probleme* (EP), *Verhaltensprobleme* (VP), *Hyperaktivi-*

*tät/Unaufmerksamkeit* (HYP) und *Probleme mit Gleichaltrigen* (PG) erfassen psychopathologisch relevante Merkmale. Die Skala *Prosoziales Verhalten* (ProSoz) erfasst Kompetenzen. Die Berechnung eines Gesamtwerts ist durch die Aufsummierung der Items der Symptomskalen möglich. Die Beurteilungsversionen entsprechen sich in ihrer Struktur. Die Items sind inhaltsäquivalent, unterscheiden sich aber durch ihre Formulierung oder dem Kontextbezug.

Mit dem *Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* (KINDL-R) wird die HRQoL entlang von sechs Dimensionen erfasst (*Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde, Schule/Funktionsfähigkeit im Alltag*). Vier likert-skalierte Items bilden eine Skala und erfragen die erlebte Häufigkeit eines Merkmals für die vergangenen sieben Tage (1 = *nie*, 2 = *selten*, 3 = *manchmal*, 4 = *oft*, 5 = *immer*). Die Items und Skalen der verschiedenen Fassungen der Selbst- und Elterneinschätzung sind inhaltäquivalent. Elf Items sind invers zur HRQoL formuliert und werden für die Auswertung umgepolt. Für die Interpretation werden die Skalenwerte auf eine Skala von 0 bis 100 transformiert, höhere Werte stehen für eine höhere HRQoL.

Die *Child Behavior Checklist* (CBCL) wurde ursprünglich von Achenbach (1991) entwickelt und liegt in verschiedenen Sprachversionen vor. Eine aktuelle revidierte Version der deutschsprachigen CBCL-Version wurde von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist in Anlehnung an Achenbach erarbeitet (Döpfner, Plück & Kinnen, 2014). Die CBCL ermöglicht die Erfassung von Emotionalen- und Verhaltensauffälligkeiten sowie von sozialen Kompetenzen und Problemen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren. Kernstück ist die CBCL-Elterneinschätzung aus der die Selbst- und Lehrereinschätzungen (YSR, TRF) abgeleitet wurden. Eine Selbsteinschätzung ist mit der YSR ab 11 Jahren möglich. Die CBCL erhebt psychische Symptome mit acht Skalen. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer dreistufigen Likert-Skala (0 = *nicht zutreffend*, 1 = *etwas oder manchmal zutreffend*, 2 = *genau oder häufig zutreffend*).

Beim *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder* (VBV 3-6) handelt es sich um ein Screening-Verfahren für Verhaltensauffälligkeiten und soziale Kompetenzen im Kindergartenalter (Döpfner, Berner, Breuer, Fleischmann & Schmidt, 2018). In der Elternversion werden Verhaltensauffälligkeiten mit 53 Items erfasst. Die Erzieherversion erhebt Verhaltensauffälligkeiten mit 93 Items. Internalisierende Probleme werden auf einer Skala erfasst, externalisierende Verhaltensauffälligkeiten werden entlang von zwei Skalen beschrieben, soziale Kompetenzen werden mit einer Skala erfasst. Die likert-skalierten Items umfassen fünf Antwortkategorien und

beziehen sich auf die Häufigkeit des erfragten Merkmals innerhalb der letzten vier Wochen (*0 = nie, 1 = einmal pro Woche, 2 = mehrmals pro Woche, 3 = täglich, 4 = mehrmals täglich*).

Der KIDSCREEN-52 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) ist ein international entwickeltes Instrument zur Erfassung der HRQoL bei Kindern und Jugendlichen von 8 bis 18 Jahren. Das Instrument liegt in drei unterschiedlichen Versionen für die Selbst- und Fremdeinschätzung vor, wobei der KIDSCREEN-52 die umfassendste Einschätzung ermöglicht. Die HRQoL wird im KIDSCREEN-52 auf zehn Dimensionen erhoben. Die Beantwortung der Items erfolgt durch likert-skalierte Items (*0 = nie, 1 = selten, 2 = etwas, 3 = oft, 4 = immer*) und bezieht sich auf den Zeitraum der vergangenen Woche.

#### **4.1.2 Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche**

Beide Instrumente (SDQ, KINDL-R) sind Open-Access Verfahren. Angaben zu wesentlichen psychometrischen Eigenschaften finden sich auf den Websites der Instrumente. Für eine umfassende Bewertung wurde eine systematische Literaturrecherche mit dem Ziel durchgeführt, relevante Befunde der deutschsprachigen Versionen beider Instrumente zu identifizieren. Es sollten diejenigen Studien in die Bewertung einfließen, die mindestens eine Bewertungskategorie des DKPM-Kriterienkatalogs ansprachen (z.B. faktorielle Validität als Teil der Konstruktvalidität). Aus den gefundenen Publikationen sollte eindeutig das Ziel der Untersuchung psychometrischer Eigenschaften hervorgehen, wobei alleinige Angaben zur Reliabilität für einen Einschluss nicht ausreichend waren. Für den SDQ konnte über die Homepage des Instruments auf eine Suchmaske zurückgegriffen werden, die eine Spezifikation entlang der Einschlusskriterien ermöglichte. Da die Suche auf Publikationen bis 2019 limitiert war, wurde zusätzlich eine „vorwärtsgerichtete“ Referenzsuche (Web of Science via isiknowledge) mit als relevant identifizieren SDQ-Studien ab 2017 durchgeführt.

Im Fall des KINDL-R wurde zunächst auf das Manual und die auf der Homepage angeführten Studien zur Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften zurückgegriffen. Anschließend erfolgte eine umfassendere Recherche auf folgenden Datenbanken: MEDLINE (via OvidSP), PsyINFO und PSYINDEX (via Embase) und Web of Science (via isiknowledge). Eine Übersicht über die gesetzten Zeitlimitationen und Anzahl der gefundenen Quellen ist Tabelle 4.2 zu entnehmen. Die Suchstrategie wurde entlang eines von Terwee, Jansma, Riphagen und de Vet (2009) vorgeschlagenen Algorithmus und Suchfilters zur Identifikation psychometrischer Studien konzipiert. Konkret wurden Adaptionen der Suchfilter für verschiedene Datenbankanbie-

ter verwendet, die auf der COSMIN-Homepage (<https://www.cosmin.nl/tools/pubmed-search-filters/>; zuletzt geprüft am 09.07.2021) abrufbar sind. Die Suchstrategien für die durchsuchten Datenbanken sind im Anhang C (Abbildung C.1, Tabelle C.1 und Tabelle C.2) aufgeführt.

### 4.1.3 Studienauswahl

Es wurde beurteilt, ob Titel und Abstract die Einschlusskriterien erfüllten. Bei Unklarheiten wurde der Volltext herangezogen. Studien wurden dann ausgeschlossen, wenn sie primär ein anderes Instrument untersuchten z.B., wenn SDQ oder KINDL-R als Außenkriterien zur Untersuchung der konvergenten oder diskriminanten Validität eines anderen psychodiagnostischen Verfahrens herangezogen wurden. Bezogen sich Publikationen auf andere klinische Gruppen als psychische Störungen (Kapitel F des ICD-10), wurden sie von der weiteren Untersuchung ausgeschlossen. Da im Rahmen von QS-Maßnahmen die Instrumente für alle Patienten eingesetzt werden, wurden Studien ausgeschlossen, die sich auf ein spezifisches psychisches Störungsbild bezogen. Systematische Reviews, die sich nicht ausschließlich auf deutsche Sprachversionen des SDQ oder KINDL-R bezogen, wurden ausgeschlossen, stellten aber wichtige Hintergrundliteratur dar.

### 4.1.4 Datenextraktion

In einem ersten Schritt wurde das DKPM-Bewertungsschema in ein Literaturverwaltungsprogramm übernommen und Fundstellen zusammen mit den Studien getrennt für SDQ und KINDL-R den jeweiligen Domänen zugewiesen. Zeigte sich für bestimmte Domänen eine metaanalytische Datenaggregation als geeignet, wurden die psychometrischen Parameter zusammen mit ihrer Referenzquelle, der Altersspanne und dem Stichprobenumfang in ein Excel-Sheet für die weitere Datenauswertung übernommen.

### 4.1.5 Statistische Analyse

Die metaanalytische Zusammenfassung psychometrischer Parameter erfolgte – unter Heterogenitätsannahme zwischen den Studien – mit einem Random Effects-Modell. Die Gewichtung der aggregierten Parameter und die Berechnung der 95 %-igen Konfidenzintervalle basierte auf der invertierten Varianz der Studien, wobei der Heterogenitätsparameter ( $\tau^2$ ) nach Hedges und Vevea (1998, z.n. Rodriguez & Maeda, 2006) verwendet wurde. Die Heterogenität zwischen den Studien wurde mittels Homogenitätstest (Cochranes  $Q$ , Hoaglin, 2016) und über den prozentualen Anteil ( $I^2$ , Higgins & Thompson, 2002) erfasst. Zur Einschätzung des Publikations-

Bias der gepoolten  $\alpha$ -Werte und Korrelationen wurde Orwins Fail-Safe- $N$  berechnet. Zusätzlich erfolgte eine Einschätzung über den Trim-and-Fill Ansatz (Duval & Tweedie, 2000). Die metaanalytischen Berechnungen wurden mit R (R Core Team, 2020; Version 4.0.0) durchgeführt. Die Aggregation der internen Konsistenzen als Maß für die Reliabilität erfolgte mit dem metafor-Package (Viechtbauer, 2010; Version 2.5-101), sämtliche anderen Effektstärkenmaße wurden mit dem meta-Package (Balduzzi, Rucker & Schwarzer, 2019; Version 4.18-1) berechnet.

Die in den Studien berichteten Werte für Cronbachs  $\alpha$  wurden in Anlehnung an Greco, O'Boyle, Cockburn und Yuan (2018) getrennt nach Beurteilungsversion für jede Subskala zusammengefasst. Ein akzeptables  $\alpha$  lag bei  $\geq .70$  vor, bei einem  $\alpha$  zwischen  $.60$  und  $.69$  war das Kriterium der Reliabilität noch ausreichend erfüllt (Glaesmer et al., 2015). Korrelationen wurden für die Aggregation in Fisher-Z-Werte transformiert und nach der Zusammenfassung wieder in Korrelationskoeffizienten umgerechnet (Schwacher Zusammenhang:  $r = .10$ , Mittlerer Zusammenhang:  $r = .30$ , Starker Zusammenhang:  $r = .50$ ; Sedlmeier & Renkewitz, 2013). Als Effektstärkemaß für Mittelwertsunterschiede wurde Hedges  $g$  gewählt, die Effektstärken der Studien wurden im Vorfeld der Aggregation entsprechend transformiert (Kleiner Effekt:  $g = |0.20|$ , Mittlerer Effekt:  $g = |0.50|$ , Großer Effekt:  $g = |0.80|$ ). Zur Beurteilung der faktoriellen Struktur der Instrumente wurden die Faktorladungen der Explorativen Faktorenanalysen (EFA) auf den ihnen theoretisch zugeordneten Skalen der Höhe nach kategorisiert (niedrig:  $< .40$ , medium:  $.40$ -. $70$ , hoch:  $> .70$ ). Waren Ladungen nicht angegeben, weil sie z.B. unter einen bestimmten Grenzwert fielen, wurden diese mit  $\lambda = .29$  übertragen. Faktorladungen, als Korrelation einer manifesten Variablen mit ihrem Faktor (Bortz & Schuster, 2010), wurden in der Aggregation als Korrelationskoeffizienten wie oben beschrieben gewichtet. Lagen Ergebnisse zu Konfirmatorischen Faktorenanalysen vor, wurden zur Beurteilung der Modellanpassung deskriptive Fit-Statistiken herangezogen. Es galten folgende Schwellenwerte (Brown, 2015) : Guter Modellfit: *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA)  $\leq .05$ , , *Comparative Fit Index/ Tucker-Lewis Index* (CFI /TFI)  $\geq .95$ .; Akzeptabler Modell-Fit: RMSEA  $\leq .08$ , CFI/TLI  $\geq .90$ , SRMR  $\leq .10$ . Für den SDQ wurden in einigen Studien *Receiver Operating Characteristic* Analysen (ROC) zur Evaluation der Kriteriumsvalidität durchgeführt, wobei die *Area Under the Curve* (AUC) als Kriterium für Spezifität und Sensitivität angegeben wurde. In der vorliegenden Untersuchung wurden AUC-Werte  $> .70$  als Hinweis für eine ausreichend gute Diskrimination gesehen (Prinsen et al., 2018).

## 4.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Tabelle 4.2 zeigt die Dokumentation der Suche nach Befunden zu den psychometrischen der deutschsprachigen SDQ und KINDL-R Versionen. Die Studienselektion, Charakteristika eingeschlossener Studien und die Bewertung der psychometrischen Eigenschaften werden im Folgenden separat für jedes Instrument aufgeführt.

Tabelle 4.2

*Dokumentation der Datenbankrecherche nach Befunden zu psychometrischen Eigenschaften des SDQ und KINDL-R*

Datenbank (Anbieter)	Suchdatum	Zeitraum	Anzahl Zitate
SDQ spezifische Datenbank (via <a href="https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/f0.py">https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/f0.py</a> )	18.12.2020	bis 17.04.2019	33
MEDLINE (via OvidSP, nur KINDL-R) <sup>a</sup>	21.12.2020	unbegrenzt	219
PsycINFO und PSYINDEX (via EBSCO, nur KINDL-R)	22.12.2020	unbegrenzt	20
Web of Science (via isiknowledge) <sup>b</sup>	KINDL-R	2009 bis	67
	22.12.2020	22.12.2020	
	SDQ	2017 bis	52
18.06.2021	18.06.2021		
Handrecherche (nur KINDL-R)	22.12.2020	unbegrenzt	1
Gesamt (inkl. Duplikate)			392
Gesamt (ohne Duplikate)			361

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> Das Hinzufügen des Psychometrie-Filters nach Kombination des Instrumenten-Filters mit Konstrukt- und Population-Filter trug unter MEDLINE zu keiner weiteren Spezifikation der Suchergebnisse bei.

<sup>b</sup> Die Suche auf dieser Datenbank war als vorwärtsgerichtete Recherche konzipiert. Als Referenzquelle für den KINDL-R wurde Erhart, Ellert, Kurth und Ravens-Sieberer (2009) gewählt. Als Referenzquelle für den SDQ wurden als relevant identifizierte Publikationen ab 2017 gewählt (Becker et al., 2018; Kuhn et al., 2017; Rogge, Koglin & Petermann, 2018; Rogge, Speck et al., 2018).

Über die auf der SDQ-Homepage bereitgestellte Suchmaske (Abbildung C.1) konnten insgesamt 33 Treffer identifiziert werden. Die vorwärtsgerichtete Referenzsuche zu SDQ-Publikationen ab 2017 ergab 52 Treffer. Nach Selektion anhand von Titel und Abstract (ggf. Volltext) gingen insgesamt 18 Studien in die Bewertung ein. Tabelle 4.3 zeigt einen Überblick der wesentlichen Charakteristika und untersuchten psychometrischen Parameter eingeschlossener SDQ-Studien.

Einige Studien, die den Einsatz der Instrumente im epidemiologischen Kontext untersuchten, enthielten Befunde über Alters-, Geschlechts- oder Bildungseffekte auf die Ausprägungen der Skalenwerte. Da diese Aspekte für klinische Fragestellungen als nachrangig betrachtet werden

konnten und keine DKPM-Bewertungskriterien darstellten, wurden sie in den weiteren Analysen nicht berücksichtigt.

Tabelle 4.3

*In die Analyse eingeschlossene Studien über die psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen SDQ-Versionen*

Nr.	Studie	N	Alter (Jahre)	Beurteilungsversion	Untersuchte Psychometrische Eigenschaften	Stichprobe
1	Altendorfer-Kling, Ardel-Gattinger und Thun-Hohenstein (2007)	2 529	11-18	Selbsteinschätzung	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (EFA)	Allgemeinbevölkerung
2	Becker, Hagenberg, Roessner, Woerner und Rothenberger (2004)	214	11-17	Selbsteinschätzung	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (EFA) Interrater Reliabilität (Selbst-, Eltern-, u. Lehrereinschätzung) Kriteriumsvalidität (ROC-Analyse) Prädiktive Validität	Klinische Stichprobe
3	Becker, Worner, Hasselhorn, Banaschewski und Rothenberger (2004)	543	5-17	Eltern-/Lehrereinschätzung	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (EFA) Konvergente Validität (Korrelation SDQ-CBCL) Kriteriumsvalidität (ROC-Analyse)	Klinische Stichprobe
4	Becker et al. (2018)	6 726	11-17	Selbsteinschätzung	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ & McDonalds $\omega$ ) Faktorenstruktur (CFA) Referenzgruppen (Normierung)	Bevölkerungsrepräsentative Stichprobe
5	Bettge, Ravens-Sieberer, Wietzker und Hölling (2002)	414	6-17	Selbst- und Elterneinschätzung	Akzeptanz des Instruments Kriteriumsvalidität	Allgemeinbevölkerung
6	Klasen et al. (2000)	273	4-16	Selbsteinschätzung (12-17 Jahre, $n = 110$ ); Elterneinschätzung (4-16 Jahre, $n = 237$ )	Konvergente Validität (Korrelation SDQ-CBCL) Interrater Reliabilität (Selbst- u. Elterneinschätzung) Kriteriumsvalidität (ROC-Analyse)	Allgemeinbevölkerung und klinische Stichprobe
7	Klein, Otto, Fuchs, Zenger und Klitzing (2012)	1 738	3-5	Elterneinschätzung	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (EFA) Faktorenstruktur (CFA)	Allgemeinbevölkerung
8	Koglin, Barquero, Mayer, Scheithauer und Petermann (2007)	654	3-5	Lehrer-/Erziehereinschätzung	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (EFA) Referenzgruppen (Normierung)	Allgemeinbevölkerung
9	Kuhn et al. (2017)	338	11-17	Selbst-/Elterneinschätzung	Kriteriumsvalidität (ROC-Analyse) Prädiktive Validität	Allgemeinbevölkerung und

Nr.	Studie	N	Alter (Jahre)	Beurteilungs- version	Untersuchte Psychometrische Ei- genschaften	Stichprobe
						klinische Stichprobe
10	Kulawiak, Wilbert, Schlack & Boernert-Ringleb, 2020	4 642	11-17	Selbsteinschätzung	Faktorenstruktur (CFA) Kriteriumsvalidität 3-Faktoren vs. 5-Faktoren-Modell Diskriminante Validität	Allgemeinbevölkerung
11	Lohbeck et al. (2015)	1 501	11-16	Selbsteinschätzung	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (EFA) Faktorenstruktur (CFA) Referenzgruppen (Normierung)	Allgemeinbevölkerung
12	Petermann, Petermann und Schreyer (2010)	282	3-5	Lehrereinschätzung	Diskriminante Validität Konvergente Validität (Korrelation SDQ-VBV)	Allgemeinbevölkerung
13	Rogge, Koglin und Petermann (2018)	1 057	3-6	Eltern-/Lehrereinschätzung	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (CFA) Messinvarianz zwischen Eltern- u. Lehrereinschätzung <sup>a</sup>	Allgemeinbevölkerung
14	Rogge und Speck et al. (2018)	4 648	11-17	Selbst-/Elterneinschätzung	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ & McDonalds $\omega$ ) Faktorenstruktur (CFA) Messinvarianz zwischen Selbst- u. Elterneinschätzung <sup>a</sup>	Allgemeinbevölkerung
15	Rothenberger, Becker, Erhart, Wille und Ravens-Sieberer (2008)	2 406	7-16	Elterneinschätzung	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (EFA) Faktorenstruktur (CFA) Referenzgruppen (Normierung)	Bevölkerungsrepräsentative Stichprobe
16	Saile (2007)	642	9-14	Lehrereinschätzung	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (EFA)	Allgemeinbevölkerung
17	Woerner et al. (2002) <sup>a</sup>	930	6-16	Elternversion	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (EFA) Referenzgruppen (Normierung)	Bevölkerungsrepräsentative Stichprobe
18	Woerner et al. (2004) <sup>a</sup>	930	6-16	Elternversion	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (EFA) Known Groups Validität Referenzgruppen (Normierung)	Bevölkerungsrepräsentative Stichprobe

*Anmerkungen.* In der Untersuchung der konvergenten Validität musste aufgrund der Daten zwischen zwei Ansätzen unterschieden werden: a) Korrelation des SDQ mit einem konstruktähnlichen Verfahren (i.d.R. CBCL), b) Übereinstimmung unterschiedlicher Beurteilungsversionen (wobei in keiner der Studien Multi-Trait- Multi-Method Ansätze angewandt wurden).

EFA: Explorative Faktorenanalyse, CFA: Konfirmatorische Faktorenanalyse

CBCL: Child-Behavior-Checklist (Döpfner et al., 2014), VBV: Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (3-6 Jahre; Döpfner et al., 2018)

<sup>a</sup> Die Befunde beziehen sich auf dieselbe Stichprobe. Die Untersuchung überlappender Bewertungsdomänen erfolgte anhand von Woerner et al. (2002).

Abbildung 4.1 zeigt den Auswahlprozess eingeschlossener Studien für den KINDL-R. Insgesamt erfüllten acht Publikationen die Einschlusskriterien. Eine Beschreibung der Charakteristika und untersuchten psychometrischen Eigenschaften der relevanten KINDL-R Publikationen ist in Tabelle 4.4 aufgeführt.

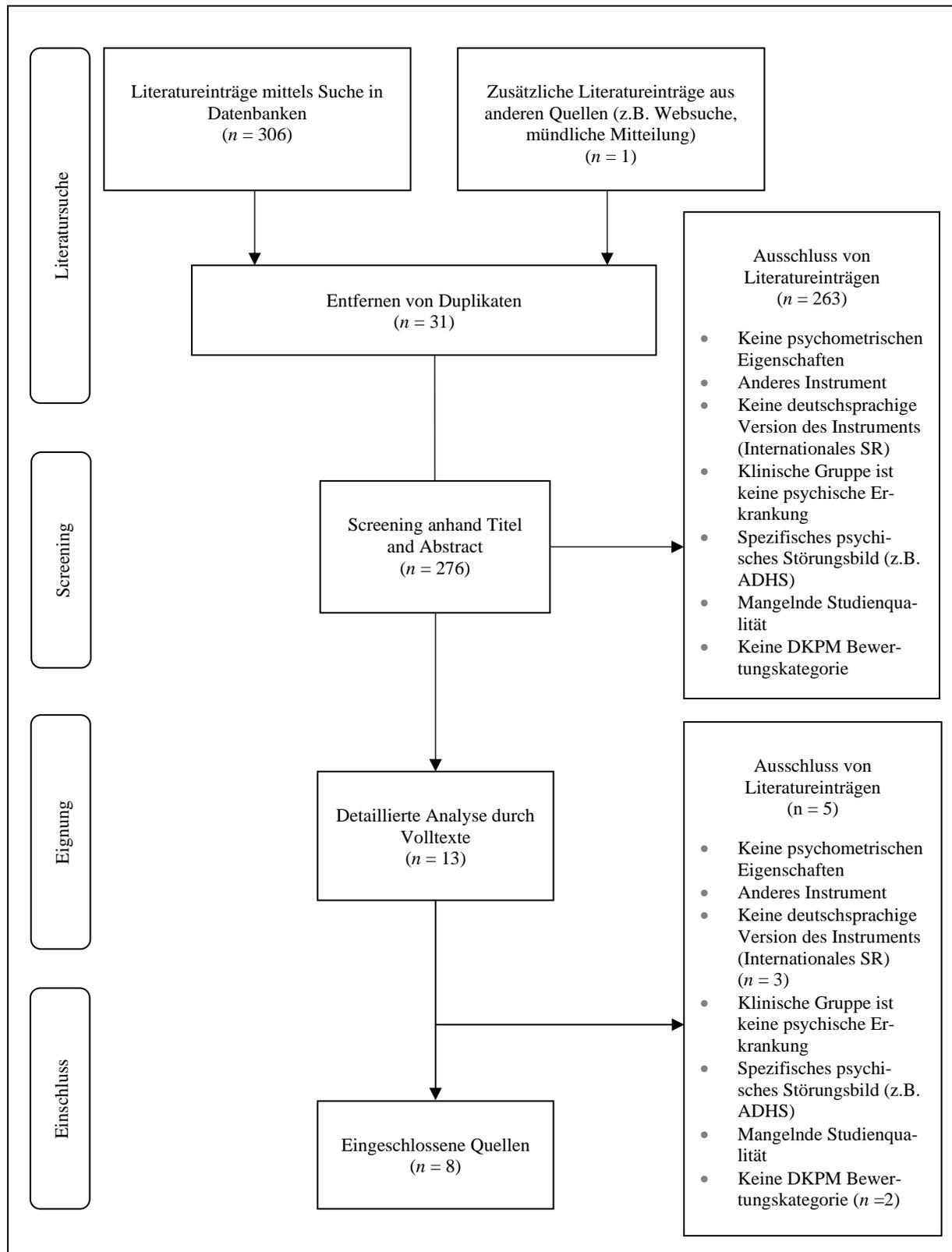


Abbildung 4.1. Literatursuchprozess zu Befunden psychometrischer Eigenschaften des KINDL-R (Prisma-Flow-Diagramm)

Tabelle 4.4

*In die Analyse eingeschlossene Studien über die psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen KINDL-R-Versionen*

Nr.	Studie	N	Alter (Jahre)	Beurteilungsversion	Untersuchte Psychometrische Eigenschaften	Stichprobe
1	Arnhold-Kerri (2010)	1 443	4-12	Kid-KINDL (Selbsteinschätzung, 8-12 Jahre, $n = 716$ ), Kiddy-KINDL (Elterneinschätzung, 4-7 Jahre, $n = 727$ )	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Akzeptanz des Instruments Diskriminante Validität (Korrelation KINDL und CBCL) Known Groups Validität Veränderungssensitivität	Stationäre Vorsorge- und Rehabilitations- einrichtungen für Mütter und Kinder
2	Bullinger, Brütt, Erhart und Ravens-Sieberer (2008)	1 698	11-17	Kid-KINDL/Kiddo-KINDL (Selbsteinschätzung)	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (MAP-Analyse) Interrater-Reliabilität (Selbst- und Elterneinschätzung) Konvergente Validität (Korrelation KINDL und KIDSCREEN-52) Known Groups Validität	Bevölkerungs- repräsentative Stichprobe
3	Erhart, Ellert, Kurth und Ravens-Sieberer (2009)	6 813	11-17	Kid-KINDL/Kiddo-KINDL/KINDL-R (Selbst-/Fremdeinschätzung)	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (CFA) Messinvarianz zwischen Selbst- u. Elterneinschätzung Diskriminante Validität (Korrelation KINDL und SDQ)	Bevölkerungs- repräsentative Stichprobe
4	Harstick-Koll et al. (2009)	414	4-6	Kiddy-KINDL (Selbsteinschätzung-Interview)	Akzeptanz des Instruments Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (EFA) Diskriminante Validität (Korrelation KINDL und CBCL) Known Groups Validität	Allgemeinbevölkerung
5	Ravens-Sieberer et al. (2007)	14 836	3-17	Kid-KINDL/Kiddo-KINDL (Selbsteinschätzung, 11-17 Jahre, $n = 6 813$ ), KINDL-R (Elterneinschätzung, 3-17 Jahre, $n = 14 836$ )	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (MAP-Analyse) Known Groups Validität Referenzgruppen (Normierung)	Bevölkerungs- repräsentative Stichprobe
6	Ravens-Sieberer, Erhart, Wille und Bullinger (2008)	4 563	7-17	Kid-KINDL/Kiddo-KINDL (Selbsteinschätzung, 11-17 Jahre, $n = 1 700$ ), KINDL-R (Elterneinschätzung, 7-17 Jahre, $n = 2 863$ )	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (MAP-Analyse) Known Groups Validität Referenzgruppen (Normierung)	Bevölkerungs- repräsentative Stichprobe

Nr. Studie	<i>N</i>	Alter (Jahre)	Beurteilungsversion	Untersuchte Psychometrische Eigenschaften	Stichprobe
7 Ravens-Sieberer und Bullinger (2000)	1 814	k.A.	Kid-KINDL/Kiddo-KINDL (Selbsteinschätzung, <i>n</i> = 915), KINDL-R (Elterneinschätzung, <i>n</i> = 899)	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (MAP-Analyse) Konvergente Validität (Korrelation KINDL-R mit unterschiedlichen HRQoL-Instrumenten) Referenzgruppen (Normierung)	Stichprobe bundesweiter Rehabilitationseinrichtungen
8 Villalonga-Olives et al. (2015)	317	3-5	Kiddy-KINDL (Selbsteinschätzung-Interview)	Reliabilität (Cronbachs $\alpha$ ) Faktorenstruktur (CFA) Known Groups Validität	Allgemeinbevölkerung

*Anmerkungen.* EFA: Explorative Faktorenanalyse, CFA: Konfirmatorische Faktorenanalyse, MAP-Analyse: Multitrait Analysis Program des New England

Medical Center der Tufts Universität in Boston (Hays, Toshi Hayashi, Sally Carson & John E. Ware, 1988)

CBCL: Child-Behavior-Checklist (Döpfner et al., 2014), SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997)

### 4.3 Ergebnisse der Untersuchung psychometrischer Eigenschaften des SDQ

#### 4.3.1 Interne Konsistenz und Interrater-Reliabilität des SDQ

In Tabelle 4.5 sind die gepoolten internen Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) abgetragen. Die  $\alpha$ -Werte der Selbsteinschätzungsversion fielen im Vergleich zu Eltern- und Lehrereinschätzung niedriger aus. Unter Berücksichtigung der 95%-igen Konfidenzintervalle erreichte in der Selbsteinschätzung lediglich der Gesamtproblemwert mit  $\alpha = .76$  zufriedenstellende Werte. In der Elterneinschätzungsversion zeigte die Skala *Hyperaktivität* zusammen mit dem Gesamtproblemwert adäquate Reliabilitätswerte. Die Version der Lehrereinschätzung erreichte auf allen Subskalen ein  $\alpha > .70$ . In der Inspektion der Forest-Plots (nicht dargestellt) ergaben sich für den SDQ-Gesamtwert und die Skala *Emotionale Probleme* in der Elterneinschätzung Hinweise auf Abhängigkeiten der  $\alpha$ -Werte vom Alter der Kinder/Jugendlichen. Kinder im Alter zwischen drei und sechs Jahren zeigten auf diesen SDQ-Skalen deutlich niedrigere  $\alpha$ -Werte als ältere Kinder/Jugendliche. In der Lehrer-/Erziehereinschätzung ergaben sich keine Hinweise auf diese Abhängigkeit.

Tabelle 4.5

*Gepoolte Cronbachs  $\alpha$  Werte für die SDQ-Beurteilungsversionen (Selbst-, Eltern-, Lehrereinschätzung)*

	$M_w$ Cronbachs- $\alpha$	95 % KI Cronbachs $\alpha$	$Q$	$I^2$	Orwins $N$
SDQ-Selbsteinschätzung ( $N = 11005$ , $k = 4$ , Alter: 11-17 Jahre)					
Emotionale Probleme	.68	[.61, .75]	78.25***	97.58	2
Verhaltensauffälligkeiten	.49	[.40, .57]	48.50***	95.46	0
Hyperaktivität	.65	[.64, .66]	3.43	0.00	2
Probleme mit Gleichaltrigen	.57	[.50, .63]	58.37***	95.27	1
Prosoziales Verhalten <sup>a</sup>	.67	[.55, .78]	55.24***	97.71	1
Gesamtproblemwert <sup>a</sup>	.76	[.74, .78]	10.63**	72.95	2
SDQ-Elterneinschätzung ( $N = 11536$ , $k = 7$ , Alter: 3-17 Jahre)					
Emotionale Probleme	.67	[.64, .71]	46.90***	90.18	3
Verhaltensauffälligkeiten	.63	[.56, .70]	149.76***	96.95	2
Hyperaktivität	.79	[.78, .80]	12.97*	75.94	5
Probleme mit Gleichaltrigen	.65	[.59, .71]	113.57***	96.65	3
Prosoziales Verhalten	.68	[.64, .72]	65.68***	92.80	3
Gesamtproblemwert	.81	[.80, .82]	18.20**	65.60	5
SDQ-Lehrereinschätzung ( $N = 3110$ , $k = 5$ , Alter: 3-17 Jahre)					
Emotionale Probleme	.77	[.76, .78]	2.54	0.00	3
Verhaltensauffälligkeiten	.73	[.72, .75]	4.95	8.57	3
Hyperaktivität	.85	[.84, .87]	11.97*	71.16	4
Probleme mit Gleichaltrigen	.75	[.73, .77]	8.81	31.79	3
Prosoziales Verhalten	.83	[.82, .85]	12.83**	64.96	4
Gesamtproblemwert	.84	[.83, .86]	11.18*	70.49	4

*Anmerkungen.*  $M_w$ : Gewichtetes Cronbachs  $\alpha$  [Random Effect-Modell,  $\omega_i = 1/(\tau^2 + v^2)$ ,  $\tau^2$  wurde nach Hedges & Vervae (1998, z.n. Rodriguez & Maeda, 2006) berechnet].  $Q$ : Homogenitätstest,  $I^2$ : Prozentualer Anteil der Heterogenität, Orwins  $N$  = Fail-Safe  $N$  berechnet nach Orwin zur Einschätzung des Publikationsbias.

<sup>a</sup> Die Berechnung der gepoolten  $\alpha$ -Werte basierte auf  $k = 3$  Studien

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

Der Homogenitätstest (Cochrans  $Q$ ) wurde für die überwiegende Mehrzahl der Skalen signifikant, was aufgrund der geringen Studienanzahl und einer damit verbundenen geringen Teststärke für die Heterogenität der eingeschlossenen Studien spricht. Dieser Eindruck wird durch  $I^2$  unterstützt. Die Einschätzung des Publikations-Bias über Orwins Faile-Safe  $N$  spricht zunächst für eine Verzerrung der gepoolten Ergebnisse. Unter Anwendung des Trim-und-Fill Ansatzes entsprachen die um den Publikations-Bias bereinigten Mittelwerte den in Tabelle 4.5 angegebenen gepoolten Mittelwerten, auch die Konfidenzintervalle überschritten sich weitest-

gehend. Dies spricht insgesamt für eine ausreichend valide Schätzung der gewichteten Reliabilitätsmittelwerte.

Die Interrater-Reliabilität, gemessen über die Korrelationen der unterschiedlichen Beurteilungsversionen, lag für die Selbst- und Elterneinschätzung im mittleren Bereich, was für eine akzeptable Inter-Rater Reliabilität spricht (Tabelle 4.6). Die Korrelationen der Subskalen zwischen Selbst- und Lehrereinschätzung wurden in einer Studie untersucht (Becker, Hagenberg et al., 2004) und lagen mit  $r = .27-.50$  auf einem mittleren Niveau. Die Skala *Verhaltensprobleme* zeigte mit  $r = .50$  die höchsten Korrelationen. Wegen des geringen Stichprobenumfangs ( $k = 2$ ) konnten für die gepoolten Korrelationen der Inter-Rater-Reliabilität zwischen Selbst- und Elterneinschätzung keine via Trim-and-Fill Ansatz korrigierten Korrelationen berechnet werden. Orwins  $N$  gibt Hinweise darauf, dass die gepoolten Korrelationen verzerrt sein könnten.

Tabelle 4.6

*Interrater-Reliabilität der SDQ Selbst-/Elterneinschätzung (N = 234, k = 2, Alter: 11-17 Jahre)*

	$M_w$ $r$	95 % KI $r$	$Q$	$I^2$	Orwins $N$
Emotionale Probleme	.46	[.13, .69]	7.70**	87	2
Verhaltensauffälligkeiten	.44	[.28, .58]	1.96	49	2
Hyperaktivität	.55	[.32, .71]	4.46*	78.5	3
Probleme mit Gleichaltrigen	.57	[.48, .65]	0.00	0.00	3
Gesamtproblemwert	.50	[.27, .68]	4.49*	77.8	2

### 4.3.2 Untersuchung der faktoriellen Validität des SDQ

Von den  $k = 18$  als relevant erachteten Studien, untersuchten  $k = 13$  (72 %) die faktorielle Struktur des SDQ (Studien zur Messinvarianz paralleler Versionen des Instruments wurden einfach gezählt; Becker, Worner et al., 2004; Rogge, Koglin & Petermann, 2018; Rogge, Speck et al., 2018). Die Charakteristika derjenigen Studien, in denen die faktorielle Struktur des SDQ untersucht wurde, sind in Tabelle C.3 abgetragen. Die überwiegende Mehrzahl der Publikationen zeigte ein  $N : p$ -ratio  $\geq 7$ , keine der Stichproben fiel unter  $N = 100$ , womit von ausreichend großen Stichproben für Faktorenanalysen auszugehen ist (Prinsen et al., 2018). Lediglich zwei Studien (Becker, Hagenberg et al., 2004; Becker, Worner et al., 2004) untersuchten die faktorielle Struktur in Populationen psychisch kranker Kinder. Die Untersuchung der faktoriellen Struktur erfolgte in  $k = 6$  Studien (33 %) ausschließlich durch EFAs, in  $k = 3$  Studien (17 %)

ausschließlich durch CFAs, und in  $k = 4$  Studien (33 %) wurde eine Kombination aus EFA und CFA durchgeführt.

Aufgrund bisheriger Befunde über die Faktorenstruktur des SDQ werden aktuell zwei konkurrierende Modelle (drei-faktorielles vs. fünf-faktorielles Modell) näher in Betracht gezogen (für eine Übersicht siehe z.B. Lohbeck et al., 2015; Stone et al., 2010). Die fünf-faktorielle Struktur entspricht der von Goodman (1997) ursprünglich postulierten Faktorenstruktur und wurde in allen der  $k = 13$  Publikationen untersucht. Vier Publikationen (Klein et al., 2012; Kulawiak et al., 2020; Lohbeck et al., 2015; Rogge, Koglin & Petermann, 2018) untersuchten beide Modelle. Zwar konnte in EFAs für die Elterneinschätzung die drei-faktorielle Struktur ebenso wie die fünf-faktorielle Struktur repliziert werden (Klein et al., 2012). In den CFAs zeigten die Fünffaktoren-Modelle unabhängig von der Einschätzungsversionen aber die adäquatere Modellanpassung.

Die aggregierten Faktorladungen der SDQ-Items auf den ihnen theoretisch zugeordneten Skalen sind in Tabelle 4.7 abgetragen. Die fünf-faktoriellen Modelle zeigten in den EFAs im Durchschnitt eine akzeptable Varianzaufklärung, wobei die Ergebnisse aufgrund identischer Methodik (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) gut vergleichbar sind (Selbsteinschätzung:  $M = 44.27\%$  (Range = 39.9 % - 51.4 %), Elterneinschätzung:  $M = 48.77\%$  (Range = 46 % - 53.9 %), Lehrereinschätzung:  $M = 57.75\%$  (Range = 56.2 % - 59.14 %)). Die Ladungen liegen überwiegend im akzeptablen Bereich ( $> .40$ ), wobei die Selbsteinschätzung im Vergleich niedrigere gewichtete Faktorladungen aufwies. Auf den Skalen *Verhaltensauffälligkeiten* und *Hyperaktivität* der Selbsteinschätzung ergaben sich Faktorladungen, die auf problematische Items hinwiesen („Im Allgemeinen folgsam“ [Item 7], „Nachdenken vor Handeln“ [Item 21], „Aufgaben zu Ende führen“ [Item 25]).

Tabelle 4.7

*Absolute Häufigkeiten kategorisierter Faktorladungen und gepoolte Faktorladungen der SDQ-Items auf ihren theoretisch zugeordneten Faktoren*

Item-Nr.		Selbsteinschätzung (N = 9 255, k = 2, 11-17 Jahre)				Elterneinschätzung (N = 5074, k = 3, 3-16 Jahre)				Lehrereinschätzung (N = 1 218, k = 2, 3-14 Jahre)			
		< .40	≥.40 - < .70	≥ .70	$M_w\lambda$	< .40	≥.40 - < .70	≥ .70	$M_w\lambda$	< .40	≥.40 - < .70	≥ .70	$M_w\lambda$
	<b>Emotionale Probleme</b>												
3	Kopfschmerzen	-	2	-	.52	-	3	-	.48	-	2	-	.57
8	Viele Sorgen	-	2	-	.66	-	3	-	.67	-	-	2	.75
13	Oft unglücklich	-	2	-	.65	-	3	-	.61	-	-	2	.72
16	Nervös, anklammernd	-	2	-	.57	-	2	1	.64	-	1	1	.65
24	Viele Ängste	-	1	1	.67	-	3	-	.64	-	-	2	.77
	<b>Verhaltensauffälligkeiten</b>												
5	Wutanfälle	1	1	-	.41	-	3	-	.44	-	1	1	.69
7	Im Allgemeinen folgsam*	2	-	-	.29	1	2	-	.43	-	1	1	.45
12	Häufig Schlagen/Streit	-	2	-	.58	-	3	-	.55	-	-	2	.74
18	Häufig Lügen	-	2	-	.41	-	3	-	.60	-	2	-	.59
22	Stehlen	1	1	-	.45	-	3	-	.60	1	1	-	.33
	<b>Hyperaktivität</b>												
2	Unruhig, überaktiv	-	-	2	.76	-	-	3	.78	-	1	1	.67
10	Ständig zappelig	-	1	1	.65	-	-	3	.75	-	1	1	.64
15	Leicht ablenkbar	-	2	-	.60	-	1	2	.75	-	-	2	.78
21	Nachdenken vor Handeln*	2	-	-	.32	-	3	-	.51	-	2	-	.65
25	Aufgaben zu Ende führen*	1	1	-	.37	-	2	1	.66	-	-	2	.76
	<b>Probleme mit Gleichaltrigen</b>												
6	Einzelgänger, Alleine	-	2	-	.53	-	3	-	.61	-	1	1	.73
11	Mehrere gute Freunde haben*	1	1	-	.44	-	3	-	.60	-	-	2	.75

		Selbsteinschätzung (N = 9 255, k = 2, 11-17 Jahre)				Elterneinschätzung (N = 5074, k = 3, 3-16 Jahre)				Lehrereinschätzung (N = 1 218, k = 2, 3-14 Jahre)			
		< .40	≥.40 - < .70	≥ .70	$M_w \lambda$	< .40	≥.40 - < .70	≥ .70	$M_w \lambda$	< .40	≥.40 - < .70	≥ .70	$M_w \lambda$
14	Im Allgemeinen beliebt*	1	1	-	.42	-	3	-	.55	-	2	-	.64
19	Gehänselt werden	-	2	-	.59	1	2	-	.41	-	2	-	.45
23	Mit Erwachsenen auskommen	-	1	1	.58	-	3	-	.64	-	-	2	.73
<b>Prosoziales Verhalten</b>													
1	Rücksichtsvoll, nett sein	-	2	-	.58	-	3	-	.58	-	2	-	.60
4	Teilen	-	2	-	.52	-	3	-	.60	-	-	2	.73
9	Hilfsbereit	-	2	-	.66	-	3	-	.65	-	-	2	.78
17	Lieb zu jüngeren Kindern	-	2	-	.59	-	3	-	.55	-	1	1	.72
20	Freiwillig helfen	-	2	-	.68	-	3	-	.70	-	-	2	.79

In den CFAs zeigten die Fünf-Faktoren-Modelle gegenüber den drei-faktoriellen Modellen zwar einen im Vergleich etwas besseren Modell-Fit. Allerdings verwiesen die berichteten Fit-Indizes auf eine unbefriedigende Anpassung der Fünf-Faktoren-Struktur. Kulawiak et al. (2020) fanden keine Unterschiede zwischen drei- und fünf-faktoriellen Modellen in der Vorhersage relevanter Outcome-Parameter für den schulischen Kontext. Vor diesem Hintergrund sind die Befunde von Rogge et al. (Rogge, Koglin & Petermann; 2018) interessant. Im Zuge der Untersuchung der Messinvarianz der deutschen SDQ-Versionen wurden unterschiedliche Varianten fünf-faktorieller Modelle getestet. Es zeigte sich, dass das Zulassen korrelierender Fehlervarianzen inhaltlich ähnlicher Items in allen drei Beurteilungsversionen zu einer Verbesserung des Modell-Fit führte. Im Fall des Vergleichs der Selbst- und Elterneinschätzung konnte dadurch partielle Messinvarianz erzielt werden. Durch die zusätzliche Modellierung von Kreuzladungen ergab sich für die Eltern- und Lehrereinschätzung skalare Messinvarianz. Aufgrund eines ausreichend großen Stichprobenumfangs und der angewandten Methodik (WLSMV-Schätzverfahren für ordinal skalierte Items) geben diese beide Studien wohl die deutlichsten Hinweise auf eine für die deutschen SDQ-Versionen adäquate Faktorenstruktur.

### **4.3.3 Known Groups Validität und Kriteriumsvalidität des SDQ**

Die Diskriminationsfähigkeit der SDQ-Skalen zwischen Kindern/Jugendlichen mit und ohne psychischer Diagnose wurde in  $k = 4$  (22 %) Studien mittels Receiver Operating Characteristic (ROC-) Analyse untersucht, wobei die area under the curve (AUC) als Diskriminationskriterium zwischen klinischer und nicht-klinischer Stichprobe herangezogen wurde (Becker, Hagenberg et al., 2004; Becker, Worner et al., 2004; Klasen et al., 2000; Kuhn et al., 2017). Eine Datenaggregation konnte nicht vorgenommen werden, da Angaben für die metaanalytische Auswertung fehlten. Die Ergebnisse wurden daher deskriptiv dargestellt.

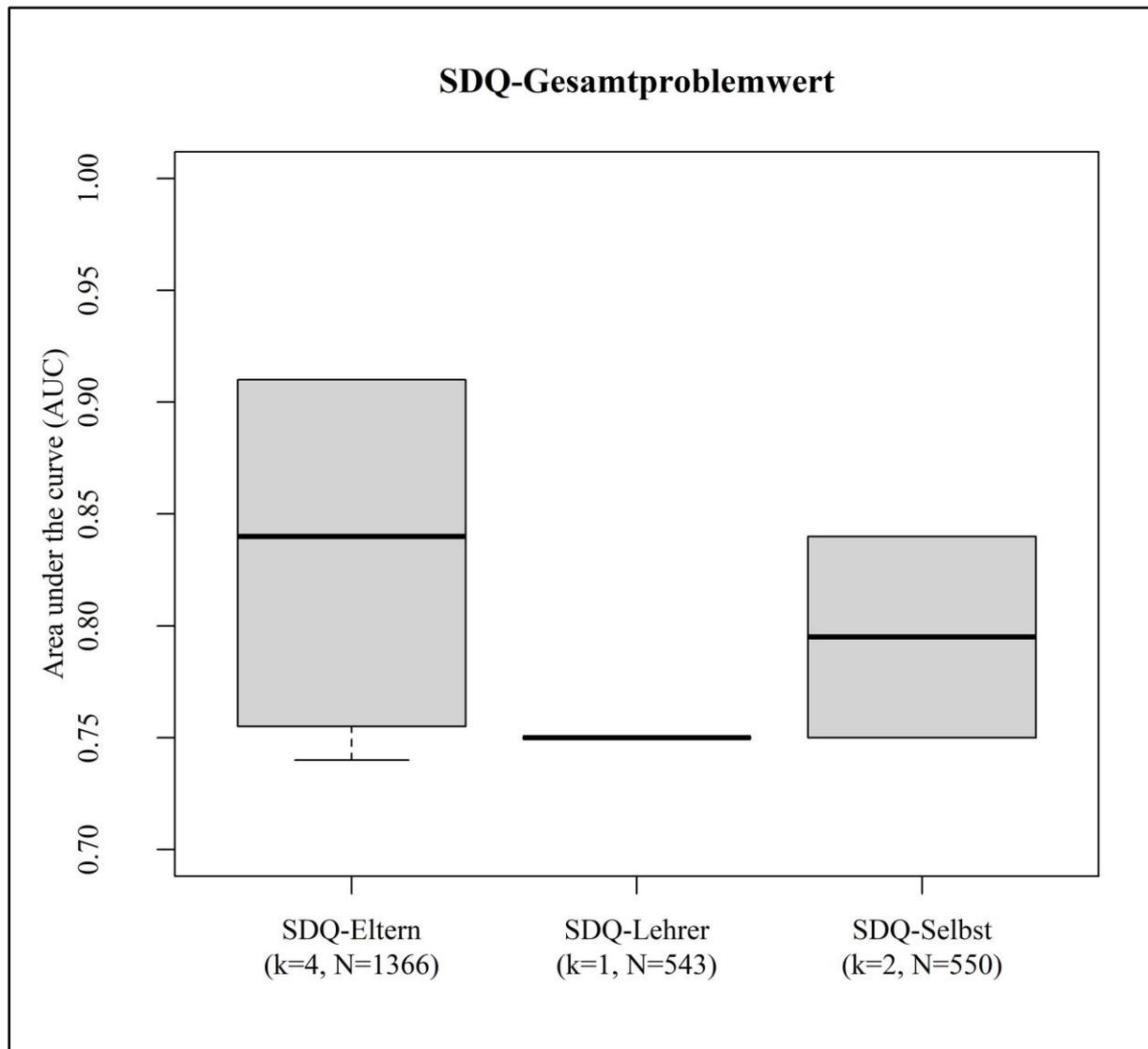


Abbildung 4.2. Box-Plot-Diagramm über die Diskriminationsfähigkeit des SDQ-Gesamtwerts zwischen Kindern/Jugendlichen mit und ohne psychischer Diagnose für unterschiedliche Beurteilungsversionen

Abbildung 4.2 zeigt die Diskriminationsfähigkeit des SDQ-Gesamtwerts zwischen klinischen und nicht-klinischen Populationen. Alle SDQ-Beurteilungsversionen weisen AUC-Werte  $> .70$  auf. Dies spricht für eine gute Fähigkeit des Instruments zwischen Kindern/Jugendlichen mit und ohne psychischer Diagnose zu unterscheiden. Die Elterneinschätzungsversion zeigte im Vergleich die höchste Diskriminationsfähigkeit ( $AUC_{Md} = .84$ ).

In einer Publikation wurde die Diskriminationsfähigkeit der SDQ-Subskalen der Selbsteinschätzung zwischen unterschiedlichen Störungsgruppen untersucht (Becker, Hagenberg et al., 2004). Die SDQ-Skalen *Emotionale Probleme* und *Hyperaktivität* zeigten knapp keine ausreichend gute Diskriminationsfähigkeit in der Identifikation emotionaler oder hyperkinetischer Störungen ( $AUC = .69$  und  $.68$ ). Die Skala *Verhaltensprobleme* identifizierte Kinder/Jugendli-

che mit Verhaltensproblemen zufriedenstellend ( $AUC = .77$ ). In  $k = 3$  (17 %) wurde die Diskriminationsfähigkeit der SDQ-Subskalen der Elterneinschätzung untersucht (Becker, Wörner et al., 2004; Klasen et al., 2000; Kuhn et al., 2017). Abbildung 4.3 zeigt die Box-Plots der AUC-Werte der SDQ-Subskalen in der Elternversion. Die SDQ-Subskalen *Verhaltensprobleme* und *Hyperaktivität* trugen zu einer Unterscheidung zwischen Kindern/Jugendlichen mit Verhaltensproblemen oder hyperkinetischen Störungen bei. Die Skala *Emotionale Probleme* der Elternversion wies in einer untersuchten klinischen Stichprobe (Klasen et al., 2000) zwar knapp unzufriedenstellende Diskriminationswerte auf ( $AUC = .69$ ), insgesamt ist aber von einer zufriedenstellenden Diskriminationsfähigkeit der Skala zwischen Kindern/Jugendlichen mit und ohne emotionaler Störung auszugehen.

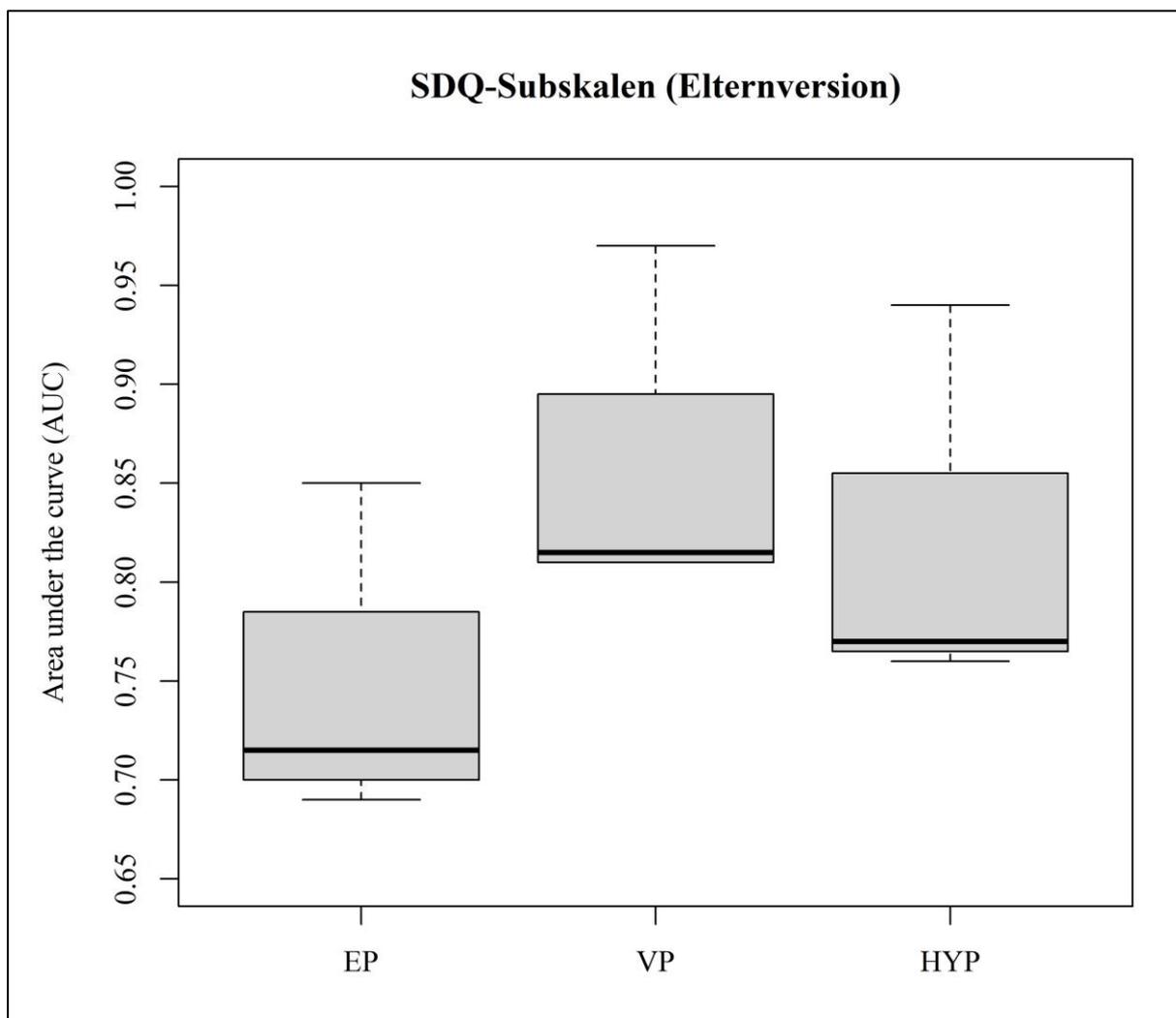


Abbildung 4.3. Diskriminationsfähigkeit der SDQ-Subskalen zwischen unterschiedlichen Störungsbildern in der Elternversion ( $N = 1\,193$ ,  $k = 3$ ). Eine Studie (Klasen et al., 2000) ging mit zwei AUC-Werten (nicht-klinische Stichprobe und klinische Stichprobe) in die Analyse ein.

Verglichen mit der CBCL erreichten die Eltern- und Lehrereinschätzungen signifikant bessere Ergebnisse in der Identifikation von Kindern mit hyperkinetischen Störungen. Dies deutet darauf hin, dass die Skala *Hyperaktivität* des SDQ trotz ihres geringeren Umfangs besser zwischen Kindern mit und ohne hyperkinetischer Störung unterscheidet, als die inhaltsäquivalente Skala der CBCL bzw. des TRF (Becker, Hagenberg et al., 2004; Becker, Worner et al., 2004; Klasen et al., 2000). In einer Untersuchung von Bettge, Ravens-Sieberer, Wietzker und Hölling (2002) zeigten die SDQ Selbst- und Fremdeinschätzungsversionen im Vergleich mit der CBCL/YSR eine höhere Spezifität in der Detektion von Kindern/Jugendlichen mit psychischer Diagnose. Die CBCL/YSR wies dagegen eine etwas höhere Sensitivität auf.

In  $k = 2$  Studien (11 %; Becker, Hagenberg et al., 2004; Kuhn et al., 2017) wurde die prädiktive Validität des SDQ untersucht. Zusammenfassend zeigte sich die Kombination aus Selbst- und Elterneinschätzung oder Selbst- und Lehrereinschätzung in der Vorhersage des Auftretens einer psychischen Störung am verlässlichsten. Eine Ergänzung der Kombinationen aus Selbstbericht und einer Fremdeinschätzung durch eine weitere Fremdeinschätzungsversion trug zu keiner Verbesserung in der Prädiktion einer psychischen Diagnose bei.

Petermann et al. (2010) fanden in einer diskriminanzanalytischen Untersuchung der SDQ-Lehrereinschätzung (3-5 Jahre) eine gute Trennung zwischen Kindern mit und ohne Entwicklungsverzögerungen. Hohe Werte auf den SDQ-Problemskalen waren mittel bis stark mit Entwicklungsauffälligkeiten assoziiert ( $r = .34$  bis  $.81$ ). Niedrige Werte auf der SDQ-Kompetenzskala wiesen ebenso auf Entwicklungsverzögerungen hin ( $r = -.58$ ). Für eine gute Known Groups Validität in der Altersgruppe 6- bis 16-jähriger Kinder und Jugendlichen der SDQ-Elterneinschätzung sprach die Fähigkeit des Instruments, zwischen der Normpopulation und der Gruppe psychisch kranker Kinder/Jugendlicher zu unterscheiden. In der klinischen Gruppe ergaben sich hypothesenkonform durchgehend höhere SDQ-Werte (was für eine höhere psychische Belastung spricht) als in der Allgemeinbevölkerung (Woerner et al., 2004).

Die Ergebnisse sprechen insgesamt dafür, dass die unterschiedlichen Beurteilungsversionen des SDQ zwischen psychisch kranken und unauffälligen Kindern/Jugendlichen unterscheiden. Der deutliche kürzere SDQ zeigte vergleichbare Eigenschaften mit den Versionen der längeren CBCL. Es zeigte sich ferner, dass der SDQ auch in der Gruppe psychisch kranker Kinder/Jugendlicher zwischen unterschiedlichen Störungsgruppen diskriminiert. Die Validität des SDQ über das Vorliegen einer klinisch relevanten Störung kann durch die Kombination der Selbst-

einschätzung mit einer der Fremdeinschätzungsversionen erhöht werden. Die Ergebnisse sprechen insgesamt für eine gute Kriteriumsvalidität bzw. Known Groups Validität des Instruments.

#### 4.3.4 Konvergente und Diskriminative Validität des SDQ

Die Korrelationen der SDQ-Elterneinschätzung mit inhaltsähnlichen CBCL-Skalen wurden in zwei Studien mit klinischen Populationen untersucht (Becker, Worner et al., 2004; Klasen et al., 2000). Tabelle 4.8 zeigt die gepoolten Mittelwerte der Pearson-Korrelationskoeffizienten. Mit  $r = .65$  bis  $.83$  zeigten sich durchweg hohe Korrelationen, was für eine gute konvergente Validität des SDQ in klinischen Stichproben spricht. Orwins Fail-Safe  $N$  lag für alle Skalen mindestens doppelt so hoch wie der Stichprobenumfang der metaanalytischen Zusammenfassung. Dies deutet auf eine weitestgehend verlässliche Schätzung des tatsächlichen Zusammenhangs der Skalen hin.

Tabelle 4.8

*Gepoolte Interkorrelationen korrespondierender SDQ- und CBCL-Skalen in der Elterneinschätzung (N = 706, k = 2, Alter: 5-17 Jahre)*

	$M_w$ $r$	95 % KI $r$	$Q$	$I^2$	Orwins $N$
Emotionale Probleme	.76	[.73, .79]	1.04	3.4	5
Verhaltensauffälligkeiten	.82	[.79, .84]	0.11	0.0	6
Hyperaktivität	.65	[.61, .69]	0.62	0.0	4
Probleme mit Gleichaltrigen	.72	[.65, .78]	2.55	60.8	5
Gesamtproblemwert	.83	[.80, .85]	0.12	0.0	6

*Anmerkungen.*  $M_w$ : Gewichteter Pearson Korrelationskoeffizient (Random Effect-Modell,  $\omega_i = 1/(\tau^2 + v^2)$ ,  $\tau^2$  wurde nach Hedges & Vervea (1998, z.n. (Rodriguez & Maeda, 2006)) berechnet).  $Q$ : Homogenitätstest,  $I^2$ : Prozentualer Anteil der Heterogenität, Orwins  $N =$  Fail-Safe  $N$  berechnet nach Orwin zur Einschätzung des Publikationsbias. Die Korrelation der SDQ-Kompetenzskala mit der Skala für Soziale Probleme des CBCL wurde in einer Publikation (Becker, Worner et al., 2004) mit  $r = -.22$  berichtet. Die gepoolten Korrelationskoeffizienten wurden aus klinischen Stichproben berechnet.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

Die Korrelationen der SDQ-Selbsteinschätzung mit den korrespondierenden YSR-Skalen bewegte sich für eine nicht-klinische Stichprobe ( $N = 110$ ) zwischen  $r = .58$  und  $.78$  (Klasen et al., 2000). Die Skalen *Probleme mit Gleichaltrigen* und *Verhaltensprobleme* wiesen mit  $r = .58$  und  $.59$  im Vergleich die niedrigsten Korrelationen auf. Die Subskalen der Selbsteinschätzungs-version (11-17 Jahre) korrelierten hypothesenkonform negativ auf mittlerem Niveau mit kor-

respondierenden KINDL-R Skalen ( $r = -.19$  bis  $.49$ ). Die insgesamt hohen Korrelationen sprechen für eine ausreichend gute konvergente Validität bzw. divergente Validität der SDQ-Selbsteinschätzungsskalen. Die Skalen der SDQ-Lehrereinschätzung korrelierten für die Altersgruppe drei- bis fünfjähriger Kinder mit den inhaltsäquivalenten Skalen der VBV 3-6 auf einem hohen Niveau ( $r = .69$  bis  $.86$ ; Petermann et al., 2010). In der Altersgruppe der 5- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen zeigten die SDQ-Problemskalen mit den TRF-Skalen hohe Korrelationen ( $r = .71$  bis  $.87$ ; Becker, Worner et al., 2004). Die SDQ Skala *Prosoziales Verhalten* korrelierte mit  $r = -.19$  auf niedrigem Niveau mit der inhaltsähnlichen inversen TRF-Skala *Soziale Probleme*.

Die Ergebnisse sprechen insgesamt für eine gute Konstruktvalidität des Instruments in den unterschiedlichen Beurteilungsversionen. Allerdings wurde die konvergente und insbesondere die divergente Validität des SDQ in nur wenigen Studien untersucht. Eine generalisierbare Aussage der gefundenen Ergebnisse wird dadurch eingeschränkt und ist höchstens für die SDQ-Elterneinschätzung möglich. Eine weitere Einschränkung für die klinische Anwendung ergibt sich dadurch, dass mit Ausnahme der Elterneinschätzung die SDQ Selbst- und Lehrereinschätzung an nicht-klinischen Stichproben untersucht wurden.

#### 4.3.5 Befunde zu Referenzgruppen (Normierung) des SDQ

Die Normierung des SDQ wurde in  $k = 5$  Studien untersucht. Auf Grundlage der untersuchten Stichproben wurden in Anlehnung an Goodman (1997) Grenzwerte für die Interpretation des SDQ vorgeschlagen („unauffällig“, „Grenzfall“, „auffällig“). Die Grenzwerte wurden dabei so bestimmt, dass in Abhängigkeit der Rohwertverteilung annähernd die oberen 10 % als „Grenzfall“ und 10 % als „auffällig“ klassifiziert wurden.

Für die Selbsteinschätzung lagen  $k = 2$  Normierungsstichproben vor (Becker et al., 2018; Lohbeck et al., 2015). Beide Studien umfassen ein ausreichend großes  $N$ . Da es sich in der Studie von Becker et al. (2018) um eine bevölkerungsrepräsentative Studie handelt, empfiehlt sich eine Anwendung der dort vorgeschlagenen Normen und Grenzwerte.

Die Normierung der Elterneinschätzung wurde in  $k = 2$  Studien vorgenommen (Rothenberger et al., 2008; Woerner et al., 2002). In einer Studie von Woerner et al. (2002) mit  $N = 930$  (6-16 Jahre) wurden Grenzwerte für die deutsche SDQ-Elternversion vorgeschlagen, die in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von Rothenberger et al. (2008) weitgehend bestätigt werden konnten. Für die Lehrer-/Erziehereinschätzung des SDQ wurde in  $k = 1$  Studie Grenzwerte

für die Altersgruppe drei bis fünf jähriger Kinder vorgeschlagen die sich etwas von der britischen Normierungsstichprobe unterschieden (Koglin et al., 2007).

Für die Selbst- und Elterneinschätzung des SDQ liegen bevölkerungsrepräsentative Normierungsdaten vor. Allerdings fehlen bislang klinische Normen für die deutschen Beurteilungsversionen.

#### **4.3.6 Befunde zur Akzeptanz des SDQ**

In einer als relevant identifizierten Studie, wurde die Akzeptanz der SDQ Eltern- und Selbsteinschätzungsversion mit Interviews untersucht. Es ergaben sich Hinweise auf eine gute Akzeptanz des Instruments (Bettge et al., 2002).

### **4.4 Ergebnisse der Untersuchung psychometrischer Eigenschaften des KINDL-R**

#### **4.4.1 Interne Konsistenz und Interrater-Reliabilität des KINDL-R**

Für die Subskalen der KINDL-R Selbsteinschätzungsversionen (Kid-KINDL, Kiddo-KINDL (8-17 Jahre); Tabelle 4.9) lag das gepoolte Cronbachs  $\alpha < .70$ , was für eine unbefriedigende Reliabilität der KINDL-R Subskalen spricht. Der gepoolte Gesamtwert erreichte mit  $\alpha = .81$  gute Reliabilitätswerte. In den Elterneinschätzungsversionen (3-17 Jahre) erreichten mit den Subskalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Familie* lediglich zwei der sechs Skalen ein gepooltes  $\alpha > .70$ . Der KINDL-Gesamtwert lag auch in der Elterneinschätzung mit einem  $\alpha = .86$  im zufriedenstellenden Bereich, was für eine gute interne Konsistenz sprach. Die Inspektion der Forest-Plots (nicht dargestellt) legte vor allem für die  $\alpha$ -Werte der Selbsteinschätzungsversionen eine Abhängigkeit von der Altersspanne nahe. In der Selbsteinschätzung zeigten die Skalen *Körperliches Wohlbefinden*, *Psychisches Wohlbefinden* und *Familie* in der Gruppe der 14- bis 17-jährigen höhere  $\alpha$ -Werte, erreichten aber mit  $\alpha = .76$  nur auf der Skala *Familie* ein zufriedenstellendes  $\alpha$ . Inwiefern diese Ergebnisse eine Verallgemeinerung zulassen ist fraglich, da sie sich nur auf eine Studie beziehen (Erhart et al., 2009). In der Fremdeinschätzung legte die Inspektion der Forest-Plots für die Skala *Schule (Kindergarten)/Funktionsniveau Alltag* eine Abhängigkeit der  $\alpha$ -Werte vom Alter der Kinder/Jugendlichen nahe. Kindergartenkinder erzielten auf dieser Skala im Vergleich zu Schulkindern höhere Werte.

Tabelle 4.9

Gepoolte Cronbachs  $\alpha$  Werte für die KINDL-R Selbst- und Fremdeinschätzungsversionen

	$M_w$ Cronbachs- $\alpha$	95 % KI Cronbachs $\alpha$	$Q$	$I^2$	Orwins $N$
KINDL-R Selbsteinschätzungsversionen ( $N = 8\,340$ , $k = 3$ , Alter: 8-17 Jahre)					
Körperliches Wohlbefinden	.58	[.54, .61]	14.65**	76.63	1
Psychische Wohlbefinden	.55	[.49, .62]	41.54***	93.40	1
Selbstwert	.69	[.68, .70]	1.18	0.00	2
Familie	.67	[.58, .76]	134.01***	98.04	1
Freunde	.53	[.52, .55]	1.09	0.00	1
Schule/Funktionsniveau Alltag	.52	[.51, .54]	1.52	0.00	1
Gesamtwert	.81	[.79, .83]	25.33***	88.28	2
KINDL-R Elterneinschätzungsversionen ( $N = 26\,054$ , $k = 10$ , Alter: 3-17 Jahre)					
Körperliches Wohlbefinden	.71	[.69, .72]	53.28***	82.94	5
Psychische Wohlbefinden	.64	[.63, .67]	69.26***	85.70	3
Selbstwert	.65	[.63, .68]	80.73***	92.02	4
Familie	.72	[.69, .74]	160.23***	94.83	5
Freunde	.66	[.65, .68]	25.25**	74.70	4
Schule/Funktionsniveau Alltag	.63	[.61, .65]	43.38***	84.50	3
Gesamtwert	.85	[.84, .86]	104.63***	92.26	8

*Anmerkungen.*  $M_w$ : Gewichtetes Cronbachs  $\alpha$  (Random Effect-Modell,  $\omega_i = 1/(\tau^2 + \nu^2)$ ,  $\tau^2$  wurde nach Hedges & Vervaeke (1998, z.n. Rodriguez & Maeda, 2006) berechnet.  $Q$ : Homogenitätstest,  $I^2$ : Prozentualer Anteil der Heterogenität, Orwins  $N = \text{Fail-Safe } N$  berechnet nach Orwin zur Einschätzung des Publikationsbias. Der Kiddy-KINDL (3 bis 6 Jahre) wurde bei den Selbsteinschätzungsversionen nicht berücksichtigt, da dieser eine andere Konzeption und Erhebungsmethode (Interview) aufweist. In der Fremdeinschätzungsversion entsprechen sich Kiddy-KINDL und KINDL-R. Der Kiddy-KINDL wurde daher in der Aggregation der Fremdeinschätzung mit berücksichtigt.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

Die internen Konsistenzen des Kiddy-KINDL wurden in der Selbsteinschätzungsversion aufgrund der von den übrigen KINDL Versionen etwas verschiedenen Konzeption separat untersucht. In den mittels Interviewverfahren erhobenen Selbstangaben erzielte die Gesamtskala des Kiddy-KINDL akzeptable Reliabilitätswerte ( $\alpha = .72$ ). Zwar wurden in den Studien  $\alpha$ -Werte für die Subskalen berichtet. Da die Subskalen des Kiddy-KINDL aber aus je nur zwei Items bestehen und nach Manual auch nur der Gesamtwert ausgewertet werden sollte, wurde auf ein Pooling der Subskalen in der Selbsteinschätzung verzichtet.

Orwins-Fail-Safe  $N$  fiel für die Selbst- und Fremdeinschätzung niedrig aus. Die mit der Trim-and-Fill Methode gepoolten Parameterschätzungen entsprachen aber den unkorrigierten Schätz-

zungen (nicht dargestellt). Insgesamt ist damit von einer noch validen Schätzung der gepoolten Parameter auszugehen.

Die Interkorrelationen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung wurde in  $k = 1$  Studie untersucht (Alter: 11-17 Jahre; Bullinger et al., 2008) und lagen im mittleren Bereich ( $r = .23$  bis  $.51$ ). Die Skala *Selbstwert* wies mit  $r = .23$  die niedrigsten Korrelationen auf, alle anderen Skalen zeigten mittlere bis hohe Korrelationen ( $r > .30$ ).

Die Ergebnisse der metaanalytischen Auswertung der internen Konsistenzen zeigen für die Selbst- und Elterneinschätzungsversionen des KINDL-R überwiegend unbefriedigende Reliabilitäten. Während die Subskalen der KINDL-R Fremdeinschätzungen mit einem  $\alpha$  zwischen  $.60$  und  $.69$  das Reliabilitätskriterium nach DKPM-Bewertungsschema noch erfüllten, trifft dies auf die Mehrzahl der Subskalen der Selbsteinschätzung nicht zu.

#### **4.4.2 Untersuchung der faktoriellen Validität des KINDL-R**

Von den insgesamt  $k = 8$  als relevant identifizierten Studien wurde in  $k = 7$  (88 %) die faktorielle Struktur der deutschsprachigen KINDL-R Versionen untersucht. In  $k = 4$  (50 %) Untersuchungen wurde die Prüfung der theoretisch angenommenen sechs-faktoriellen Struktur mittels *Multitrait Analysis Program* (MAP-Analyse; Hays et al., 1988) vorgenommen. Eine konfirmatorische Prüfung erfolgt bei diesem Ansatz, indem die Korrelation eines Items mit seiner Skala in Bezug zur Korrelation des Items mit einer anderen Skala gesetzt wird. Eine Erfolgsstatistik (0 % bis 100 %) gibt Auskunft über die faktorielle Validität (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000). Der mittels MAP-Analyse untersuchte Skalen-Fit variierte in den Studien zwischen 80 % und 100 %. Dies sprach unabhängig von der Beurteilungsversion für eine gute faktorielle Validität des Instruments (Bullinger et al., 2008; Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000; Ravens-Sieberer et al., 2007; Ravens-Sieberer et al., 2008).

Erhart et al. (2009) untersuchten die Faktorenstruktur der Selbst- und Fremdeinschätzungsversion des KINDL-R an einer Stichprobe 11- bis 17-jähriger Kinder/Jugendlicher ( $N = 6\,813$ ) mit CFAs. Die sechs-faktorielle Struktur des KINDL-R erzielte eine akzeptable Modellanpassung (Selbsteinschätzung: RMSEA =  $.064$ , CFI =  $.93$ ; Fremdeinschätzung: RMSEA =  $.069$ , CFI =  $.95$ ). Es fanden sich Hinweise auf konfigurale Messinvarianz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung, was für eine äquivalente Skalenstruktur beider Beurteilungsversionen spricht. Die Testung restriktiverer Messinvarianz-Annahmen führte zu einer Verschlechterung der Modellanpassung..

Harstick-Koll et al. (2009) untersuchten die faktorielle Struktur des Kiddy-KINDL an einer Stichprobe vier- bis sechsjähriger Kinder mit einer Hauptkomponentenanalyse. Hierbei fanden sich Hinweise auf eine drei-faktorielle Struktur des Kiddy-KINDL, wobei sich eine Abhängigkeit der Faktorenstruktur vom Alter der Kinder abzeichnete. Die extrahierten Faktoren erreichten niedrige Reliabilitäten, weshalb sich die Autoren für eine einfaktorielle Struktur des Instruments aussprechen. Villalonga-Olives et al. (2015) konnten in einer Konfirmatorischen Faktorenanalyse (CFA) weder eine sechs-faktorielle-Struktur noch eine einfaktorielle-Struktur des Kiddy-KINDL replizieren. Sie fanden Hinweise auf ein hierarchisches Messmodell (RMSEA = .05, CFI/TLI = .98/.97), wobei die Items der Skala *Psychisches Wohlbefinden* eliminiert wurden.

In der Bewertung der Befunde zur faktoriellen Struktur des KINDL-R stellt sich zunächst die Frage, wie die Mittels MAP-Analyse generierten Ergebnisse zu werten sind. Die Beurteilungsversionen erzielten in den Analysen zwar einen guten Skalenfit. Allerdings entsprach die Überprüfung der Skalenstruktur mit der MAP-Analyse nicht dem Validierungsstandard psychometrischer Instrumente (Terwee et al., 2007). Eine Beurteilung der faktoriellen Struktur sollte daher auf Grundlage der Ergebnisse Explorativer und/oder Konfirmatorischer Faktorenanalysen erfolgen.

Zusammenfassend ist für die KINDL-R Selbst- und Fremdeinschätzungsversion in der Altersgruppe der 11-bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen von einer akzeptablen Modellanpassung der Sechs-Faktoren-Struktur auszugehen. Für den Kiddy-KINDL lassen sich keine eindeutigen Schlüsse auf die Faktorenstruktur ziehen. Zwar sind die mit einer CFA generierten Ergebnisse höher zu gewichten als diejenigen Explorativer Faktorenanalysen. Allerdings wurde das von Villalonga-Olives et al. (2015) vorgeschlagene alternative Modell post-hoc modifiziert, wodurch trotz CFA-Ansatz die Ergebnisse explorativen Charakter haben. Auffällig ist, dass für die Altersgruppe der sieben- bis zehnjährigen Kinder (Kid-KINDL) keine Untersuchungen zur faktoriellen Struktur vorliegen. Für die klinische Anwendung ist kritisch zu sehen, dass die Untersuchung der faktoriellen Struktur des Instruments bislang nur an nicht-klinischen Stichproben vorgenommen wurde.

#### **4.4.3 Konvergente/Diskriminante Validität und Kriteriumsvalidität des KINDL-R**

Die Konvergente Validität des KINDL-R wurde in  $k = 2$  Studien über die Korrelation mit inhaltsäquivalenten Skalen untersucht. Für die Selbsteinschätzungsversion (11 bis 17 Jahre) fanden Bullinger et al. (2008) mit  $r = .41$  bis  $.53$  im mittleren Bereichen liegende Korrelationen

zwischen den KINDL-R Skalen und inhaltlich korrespondierenden Skalen des KIDSCREEN-52. In einer Untersuchung von Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) im Zuge der Entwicklung des Instruments, bewegten sich die Korrelationen des KINDL-R Gesamtwerts mit etablierten HRQoL-Instrumenten zwischen  $r = .39$  und  $.72$ , was für eine gute konvergente Validität des Instruments spricht. Die Interpretation wird allerdings eingeschränkt, da Angaben zur KINDL-R Beurteilungsversion und der untersuchten Altersspanne fehlten.

Eine metaanalytische Zusammenfassung der Ergebnisse zur diskriminativen Validität erschien aufgrund der heterogenen Altersbereiche nicht sinnvoll, weshalb die gefundenen Ergebnisse deskriptiv dargestellt werden (Tabelle 4.10). Die Selbsteinschätzungen wiesen im Vergleich mit den Elternversionen des KINDL-R niedrigere negative Korrelationen mit Syndromskalen auf, was gegen eine ausreichend gute Diskrimination des Instruments spricht. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass es sich bei der CBCL um die Elterneinschätzung der Psychopathologie der Kinder handelt, wodurch die wahren Zusammenhänge durch Methodeneffekte verzerrt sein könnten. Für die Altersgruppe der 11- bis 17-jährigen Kinder/Jugendlichen ergaben sich Korrelationen mittlerer Höhe was für eine gute diskriminative Eigenschaft der KINDL-R Selbsteinschätzung in dieser Altersgruppe spricht. Die Korrelationen der KINDL-R Elterneinschätzungen sprachen unabhängig von der untersuchten Altersgruppe für eine gute diskriminative Validität.

Tabelle 4.10

*Diskriminante Validität des KINDL-R Gesamtwerts*

<b>Studie</b>	<b>N</b>	<b>Alter (Jahre)</b>	<b>Beurteilungsversion</b>	<b>Korrelation r (konstruktfernes Instrument)</b>
Selbsteinschätzung				
Arnhold-Kerri (2010)	716	8-12	Kid-KINDL	-.27 (CBCL) <sup>a</sup>
Erhart et al. (2009)	6 813	11-17	Kid-KINDL/Kiddo-KINDL	-.57 (SDQ)
Harstick-Koll et al. (2009)	414	4-6	Kiddy-KINDL (Interview)	-.16 (CBCL) <sup>a</sup>
Elterneinschätzung				
Arnhold-Kerri (2010)	727	4-12	Kiddy-KINDL	-.54 (CBCL)
Erhart et al. (2009)	6 813	11-17	KINDL-R	-.63 (SDQ)

*Anmerkungen.* Berichtet werden die Korrelationen des KINDL-R Gesamtwerts mit den Gesamtproblemskalen der konstruktfernen Instrumente.

<sup>a</sup> Die Selbsteinschätzung wurde mit der CBCL-Elterneinschätzung korreliert wodurch von Methodeneffekten abzugehen ist.

Für die KINDL-R Selbsteinschätzungsversionen der Altersgruppe 11- bis 17-jähriger Kinder/Jugendlicher ergaben sich Hinweise auf Known Groups Validität. Der KINDL-Gesamtwert zeigte eine gute Differenzierungsfähigkeit zwischen Kindern/Jugendlichen, die mit dem SDQ als psychische auffällig oder unauffällig klassifiziert wurden (Hedges  $g = 0.84$ ; Bullinger et al., 2008). Für die Selbsteinschätzung vier-bis sechsjähriger Kinder mit dem Kiddy-KINDL ergab sich mit  $g = 0.29$  ein kleiner bis mittlerer Effekt in der Differenzierungsfähigkeit zwischen Kindern mit psychischer und ohne psychischer Symptomatik (Harstick-Koll et al., 2009). Villalonga-Olives et al. (2015) berichten eine Differenzierungsfähigkeit der Kiddy-KINDL Selbsteinschätzung (3-5 Jahre). Aufgrund fehlender Angaben konnte jedoch keine Datenaggregation für die Kiddy-KINDL Selbsteinschätzung durchgeführt werden. Für die Elterneinschätzung des KINDL-R zeigte sich eine gute Diskrimination zwischen Kindern/Jugendlichen mit und ohne psychischen Auffälligkeiten (Abbildung 4.4).

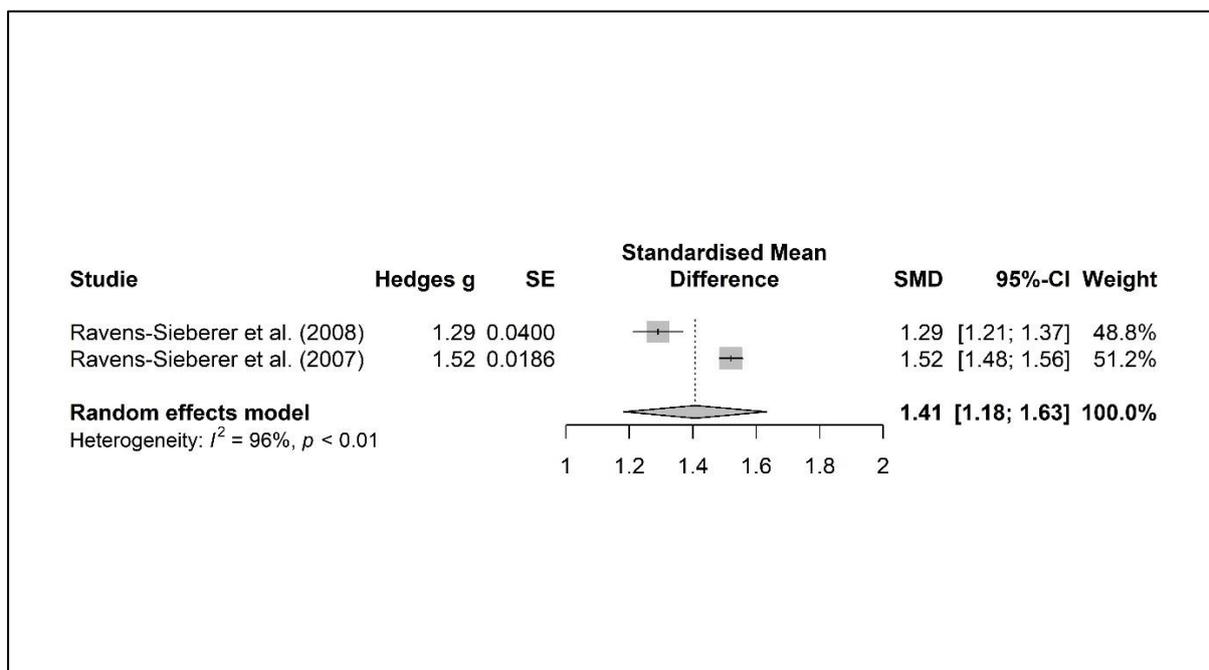


Abbildung 4.4. Forest-Plot der aggregierten Effektgrößen für die Elternversionen des KINDL-R zwischen psychisch auffällig und unauffällig klassifizierten Kindern und Jugendlichen.

#### 4.4.4 Befunde zu Referenzgruppen des KINDL-R

Von den als relevant identifizierten Studien berichten  $k=3$  Publikationen Normwerte für den KINDL-R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000; Ravens-Sieberer et al., 2007; Ravens-Sieberer et al., 2008). Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Publikation von Ravens-Sieberer

et al. (2007). Der Normierung liegt eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe mit einem großen  $N$  zugrunde und deckt einen breiten Altersbereich ab.

#### **4.4.5 Veränderungssensitivität des KINDL-R**

In einer Untersuchung von Arnhold-Kerri (2010) fanden sich Angaben zur Veränderungssensitivität des Kiddy-KINDL (Elterneinschätzung, 4-7 Jahre) und des KID-KINDL (Selbsteinschätzung, 8-12 Jahre) für eine Stichprobe aus Reha-Kliniken. Die Effektstärken des Kiddy-KINDL variierten mit einem  $SES = 0.35$  bis  $1.18$  in einem mittleren bis großen Bereich. Dies spricht dafür, dass mit dem Kiddy-KINDL in der Elterneinschätzung Behandlungseffekte erfasst werden können. Der Kid-KINDL zeigte Prä-Post-Effektstärken zwischen  $SES = 0.22$  und  $0.64$ , wobei die Skalen *Familie* und *Schule* die geringsten Effekte zeigten ( $SES = 0.22$  und  $0.26$ ). Der Kid-KINDL scheint in der Selbsteinschätzung Behandlungseffekte weniger gut abzubilden.

#### **4.4.6 Befunde zur Akzeptanz des KINDL-R**

Die Akzeptanz des Kid-KINDL (Selbsteinschätzung, 8-12 Jahre) und des Kiddy-KINDL (Elterneinschätzung, 4-7 Jahre) wurde in einer Studie explizit untersucht (Arnhold-Kerri, 2010), wobei sich Hinweise auf eine gute Akzeptanz des Instruments ergaben.

### **4.5 Beurteilung des SDQ und KINDL-R nach DKPM-Kriterien**

Eine zusammenfassende Bewertung des Waldmünchener Modells, bestehend aus SDQ und KINDL-R, erfolgte über einen vom Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) vorgeschlagenen Bewertungskatalog für psychodiagnostische Instrumente. Für eine Einschätzung der Unterpunkte in den Oberkategorien Reliabilität, Referenzgruppen und Validität konnte auf die herausgearbeiteten metaanalytischen Befunde Bezug genommen werden. Zu den Punkten der Oberkategorien Objektivität und Anwendung fanden sich in den als relevant identifizierten Studien nahezu keine Befunde. Die Bewertung dieser Kategorien basiert auf einer Einschätzung durch den Autor (S.E.) auf Grundlage der Erfahrung mit den Instrumenten bzw. der zu Verfügung stehenden Informationen in den Manualen oder auf den Websites der Instrumente. Die Einschätzung dieser Kriterien ist daher als orientierend zu werten.

Für die Gesamteinschätzung der Reliabilität der Subskalen der Instrumente wurden die gepoolten  $\alpha$ -Werte gemittelt. Fielen die Werte einzelner Skalen in eine andere Bewertungskategorie als der Durchschnittswert, erfolgte eine gesonderte Angabe. Die Reliabilität des Gesamtwerts

– der in beiden Instrumenten als theorieunabhängiges Gesamtmaß zu sehen ist – wurde gesondert angegeben. Nach DKPM-Kriterien wurde die interne Konsistenz – gemessen über Cronbachs  $\alpha$  – als Maß für die Reliabilität herangezogen. Eine zusammenfassende Bewertung des SDQ und des KINDL-R nach DKPM-Schema kann Tabelle 4.11 und Tabelle 4.12 entnommen werden

Tabelle 4.11

*Zusammenfassende Bewertung des SDQ entlang der DKPM-Bewertungskriterien*

	Selbsteinschätzung	Elternversion	Lehrerversion
<b>Reliabilität</b>			
Interne Konsistenz	Subskalen * Gesamtskala *** VP und PG (< .60) °	Subskalen * Gesamtskala ***	Subskalen ** Gesamtskala ***
Itemverständlichkeit	**	**	**
<b>Objektivität <sup>a</sup></b>			
Instruktion <sup>b</sup>	*	*	*
Auswertung <sup>b</sup>	*	*	*
Interpretation <sup>b</sup>	*	*	*
Fairness	*	*	*
<b>Referenzgruppen</b>			
Allgemeinbevölkerung	***	***	* (nur für 3- bis 5-jährige Kinder)
Klinische Gruppen	°	°	°
<b>Validität</b>			
Faktorielle V.	**	*** (faktorielle Invarianz mit Lehrerversion bei 3- bis 6-jährigen Kindern)	***
Inhaltsvalidität <sup>a</sup>	**	**	**
Konvergente/ Diskriminante Validität	*	*	* ProSoz °
Known Groups Validität	***	***	*
Prädiktive Validität	***	***	**
Veränderungssensitivität	°	°	°
Min. Clinical Imp. Diff. <sup>b</sup>	°	°	°
<b>Anwendung</b>			
Akzeptanz <sup>b</sup>	*	*	*
Ökonomie	**	**	**
Simplizität Auswertung	**	**	**

	Selbsteinschätzung	Elternversion	Lehrerversion
Simplizität Interpretation	**	**	**
Verfügbarkeit	***	***	***
Internationalität	**	**	**

*Anmerkungen.* EP: Emotionale Probleme, VP: Verhaltensprobleme, HYP: Hyperaktivität, PG: Probleme mit Gleichaltrigen, ProSoz: Prosoziales Verhalten. Die Bewertung der Kriterien erfolgte entlang einer vierstufigen Skala (0-3 \*), wobei 3 \* für die volle Erfüllung des Gütekriteriums stehen. Eine Bewertung mit ° bedeutet eine unzureichende Erfüllung des Kriteriums oder das Fehlen der entsprechenden Information.

<sup>a</sup> Die Beurteilung basierte auf der Einschätzung des Autors, nach DKPM-Bewertungsschema sollte die Einschätzung von mindestens zwei unabhängigen RaterInnen vorgenommen werden.

<sup>b</sup> Bei diesen Punkten steht 1 \* für die volle Erfüllung des Kriteriums.

Die Reliabilität der Selbsteinschätzungsversionen lagen bei SDQ und KINDL-R für die Mehrzahl der Subskalen  $< .70$ , wobei die Selbsteinschätzung des KINDL-R für die Subskalen deutlich problematische Reliabilitäten zeigte. Die Subskalen der Fremdeinschätzungsversionen beider Instrumente waren mit einem  $\alpha$  zwischen  $.60$  bis  $.69$  nach DKPM-Kriterien als mäßig reliabel anzusehen. Die Gesamtwerte erreichten unabhängig von der Beurteilungsversion in beiden Verfahren zufriedenstellende  $\alpha$ -Werte. In keinem der Verfahren fanden sich offensichtliche Hinweise auf missverständliche Items, wobei in den identifizierten Studien keine Befunde zu einer expliziten Überprüfung der Itemverständlichkeit gefunden werden konnte.

Beide Verfahren verfügen nach Augenschein über eindeutige und prägnante Instruktionen, die im Fall des KINDL-R für verschiedene Altersgruppen angepasst wurden. Die Auswertung ist für beide Instrumente hinreichend beschrieben, wobei auch Auswerteskripte für verschiedene Statistikprogramme zur Verfügung gestellt werden. Für den SDQ liegen klare Anweisungen zur Interpretation der Ergebnisse in drei Kategorien „unauffällig“, „Grenzfall“, „auffällig“ vor. Die Skalenwerte des KINDL-R werden in einen Wertebereich von 0 bis 100 transformiert, wobei höhere Werte für eine höhere Lebensqualität stehen. Hinsichtlich der Fairness sind beide Verfahren nach Augenschein als hinreichend gut zu bewerten.

Für SDQ und KINDL-R konnten keine Normen für klinische Referenzstichproben psychisch kranker Kinder identifiziert werden. Allerdings existieren für die Selbst- und Elterneinschätzungen beider Instrumente Normen aus bevölkerungsrepräsentativen Stichproben mit einem  $N > 1000$ . Im Fall des KINDL-R fehlen allerdings Normen zur Kiddy-KINDL Selbsteinschätzung.

Die fünf-faktorielle Struktur des SDQ konnte in EFAs weitestgehend für die verschiedenen Beurteilungsversionen bestätigt werden. In den CFAs zeigte sich eine akzeptable Modellanpassung für modifizierte Fünf-Faktoren Modelle, wobei im Fall der Eltern- und Lehrereinschät-

zung skalare Messinvarianz erzielt werden konnte. Dies bedeutet, ein Vergleich der Skalenergebnisse der Eltern- und Lehrerversion ist zulässig. Eine Bewertung der faktoriellen Struktur des KINDL-R fällt hingegen schwerer. Dies liegt insbesondere an der Untersuchung der Faktorenstruktur mittels MAP-Analyse in der Mehrzahl der als relevant identifizierten Studien. Diese Analyseverfahren stellen keine State-of-the-Art Methodik in der Untersuchung der faktoriellen Struktur dar. Anders als beim SDQ muss die Einschätzung der Faktorenstruktur der KINDL-R Versionen auf Grundlage von Einzelstudien erfolgen. Hier zeigte sich für das Sechs-Faktoren-Modell ein akzeptabler Modell-Fit für die Selbst- und Elterneinschätzung in der Altersgruppe 11- bis 17-jähriger Kinder/Jugendlicher. Befunde für die Altersgruppe sieben- bis zehnjähriger Kinder mit dem Kid-KINDL fehlen bisher. In Bezug auf die Selbsteinschätzung des Kiddy-KINDL fanden sich widersprüchliche Befunde zur faktoriellen Struktur.

Tabelle 4.12

*Zusammenfassende Bewertung des KINDL-R entlang der DKPM-Bewertungskriterien*

	Selbsteinschätzung		Elternversion
	Kiddy-KINDL (3-6 Jahre)	Kid-/Kiddo-KINDL (7-17 Jahre)	Kiddy-/Kid-/Kiddo- KINDL (3-17 Jahre)
<b>Reliabilität</b>			
Interne Konsistenz	Gesamtwert ***	Subskalen ° Gesamtwert ***	Subskalen * Gesamtwert ***
Itemverständlichkeit <sup>a</sup>	**	**	**
<b>Objektivität<sup>a</sup></b>			
Instruktion <sup>b</sup>	*	*	*
Auswertung <sup>b</sup>	*	*	*
Interpretation <sup>b</sup>	°	°	°
Fairness	*	*	*
<b>Referenzgruppen</b>			
Allgemeinbevölkerung	°	***	***
Klinische Gruppen	°	°	°
<b>Validität</b>			
Faktorielle V.	°	11-17 Jahre ** 7-10 Jahre °	11-17 Jahre** 7-10 Jahre ° 3-6 Jahre °
Inhaltsvalidität <sup>a</sup>	**	**	**
Konvergente/ Diskriminante Validität	°	11- 17 Jahre ** 7-10 Jahre *	**
Known Groups Validität	**	**	***
Prädiktive Validität	°	°	°

	Selbsteinschätzung		Elternversion
Veränderungssensitivität	°	*	5-7 Jahre * 8-17 Jahre °
Min. Clinical Imp. Diff. <sup>b</sup>	°	°	°
<b>Anwendung <sup>a</sup></b>			
Akzeptanz <sup>b</sup>	*		*
Ökonomie	**		**
Simplizität Auswertung	**		**
Simplizität Interpretation	**		**
Verfügbarkeit	***		***
Internationalität	**		**

*Anmerkungen.* Körper: Körperliches Wohlbefinden, Psyche: Psychisches Wohlbefinden, Selbst: Selbstwert, Familie: Familie, Freunde: Freunde, Schule: Schule/Funktionsniveau Alltag. Die Bewertung der Kriterien erfolgte entlang einer vierstufigen Skala (0-3 \*), wobei 3 \* für die volle Erfüllung des Gütekriteriums stehen. Eine Bewertung mit ° bedeutet eine unzureichende Erfüllung des Kriteriums oder das Fehlen der entsprechenden Information.

<sup>a</sup> Die Beurteilung basierte auf der Einschätzung des Autors, nach DKPM-Bewertungsschema sollte die Einschätzung von mindestens zwei unabhängigen RaterInnen vorgenommen werden.

<sup>b</sup> Bei diesen Punkten steht 1 \* für die volle Erfüllung des Kriteriums.

Die konvergente Validität des SDQ wurde über Korrelationen mit konstrukt-nahen Verfahren erhoben, wobei sich für die Beurteilungsversionen Hinweise auf eine gute konvergente Validität ergaben. Für den KINDL-R ergaben sich Hinweise auf gute konvergente und divergente Validität in der Elterneinschätzung. Die divergente Validität der KINDL-R Selbsteinschätzungsversionen scheint vom Alter abzuhängen, wobei eine Beurteilung durch methodischer Mängel eingeschränkt wird. Die Befunde sprechen allerdings für eine gute konvergente Validität des KINDL-R in der Selbsteinschätzung. Die Hinsichtlich der Known Groups Validität zeigten beide Instrumente gute Eigenschaften, wobei insbesondere der SDQ in der Lage zu sein scheint, zwischen Kindern mit und ohne psychischen Auffälligkeiten zu differenzieren. Im Hinblick auf die prädiktive Validität ergaben sich für den SDQ gute Eigenschaften. Auffällig war, dass für den deutschsprachigen SDQ keine Befunde zur Veränderungssensitivität identifiziert werden konnten, was seinen Einsatz als Instrument für die Behandlungsevaluation einschränkt. Für den KINDL-R fanden sich Angaben zur Veränderungssensitivität für die Kiddy-KINDL Elterneinschätzung und die Kid-KINDL Selbsteinschätzung. Insgesamt ist dieses Qualitätskriterium in den Befunden deutlich unterrepräsentiert.

In Bezug auf die Anwendung zeigten beide Instrumente gute Eigenschaften. Sie sind als Open-Access Verfahren leicht zugänglich. Als Screeningverfahren ermöglichen sie eine ökonomische

Bearbeitung und sind einfach auszuwerten. Beide Verfahren sind International verbreitet, wobei in der vorliegenden Untersuchung lediglich die deutschen Versionen betrachtet wurden.

#### 4.6 Zusammenfassung

Ziel der durchgeführten Untersuchung war die Evaluation der in der kinder- und jugendpsychosomatischen Klinik Waldmünchen eingesetzten Fragebogenbatterie – bestehend aus SDQ und KINDL-R – im Kontext der Qualitätssicherung (QS). Die Bewertung erfolgte auf Grundlage eines vom Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) vorgeschlagenen Kriterienkatalogs, wobei der Schwerpunkt auf den Oberkategorien der Reliabilität, Validität und Referenzgruppen lag.

Die Reliabilität einiger Subskalen lag im unbefriedigenden Bereich, wovon besonders die Selbsteinschätzungsversionen betroffen waren. Die Gesamtwerte beider Instrumente erreichten unabhängig von der Beurteilungsversion  $\alpha$ -Werte im akzeptablen Bereich. Die Faktorielle Validität des SDQ erwies sich als befriedigend. Zusammenfassend sprechen die Befunde für eine Fünf-Faktoren Struktur des Instruments, wobei sich Hinweise auf Kreuzladungen und korrelierende Fehlervarianzen ergaben. In Bezug auf die faktorielle Struktur des KINDL-R zeigten die eingeschlossenen Studien methodische Schwachpunkte. Für die Altersgruppe 11- bis 17-jähriger Kinder fanden sich Hinweise, dass ein sechs-faktorielles Messmodell für die KINDL-R Selbst- und Fremdeinschätzung angenommen werden kann. Beide Instrumente differenzierten ausreichend gut zwischen Kindern/Jugendlichen mit und ohne psychischen Auffälligkeiten. Die Ergebnisse weisen für beide Instrumente auf eine gute konvergente und diskriminante Validität hin. Allerdings fehlten Untersuchungen, die dieses Kriterium mittels *Multitrait-Multimethod-Ansatz* (MTMM) untersuchten, was insbesondere vor dem Hintergrund eines Vergleichs zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung wünschenswert wäre.

Die Mehrzahl der Studien bezog sich auf Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung. Für den SDQ konnten  $k = 4$  (22 %) klinische Studien zur Untersuchung der deutschsprachigen Version identifiziert werden. Im Fall des KINDL-R fand sich lediglich  $k = 1$  Studie (13 %) für ein klinisches Setting. Die Untersuchung der Veränderungssensitivität spiegelte im Fall beider Instrumente ein deutlich unterrepräsentiertes Kriterium. Eine Bewertung des SDQ und KINDL-R für die Therapieevaluation (Prä-Post-Messung) ist zumindest für die deutschsprachigen Versionen bei psychisch kranken Kindern aufgrund der als relevant identifizierten Studien nicht möglich.

In den DKPM-Bewertungsdimensionen der Objektivität und Anwendung erfüllten beide Instrumente die Kriterien ausreichend bis vollständig.

Bei SDQ und KINDL-R handelt es sich um international eingesetzte Instrumente mit krankheitsübergreifender Konzeption. In dieser Untersuchung wurden ausschließlich deren deutschsprachige Version betrachtet. Dies schränkte die Befundlage a-priori ein, erschien aber vor dem Hintergrund der Zielstellung der Untersuchung und den Empfehlungen des DKPM-Kriterienkatalogs als gerechtfertigt. Ziel der Untersuchung war eine Bewertung des Fragebogensets für die QS in der Behandlung psychisch kranker Kinder. Eine Einschränkung der Studienauswahl und Datenaggregation auf klinische Studien hätte für die Mehrzahl der Kriterien keine Bewertung mehr zugelassen (insbesondere für den KINDL-R). Befunde zu psychometrischen Eigenschaften der Instrumente in der Allgemeinbevölkerung wurden daher berücksichtigt, was eine gewisse Restriktion für die klinische Anwendung impliziert. Parallel zur untersuchten Stichprobe (klinisch vs. nicht-klinisch) stellte das Alter der Kinder und Jugendlichen eine bedeutende Variationsquelle der untersuchten psychometrischen Eigenschaften dar. Um dieser Problematik zumindest im Ansatz zu entgegnen, wurden die unterschiedlichen Altersversionen in der Selbsteinschätzung beider Instrumente separat untersucht. In der metaanalytischen Datenaggregation gaben die Funnel-Plots sowie Orwins-*N* zwar Hinweise auf einen relevanten Publikations-Bias. Die mit der Fill-and-Trim Methode berechneten Effekte (bzw. Reliabilitäten) entsprachen aber den unkorrigierten gepoolten Ergebnissen. Die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung sind daher als ausreichend vertrauenswürdig einzuschätzen.

Die Güte der durchgeführten Studie wird in erster Linie aufgrund der ausschließlichen Durchführung durch den Autor (S.E.) limitiert. Von mangelnden Peer-Review Prozessen sind die Recherche und Auswahl der identifizierten Publikationen sowie der Prozess der Datenextraktion betroffen. Während die Bewertung der psychometrischen Kriterien auf Grundlage der metaanalytischen Zusammenfassung als hinreichend reliabel zu sehen sind, wurden die DKPM-Oberkriterien der Objektivität und Anwendung lediglich subjektiv beurteilt. In Ermangelung ausreichender Peer-Review Prozesse wurde auf eine Bewertung der Studiengüte eingeschlossener Publikationen verzichtet. Trotz dieser Einschränkungen ist von tragfähigen Ergebnissen für den Kontext der QS in der Behandlung psychisch kranker Kinder auszugehen. Die Literaturrecherche wurde mit validierten Suchfiltern durchgeführt und umfasste eine umfassende Datenbankrecherche. Es wurden deutsch- und englischsprachige Literaturquellen in die Suche eingeschlossen. Die Auswahl relevanter Studien und deren Auswertung erfolgte auf Grundlage der PRISMA- und COSMIN-Empfehlungen (Prinsen et al., 2018; Shamseer et al., 2015). Die Ag-

gregation der Ergebnisse zur Reliabilität erfolgte auf Grundlage sog. Reliabilitäts-Generalisierungsstudien (Greco et al., 2018).

Die Stärke beider Instrumente ist im Bereich ihrer Anwendung zu sehen. Sie sind als Open-Access Verfahren im Internet beziehbar und relativ leicht auszuwerten. Als Kurzskalen ermöglichen sie ein ökonomisches Screening breiter Merkmalsbereiche, die für die Qualitätssicherung bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen relevant sind. Anders als in der QS bei Erwachsenen müssen bei Kindern und Jugendlichen unterschiedliche Entwicklungsniveaus berücksichtigt werden. Ein Multi-Informant Ansatz aus Selbst- und Fremdeinschätzung (i.d.R. durch die Eltern) ist daher ein standardmäßiges diagnostisches Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen. In der Bewertung der Reliabilität und faktoriellen Validität zeigt sich die Kehrseite ökonomischer Kurzskalen, da die Kriterien nicht immer hinreichend zufriedenstellend erfüllt werden (Kruyen, Emons & Sijtsma, 2013). Davon waren besonders die Selbsteinschätzungen betroffen, wobei mit geringerem Alter auch niedrigere Reliabilitätswerte verbunden zu sein scheinen. Für den Einsatz beider Instrumente spricht aber die Fähigkeit, zwischen psychisch kranken und gesunden Kindern zu unterscheiden (Known Groups Validität). Ein Vergleich mit den zur Verfügung stehenden Referenzgruppen ermöglicht eine Auskunft über die Ausprägung der psychischen Symptomatik und die Belastung der Kinder und Jugendlichen durch diese. Dies qualifiziert SDQ und KINDL-R besonders für die Indikationsstellung.

Die durchgeführte Untersuchung beschränkte sich auf die Bewertung des SDQ und KINDL-R. Für eine Beurteilung der Eignung des Fragebogensets wäre ein Vergleich mit ähnlichen Instrumenten (z.B. CBCL, KIDSCREEN-52) zur Messung des vom Patienten berichteten Outcomes (PROM) wünschenswert. Zwar gibt es einzelne Untersuchungen (z.B. Wolpert, Cheng & Deighton, 2015; Hullmann et al., 2011) die verschiedene Instrumente gegenüberstellen. Allerdings beziehen sich diese nicht ausschließlich auf deutschsprachige Instrumente und beschreiben die Messeigenschaften auf Grundlage von Einzelpublikationen. Unabhängig vom Instrument, müssten für eine umfangreiche Bewertung psychodiagnostischer Instrumente im Kontext der QS bei psychisch kranken Kindern, vorhandene Befunde systematisch zusammengefasst werden. Neben anderen psychometrischen Eigenschaften sollte der Fokus vor allem auf die Untersuchung der Veränderungssensitivität gelegt werden.

Im Zuge der Untersuchung konnten Stärken und Schwächen des in der kinder- und jugendpsychosomatischen Klinik Waldmünchen standardmäßig eingesetzten Fragebogensets aus SDQ und KINDL-R aufgezeigt werden. Auch wenn sich auf den Subskalen beider Instrumente zum

Teil unzureichende Reliabilitäten ergaben, zeigten die Gesamtwerte beider Instrumente gute Reliabilitäten und insbesondere auch Diskriminationseigenschaften zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben. Beide Instrumente stellen repräsentative Normen zur Verfügung. Unter Berücksichtigung anwendungsbezogener Aspekte ist das Fragebogenset vor allem für die Indikationsstellung interessant. Künftige Studien sollten auf die Untersuchung der faktoriellen Validität und Veränderungssensitivität an Stichproben psychisch kranker Kinder abzielen.

## 5 Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des Kid-KINDL zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) bei 8- bis 11-jährigen Kindern im Rahmen von QS-Maßnahmen<sup>2</sup>

Die DKPM (Rabung et al., 2019) schlägt für die Evaluation von Psychotherapien die Berücksichtigung verschiedener behandlungsrelevanter Dimensionen vor. Einen Outcome-Indikator bildet die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health Related Quality of Life, HRQoL). In der Qualitätssicherung stellt die HRQoL parallel zur Psychopathologie einen wichtigen Bezugspunkt für die Indikationsstellung und zur Messung der Ergebnisqualität dar. Im Waldmünchener Modell zur Erfassung des Therapieoutcomes psychosomatischer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen, erfolgt die Erhebung der HRQoL mit dem *Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* (KINDL-R; Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000).

Unter der HRQoL ist ein mehrdimensionales Konstrukt zu verstehen, das in Abhängigkeit des jeweiligen Messverfahrens operationalisiert wird. Gemein ist HRQoL-Instrumenten die Erhebung gesundheitsrelevanter körperlicher, psychischer und sozialer Merkmale, womit sie auf den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand und die daraus resultierende Funktionsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen abheben. In der Psychosomatik ermöglichen sie eine salutogenetische Perspektive auf ein psychisches Krankheitsgeschehen (Herzberg et al., 2015; Radoschewski, 2000).

Ein besonderes Problem der Qualitätssicherung psychisch kranker Kinder ist darin zu sehen, dass generische Symptomratingskalen (z.B. SDQ, Goodman, 1997; YSR, Döpfner et al., 2014) erst ab einem Alter von elf Jahren eine Selbsteinschätzung der psychischen Symptome ermöglichen. Standardisiert erhobene krankheitsübergreifende Selbsteinschätzungen von Kindern unter elf Jahren finden daher in der Qualitätssicherung bisher kaum Berücksichtigung. Die Befundlage gibt allerdings Hinweise darauf, dass die HRQoL bei Kindern von der Schwere der psychischen Symptomatik beeinflusst wird (Dey, Mohler-Kuo & Landolt, 2012; Sharpe et al., 2016). Durch den Einsatz des Kid-KINDL im Waldmünchener Modell ist es möglich, über die HRQoL indirekt eine subjektive Einschätzung 8- bis 11-jähriger Kinder und ihrer Familien über die Schwere der psychischen Symptomatik zu generieren. Fremdeinschätzungen von Bezugs-

---

<sup>2</sup> Wesentliche Abschnitte und Ergebnisse dieses Kapitels entsprechen einem vorab publizierten Aufsatz: Ertl, S., Vogt, M., Loew, T. & Hinterberger, T. (2022). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität 8- bis 11-jähriger psychisch kranker Kinder im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Untersuchung der faktoriellen Struktur des Kid-KINDL. *Diagnostica*. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000283>

personen und Klinikern zur HRQoL können durch die mit dem Kid-KINDL erhobenen Selbsteinschätzungen ergänzt werden.

Arnhold-Kerri (2010) fand in einer Stichprobe von Kindern aus Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen ( $N = 691$ ; Alter:  $M = 9.8$ ,  $SD = 1.4$ ) unbefriedigende Reliabilitäten der Subskalen des Kid-KINDL in der Selbsteinschätzung 8- bis 12-jähriger Kinder (Cronbachs  $\alpha < .70$ ). In einer Studie von Erhart, Ellert, Kurth und Ravens-Sieberer (2009) zu den Messeigenschaften des KINDL-R bei 11- bis 17-jährigen Kindern ( $N = 6813$ , Alter:  $M = 14.12$ ,  $SD = 1.98$ ) wiesen die Kid-KINDL Subskalen an einer Teilstichprobe 11- bis 13-jähriger Kinder ( $n = 2\,698$ ) unbefriedigende Reliabilitätswerte auf. Die  $\alpha$ -Werte der Subskalen der Fremdeinschätzung lagen über denjenigen der Selbsteinschätzung, erreichten aber lediglich für zwei Subskalen zufriedenstellende Werte. Mit einem Cronbachs  $\alpha > .80$  erreichte der Gesamtwert des Kid-KINDL in Voruntersuchungen, unabhängig von der Beurteilungsversion und dem Alter, konsistent gute Reliabilitätswerte. Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) konnten im Zuge der Entwicklung des KINDL-R mittels MAP-Analyse (Hays, Hayashi, Carson & Ware, 1988) einen guten Skalenfit zeigen. In Konfirmatorischen Faktorenanalysen an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe 11- bis 17-jähriger Kinder und Jugendlicher bestätigte sich die angenommene faktorielle Struktur des KINDL-R (Selbsteinschätzung: RMSEA = .064, CFI = .93; Fremdeinschätzung: RMSEA = .069, CFI = .95; Erhart et al., 2009). Die Untersuchung der Messinvarianz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung zeigte eine Übereinstimmung in der faktoriellen Struktur beider Beurteilungsversionen (konfigurale Messinvarianz). Aufgrund der vorliegenden Befunde ergeben sich unabhängig von Stichprobencharakteristika Hinweise auf unbefriedigende interne Konsistenzen, wovon insbesondere die Kid-KINDL Selbsteinschätzung betroffen sein dürfte

Obwohl der KINDL-R in der Behandlung psychischer Störungen im Rahmen von QS-Maßnahmen eingesetzt wird, existiert nur wenig Wissen über seine psychometrischen Eigenschaften bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (Winkler & Piso, 2014). Unabhängig von der Altersgruppe wurden Studien zur faktoriellen Validität des KINDL-R bisher ausschließlich an bevölkerungsrepräsentativen Stichproben durchgeführt (11-17 Jahre; Erhart et al., 2009). Befunde zur Differenzierungsfähigkeit des KINDL-R zwischen gesunden und mittels Fragebogenverfahren als psychisch auffällig klassifizierten Kindern liegen zwar vor (Ravens-Sieberer, Erhart, Wille & Bullinger, 2008). Für die Qualitätssicherung mit dem Kid-KINDL stellt sich aber die Frage, ob Kinder mit einer diagnostizierten psychischen Primärdiagnose, mit Vorbefunden vergleichbare Effekte in der Trennung zwischen psychisch unauffälligen und kranken

Kindern zeigen. Diese Frage ist insbesondere für die Indikationsstellung zu Behandlungsbeginn relevant.

Wegen der Befundlage zum Kid-KINDL und seiner Relevanz für die QS lag ein Ziel dieser Arbeit darin, die faktorielle Struktur und die Known Groups Validität der Kid-KINDL Selbst- und Fremdeinschätzungsversion an einer Stichprobe 8- bis 11-jähriger Kinder im Kontext der Qualitätssicherung stationärer psychosomatischer Behandlungen zu untersuchen. Es sollte die Modellanpassung des originalen sechs-faktoriellen Kid-KINDL Modells in der vorliegenden Stichprobe untersucht werden. Da Befunde zur faktoriellen Validität des Kid-KINDL bei psychisch kranken Kindern in der hier untersuchten Altersgruppe bislang fehlen, sollte auch der Frage nach alternativen Faktorenstrukturen des Instruments nachgegangen werden. Von besonderem Interesse für die Indikationsstellung und Messung der Ergebnisqualität ist der Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzungen. Da ein Vergleich von Skalenmittelwerten unter psychometrischen Gesichtspunkten skalare Messinvarianz voraussetzt, sollte das Instrument auf seine Messinvarianz hin untersucht werden. Die Untersuchung der Known Groups Validität erfolgte durch einen Vergleich der Skalenmittelwerte, wobei davon ausgegangen wurde, dass Kinder der psychosomatischen Stichprobe im Durchschnitt eine niedrigere HRQoL aufweisen als Kinder der gewählten Referenzstichproben.

## **5.1 Material und Methode**

### **5.1.1 Psychosomatische Patientenstichprobe**

Die vorliegende Studie basiert auf Sekundärdaten<sup>3</sup> einer Stichprobe von Kindern im Alter zwischen acht und elf Jahren, die sich zum Erhebungszeitpunkt in einer psychosomatischen Krankenhausbehandlung befanden. Die Daten wurden im Rahmen der Qualitätssicherung einer psychosomatischen Klinik zwischen 2015 und 2019 routinemäßig erhoben: Kinder füllten zu Behandlungsbeginn und -ende den Kid-KINDL als Selbstbeurteilungsversion aus, die Bezugspersonen (i.d.R. die Eltern) beantworteten unabhängig davon die entsprechende Fremdbeurteilungsversion. Für die vorliegende Studie wurden ausschließlich die zu Behandlungsbeginn vorliegenden Fragebogendaten herangezogen. Alle Kinder hatten mindestens eine behandlungsbedürftige psychiatrische Diagnose. Wegen der Einbindung in die Qualitätssicherung der Klinik, wurden die Altersgruppen des Kid-KINDL an die dortigen organisatorischen Strukturen ange-

---

<sup>3</sup> Bei der vorliegenden Studie handelte es sich um eine retrospektive Sekundäranalyse bereits vorliegender Daten. Diese lagen in pseudonymisierter Form vor, d.h. eine personenbezogene Zuordnung der Daten war zu keinem Zeitpunkt möglich.

passt. Dies ging mit einer Veränderung der Altersspanne von acht bis elf Jahren (statt 7 bis 13 Jahren) einher. Für die vorliegende Studie wurde aus einem Pool vorliegender Fragebogendaten auf diejenigen zurückgegriffen, die höchstens drei fehlende Werte auf den Kid-KINDL Skalen aufwiesen. Dadurch ergaben sich folgende Gesamtstichproben: Kid-KINDL<sub>Selbst</sub>:  $N = 441$ , Mädchen: 52 %, Jungen: 48 %, Alter:  $M = 9.44$ ,  $SD = 1.12$ ; Kid-KINDL<sub>Fremd</sub>:  $N = 462$ , Mädchen: 55 %, Jungen: 45 %, Alter:  $M = 9.51$ ,  $SD = 1.11$ ). Die Diagnosen – eingeteilt in Gruppen nach Kapitel F der ICD-10 – verteilten sich wie folgt: Affektive Störungen (F3): Kid-KINDL<sub>Selbst</sub> = 5 %, Kid-KINDL<sub>Fremd</sub> = 6 %; Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4): Kid-KINDL<sub>Selbst</sub> = 2 %, Kid-KINDL<sub>Fremd</sub> = 3 %; Verhaltens-/emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9): Kid-KINDL<sub>Selbst</sub> = 93 %, Kid-KINDL<sub>Fremd</sub> = 91 %. Aufgrund des Samplings lagen nur für einen Teil der Daten ( $n = 327$ ) parallele Selbst- und Fremdeinschätzungen vor.

### 5.1.2 Verwendete Referenzstichproben zur Untersuchung der Known Groups Validität

Zur Untersuchung der Known Groups Validität der Fremdeinschätzungsversion wurde auf Normdaten einer repräsentativen Bevölkerungsstudie zurückgegriffen, die im Rahmen der KIGGS-Studie erhoben wurde (Norm; 7 bis 10 Jahre:  $N = 960$ , 11 bis 13 Jahre:  $N = 750$ ; Ravens-Sieberer et al., 2008). Der Vergleich der Skalenmittelwerte erfolgte im Fall der Fremdeinschätzung parallelisiert nach Altersgruppen. Für die Selbsteinschätzungsversion des Kid-KINDL in der hier untersuchten Altersgruppe 8- bis 11-jähriger Kinder, konnten keine Referenzdaten aus der Allgemeinbevölkerung identifiziert werden. Um einen orientierenden Eindruck über die Differenzierungsfähigkeit der Kid-KINDL Selbsteinschätzung zu generieren, wurden Daten einer Stichprobe aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen herangezogen (Reha; 8 bis 12 Jahre,  $N = 691$ ; Arnhold-Kerri, 2010). Die Heranziehung der Reha-Stichproben schien sinnvoll, da davon auszugehen war, dass Kinder in der Akutversorgung eine deutlichere Beeinträchtigung der Lebensqualität zeigen, als Kinder, die sich in Rehabilitation befinden. Im Fall der Kid-KINDL Selbsteinschätzung wurde von einem Nachweis der Known Groups Validität ausgegangen, wenn sich kleine Effekte der Differenzierungsfähigkeit des Instruments zwischen psychisch kranken Kindern der Akutversorgung und der Reha-Stichprobe zeigten.

### 5.1.3 Messinstrument

Der Kid-KINDL erfasst die HRQoL für die vergangenen sieben Tage entlang von sechs Skalen, die durch jeweils vier Likert skalierte Items ( $1 = nie$ ,  $2 = selten$ ,  $3 = manchmal$ ,  $4 = oft$ ,  $5 =$

*immer*) gebildet werden. Der Kid-KINDL Gesamtwert kann als Durchschnittswert aller 24 Items berechnet werden. Die Skalenmittelwerte und der Gesamtwert können auf einen Wertebereich von 0 bis 100 transformiert (siehe hierzu Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000, S. 18), wobei höhere Skalenwerte für eine höhere Lebensqualität stehen. Elf Kid-KINDL Items sind invers zur HRQoL formuliert und werden für die Auswertung umgepolt. Der Kid-KINDL beansprucht die Erfassung folgender HRQoL-Dimensionen: *Körperliches Wohlbefinden*, *Psychisches Wohlbefinden*, *Selbstwert*, *Familie*, *Freunde* und *Schule/Funktionsfähigkeit im Alltag*. Selbst- und Fremdbeurteilungsversion sind identisch aufgebaut, unterscheiden sich aber durch die Formulierung der Items bei gleicher inhaltlicher Bedeutung (z.B. „habe ich mich krank gefühlt“ vs. „hat mein Kind sich krank gefühlt“). Eine schematische Darstellung der faktoriellen Struktur des Instruments ist in Abbildung D.2 im Anhang D aufgeführt. Die originale Zuordnung der Items zu ihren theoretisch angenommenen Dimensionen können den Tabellen D.6 und D.7 (Anhang D) entnommen werden.

#### **5.1.4 Untersuchungsdesign zur Analyse der faktoriellen Struktur des Kid-KINDL**

Für die Evaluation der faktoriellen Struktur des Kid-KINDL wurde die Gesamtstichprobe jeder Beurteilungsversion zufällig in zwei Stichproben geteilt, wobei auf ein adäquates Verhältnis zwischen Stichprobengröße und Indikatoren geachtet wurde (Kyriazos, 2018). Da in *Explorativen Faktorenanalysen* (EFAs) in Vergleich zu *Konfirmatorischen Faktorenanalysen* (CFAs) auf kleinere Stichprobenumfänge zurückgegriffen werden kann, wurde ein Drittel der Gesamtstichproben für die EFAs herangezogen (Kid-KINDL<sub>Selbst 1</sub>:  $N = 147$ , Mädchen: 52 %, Jungen: 48 %, Alter:  $M = 9.42$ ,  $SD = 1.04$ ; Kid-KINDL<sub>Fremd 1</sub>:  $N = 154$ , Mädchen: 57 %, Jungen: 43 %, Alter:  $M = 9.53$ ,  $SD = 1.11$ ). Die zweite Teilstichprobe umfasste zwei Drittel des Gesamtdatensatzes der Selbst- und Fremdeinschätzung, sie wurde für die Durchführung der Konfirmatorischen Faktorenanalysen verwendet (Kid-KINDL<sub>Selbst 2</sub>:  $N = 294$ , Mädchen: 53 %, Jungen: 47, Alter:  $M = 9.45$ ,  $SD = 1.15$ ; Kid-KINDL<sub>Fremd 2</sub>:  $N = 308$ , Mädchen: 54 %, Jungen: 46 %, Alter:  $M = 9.50$ ,  $SD = 1.11$ ). An der ersten Stichprobe sollte die Dimensionalität des Instruments bei psychisch kranken Kindern untersucht werden. Das originale Kid-KINDL Modell sowie alternative Faktorenmodelle sollten anschließend an der zweiten Teilstichprobe mittels CFAs konfirmatorisch getestet und die Messinvarianz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung evaluiert werden

Das in den CFAs identifizierte tragfähigste Modell sollte anschließend in der zweiten Teilstichprobe auf seine Messinvarianz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung hin untersucht werden. Im Fall *konfiguraler Messinvarianz* wird von einem Nachweis einer identischen Faktorenstruk-

tur zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung ausgegangen, d.h. in beiden Gruppen werden identische Konstrukte erfasst. Liegt *metrische faktorielle Invarianz* (schwache Invarianz) vor, können zusätzlich zur Faktorenstruktur auch die Faktorladungen zwischen beiden Gruppen als äquivalent angenommen werden. Beide Gruppen schreiben in diesem Fall den untersuchten latenten Konstrukten die gleiche Bedeutung zu. Durch Testung auf *skalare Invarianz* wird untersucht, ob item-spezifische Schwierigkeitsunterschiede bestehen, indem die Konstanten der Items (manifesten Variablen) in Selbst- und Fremdeinschätzung gleichgesetzt werden. Skale Messinvarianz bildet die Voraussetzung für Mittelwertvergleiche zwischen den untersuchten Gruppen.

### 5.1.5 Statistische Analysen

Die statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm R (Version 4.0.2; R Core Team, 2020) durchgeführt. Fehlende Werte wurden durch *Multiple Imputation* (MI) mittels *Multivariate Imputation by Chained Equations* (MICE) mit dem R-Paket mice (Version 3.11.0; van Buuren & Groothuis-Oudshoorn, 2011) ersetzt. Die Reliabilität wurde über die interne Konsistenz mittels Cronbachs  $\alpha$  bestimmt, wobei ein  $\alpha \geq .70$  als akzeptabel angesehen wurde (Morera & Stokes, 2016). Da Cronbachs  $\alpha$  tau-äquivalente Messmodelle voraussetzt (Brown, 2015), im vorliegenden Fall aber von kongenerischen Modellen auszugehen war, wurden zusätzlich die Faktor-Reliabilitäten mittels  $\omega$  (Raykov, 2001) berechnet.

Ausgehend von der a priori Modellannahme korrelierender Faktoren des Kid-KINDL und dem begrenzten Wissen über die dimensionale Struktur des Instruments in der vorliegenden Stichprobe, wurde für die EFAs eine Hauptachsenanalyse mit Promax-Rotation und MinRes-Schätzverfahren auf Basis der gepoolten Korrelationsmatrizen der multipel imputierten Datensets gewählt (Nassiri, Lovik, Molenberghs & Verbeke, 2018). Die Berechnung der EFAs erfolgte mit dem psych-Paket (Version 2.0.7; Revelle, 2018). Als Extraktionsmethode zur Identifikation alternativer Faktorenstrukturen wurde das Empirische Kaiser-Kriterium gewählt (Braeken & van Assen, 2017). Die Konfirmatorischen Faktorenanalysen (CFAs) wurden mit dem auf lavaan basierenden R-Paket semTools (Version 0.5-3; Jorgensen, Pornprasertmanit, Schoemann & Rosseel, 2020) durchgeführt. Die Identifikation des a-priori sechs Faktoren Messmodells erfolgte über die Fixierung der Faktorladung des jeweils ersten Items einer Skala auf eins (Referenzvariable). Im Fall alternativer Faktorenmodelle wurde das Item mit der höchsten Faktorladung als Referenzvariable gewählt. Trotz Annahme eines ordinalen Skalenniveaus wurde auf eine robuste Maximum-Likelihood Schätzung (MLR) zurückgegriffen. Dieses Vorgehen zeigte sich in Simulationsstudien bei kleinen Stichprobenumfängen gegenüber verteilungsfreien

Schätzverfahren (z.B. WLSMV) als überlegen (Li, 2016). Ein exakter Modell-Fit lag bei einer nicht-signifikanten  $\chi^2$ -Teststatistik vor ( $\alpha = .05$ ). Für einen guten Modell-Fit sprachen: *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA)  $\leq .05$ , *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR)  $< .08$ , *Comparative Fit Index* (CFI)  $\geq .95$ . Ein akzeptabler Modell-Fit lag bei folgenden Werten vor: RMSEA  $\leq .08$ , SRMR  $\leq .10$  und CFI  $\geq .90$  (Brown, 2015).

Mit dem Ziel der Identifikation eines passenden Messmodells wurden CFA-basierte Modellvergleiche durchgeführt. Das Modell mit der besten Anpassung sollte anschließend in konfirmatorischen *Multi-Gruppen-Faktorenanalysen* (MG-CFA) auf konfigurale, metrische und skalare Invarianz untersucht werden. Die Evaluation hierarchischer Modellvergleiche (was die Messinvarianz einschloss) erfolgte mit dem  $\chi^2$ -Differenztests ( $\alpha = .05$ ), zusätzlich wurden Differenzmaße auf Basis deskriptiver Fit-Indizes berechnet ( $\Delta$  CFI,  $\Delta$  RMSEA). Da im Falle komparativer Modellvergleiche im Vorfeld nicht zwingend von hierarchischen Modellvergleichen auszugehen war, wurden zusätzlich informationstheoretische Maße zur Beurteilung mit herangezogen (*Akaike Information Kriterium* (AIC), *Bayesian Information Kriterium* (BIC)). In den komparativen Modellvergleichen sprachen ein mit  $\alpha = .05$  signifikanter  $\Delta \chi^2$ -Wert und positive  $\Delta$  AIC bzw.  $\Delta$  BIC-Werte für die Ablehnung des restriktiveren Messmodells. Die Beurteilung der Messinvarianz erfolgte nach den von Chen (2007) vorgeschlagenen Kriterien. Demnach sprach ein  $\Delta$  CFI  $\geq -.01$  und ein  $\Delta$  RMSEA  $\geq .015$  gegen das Vorliegen (metrischer/skalarer) Messinvarianz, wobei in Übereinstimmung mit anderen Befunden  $\Delta$  CFI als Hauptkriterium herangezogen wurde (Meade, Johnson & Braddy, 2008).

Retrospektiv berechnete Teststärkeanalysen für die CFAs ergaben eine ausreichend hohe Teststärke für das restriktivste Modell in der kleineren Stichprobe der Selbsteinschätzung (close-fit des RMSEA; Modell A:  $df = 237$ ,  $N = 294$ ,  $H_0: \varepsilon \leq .05$ ,  $\varepsilon_1 = .08$ ,  $\alpha = .05$ ,  $1 - \beta = .99$ ; MacCallum, Browne & Sugawara, 1996).

Als Nachweis für die Known Groups Validität wurden signifikant niedrigere HRQoL-Skalenwerte der psychosomatischen Stichprobe in Vergleich mit den gewählten Referenzstichproben angenommen ( $H_{1(\text{Selbst})}: \mu_{\text{PsySom}} < \mu_{\text{Reha}}$ ,  $H_{2(\text{Fremd})}: \mu_{\text{PsySom}} < \mu_{\text{Norm}}$ ). Die Gruppenvergleiche erfolgten über einen einseitigen Welch modifizierten t-Test für unabhängige Stichproben. Im Fall des Vergleichs der psychosomatischen Stichprobe mit der Reha-Stichprobe wurde ein mindestens kleiner Effekt (Hedges  $g = |0.20|$ ) angenommen. Dieser konnte a posteriori mit ausreichender Teststärke abgesichert werden konnte ( $1 - \beta = .93$ ; G\*Power, Version 3.1; Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009). Für den Vergleich der Fremdeinschätzungsversion der psychosomati-

schen Stichprobe mit der Allgemeinbevölkerung ergab sich für eine mittlere Effektstärke (Hedges  $g = |0.50|$ ) a posteriori eine ausreichend hohe Teststärke von  $1-\beta = .99$ .

## 5.2 Ergebnisse

Es werden wesentliche Parameter zur Beurteilung der Verteilungseigenschaften dargestellt und anschließend der Prozess der Multiplen Imputation erläutert. Im Anschluss erfolgt die Beantwortung der Forschungsfragen gegliedert nach Themenblöcken.

### 5.2.1 Deskriptive Statistik und psychometrische Skalenwerte

Die Gesamtstichprobe der Fremdeinschätzungsversion wies insgesamt 30 % fehlende Werte auf, die Gesamtstichprobe der Selbsteinschätzung 24 % fehlende Werte. Die psychometrischen Skalenwerte sind in Tabelle 5.1 aufgeführt, detaillierte Itemstatistiken sind Anhang D zu entnehmen (Tabellen D.1 und D.2, Abbildungen D.1 und D.2). Für die Subskalen der Selbst- und Fremdeinschätzung zeigten sich ausreichend hohe part-whole korrigierte Itemtrennschärfen ( $\hat{\rho}_{i(x-i)} > .30$ ). In der Selbsteinschätzung ergaben sich für die Items „Streit mit Eltern“ (Fam3) und „Bevormundung durch Eltern“ (Fam4) unzureichende Trennschärfen mit der Gesamtskala. Das Item „Angst um Noten“ (Sch4) der Skala *Schule* wies in beiden Beurteilungsversionen eine unbefriedigende Trennschärfe mit der Gesamtskala auf. In beiden Beurteilungsversionen variierten die Iteminterkorrelationen innerhalb der Skalen z.T. deutlich, die niedrigsten Iteminterkorrelationen ergaben sich auf der Skala *Schule/Alltagsfunktion* (Abbildungen D.1 bis D.2). Während sich für die Subskalen der Fremdeinschätzung und dem Gesamtwert beider Beurteilungsversionen überwiegend ein zufriedenstellendes Cronbachs  $\alpha$  und Raykovs  $\omega$  ergaben, zeigte die Selbsteinschätzung insgesamt unzufriedenstellende Reliabilitätswerte auf den Subskalen. Die Reliabilitätswerte der Skala *Schule/Alltagsfunktion* lagen mit  $\leq .60$  in beiden Beurteilungsversionen deutlich unterhalb des akzeptablen Bereichs.

Tabelle 5.1

*Part-Whole korrigierte Trennschärfen und Reliabilitäten der Kid-KINDL Skalen unter listenweisem Fallausschluss (Kid-KINDL<sub>Selbst</sub>: N = 368, Kid-KINDL<sub>Fremd</sub>: N = 367)*

Skala	Trennschärfe $\hat{\rho}_{i(x-i)}$	Interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha$ )	Faktor-Reliabilität (Raykovs $\omega$ )
		Selbsteinschätzung	
Gesamtwert	.19-.62	.85	.85

Skala	Trennschärfe $\hat{\rho}_{i(x-i)}$	Interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha$ )	Faktor-Reliabilität (Raykovs $\omega$ )
Körperliches Wohlbefinden	.40-.50	.65	.65
Psychisches Wohlbefinden	.39-.53	.63	.63
Selbstwert	.41-.67	.76	.77
Familie	.30-.51	.58	.60
Freunde	.39-.64	.75	.75
Schule/Alltagsfunktion	.33-.40	.59	.59
Fremdeinschätzung			
Gesamtwert	.26-.68	.89	.89
Körperliches Wohlbefinden	.40-.60	.73	.73
Psychisches Wohlbefinden	.54-.59	.75	.75
Selbstwert	.39-.63	.74	.75
Familie	.45-.67	.75	.76
Freunde	.48-.76	.80	.81
Schule/Alltagsfunktion	.30-.43	.56	.57

### 5.2.2 Multiple Imputation fehlender Werte

In der Fremdeinschätzung wies die erste Teilstichprobe ( $N = 154$ ) 33 % fehlende Werte mit 28 Fehlendmuster auf, in der zweiten Teilstichprobe ( $N = 308$ ) zeigten sich 29 % fehlende Werte mit 39 Fehlendmuster. Für beide Teilstichproben der Fremdeinschätzung konnte die Annahme eines MCAR-Ausfallmechanismus auf  $\alpha = .10$  beibehalten werden (Littles MCAR Test: Kid-KINDL<sub>Fremd 1</sub>:  $\chi^2 = 646.18$ ,  $df = 606$ ,  $p = .13$ , Kid-KINDL<sub>Fremd 2</sub>:  $\chi^2 = 872.51$ ,  $df = 845$ ,  $p = .25$ ). Die erste Teilstichprobe der Selbsteinschätzung ( $N = 147$ ) zeigte 16% fehlende Werte bei 17 Fehlendmuster, die zweite Teilstichprobe ( $N = 294$ ) wies 28 % fehlende Werte mit 35 Fehlendmuster auf. Die Annahme eines MCAR-Ausfallsmechanismus musste für die Selbsteinschätzung verworfen werden (Littles MCAR-Test: Kid-KINDL<sub>Selbst 1</sub>:  $\chi^2 = 410.50$ ,  $df = 362$ ,  $p = .04$ , Kid-KINDL<sub>Selbst 2</sub>:  $\chi^2 = 869.26$ ,  $df = 757$ ,  $p < .01$ ). Für jede Teilstichprobe der Selbst- und Fremdeinschätzung wurde separat eine MI mit *Predictive Mean Matching* (PMM) mit  $k = 5$  Iterationen durchgeführt. Für die EFAs entsprach die Anzahl der  $m$ -imputierten Datensets dem prozentualen Anteil fehlender Werte, die Teilstichproben der CFAs wurden mit  $m = 30$  Datensets imputiert. Es gingen alle 24 Kid-KINDL Items sowie Alter, Geschlecht und Diagnose als Variablen in das Imputationsmodell ein. Unter PMM zeigte sich eine gute Konvergenz des Algorithmus, die Verteilung imputierter Werte approximiert ausreichend gut die Verteilung der beobachteten Werte. Die Diagnostik der MI unterstützte post-hoc die MAR-Annahme für die Teilstichproben der Selbsteinschätzung.

### 5.2.3 Untersuchung der Dimensionalität des Kid-KINDL bei psychisch kranken Kindern

Die Korrelationsmatrizen waren für die Durchführung einer Hauptachsenanalyse geeignet (*Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient*: Kid-KINDL<sub>Selbst 1</sub> = .77, Kid-KINDL<sub>Fremd 1</sub> = .84; *Barelett-Test*: Kid-KINDL<sub>Selbst 1</sub>:  $\chi^2 = 1122.28$ ,  $p < .001$ , Kid-KINDL<sub>Fremd 1</sub>:  $\chi^2 = 1468$ ,  $p < .001$ ). Mittels empirischem Kaiser-Kriterium konnten für die Selbst- und Fremdeinschätzung sechs Faktoren extrahiert werden. Dies entsprach den a-priori Kid-KINDL Modellannahmen. Die Promax-rotierte sechs faktorielle Lösung klärte in der Selbsteinschätzung 45 % Varianz und in der Fremdeinschätzung 51 % Varianz auf.

In beiden Beurteilungsversionen bildeten invers zur HRQoL formulierte und inhaltlich mit psychosomatischen Symptomen assoziierte Items zwei Faktoren, die sich am ehesten als Somatische Beschwerden und Ängste interpretiert ließen. Mit Ausnahme des Items „anders gefühlt“ (Fre4) waren in beiden Beurteilungsversionen identische Items betroffen. Dies führte zur Überlegung, dass ein Teil der Kid-KINDL Items parallel zu HRQoL-Dimensionen auch Faktoren reflektieren, die mit der psychischen Symptomatik assoziiert sind. Die betroffenen Items waren durchgängig invers zur HRQoL formuliert. Gegen Methodeneffekte als Erklärung der Ladungsmuster sprach, dass andere invers formulierte Items auf ihren a priori angenommenen Faktoren luden. Mit dem Ziel, konkrete inhaltlich-konzeptuelle Hypothesen über alternative Faktorenmodelle abzuleiten, wurde eine Hauptachsenanalyse über eine kombinierte Stichprobe aus Selbst- und Fremdeinschätzung gerechnet ( $N = 301$ ). Das resultierende Ladungsmuster der Items unterschied sich nur marginal von den separat durchgeführten EFAs und konnte deutlich in Zusammenhang mit der psychosomatischen Symptomatik der Kinder gesetzt werden.

Auf dieser Grundlage wurden zusätzlich zu den sechs a-priori HRQoL Faktoren des Kid-KINDL die Psychopathologie-Faktoren Somatische Beschwerden („krank gefühlt“ [Kör1], „Kopf/Bauchschmerzen“ [Kör2], „müde/schlapp“ [Kör3]) und Ängste („allein gefühlt“ [Psy3], „ängstlich/unsicher“ [Psy4], „anders gefühlt“ [Fre4], „Sorge um Zukunft“ [Sch3], „Angst um Noten“ [Sch4]) modelliert. Es konnten unterschiedliche Hypothesen über die Kovariation der HRQoL-Dimensionen mit den psychosomatischen Faktoren angestellt werden, wobei besonders auch die Fragestellung nach der Unidimensionalität krankheitsassoziiierter Items interessierte. Folgende Modelle wurden konfirmatorisch getestet: Originales sechs-faktorielles Kid-KINDL Modell (Modell A); Sechs-faktorielle Modelle der EFAs für die Selbst- und Fremdeinschätzung (Modelle B); Sechs-faktorielles Kid-KINDL Modell mit Doppelladungen krankheitsassoziiierter Items auf den mit den HRQoL-Dimensionen korrelierenden Faktoren Somati-

sche Beschwerden und Ängste (Modell C-1); Items mit inhaltlichem Bezug zur psychischen Symptomatik laden ausschließlich auf Faktoren Somatische Beschwerden und Ängste, Interkorrelationen zwischen allen Faktoren werden zugelassen (Modell C-2); Item-Doppelladungen mit orthogonal zu HRQoL-Dimensionen stehenden Psychopathologie-Faktoren (Modell C-3). Die Ergebnisse der EFAs sind im Detail in den Tabellen D.3 bis D.5 (Anhang D) abgetragen, die getesteten Modelle der CFAs sind in den Abbildungen D.3 bis D.5 graphisch dargestellt.

#### 5.2.4 Konfirmatorische Faktorenanalysen und Modellvergleiche

Die in den CFAs getesteten Modelle wiesen eine positive Anzahl an Freiheitsgraden auf und konvergierten über die multipel imputierten Datensets. Für das Modell C-1 ergaben sich in beiden Beurteilungsversionen Schätzprobleme (Eigenwerte  $< 0$  in der geschätzten Kovarianzmatrix). Grund hierfür waren vermutlich negative Korrelationen des Faktors *Somatische Beschwerden* mit den HRQoL-Faktoren bei gleichzeitig positiven Korrelationen des Faktors *Ängste* mit allen anderen Faktoren. Die Bildung eines allgemeinen Psychopathologie-Faktors (Modell C-1a) ermöglichte eine korrekte Schätzung des Messmodells. Durch Ausschalten von Doppelladungen im Modell C-2 wurde der Faktor *Körperliches Wohlbefinden* nur noch durch ein positiv formuliertes Item („Kraft/Ausdauer“ [Kör4]) reflektiert. Die Spezifikation erfolgte über die Fehlervarianz des Items, die sich aus der Varianz und der Reliabilität berechnen ließ (Brown 2015, S. 122 ff.). Mangels vorbefundlichen Angaben zur Reliabilität des Items, wurde für die Reliabilitätsschätzung die Faktorladung des Items Kör4 aus Modell C-3 herangezogen. Es war davon auszugehen, dass die mit der Psychopathologie assoziierten Varianzanteile der Skala *Körperliches Wohlbefinden* in diesem Modell herauspartialisiert waren.

Tabelle 5.2

*Fit-Indizes durchgeführter Konfirmatorischer Faktorenanalysen*

	<sup>a</sup> CFI	<sup>a</sup> RMSEA	90% KI RMSEA	<sup>b</sup> $\chi^2$	<sup>b</sup> <i>df</i>	SRMR
Selbsteinschätzung ( <i>N</i> = 294)						
Modell A	.85	.060	[.052, .068]	467.65*	237	.068
Modell B	.85	.060	[.051, .068]	424.50*	215	.072
Modell C-1a	.91	.047	[.038, .056]	356.76*	223	.054
Modell C-2	.90	.051	[.042, .060]	383.59*	225	.059
Modell C-3	.92	.046	[.037, .055]	357.69*	228	.062
Fremdeinschätzung ( <i>N</i> = 308)						
Modell A	.86	.070	[.062, .078]	555.94*	237	.071

	<sup>a</sup> CFI	<sup>a</sup> RMSEA	90% KI RMSEA	<sup>b</sup> $\chi^2$	<sup>b</sup> <i>df</i>	SRMR
Modell B	.85	.073	[.066, .081]	581.63*	237	.071
Modell C-1a	.92	.056	[.048, .064]	418.09*	223	.052
Modell C-2	.91	.060	[.051, .068]	444.77*	225	.059
Modell C-3	.93	.050	[.041, .059]	386.49*	228	.062

*Anmerkungen.* Modell A: Original Kid-KINDL Sechs-Faktoren Modell; Modell B: Modelle der Explorativen Faktorenanalysen (in Selbsteinschätzung Ausschluss des Items „viel gelacht und Spaß gehabt“ (Psy1)); Modell C-1a: HRQoL-Faktoren mit Doppelladungen krankheitsassoziierter Items auf Faktor Psychopathologie (wegen Schätzproblemen Zusammenfassung der Faktoren Somatische Beschwerden und Ängste zu einem allgemeinen Faktor Psychopathologie); Modell C-2: Mit psychosomatischer Symptomatik assoziierte Items laden nur auf Faktoren Somatische Beschwerden und Ängste, Interkorrelationen aller Faktoren werden zugelassen; Modell C-3.: Doppelladung mit psychosomatischer Symptomatik assoziierter Items und zu HRQoL-Faktoren orthogonal stehende Faktoren Somatische Beschwerden und Ängste.

CFI: Comparative Fit Index, RMSEA: Root-Mean-Square-Error-of-Approximation, 90 % KI RMSEA: 90 % Konfidenzintervall für RMSEA, SRMR: Standardized-Root-Mean-Residual.

<sup>a</sup> Berichtet werden die nach Savalei (2018) berechneten und in semTools implementierten robusten Varianten.

<sup>b</sup> Nach MLR-Schätzverfahren korrigierte (skalierte) Werte.

\*  $p < .001$ ). Tabelle 5.2 zeigt die Fit-Indizes der getesteten Modelle für die Selbst- und Fremdeinschätzung. Für alle Modelle ergab sich eine signifikante  $\chi^2$ -Statistik ( $p < .001$ ), wodurch die Annahme eines absoluten Modell-Fit verworfen werden musste. Für die sechs faktoriellen Modelle befanden sich RMSEA und SRMR innerhalb der Schwellenwerte eines akzeptablen Modell-Fit, die CFI-Werte verwiesen allerdings auf eine mangelhafte Modellanpassung. Die Berücksichtigung von Psychopathologie-Faktoren und das Ausschalten von Doppelladungen (Modell C-2) führte zu einer Verbesserung in der Modellanpassung. Die zusätzliche Spezifikation von Item-Doppelladungen in den Modellen C-1a und C-3 ging mit einer weiteren Verbesserung der Modellanpassung einher.

Die sechs-faktoriellen Modelle der EFAs (Modelle B) wurden in den Modellvergleichen nicht weiter berücksichtigt, da sich im Vergleich mit dem originalen Kid-KINDL Modell keine wesentliche Verbesserung des Modell-Fits zeigte und das originale Modell in seinen theoretischen Annahmen als etablierter anzusehen war. Tabelle 5.3 zeigt die Ergebnisse der Modellvergleiche mittels  $\chi^2$ -Differenztest. Die Modelle A und C-2 zeigten im Vergleich mit den am wenigsten restringierten Modell C-1a eine signifikante Verschlechterung des Modell-Fits. Dies sprach für die Modellierung eines Psychopathologie-Faktors und dem Zulassen von Item-Doppelladungen. Ein Vergleich der Modelle mit Item-Doppelladungen, die sich im Zulassen von Korrelationen der Psychopathologie-Faktoren mit HRQoL-Dimensionen unterschieden (Modell C-3 vs. Modell C-1a), ergab eine nicht-signifikante Teststatistik (bzw. im Fall der Fremdeinschätzung niedrigere AIC- und BIC-Werte für das Modell C-3). Dies sprach für ein acht-faktorielles Mess-

modell mit Item-Doppelladungen auf den Faktoren Somatische Beschwerden und Ängste, die unabhängig von den HRQoL-Dimensionen des originalen Kid-KINDL Modells psychosomatische Symptome beschreiben.

Tabelle 5.3

Vergleich der mittels CFAs getesteten Modelle der Kid-KINDL Selbst- und Fremdeinschätzung

Modellvergleich	<sup>a</sup> $\Delta \chi^2$	$\Delta df$	$\Delta p$	$\Delta CFI$	$\Delta RMSEA$	$\Delta AIC$	$\Delta BIC$
Selbsteinschätzung (N = 294)							
Modell A vs. Modell C-2	78.78	12	< .001	-.048	.009	73.24	29.04
Modell C-2 vs. Modell C-1a	14.10	2	< .01	-.17	.004	30.50	23.14
Modell C-3 vs. Modell C-1a	2.92	5	.71	.00	-.001	-5.48	-23.90
Fremdeinschätzung (N = 308)							
Modell A vs. Modell C-2	108.49	12	< .001	-.04	.010	105.40	60.64
Modell C-2 vs. Modell C-1a	11.26	2	< .01	-.01	.004	35.07	27.61
Modell C-3 vs. Modell C-1a	<sup>b</sup> 0.00	5	k.A.	.02	-.006	-40.20	-58.85

*Anmerkungen.* Restriktivere Modelle (an erster Stelle stehend) wurden gegen weniger restriktive Modelle getestet. Alle Modellvergleiche bezogen sich auf genestete Modelle. Eine signifikante Teststatistik spricht für die Annahme des weniger restriktiven Modells, eine nicht-signifikante Teststatistik für die Annahme des restriktiveren Modells. Ein positiver  $\Delta AIC$ -Wert bzw.  $\Delta BIC$ -Wert sprechen für die Annahme des weniger restriktiven Modells, ein negativer Wert für die Annahme des restriktiveren Modells.

AIC: Akaike information criterion, BIC: Bayes information criterion.

<sup>a</sup> Die Berechnung des  $\Delta \chi^2$ -Werts erfolgte auf Basis der robusten MLR-Schätzung. Die Differenz entspricht daher nicht der „einfachen“ Differenz der  $\chi^2$  Werte aus Tabelle 3.2.

<sup>b</sup> Es ergab sich eine negative  $\chi^2$  Test-Statistik. Die Beurteilung des Modellvergleichs erfolgte auf Basis der AIC- und BIC-Differenzwerte.

Im Modell C-3, welches in den Modellvergleichen die beste Anpassung an die Daten zeigte, erreichten alle Faktorladungen statistische Signifikanz ( $p < .001$ ), wobei einige Items eine Faktorladung  $\leq .30$  zeigten. In beiden Beurteilungsversionen lagen die Faktorladungen der Items Sch3 und Sch4 auf der Skala Schule unter  $.30$ , gleichzeitig ging die Spezifikation der Fehlervarianzen zwischen Sch1 und Sch2 in beiden Beurteilungsversionen mit den jeweils höchsten EPC-Werten einher (Modell C-3<sub>Selbst</sub>:  $EPC_{\text{standardisiert}} = 1.00$ , Modell C-3<sub>Fremd</sub>:  $EPC_{\text{standardisiert}} = 1.16$ ). Dies spricht post-hoc dafür, dass eine Verbesserung des Modell-Fit erreicht werden könnte, indem die Items Sch1 und Sch2 ausschließlich auf den Faktor Schule und die Items

Sch3 und Sch4 ausschließlich auf dem Faktor Ängste laden. In der Selbsteinschätzung des Modells C-3 erreichten lediglich die Skalen Selbstwert und Freunde akzeptable Reliabilitätskennwerte ( $\omega = .77$  und  $.75$ ). Die Skalen Schule, Somatische Beschwerden und Ängste der Fremdeinschätzung lagen mit einem  $\omega$  um  $.60$  außerhalb des akzeptablen Bereichs, bei ansonsten zufriedenstellenden Faktor-Reliabilitäten mit  $\omega \geq .70$ . Die Ergebnisse verweisen zusammenfassend darauf, dass nur ein Teil der HRQoL-Dimensionen, die der Kid-KINDL beansprucht zu messen, valide erfasst werden. Faktorladungen, Faktorinterkorrelationen und Reliabilitäten der CFAs können im Detail den Tabellen D.6 bis D.11 entnommen werden.

### 5.2.5 Untersuchung der Messinvarianz

Für das Item Kör3 auf dem Faktor Somatische Beschwerden ergaben sich zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung deutlich unterschiedliche Faktorladungen ( $\lambda_{\text{Selbst } (37)} = .29$ ,  $\lambda_{\text{Fremd } (37)} = .09$ ). Die Spezifikation des Items Kör3 auf dem Faktor Somatische Beschwerden wurde von der hierarchischen Invarianzprüfung daher ausgeschlossen (partielle Invarianz). Tabelle 5.4 zeigt für das Modell C-3 eine äquivalente Faktorenstruktur zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Werden gleiche Faktorladungen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung spezifiziert (partielle metrische Invarianz) ergibt sich eine signifikante Verschlechterung des Modell-Fits, allerdings liegt  $\Delta$  CFI mit  $-.003$  unter dem kritischen Cut-off-Wert von  $-.01$ . Über  $\Delta$  RMSEA zeigte sich keine Verschlechterung der Modellanpassung bei Gleichsetzung der Faktorladungen. Die Ergebnisse sprechen damit für das Vorliegen partieller metrischer Messinvarianz. Dies bedeutet, dass in der Selbst- und Fremdeinschätzung den Faktoren eine äquivalente inhaltliche Bedeutung beigemessen wird. Weitere Restriktionen durch Gleichsetzung der Achsenabschnitte (Intercepts, partielle skalare Invarianz) führten zu einer signifikant schlechteren Modellanpassung.

Tabelle 5.4

*Prüfung auf Messinvarianz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung des Messmodells C-3 (Item-Doppelladungen, orthogonal zu HRQoL-Dimensionen modellierte Psychopathologie-Faktoren,  $N = 602$ ,  $n_{\text{Selbst}} = 294$ ,  $n_{\text{Fremd}} = 308$ ,  $m = 30$  imputierte Datensets)*

	<sup>a</sup> CFI	<sup>a</sup> RMSEA	90% KI RMSEA	<sup>b</sup> $\chi^2$	<i>df</i>	<sup>b</sup> $\Delta \chi^2$	$\Delta$ <i>df</i>	$\Delta$ CFI	$\Delta$ RMSEA
Konfigurale Invarianz	.925	.048	[.042, .052]	744.34	456				
Metrische Invarianz	.922	.048	[.042, .052]	780.30	479	36.07*	23	-.003	.000

	<sup>a</sup> CFI	<sup>a</sup> RMSEA	90% KI RMSEA	<sup>b</sup> $\chi^2$	<i>df</i>	<sup>b</sup> $\Delta \chi^2$	$\Delta df$	$\Delta$ CFI	$\Delta$ RMSEA
Skalare Invarianz	.899	.054	[.048, .059]	885.22	495	116.79***	16	-.023	.006

*Anmerkungen.* Konfigurale Invarianz (1. Schritt) = Konstante (äquivalente) Faktorenstruktur, Metrische Invarianz (2. Schritt) = Konstante Faktorladungen, Skalare Invarianz (3. Schritt) = Konstante Achsenabschnitte (Intercepts). Das Item „allein gefühlt“ (Kör3) wurde von der hierarchischen Invarianzprüfung ausgeschlossen (partielle Invarianz).

CFI: Comparative Fit Index, RMSEA: Root-Mean-Square-Error-of-Approximation, 90 % KI RMSEA: 90 % Konfidenzintervall für RMSEA.

<sup>a</sup> Berichtet werden die nach Savalei (2018) berechneten und in semTools implementierten robusten Varianten.

<sup>b</sup> Nach MLR-Schätzverfahren korrigierte (skalierte) Werte.

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

## 5.2.6 Known Groups Validität

Tabelle 5.5 zeigt die Differenzierungsfähigkeit der Kid-KINDL Selbsteinschätzungsversion zwischen psychosomatischer Stichprobe und Reha-Stichprobe. Die Skalenmittelwerte der psychosomatischen Patienten lagen durchweg niedriger als die Werte der Reha-Stichprobe. Dies sprach für die Differenzierungsfähigkeit des Instruments in der Selbsteinschätzungsversion. Es ergaben sich überwiegend mittlere Effekte in der Differenzierungsfähigkeit. Für die Skala *Psychisches Wohlbefinden* ergaben sich die deutlichsten Differenzierungseffekte. Auf der Skala *Selbstwert* zeigten sich keine Unterschiede. Auf den Skalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Schule* ergaben sich kleine bis mittlere Effekte.

Tabelle 5.5

*Differenzierung der Kid-KINDL Selbsteinschätzungsversion zwischen psychosomatischer Stichprobe und Reha-Stichprobe (N = 1059)*

Skala	<sup>a</sup> PsySom (n= 368)	Reha (n=691)	<sup>b</sup> <i>t</i>	<sup>b</sup> <i>df</i>	<sup>c</sup> Hedges <i>g</i> [95 % KI]
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )			
Gesamtwert	65.72 (13.49)	74.15 (10.73)	-10.37***	618.62	-0.72 [-0.85, -0.59]
Körper	66.93 (19.36)	74.15 (17.02)	-6.02***	670.84	-0.40 [-0.53, -0.28]
Psyche	66.27 (19.37)	81.90 (13.17)	-13.87***	552.15	-1.00 [-1.13, -0.87]
Selbstwert	56.71 (21.53)	57.61 (20.80)	-0.66	726.98	-0.04 [-0.16, 0.08]
Familie	69.36 (17.01)	80.52 (15.66)	-10.45***	697.50	-0.69 [-0.82, -0.56]

Skala	<sup>a</sup> PsySom (n= 368)	Reha (n=691)	<b>H<sub>0</sub>: <math>\mu_{\text{PsySom}} = \mu_{\text{Reha}}</math></b> <b>H<sub>1</sub>: <math>\mu_{\text{PsySom}} &lt; \mu_{\text{Reha}}</math></b>		
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<sup>b</sup> <i>t</i>	<sup>b</sup> <i>df</i>	<sup>c</sup> Hedges <i>g</i> [95 % KI]
Freunde	67.49 (21.15)	77.15 (17.00)	-7.56***	623.72	-0.52 [-0.65, -0.39]
Schule	67.56 (20.89)	73.24 (18.78)	-4.36***	683.56	-0.29 [-0.42, -0.16]

*Anmerkungen.* PsySom = Psychosomatische Patientenstichprobe (8 bis 11 Jahre), Reha = Reha Stichprobe (8 bis 12 Jahre; Arnhold-Kerri, 2010).

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

<sup>a</sup> Listenweiser Fallausschluss

<sup>b</sup> Berechnung des empirischen t-Werts und *df*'s nach Welch modifiziertem t-Test

<sup>c</sup> Kleiner Effekt:  $g = |0.20|$ , Mittlerer Effekt:  $g = |0.50|$ , Großer Effekt:  $g = |0.80|$  (Sedlmeier & Renkewitz, 2013)

Die Fremdeinschätzungsversion des Kid-KINDL differenzierte unabhängig von der Altersgruppe im Gesamtwert sowie auf allen Subskalen zwischen psychosomatischer Stichprobe und Kindern aus der Bevölkerungsstichprobe (Ravens-Sieberer et al, 2008). Es handelte sich dabei durchweg um große Effektstärken (Tabelle 5.6, für 11-jährige Kinder siehe Tabelle D.12).

Tabelle 5.6

*Differenzierung der Kid-KINDL Fremdeinschätzungsversion zwischen psychosomatischer Patientenpopulation und Bevölkerungsstichprobe (7 bis 10 Jahre, N = 1236)*

Skala	<sup>a</sup> PsySom (n = 276)	Norm (n = 960)	<b>H<sub>0</sub>: <math>\mu_{\text{PsySom}} = \mu_{\text{Norm}}</math></b> <b>H<sub>2</sub>: <math>\mu_{\text{PsySom}} &lt; \mu_{\text{Norm}}</math></b>		
	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<sup>b</sup> <i>t</i>	<sup>b</sup> <i>df</i>	<sup>c</sup> Hedges <i>g</i> [95 % KI]
Gesamtwert	62.13 (14.13)	79.40 (9.10)	-19.19***	343.10	-1.65 [-1.80, -1.51]
Körper	64.54 (20.69)	80.60 (16.30)	-11.88***	378.44	-0.92 [-1.06, -0.79]
Psyche	63.77 (19.32)	82.70 (12.10)	-15.43***	339.28	-1.35 [-1.49, -1.20]
Selbstwert	58.27 (18.59)	71.40 (13.20)	-10.55***	358.34	-0.90 [-1.04, -0.76]
Familie	61.80 (19.38)	79.90 (12.60)	-14.65***	344.44	-1.26 [-1.40, -1.11]
Freunde	61.35 (21.02)	78.50 (13.00)	-12.87***	337.64	-1.13 [-1.27, -0.99]
Schule	63.09 (19.38)	83.10 (14.20)	-15.97***	363.96	-1.29 [-1.43, -1.15]

*Anmerkungen.* PsySom = Psychosomatische Patientenstichprobe (8 bis 10 Jahre), Norm = Bevölkerungsstichprobe (7 bis 10 Jahre; Ravens-Sieberer et al., 2008).

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

<sup>a</sup> Listenweiser Fallausschluss

<sup>b</sup> Berechnung des empirischen *t*-Werts und *df*'s nach Welch modifizierten einseitigem *t*-Test. Für eine mittlere Effektstärke ( $g = 0.50$ ) ergab sich eine Teststärke von  $1 - \beta = 99$ .

<sup>c</sup> Kleiner Effekt:  $g = |0.20|$ , Mittlerer Effekt:  $g = |0.50|$ , Großer Effekt:  $g = |0.80|$  (Sedlmeier & Renkewitz, 2013)

### 5.3 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde die Faktorenstruktur des Kid-KINDL bei psychisch kranken Kindern im Alter von acht bis elf Jahren untersucht. Es sollte die originale sechs Faktorenstruktur der Kid-KINDL Selbst- und Fremdeinschätzung überprüft werden. Aufgrund mangelnder Vorbefunde zur faktoriellen Struktur des Instruments in der vorliegenden Stichprobe, sollten alternativen Faktorenmodelle identifiziert und getestet werden. Um das Instrument möglichst umfassend für den Einsatz in der Qualitätssicherung psychosomatischer Krankenhausbehandlungen beurteilen zu können, wurde die Übereinstimmung (Messinvarianz) der Selbst- und Fremdeinschätzungsversion mittels konfirmatorischer Multi-Gruppen-Faktorenanalysen (MGCFA) untersucht. Für die Indikationsstellung interessierte die Frage nach der Known Groups Validität des Instruments.

In den Explorativen Faktorenanalysen (EFAs) konnten zwar analog zum originalen Kid-KINDL Modell sechs Faktoren extrahiert werden, es zeigte sich in beiden Beurteilungsversionen aber ein erwartungswidriges Ladungsmuster der Items. Invers zur HRQoL formulierte Items mit inhaltlichem Bezug zur psychosomatischen Symptomatik reflektierten in den EFAs eigene Faktoren. In der Selbst- und Fremdeinschätzung waren nahezu identische Items betroffen. Die mit der psychischen Symptomatik assoziierten Faktoren der EFAs konnten inhaltlich am ehesten als Somatische Beschwerden und Ängste interpretiert werden. Auf Grundlage der Überlegung, dass ein Teil der Kid-KINDL Items besonders anfällig für die Messung der Psychopathologie ist, wurden unterschiedliche Messmodelle formuliert. Das originale Kid-KINDL Modell zeigte zusammen mit anderen sechs-faktoriellen Modellen einen insgesamt unbefriedigenden Modell-Fit. Der Vergleich deskriptiver Fit-Indizes ergab eine Verbesserung der Modellanpassung durch a) Berücksichtigung von Psychopathologie-Faktoren und b) der Spezifikation von Doppelladungen betroffener Items auf den original Kid-KINDL Faktoren und den Psychopathologie-Faktoren. In den Modellvergleichen ( $\chi^2$ -Differenztest) zeigte das Modell C-3 mit Item-Doppelladungen und orthogonal zu den HRQoL-Dimensionen stehenden Faktoren Somatische Beschwerden und Ängste die beste Anpassung an die Daten. Es spricht damit einiges dafür, dass ein Teil der Kid-KINDL Items die Psychopathologie und die HRQoL messen. Die Unidimensionalität der betroffenen Items muss daher angezweifelt werden. Es muss ferner davon ausgegangen werden, dass die Psychopathologie-Faktoren Somatische Beschwerden und Ängste nicht mit den HRQoL-Dimensionen korrelieren.

Ein Vergleich des identifizierten acht-faktoriellen Messmodells zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung ergab, dass die Annahme metrischer Invarianz (äquivalente Modellstruktur und

Faktorladungen zwischen beiden Gruppen) beibehalten werden kann. Die signifikant schlechtere Modellanpassung unter Annahme skalarer Invarianz (äquivalente Achsenabschnitte) weist darauf, dass die Skalenmittelwerte der Selbst- und Fremdeinschätzung nicht miteinander verglichen werden sollten. Die Subskalen der Selbsteinschätzung zeigten sowohl im originalen Kid-KINDL Modell wie auch im Modell C-3 unbefriedigende Faktor-Reliabilitäten. In der Fremdeinschätzung zeigten die HRQoL-Dimensionen in allen Modellen überwiegend akzeptable Reliabilitäten. Unabhängig von der Beurteilungsversion und dem Messmodell zeigte die Skala *Schule* mit einem  $\omega < .60$  deutlich unzureichende Reliabilitäten. Die Psychopathologie-Subskalen erreichten in Selbst- und Fremdeinschätzung mit einem  $\omega$  zwischen  $.52$  und  $.62$  unbefriedigende Werte.

Unter der Annahme der a priori postulierten Faktorenstruktur des Kid-KINDL konnte die Known Groups Validität für die Selbst- und Fremdeinschätzung in der vorliegenden Untersuchung nachgewiesen werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich in den Vergleichen die Altersgruppen nicht eins zu eins überschneiden. Für die Selbsteinschätzungsversion lag zudem keine Referenzstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung vor. Da die CFAs auf Multidimensionale Items verweisen, erscheint eine valide Erfassung einiger der postulierten HRQoL-Dimensionen fraglich. Die Beurteilung der Known Groups Validität auf Basis eines Vergleich auf Subskalenebene ist daher ex post in Frage zu stellen. Über den Kid-KINDL Gesamtwert (Durchschnittswert aller Items) kann aber geschlussfolgert werden, dass sich die Item-Mittelwerte der psychosomatischen Stichprobe im Schnitt signifikant von denjenigen der Referenzstichproben hypothesenkonform durch eine niedrigere HRQoL unterscheiden. Auch wenn Kenntnisse darüber fehlen, welche Items welchen Beitrag zur Differenzierungsfähigkeit des Instruments leisten, ist zumindest auf globaler Ebene von einer ausreichenden Differenzierungsfähigkeit des Instruments auszugehen.

Aufgrund mangelnder Vorbefunde über die faktorielle Struktur des Kid-KINDL für die Gruppe psychisch kranker Kinder erschien eine Kombination aus EFAs und CFAs gerechtfertigt. Die Sekundäranalyse der in der klinischen Routine erhobenen Fragebogendaten zeigte sich in Bezug auf die Untersuchung der Messinvarianz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung als nachteilig. Für einen Teil der Daten lagen keine parallelisierten Selbst- und Fremdanangaben vor. Eine Parallelisierung post-hoc war aufgrund der zufälligen Aufteilung der Gesamtstichprobe der Selbst- und Fremdeinschätzungen nicht möglich. Die Untersuchung der Messinvarianz hat daher orientierenden Charakter und sollte zur Absicherung der Ergebnisse an einer Stichprobe aus parallel vorliegenden Selbst- und Fremdeinschätzungen wiederholt werden. Unter Verwen-

dung strengerer Cut-off-Werte, wie sie bspw. von Meade et al. (2008;  $\Delta CFI \geq -.002$ ) vorgeschlagen werden, wäre aufgrund der Ergebnisse lediglich von konfigurabler Messinvarianz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung auszugehen.

Durch die Aufteilung des Datensatzes umfassten insbesondere die EFAs ein kleines  $N$ , das Verhältnis von Stichprobengröße und Items befand sich mit  $N:p = 6$  aber noch im akzeptablen Bereich (Kyriazos, 2018). In Kombination mit Ausreißerwerten – wie sie für klinische Stichproben zu erwarten sind – könnte sich der geringe Stichprobenumfang aber auf die Stabilität der EFAs auswirken. In den Stichproben der EFAs war die Annahme multivariater Normalverteilung vor allem für die Selbsteinschätzung verletzt. Dies hätte eigentlich eine Analyse auf Grundlage der polychorischen Korrelationsmatrix gerechtfertigt. Um Kontinuität mit der MLR-Schätzung der CFAs herzustellen, wurde für die EFAs eine parametrische aber im Vergleich zur ML-Methode robustere MinRes-Schätzung angewandt. Die gewählte Promax-Rotation erwies sich nach Durchführung der EFAs zusätzlich als gerechtfertigt, da die Faktoren substantielle Interkorrelationen zeigten. Ziegler und Hagemann (2015) verweisen darauf, dass die Untersuchung von Item-Unidimensionalität mittels CFA-Ansatz begrenzt ist. Allerdings konnten in dieser Arbeit aufgrund der Stichprobencharakteristika und der Formulierung der Items inhaltlich-konzeptuelle Hypothesen über alternative Modelle aus den EFAs abgeleitet werden, was die Untersuchung der Item-Dimensionalität ermöglichte.

Die deskriptiven psychometrischen Kennwerte des originalen Kid-KINDL Modells verwiesen durch zwar noch ausreichend hohe aber dennoch insgesamt niedrige Item-Trennschärfen und geringe Iteminterkorrelationen auf inhomogene Skalen und damit problematische Items. Zwar wies das identifizierte Acht-Faktoren-Modell einen adäquateren Modell-Fit auf, allerdings deuteten z.T. geringe Faktorladungen und insbesondere unbefriedigende Faktor-Reliabilitäten auf weiterhin bestehende mangelhafte Messeigenschaften hin. Eine Erklärung hierfür könnte in der Zielsetzung des Kid-KINDL als krankheitsübergreifendes Screening-Instrument liegen. Die Skalen erfassen mit relativ wenigen Items einen breiten Merkmalsbereich, was mit einer hohen Item-Spezifität einhergeht und sich Nachteilig auf die Reliabilität auswirkt. Deutlich wird dies in den Doppelladungen krankheitsassoziierter Items, wovon besonders die HRQoL-Dimensionen *Körperliches Wohlbefinden*, *Psychisches Wohlbefinden* und *Schule* betroffen sind. Aufgrund der Multidimensionalität betroffener Items, ist davon auszugehen, dass diese Faktoren durch das Instrument nicht valide genug erfasst werden. Die fragliche Unidimensionalität krankheitsassoziierter Items stellt die Fähigkeit des Instruments in Frage, die postulierten HRQoL-Dimensionen valide abzubilden. Eine weitere Untersuchung dieses Aspekts in Stich-

proben psychisch kranker Kinder, könnte wichtige Impulse für die Anwendung und Entwicklung von HRQoL-Instrumenten für diese Zielgruppe liefern. Für das acht-faktorielle Messmodell konnte partielle metrische Messinvarianz zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung nachgewiesen werden. Dies spricht dafür, dass die identifizierten Faktoren von den Kindern und ihren Eltern in inhaltlich äquivalenter Weise interpretiert werden. Wegen des fehlenden Nachweises skalarer Invarianz sollten die Mittelwerte der Selbst- und Fremdeinschätzung aber nicht miteinander verglichen werden. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, in der Qualitätssicherung den Selbstbericht der Kinder zu berücksichtigen.

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie ergeben sich Hinweise auf einen limitierten Einsatz des Kid-KINDL in der QS bei psychisch kranken Kindern. Einige HRQoL-Dimensionen werden aufgrund der Multidimensionalität bestimmter Items nicht valide genug erfasst, was sich u.a. auch in geringen Reliabilitäten und Itemtrennschärfen zeigt. Die betroffenen Skalen *Körperliches Wohlbefinden*, *Psychisches Wohlbefinden* und *Schule* sowie der Gesamtwert sollten daher nicht interpretiert werden. Eine valide Erfassung der Dimensionen *Selbstwert*, *Freunde* und *Familie* scheint mit dem Kid-KINDL hingegen möglich. Das Instrument erlaubt damit die Erfassung relevanter Lebensbereiche von Kindern, die durch die psychische Symptomatik beeinflusst und in Syndromskalen in der Regel nicht berücksichtigt werden. Dies ist für die QS von Relevanz, weshalb der Kid-KINDL für die Erfassung dieser HRQoL-Dimensionen zu empfehlen ist.

## **6 Die Erfassung sozialer Dimension psychischer Erkrankung und sozialtherapeutischer Interventionen mit der Psy-BaDo-PTM-KiJu – Eine kritische Reflexion aus Sicht Klinischer Sozialarbeit**

Als QS-Instrument ist die Hauptfunktion einer BaDo darin zu sehen, den Behandlungsverlauf auf formaler Ebene abzubilden und Daten für Therapieevaluationen zu generieren. Entsprechend einer multiprofessionell ausgerichteten psychosomatischen Behandlung wird der Anspruch einer interdisziplinären bzw. berufsgruppenübergreifenden Datenerfassung verfolgt. Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell in der Psychosomatik, müssten mit BaDo's Daten erfasst werden, die über die soziale Dimension psychischer Erkrankung Aufschluss geben. Eine Untersuchung von BaDo-Items hinsichtlich ihrer Relevanz für die Erfassung und Evaluation sozialtherapeutisch relevanter Inhalte wurde nach Wissen des Autors bisher noch nicht vorgenommen.

Eine besondere Bedeutung erhält die Erfassung von Informationen über psycho-soziale Kontextfaktoren und sozialtherapeutische Interventionen mittels BaDo-Daten im Kontext kinder- und jugendpsychosomatischer Behandlungen. Der Stellenwert psycho-sozialer Faktoren in der Behandlung bei Kindern- und Jugendlichen wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) betont, indem für die ambulante und stationäre psychotherapeutische Behandlung der Einbezug von Bezugspersonen oder die Koordination des Hilfesystems vorgesehen sind (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021; vgl. OPS-Codes: 9-65 bis 9-69 sowie 9-80; DIMDI, 2021). Aufgrund ihres Entwicklungsniveaus nehmen psycho-soziale Risikofaktoren deutlichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen bei Kindern/Jugendlichen, wobei insbesondere ein niedriger sozialer Status mit einem erhöhten Risiko für psychische Beeinträchtigungen einher zu gehen scheint (Hölling & Schlack, 2008; Klasen, Meyrose, Otto, Reiss & Ravens-Sieberer, 2017; Zohsel et al., 2017). Nimmt man das bio-psycho-soziale Behandlungsparadigma ernst, dann müsste der Einbezug relevanter Akteure des sozialen Umfelds der Kinder/Jugendlichen und die Schaffung von Voraussetzungen günstiger Entwicklungsbedingungen in ihrer Lebenswelt ein integraler Bestandteil psychosomatischer Behandlungen sein. Eine solche Perspektive geht über den Einbezug der Familien – so wichtig dieser auch ist – hinaus.

Klinische Sozialarbeit verfügt als Handlungswissenschaft über theoretische Bezugssysteme, die zur Untersuchung mit BaDo's erfasster Merkmale sozialer Dimension psychischer Erkrankung herangezogen werden können. Ein sozialtherapeutischen Kompetenzprofil (Pauls & Reicherts, 2013) und ein klinisch-sozialarbeiterisches Methodenrepertoire (für einen Überblick

vgl. Pauls, 2013, Kap. 4, 2018) ermöglicht die Untersuchung der mit einer BaDo auf formaler Ebene erfassten psycho-sozialen Interventionen.

Eine Analyse der Psy-BaDo-PTM-KiJu aus Perspektive Klinischer Sozialarbeit schafft für die psychosomatische Versorgung die Voraussetzung dafür, die Behandlungsqualität auf der sozialen Ebene zu beurteilen. Das Wissen darüber, welche Items für die Erfassung von Merkmalen sozialer Dimension psychischer Erkrankung und psycho-sozialer Interventionen herangezogen werden können, ermöglicht eine zielgerichtete Evaluation dieser psychosomatischen Behandlungsaspekte in der QS. Die Analyse erlaubt aber auch einen Abgleich zwischen aktueller Erfassungssystematik psycho-sozialer Behandlungsmaßnahmen in der QS und Anforderungen auf Grundlage eines Behandlungsverständnisses Klinischer Sozialarbeit. Ausgehend von der Grundannahme, dass Dokumentation eine formalisierte Übersetzung professionellen Handelns darstellt, ist es über herausgearbeitete Übereinstimmungen und Diskrepanzen möglich, Rückschlüsse über die Ausgestaltung des Aufgabenspektrums Sozialer Arbeit im Kontext der Psychosomatik zu ziehen. Konkrete Vorschläge für künftig zu berücksichtigende Aspekte in QS-Instrumentarien können aus Perspektive Klinischer Sozialarbeit formuliert werden.

Aus handlungswissenschaftlicher Perspektive stellt sich die Frage danach, inwiefern die mit BaDo's generierten Daten für die Wirksamkeitsforschung Klinischer Sozialarbeit herangezogen werden können.

## **6.1 Zielstellung und methodisches Vorgehen**

Das Ziel der nachfolgenden Untersuchung ist es, die entwickelte BaDo für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik (Psy-BaDo-PTM-KiJu) aus Perspektive Klinischer Sozialarbeit zu analysieren. In einem ersten Schritt soll ein methodischer Rahmen für die Analyse von BaDo-Daten aus klinisch-sozialarbeiterischer Sicht skizziert werden. In einem nächsten Schritt soll untersucht werden, welche Items für eine Analyse psycho-sozialer Aspekte einer psychosomatischen Behandlung herangezogen werden können.

Konkret geht es um die Beantwortung folgender Fragen:

- Welche Items ermöglichen eine Abbildung der psycho-sozialen Situation der Kinder und Jugendlichen?
- Werden hilfesystemische Aspekte in der Psy-BaDo-PTM-KiJu ausreichend berücksichtigt?
- Welchen Stellenwert nimmt die psycho-sozialen Diagnostik ein?

- Werden sozialtherapeutische Maßnahmen ausreichend erfasst?
- Welche Outcome-Parameter sind aus Sicht Klinischer Sozialarbeit von besonderer Relevanz?

Das methodische Vorgehen umfasst folgende Schritte:

Ausgehend vom Modell der Integration und Lebensführung (Sommerfeld et al., 2016) wird ein methodisches Rahmenmodell für die Evaluation psycho-sozialer Interventionen auf die Analyse von BaDo-Daten übertragen (Hüttemann et al., 2017). Aufgrund ihrer zentralen Stellung für die fachliche Begründung sozialtherapeutischer Interventionen wird ein Mehrebenenmodell psycho-sozialer Diagnostik vorgestellt (Gahleitner & Pauls, 2013). Auf dieser theoretischen Grundlage erfolgt die Analyse der Items der Psy-BaDo-PTM-KiJu. Ordnungsschema der Analyse bildet das Kategoriensystem der strukturierenden Inhaltsanalyse (Kapitel 3.1.2).

## **6.2 Rahmenmodell für die Erfassung sozialer Dimension psychischer Erkrankung und Evaluation psycho-sozialer Interventionen**

Eine theoretische Fundierung der sozialen Dimension psychischer Störung ist mit dem Modell der Integration und Lebensführung gegeben (Sommerfeld et al., 2016; Abbildung 6.1).

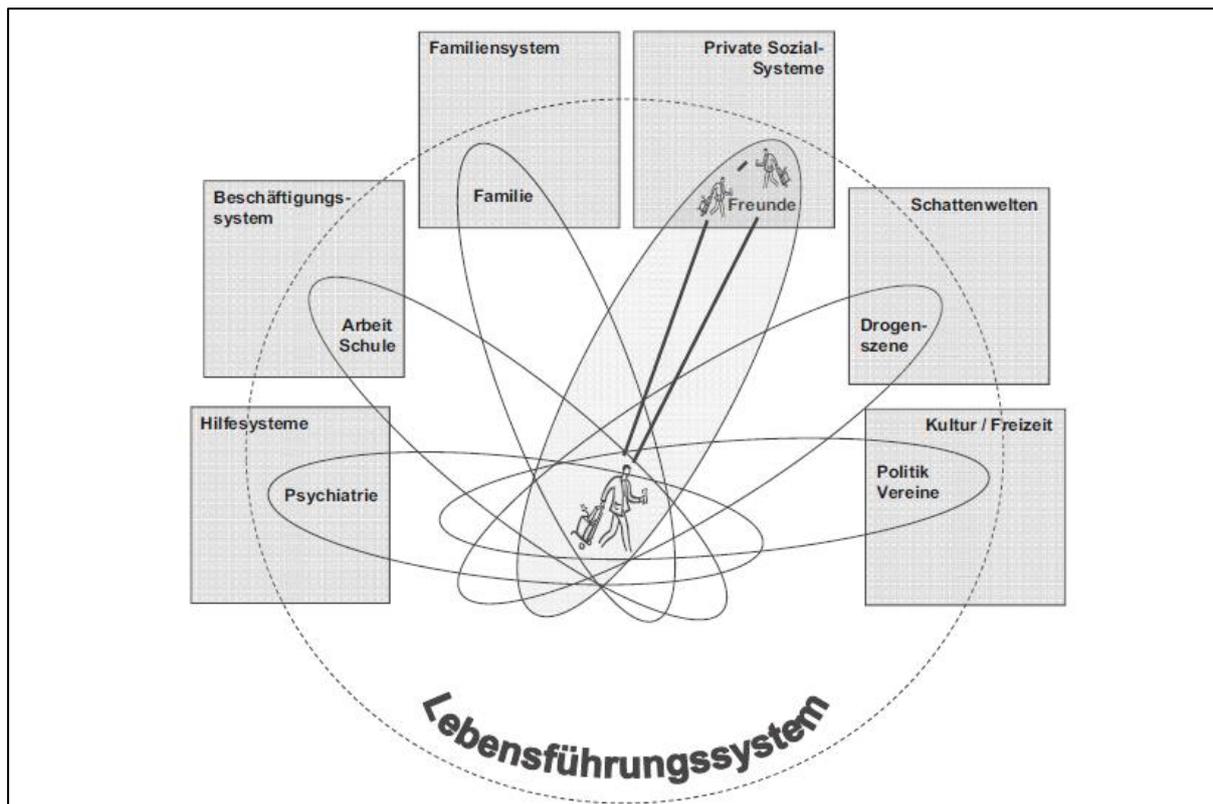


Abbildung 6.1. Operationalisierung sozialer Dimension psychischer Erkrankung entlang des Modells der Integration und Lebensführung (Aus *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie* (S. 59) von Sommerfeld et al., Wiesbaden: Springer VS, Copyright 2016 bei Springer. Wiedergabe mit Genehmigung.)

Das Modell der Integration und Lebensführung zeigt reziproke Interaktionen zwischen Person und Umweltbedingungen. Sommerfeld et al. (2016) verweisen in diesem Zusammenhang aber auch auf die lebensgeschichtliche Bedingtheit der Interaktionsmuster. Für die Erfassung sozialtherapeutisch relevanter Merkmale in einer BaDo bedeutet dies, neben Querschnittsdaten auch längsschnittlich-biographische Daten zu berücksichtigen. Als Beispiel für die Notwendigkeit des Einbezugs biographischer Aspekte kann eine Untersuchung von Hohm et al. (2017) herangezogen werden. Anhand von Daten einer prospektiven Längsschnittstudie (Mannheimer Risikokinderstudie; Esser & Schmidt, 2017) konnte der Einfluss postpartaler Depressionen von Müttern als Risikofaktor für die psychische Entwicklung identifiziert werden.

Um zu Aussagen über die Wirksamkeit sozialtherapeutischer Interventionen zu kommen, muss definiert sein, welche Indikatoren Auskunft über Veränderungen auf den unterschiedlichen Dimensionen des Lebensführungssystems geben. In Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit stellt die Bestimmung geeigneter Indikatoren sowie deren Messung wegen komplexer Wechselbeziehungen zwischen Interventionen und Kontextbedingungen ein besonderes Problem dar. Ins-

besondere auch deshalb, weil eine Beeinflussung von Kontextbedingungen ein Ziel der Interventionen Klinischer Sozialarbeit ist.

Ausgehend von einem bisher fehlenden konzeptuellen Rahmen zur Untersuchung von Wirkfaktoren in der (klinischen) Sozialen Arbeit schlagen Hüttemann et al. (2017) mit dem *AkteurInnen im Lebenswelt- und Interventionskontext, Mechanismen und Entwicklungsverläufe-Konfigurationen* (ALIMEnt) ein Modell vor, in dem Kontextbedingungen, Wirkfaktoren und Outcome miteinander in Bezug gesetzt und in einen theoretischen Zusammenhang gestellt werden (Abbildung 6.2). In diesem Modell wird eine analytische Trennung aus personenbezogenen Interventionen (Interventionskontext) und dem Lebensweltkontext – bestehend aus unterschiedlichen Lebensführungssystemen (Sommerfeld et al., 2016) – vorgenommen. Wirkungsmechanismen psycho-sozialer Interventionen sind im intermediären Bereich aus Interventions- und Lebensweltkontext angesiedelt.

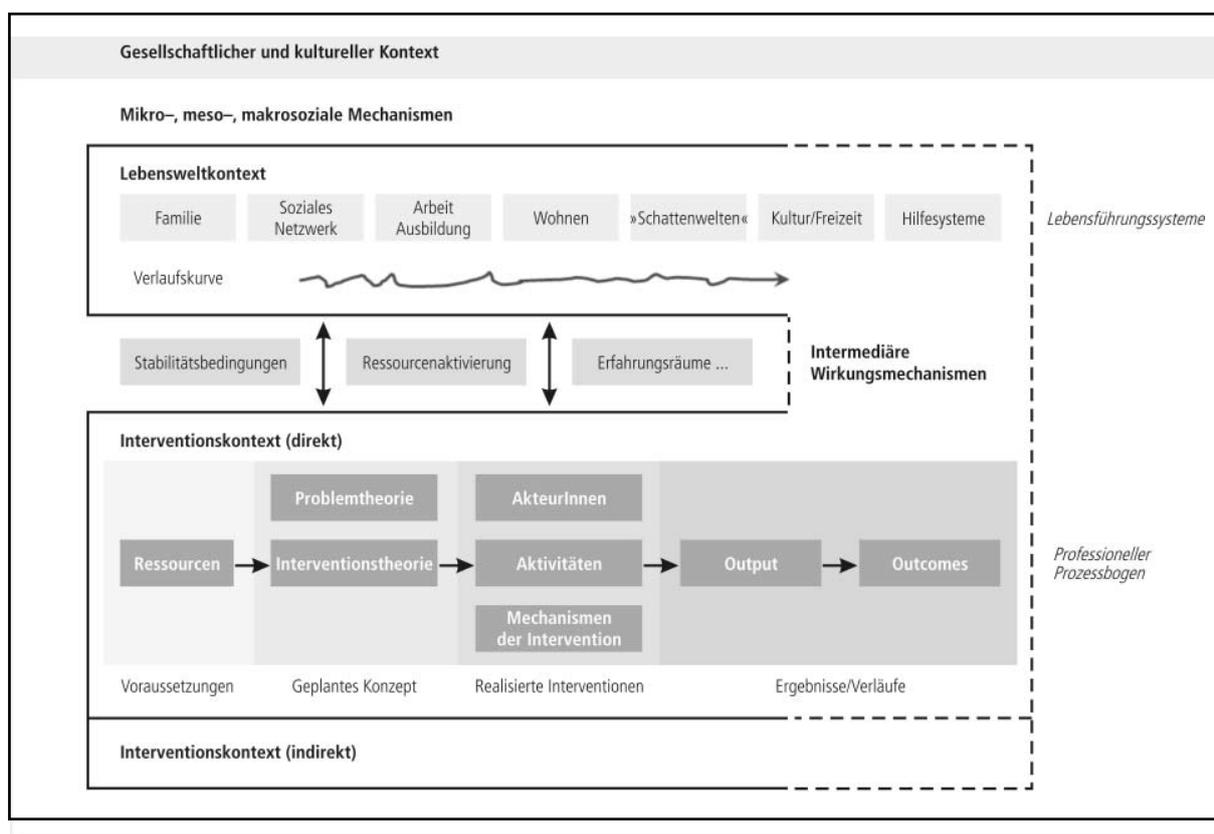


Abbildung 6.2. Modellierung von ALIMEnt-Konfigurationen (AkteurInnen im Lebenswelt- und Interventionskontext, Mechanismen und Entwicklungsverläufe; Aus „Wirkungsforschung und -evaluation in der Klinischen Sozialarbeit“ von Hüttemann et al., 2017, *Klinische Sozialarbeit*, 13(3), S. 6, Copyright 2017 bei ZKS-Verlag, Wiedergabe mit Genehmigung. )

Um die Wirksamkeit psycho-sozialer Interventionen mittels BaDo-Daten zu untersuchen, müssen Dokumentationssysteme Informationen über den Interventionskontext, wie z.B. Interventi-

onsdauer sowie Art und Kombination unterschiedlicher Interventionen erheben. Genauso entscheidend ist aber eine möglichst adäquate Abbildung des Lebensführungssystems. Diesem kommt in der Erfassung eine doppelte Rolle zu. Einerseits enthalten Variablen über das Lebensführungssystem bedeutsame anamnestische und diagnostische Informationen. Andererseits müssen Outcome-Messungen über Veränderungen auf den Lebensführungs-Dimensionen Auskunft geben.

Mit Blick auf die Auswertung von BaDo-Daten bilden Items über die Dimensionen des Lebensführungssystems wichtige Kontrollvariablen. Im Rahmen der Datenanalyse wäre z.B. die „Simulation“ eines quasi-experimentellen Untersuchungsplans ex-post vorstellbar. Strukturgleiche Interventions- und Kontrollgruppen könnten durch ein Matching mittels Propensity-Score-Analyse gebildet werden (Hoffmann & Glaeske, 2017). Für die Bewertung von Behandlungen können BaDo-Items, die Informationen über die Konfiguration in unterschiedlichen Lebensführungssystemen enthalten, zur Risikoadjustierung herangezogen werden. Dies kann im Rahmen eines Benchmarkings wichtig sein, um relativ strukturgleiche Patientenpopulationen zu generieren.

### **6.3 Psycho-soziale Diagnostik als Qualitätsmerkmal sozialtherapeutischer Interventionen**

Psycho-soziale Interventionen zielen darauf ab, Probleme in den Lebensführungssystemen zu reduzieren. Vorhandene personelle und soziale Ressourcen sollen genutzt sowie neue Ressourcen aufgebaut werden. Die Erfassung sozialtherapeutischer Leistungen mit BaDo-Daten erfolgt entlang einer doppelten Perspektive. Hierzu gehören personenbezogene Interventionen, die die Handlungskompetenz der Patienten in den Lebensführungssystemen erhöhen (z.B. Soziales Kompetenztraining). Die Interventionen weisen Schnittpunkte mit Tätigkeitsschwerpunkten anderer Berufsgruppen auf (z.B. Ergotherapie, Psychotherapie). Auf der anderen Seite gibt es Indikatoren, die Aufschluss über primär sozialtherapeutische Interventionen ermöglichen. Sie umfassen in erster Linie Aspekte der Versorgung nach einem stationären Aufenthalt. Unabhängig von der Art der sozialtherapeutischen Intervention, sollte deren Indikation auf einer psycho-sozialen Diagnostik basieren. Sie stellt ein wichtiges Qualitätskriterium für ein fallbezogenes Arrangements psycho-sozialer Interventionen dar.

Im Rahmen Klinischer Sozialarbeit wurde ein Ansatz für eine bio-psycho-soziale Diagnostik entwickelt (Gahleitner & Pauls, 2013). Ziel einer psycho-sozialen Diagnostik ist es, ein dialogisches Fallverstehen zu ermöglichen und daraus passende Interventionen abzuleiten. In Abgrenzung zu psychodiagnostischen oder klassifikatorischen Diagnostikansätzen, ist der diagnosti-

sche Prozess dialogisch ausgerichtet und als Konstruktionsprozess zwischen Patientin und Fachkraft zu verstehen. Gleichzeitig schließt psycho-soziale Diagnostik klassifikatorische und dimensionale Diagnostikansätze nicht aus, sondern versucht sie zielgerichtet zu integrieren. Abbildung 6.3 zeigt das Modell einer bio-psycho-sozialen Mehrebenendiagnostik.

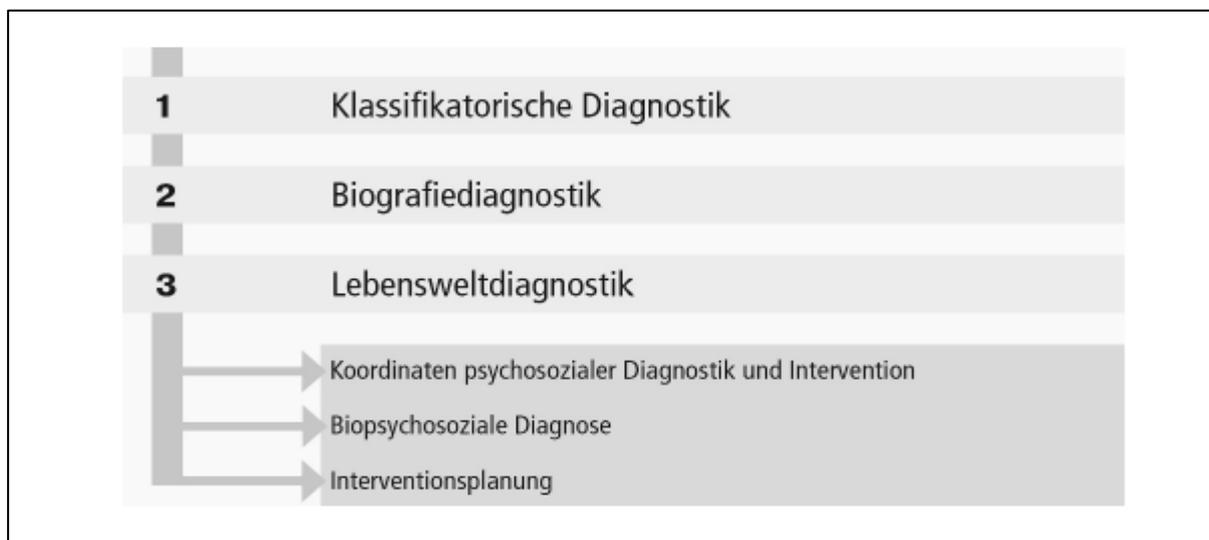


Abbildung 6.3. Modell psycho-sozialer Mehrebenendiagnostik (Aus „Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell“, von Gahleitner & Pauls, 2013, *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit*, S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), Köln: Psychiatrie Verlag, Copyright 2013 bei Psychiatrie Verlag. Wiedergabe mit Genehmigung )

Ziel einer biographischen Diagnostik ist die Anregung subjektiv-biographischer Selbstdeutungen der Patientinnen und Patienten. In der Behandlung von Kindern/Jugendlichen kommt der Einbezug wichtiger Bezugspersonen in die Biographiediagnostik eine wichtige Rolle zu. Die Lebensweltdiagnostik fokussiert auf die Identifikation von Problemen und Ressourcen in der sozialen Umwelt der Patienten. Für die Generierung biographischer und lebensweltlicher Informationen stehen verschiedene und flexibel einsetzbare methodische Ansätze zur Verfügung (für eine Übersicht siehe z.B. Pantuček, 2009). Eine Aggregation der Daten der unterschiedlichen Diagnostikebenen wird in den Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik (Pauls, 2013) vorgenommen.

## 6.4 Ergebnisse

Mit dem Modell der Integration und Lebensführung konnten wesentliche Lebensbereiche definiert werden, deren Faktoren förderliche und hemmende Bedingungen auf die psychische Gesundheit beinhalten. Die ALIMent-Konfigurationen können als Rahmenmodell für die Evalua-

tion sozialtherapeutischer Interventionen herangezogen werden. Dies schließt Indikatoren für die Durchführung und das Ergebnis einer psycho-sozialen Diagnostik mit ein. Ausgehend von diesen konzeptuellen Rahmungen, werden nun die BaDo-Items der entwickelten Psy-BaDo-PTM-KiJu nach ihrer Relevanz für die soziale Dimension psychischer Erkrankung untersucht. Dies umfasst einerseits die Erhebung wesentlicher anamnestischer und diagnostischer Informationen. Andererseits sollen psych-soziale Evaluationsindikatoren identifiziert und Variablen der Leistungserbringung auf ihren Informationsgehalt für sozialtherapeutische Interventionen hin untersucht werden.

In Tabelle 6.1 wurden die Items, der für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik entwickelten BaDo – getrennt nach Therapeuten- und Patientenitems – den Dimensionen des Modells der Integration und Lebensführung zugeordnet (vgl. Abbildung 6.1). Die zeitliche Dimension, also die Erhebung der Information zu Behandlungsbeginn oder -ende, wurde berücksichtigt. Aus der Zuordnung der BaDo-Items zu den (Unter-) Kategorien des Kategoriensystems strukturierender Inhaltsanalyse geht deren wesentliche inhaltliche Bedeutung hervor.

Tabelle 6.1

Zuordnung der Items der Psy-BaDo-PTM-KiJu zu den Dimensionen des Lebensführungssystems

Lebensführungssystem	Item-Nr.	BaDo-Items (Kinder-, Jugend- u. Familienpsychosomatik)	Erhebungszeitpunkt	Kategorie <sup>a</sup>
Therapeuten-Items				
Familiensystem	110,48	Somatische Diagnose (Z-Diagnose, Achse V nach MAS)	Beginn	4.2
	110,50	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung		4.2
	140,32	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung*	Ende	7.0
Private soziale Systeme (z.B. Freundeskreis)	110,48	Somatische Diagnose (Z-Diagnose, Achse V nach MAS)	Beginn	4.2
	110,50	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung		4.2
	140,32	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung*	Ende	7.0
Beschäftigungssystem (Kindergarten, Schule)	110,25-110,30	Störungen beim Besuch des Kindergartens	Beginn	3.6
	110,31-110,38	Schulstörungen		3.6
	110,48	Somatische Diagnose (Z-Diagnose, Achse V nach MAS)		4.2
	110,50	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung		4.2
	140,32	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung*	Ende	7.0
Hilfesysteme (z.B. Jugendhilfe, med. Einrichtungen)	110,48	Somatische Diagnose (Z-Diagnose, Achse V nach MAS)	Beginn	4.2
	110,50	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung		4.2
	140,32	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung*	Ende	7.0
	140,42	Weitbehandlung (Reha-Maßnahmen, Heime, Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen, Sozialpsychiatrische Maßnahmen, Hilfen nach KJHG)*		6.0
Kultur/Freizeit	110,50	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung	Beginn	4.2
	140,32	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung*	Ende	7.0
Patienten-/Bezugspersonen-Items				
Familiensystem	130,9	Hauptaufenthaltsort des Kindes	Beginn	3.1
	130,10	Beziehungsstatus der leiblichen Eltern		3.2
	130,11	Kinderanzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie		3.2
	130,12	Personenanzahl > 18 Jahre in Aufenthaltsfamilie		3.2
	130,15	Familienstand des Elternteils bei dem Kind überwiegend lebt		3.2
	130,16-130,17	Schulabschluss (Mutter/Vater)		3.2
	132,20	Schulabschluss (Jugendliche)		3.1

Lebensführungssystem	Item-Nr.	BaDo-Items (Kinder-, Jugend- u. Familienpsychosomatik)	Erhebungszeitpunkt	Kategorie <sup>a</sup>
	130,18-130,19	Berufsabschluss (Mutter/Vater)		3.2
	130,20-130,21	Berufstätigkeit (Mutter/Vater)		3.2
	130,22-130,23	Erwerbstätigkeit (Mutter/Vater)		3.2
	132,21	Erwerbstätigkeit (Jugendliche)		3.1
	130,24-130,25	Einkommensquelle (Mutter/Vater)		3.2
	132,22	Einkommensquelle (Jugendliche)		3.1
	130,26-130,28	Anzahl leibliche Geschwister/Zwilling, Mehrling/Geschwisterposition		3.2
	130,29-130,30	Psychische/Somatische Erkrankungen in Herkunftsfamilie		3.2
	170-174	KINDL-Skala Familie		4.1
	150,19	Änderung Familie*	Ende	7.0
	170-174	KINDL-Skala Familie*		7.0
Private soziale Systeme (z.B. Freundeskreis)	170-174	KINDL-Skala Freunde	Beginn	4.1
	150,20	Änderung Freunde*	Ende	7.0
	170-174	KINDL-Skala Freunde**		7.0
Beschäftigungssystem (Kindergarten, Schule)	130,32	(Gegenwärtig) Besuchte sozialpädagogische Einrichtungen	Beginn	3.1
	130,33-130,34	Gegenwärtig besuchte Schule/Aktueller Schulbesuch		3.1
	130,35-130,36	Schulische Entwicklung/Einschulung		3.3
	130,37-130,40	Fehltage des Kindes/Bezugspersonen wegen psychischer Symptomatik		3.6
	170-174	KINDL-Skala Schule		4.2
	150,5	Fähigkeit Alltagstätigkeiten u. -pflichten zu bewältigen*	Ende	7.0
	150,18	Veränderung sozialer Probleme*		7.0
	170-174	KINDL-Skala Schule**		7.0
Hilfesysteme (z.B. Jugendhilfe)	130,49	Jugendhilfe bei Aufnahme <sup>b</sup>	Beginn	3.5

*Anmerkungen.* Bei den Patientenangaben sind die Items der Bezugspersonen aufgeführt. Die Items der Jugendlichenangaben ab 15 Jahren entsprechen diesen inhaltlich. Davon abweichende Items wurden aufgeführt. Mit \* markierte Items können für die Evaluation herangezogen werden. Mit \*\* markierte Items sollten katamnestic für Evaluationen herangezogen werden. Die Lebensführungsdimension *Schattenwelten* wurde für Therapeuten- u. Patientenangaben nicht berücksichtigt, da eine Beurteilung in diesem Zusammenhang schwer fällt. Die Dimension *Kultur/Freizeit* wurde in den Patientenangaben von keinem BaDo-Item angesprochen, auf die Darstellung wurde deshalb verzichtet.

<sup>a</sup> Folgende Kategorien wurden durch die BaDo-Items angesprochen: 3.1 = Soziodemographische Angaben und aktuelle Lebenssituation, 3.2 = Familienanamnese, 3.3 = Biographische Anamnese, 3.5 = Vorbehandlungen, 4.1 = Diagnostische Befunde, 4.2 = Multiaxiale Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10, 6.0 = Behandlungsende, 7 = Erfassung des Therapieergebnisses (Outcome).

<sup>b</sup> Dieses Item wurde als Patientenitem zu Behandlungsbeginn in die neu entwickelte BaDo für die Kinder-, Jugend- u. Familienpsychosomatik aufgenommen.

### 6.4.1 Mit Therapeutenangaben erhobene psycho-soziale Informationen

In den Therapeutenangaben erheben die fünfte und sechste Achse des Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS, Remschmidt et al., 2012) aggregierte Informationen über unterschiedliche Lebensführungssysteme. Mit Ausnahme der Dimension *Kultur/Freizeit* kann über die fünfte Achse des MAS die psycho-soziale Lebenssituation der Kinder/Jugendlichen mit insgesamt 39 Items in neun verschiedenen Lebensbereichen beschrieben werden (Schürmann & Döpfner, 2020). Die mit dieser Achse erfassten Lebensbereiche entsprechen Teilbereichen innerhalb einzelner Lebensführungssysteme. Eine Kodierung erfolgt unabhängig von der Psychopathologie, d.h. ein kausaler Zusammenhang zwischen psychischer Symptomatik und Kodierung der psycho-sozialen Problemlage ist nicht zwingend notwendig. Die Globalbeurteilung der psycho-sozialen Anpassung (Achse VI, MAS) beinhaltet eine an Ressourcen ausgerichtete Einschätzung der Funktionsfähigkeit der Patienten durch die behandelnde Fachkraft. Sie stellt eine aggregierte Einschätzung der Funktionsfähigkeit in unterschiedlichen Lebensbereichen dar, wodurch sämtliche Lebensführungssysteme angesprochen werden. Das Item dient einerseits der Statusdiagnostik zu Behandlungsbeginn, wird aber auch zur Evaluation herangezogen.

Eine Operationalisierung des Funktionsniveaus der Kinder/Jugendlichen wird in den Therapeutenangaben durch Items ermöglicht, die Auskunft über die Erfüllung sozialer Rollen in relevanten Lebensbereichen geben. In Abhängigkeit des Alters der Patienten betrifft dies bei Kindern/Jugendlichen die Bereiche Kindergarten und Schule. Die Items *Störungen beim Besuch des Kindergartens* und *Schulstörungen* enthalten wichtige Informationen über mögliche Hilfebedarfe in diesen Lebensführungssystemen, was sie für die Interventionsplanung von Relevanz ist. Das Item der Weiterbehandlung lässt Rückschlüsse über eingeleitete psycho-sozialen Hilfemaßnahmen als Resultat und Bestandteil sozialtherapeutischer Interventionen zu. Es kann als Indikator für die Leistungserbringung sozialtherapeutischer Interventionen herangezogen werden. Die Einschätzung der Funktionsfähigkeit zu Behandlungsende gibt global Aufschluss über die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen (Outcome-Messung).

Die Erfassung der therapeutischen Leistungen erfolgt in der entwickelten BaDo über eine Adaption des *Katalogs Therapeutischer Leistungen* (KTL; Deutsche Rentenversicherung, 2015). Indikatoren für durchgeführte sozialtherapeutische Interventionen umfassen im Wesentlichen das

Kapitel D „Klinische Sozialarbeit<sup>4</sup>, Sozialtherapie“. In der BaDo für die Kinder- und Jugendpsychosomatik betrifft dies Leistungen des Index 7 (Nummer 22 bis 25 und 37 bis 38). Diese Leistungen entsprechen im ALIMent-Modell dem Interventionskontext und lassen Rückschlüsse über die Dosis sozialtherapeutischer Interventionen sowie ihre Kombination mit anderen psychosomatischen Behandlungsmaßnahmen zu. Einschränkend ist zu sagen, dass die Erfassung mit der für die Krankenhausversorgung adaptierten Version des KTL (KTL-Krankenhaus) in Vergleich mit der KTL-Reha nur eine reduzierte Erfassung sozialtherapeutischer Maßnahmen zulässt. In der jetzigen Form erscheint eine adäquate Abbildung eines sozialtherapeutischen Kompetenzprofils Klinischer Sozialarbeit nicht möglich.

#### **6.4.2 Mit Patientenangaben erhobene psycho-soziale Informationen**

Items, die von den Patienten bzw. deren Bezugspersonen zu Behandlungsbeginn erhoben werden, umfassen schwerpunktmäßig sozialanamnestische Daten, die Auskunft über das Familiensystem der Patienten geben. Die Lebenssituation der Patienten wird in Anlehnung an soziodemographische Standards des statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, 2016) erhoben. Konzeptuell wird sich am Vorgehen der BaDo-KJ (Englert et al., 2005) und der Erfassung soziodemographischer Merkmale in der KIGGS-Studie (Lampert et al., 2014) orientiert.

Der Erfassung von Elterncharakteristika kommt dabei eine besondere Rolle zu. Items zur schulischen und beruflichen Situation der Eltern werden zur Einschätzung des sozioökonomischen Status (SES) herangezogen. Allerdings ist die Berechnung eines mehrdimensionalen SES-Index (z.B. Schichtindex nach Winkler und Stolzenberg (1999); siehe auch Lampert, Hoebel, Kuntz, Müters & Kroll, 2018) nicht möglich, da konkrete Angaben zum Haushaltseinkommen fehlen. Dennoch werden umfangreiche Daten zum Haushalt, in dem die Patienten leben, erhoben. Unter Berücksichtigung biographischer Entwicklungen werden Patientenangaben über vergangene und gegenwärtig besuchte sozialpädagogische und schulische Einrichtungen erfasst, womit die Dimension des *Beschäftigungssystems* unter einer longitudinalen Perspektive angesprochen wird. Neben sozialanamnestischen Daten geben insgesamt vier Items Auskunft über die Funktionseinschränkung des Patienten aufgrund seiner psychischen Erkrankung in diesem Lebensführungssystem (Items 130,34-130,40). Da insbesondere bei jüngeren Kindern auch

---

<sup>4</sup> Der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ wie er im Katalog therapeutischer Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung vertreten wird, ist nicht deckungsgleich mit dem Verständnis Klinischer Sozialarbeit als Teilgebiet Sozialer Arbeit. Im KTL bezieht sich „klinisch“ auf den Ort bzw. den Kontext in dem Soziale Arbeit ihre Leistungen erbringt. Klinische Sozialarbeit umfasst hingegen spezifische (sozialtherapeutische) Interventionsformen. Die Kategorie „Klinische Sozialarbeit“ des KTL stellt keine umfassende Beschreibung klinisch-sozialarbeiterisch begründeter psycho-sozialen Interventionen dar, schließt diese gleichzeitig aber nicht aus.

die Eltern von den Funktionseinschränkungen des Kindes (z.B. kein Schulbesuch möglich) beeinträchtigt sind, wird in diesem Zusammenhang nach Einschränkungen der Eltern durch die psychische Erkrankung des Kindes gefragt. Die Items bilden damit Indikatoren für Unterstützungsbedarfe der Familien. Mit dem Item *Jugendhilfe bei Aufnahme* werden Informationen über bereits bestehende Hilfen des achten Sozialgesetzbuches erhoben. Das Item bildet einen Indikator für besondere psycho-soziale Problemstellungen. In Kombination mit den Items zur Weiterbehandlung kann es aber auch über stattgefundene sozialtherapeutische Interventionen Auskunft geben, z.B. indem zu Behandlungsbeginn noch nicht bestehende Jugendhilfemaßnahmen als ein Resultat der psychosomatischen Behandlung eingeleitet wurden. Vor dem Hintergrund eines „hard-to-reach“ Klientel, das häufig Ressentiments gegenüber Jugendhilfemaßnahmen aufweist, ist die Einleitung einer derartigen Maßnahme an unterschiedliche Kompetenzen eines sozialtherapeutischen Kompetenzprofils (Pauls & Reicherts, 2013) rückgekoppelt.

Neben objektiven Daten zur Lebenssituation und zum Funktionsniveau in unterschiedlichen Lebensführungssystemen werden bei den Patientenangaben zusätzlich subjektive Einschätzungen von Patienten und Bezugspersonen erhoben (PROM). Mit dem KINDL-R werden Daten über die subjektiv erlebte gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) erfasst. Für die Statusbeurteilung zu Behandlungsbeginn und die Evaluation sozialer Dimension psychischer Erkrankung sind die KINDL-Dimensionen *Familie*, *Freunde* und *Schule* von Relevanz. Da Veränderungen in diesen Lebensbereichen in der stationären Behandlung nicht reliabel beurteilt werden können, sollte ihre Evaluation im Rahmen einer Katamnese erfolgen. Auf diese Weise können durch die stationäre Behandlung eingeleitete psycho-soziale Hilfemaßnahmen mit in die Evaluation einfließen. Während die Erfassung der HRQoL eine prä-post-Evaluation zulässt, umfassen Einschätzungen der in die BaDo integrierten *Ergebnisevaluation B* der Psy-BaDo-KJ (Winter et al., 2005) eine direkte Veränderungsmessung zu Behandlungsende. Patienten und Bezugspersonen können mit diesem Instrument Veränderungen in den Lebensführungssystemen *Familiensystem*, *Private soziale Systeme* und *Beschäftigungssysteme* einschätzen.

#### **6.4.3 Anforderungen an eine BaDo für die Kinder- und Jugendpsychosomatik aus Perspektive Klinischer Sozialarbeit**

Während medizinisch und psychologisch begründete diagnostische Maßnahmen in der Psy-BaDo-PTM-KiJu direkt erfragt werden, fehlen entsprechende Informationen für psycho-soziale Interventionen. Analog zum bisherigen Vorgehen in BaDo's, sollte zukünftig auch nach Maßnahmen psycho-sozialer Diagnostik gefragt werden. Im Rahmen einer psycho-sozialen Diag-

nostik ist es möglich Daten zu erfassen, die für eine diagnostische Einschätzung psycho-sozialer Belastungsfaktoren (MAS-Achse V) und zur Beurteilung des Funktionsniveaus (MAS-Achse VI) von Bedeutung sind. Aus diagnostischer Sicht, leiten sich aus diesen beiden MAS-Achsen sozialtherapeutische Interventionen ab. Vor diesem Hintergrund stellt die Durchführung einer psycho-sozialen Diagnostik selbst einen wichtigen Qualitätsstandard in der psychosomatischen Behandlung dar, der aktuell weder im OPS (DIMDI, 2021) noch im KTL berücksichtigt wird.

Ein Problem entsprechender Items dürfte allerdings in der mangelnden Standardisierung psycho-sozialer Diagnostik liegen. Vor diesem Hintergrund sollte in einem ersten Schritt, in einer Weiterentwicklung der BaDo, die Durchführung einer psycho-sozialen Diagnostik durch ein kategoriales Item (i.S.v. Durchgeführt: „ja“/“nein“) erfragt werden. Damit wäre eine einrichtungsübergreifende Beurteilung möglich, inwiefern sich die Durchführung einer psycho-soziale Diagnostik in der Praxis bereits durchgesetzt hat. Davon ausgehend könnte die Berücksichtigung einer psycho-sozialen Diagnostik mit der Aufnahme in den OPS (DIMDI, 2021) angestrebt werden. Auf diese Weise wäre die Durchführung einer psycho-sozialen Diagnostik Bestandteil im Leistungsspektrum psychosomatischer Behandlungen und würde ein gegenüber den Kostenträgern abrechenbares Qualitätsmerkmal darstellen.

Es wird an dieser Stelle vorgeschlagen, dass sich eine psycho-soziale Diagnostik konzeptuell am Modell der Mehrebenendiagnostik orientieren sollte. Das Modell erlaubt die Integration einer psychopathologisch orientierten Diagnostik mit einer ressourcenorientierten Sichtweise. Es können ferner unterschiedlich standardisierte Erhebungsinstrumente eingesetzt werden.

Aus Sicht Klinischer Sozialarbeit ist die Erfassung der therapeutischen Leistungen in ihrer aktuellen Form kritisch zu sehen. Zunächst werden in Kapitel D des KTL-Reha Kategorien aufgeführt, unter die sozialtherapeutische Interventionen Klinischer Sozialarbeit fallen (z.B. „Psychosoziale Beratung einzeln“; Deutsche Rentenversicherung, 2015, S. 103). Allerdings erfolgt in der KTL-Krankenhaus, wie sie in der Psy-BaDo-PTM implementiert ist und für die Psy-BaDo-PTM-KiJu übernommen wurde, eine Reduktion des erhobenen Leistungsspektrums. Damit ist ein adäquates Abbilden sozialtherapeutischer Leistungen über den KTL in der aktuellen Form der entwickelten BaDo für Kinder und Jugendliche nur bedingt möglich. Der Erfassungslogik von BaDo's folgend, wäre es für eine umfassende Erhebung sozialtherapeutischer Interventionen wünschenswert, Oberkategorien zu erfassen, die diesen Interventionsformen entsprechen. Hierunter sind insbesondere Interventionen zu verstehen, die unter die Kategorien Psychosoziale Beratung, (Klinisches) Case Management und Aufbau (psycho-) sozialer Kompe-

tenzen im Gruppensetting fallen. Eine Erfassung sozialtherapeutischer Interventionen setzt eine klare Definition dieser Kategorien voraus. Vor diesem Hintergrund verweist die defizitäre Erfassung sozialtherapeutischer Interventionen in der entwickelten BaDo auf die Herausforderung der Profession Sozialer Arbeit, ihr Leistungsspektrum im Rahmen psychosomatischer Behandlungen klar zu definieren und gegenüber Kostenträgern zu formulieren. Klinische Sozialarbeit würde die entsprechenden Konzepte und Handlungsansätze hierfür vorhalten.

## **6.5 Zusammenfassung und Ausblick**

Die Analyse zeigt, dass mit der entwickelten Psy-BaDo-PTM-KiJu Daten über die soziale Dimension psychischer Störung erfasst werden. Die Items können für die Analyse psycho-sozialer Kontexte und die Evaluation sozialtherapeutischer Interventionen herangezogen werden. Patienten- und Therapeutenitems erlauben die Erfassung des Status der Kinder und Jugendlichen in verschiedenen Lebensführungssystemen. Aggregierte Einschätzungen des Therapeuten auf der fünften und sechsten Achse des MAS (Remschmidt et al., 2012) werden durch Patientenangaben ergänzt. Schwerpunktmäßig werden zwar Querschnittsangaben akzentuiert, besonders aber Angaben zur schulischen Entwicklung oder – im Fall älterer Kinder – zu Störungen beim Kindergartenbesuch ermöglichen die Berücksichtigung biographischer Entwicklungen. Durch die Integration psychodiagnostischer Instrumente und Ratingskalen bei den Patientenangaben, können subjektive Einschätzungen für die Evaluation herangezogen werden. Nach KTL-Systematik kodierte Leistungen geben Auskunft über Art und Dosis sozialtherapeutischer Interventionen.

Auch wenn mit der Konzeption der BaDo für die Kinder- und Jugendpsychosomatik eine Erfassung wichtiger Faktoren der sozialen Dimension psychischer Erkrankung möglich ist und auch sozialtherapeutische Interventionen formal erfasst werden, zeigten sich Grenzen in der Anwendung der generierten Routinedaten.

Eine wesentliche Zielstellung von BaDo's besteht in der Abbildung des Behandlungsverlaufs. Dieser wird in BaDo's auf formaler Ebene erfasst. Wichtige inhaltliche Informationen fließen aggregiert in z.B. diagnostische Einschätzungen oder Weiterbehandlungsempfehlungen ein. Eine Auswertung der Daten kann daher nur auf einer formalisierten Ebene geschehen. Dies ist für Auswertungen im Rahmen von QS-Maßnahmen zwar in den meisten Fällen ausreichend. Aussagen über die Binnenebene von Behandlungen (z.B. therapeutische Arbeitsbeziehung) –

wie sie für die Psychotherapie- oder Sozialarbeitsforschung relevant sind – können in der Regel nicht getroffen werden.

Ein besonderes Problem zeigte sich darin, dass die Kategorien der Leistungserbringung in ihrer aktuellen Form nicht deckungsgleich mit dem methodischen Repertoire Klinischer Sozialarbeit sind. Verschärft wird diese Situation im Falle der Psy-BaDo-PTM-KJ dadurch, dass im KTL-Krankenhaus im Vergleich zur KTL-Reha nur eine reduzierte Form der Kodierung des sozialtherapeutischen Leistungsspektrums möglich ist. Dies verweist auf eine Diskrepanz zwischen professionellem Anspruch (Klinischer) Sozialer Arbeit und Versorgungsrealität. Zumindest vor dem Hintergrund eines theoretischen Anspruchs an psycho-soziale Interventionen wird das psychosomatische Leistungsspektrum nur lückenhaft abgebildet. Eine adäquate Aussage zu Effekten bestimmter Kombinationen von Therapieverfahren und ihrer Dosis ist mit Bezug auf die soziale Dimension psychischer Erkrankung aktuell nur stark eingeschränkt möglich. Da die Psy-BaDo-PTM-KiJu auf einer Synopse von BaDo's für Kinder/Jugendliche und Erwachsene basiert, kann darauf geschlossen werden, dass eine Erfassung sozialtherapeutischer Leistungen in keiner der analysierten BaDo's in einer aus Sicht Klinischer Sozialarbeit adäquaten Weise erfolgt.

Trotz dieser Limitationen konnte aufgezeigt werden, dass die entwickelte BaDo aus Sicht Klinischer Sozialarbeit relevante Informationen erhebt. Um aber insbesondere das Leistungsspektrum psycho-sozialer Interventionen spezifischer erfassen zu können, wäre eine Operationalisierung sozialtherapeutischer Interventionen notwendig. Hierzu zählt auch die Verankerung psycho-sozialer Diagnostik als Leistung in der psychosomatischen Behandlung. Anstrengungen psycho-soziale Diagnostik und Interventionsformen möglichst konkret zu formulieren und damit die bisher vernachlässigte soziale Dimension psychischer Erkrankung im psychosomatischen Behandlungskanon fachlich zu definieren, ist eine Aufgabe für die weitere Professionalisierung Klinischer Sozialarbeit in diesem Arbeitsfeld. BaDo-Daten können hierbei unterstützen, indem sie den Status-quo aufzeigen.

## **6.6 Exkurs: Die Nutzung von Routinedaten als Weg für Wirksamkeitsnachweise sozialtherapeutischer Interventionen?**

Die Hauptfunktion von BaDo-Daten besteht in der Erfassung und Auswertung qualitätsrelevanter Merkmale, wobei insbesondere Aussagen zur Ergebnisqualität psychosomatischer Behandlungen ermöglicht werden sollen. Neben diesen originären Zweck können BaDo-Daten aber

auch für Sekundärdatenanalysen im Rahmen der Versorgungsforschung herangezogen werden (siehe Kapitel 1.3). Parallel zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung stellen sie Routinedaten dar, die alleine oder zusammen mit anderen Daten, zur Untersuchung der Wirksamkeit psycho-sozialer Interventionen verwendet werden können. Routinedatenanalysen scheinen im Rahmen Klinischer Sozialarbeit bisher wenig Beachtung zu finden. Vor dem Hintergrund forschungspraktischer Probleme in der Evaluation sozialtherapeutischer Interventionen ist diesem Ansatz der Wirksamkeitsforschung allerdings Relevanz beizumessen. Hierbei ist das Verhältnis zwischen Versorgungsforschung und Wirksamkeitsforschung Klinischer Sozialarbeit zu klären.

### **6.6.1 Zum Stand der Wirksamkeitsforschung Klinischer Sozialarbeit**

Bei der Frage nach Effekten klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen, geht es im Kern darum, ob und in welcher Weise Methoden Klinischer Sozialarbeit (z.B. psycho-soziale Beratung) unter den spezifischen Kontextbedingungen im praktischen Feld wirken. Für die Evidenzbasierung psycho-sozialer Interventionen in Tätigkeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit ergeben sich folgende Probleme:

#### a) Generalisierung empirischer Befunde

Empirische Befunde zur Wirksamkeit von Interventionen aus klinisch-sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern lassen sich wegen unterschiedlicher Kontextbedingungen nicht zwingend 1:1 übertragen. Selbst bei annähernd gleichen konzeptuellen Interventionskontexten, kann nicht von einer Übertragbarkeit gefundener Effekte ausgegangen werden, wenn sich wesentliche Parameter unterscheiden (z.B. Altersstruktur der Klientel).

#### b) Übertragbarkeit von Wirkprinzipien aus Bezugsdisziplinen

Dieser Punkt betrifft in besonderer Weise das interaktionelle Methodenrepertoire psycho-sozialer Beratung, das wenn auch eklektisch ausgerichtet, sich im Wesentlichen an psychotherapeutischen Methoden orientiert (Mayer, 2018; McLeod, 2014; Wälte & Borg-Laufs, 2018). Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen wird unter den Kontextbedingungen psychotherapeutischer Versorgung untersucht. Gefundene Wirkmechanismen psychotherapeutischer Interventionen lassen sich aufgrund anderer Rahmenbedingungen und Zielstellungen nur eingeschränkt auf psycho-soziale Interventionen übertragen.

- c) Experimentelle und quasi-experimentelle Studiendesigns sind nur bedingt auf den Gegenstandsbereich Klinischer Sozialarbeit anwendbar

In der klinischen Forschung sind randomisierte und kontrollierte Studien (RCTs – „randomised controlled trials“) der Goldstandard, um die Wirkung therapeutischer Maßnahmen zu untersuchen (Kabisch, Ruckes, Seibert-Grafe & Blettner, 2011). Mit dem Ziel, kausale Aussagen über die Wirkung einer Therapie zu treffen, werden in RCTs (mindestens) eine zufällig gebildete Interventions- und eine Kontrollgruppe untersucht. Ist eine Randomisierung, also die zufällige Zuweisung eines Untersuchungsobjekts zu einer der Gruppen, nicht möglich, handelt es sich um ein quasi-experimentelles Design. In beiden Studientypen wird auf interne Validität fokussiert: Indem designbedingt externe Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis kontrolliert werden, sind Effekte auf der abhängigen Variablen (z.B. Symptome einer Erkrankung) auf Variationen in der unabhängigen Variablen zurückzuführen (Therapie vs. keine Therapie; Bortz & Döring, 2016). Baumgartner und Hüttemann (2015) verweisen für die Untersuchung von Effekten klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen auf die nur eingeschränkte Anwendbarkeit experimenteller bzw. quasi-experimenteller Studiendesigns. Als Grund hierfür werden ethische Probleme und reziproke Wechselbeziehungen zwischen personen- und umweltbezogenen Merkmalen gesehen.

Eine selektive Durchsicht bisheriger Forschungsarbeiten zur Wirkungsorientierung klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen zeigt, dass es sich überwiegend um longitudinale, nicht-experimentelle Studien mit Primärdatenerhebung handelte. Es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Analysen angewandt (Baumgardt, Mayer, Wiese, Nauerth & Röh, 2017; Rademaker & Lenz, 2017; Schulz-Behrendt & Völler, 2017). Im Gegensatz dazu, geben Arnold und Macsenaere (2015) mit der bundesweiten und einrichtungsübergreifenden Evaluation erzieherischer Hilfen (EVAS) ein Beispiel dafür, wie eine standardisierte sozialpädagogische Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik dazu beiträgt, einerseits Daten für die Qualitätssicherung von Jugendhilfeeinrichtungen und andererseits Forschungsdaten zu generieren. Wesentliche Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität werden über eine Verlaufsdokumentation mit standardisierten Instrumenten erhoben, wodurch einrichtungs- und trägerübergreifende Vergleiche möglich sind. Als Sekundärdaten stehen die primär zum Zweck der Qualitätssicherung erhobenen Daten für wissenschaftliche Untersuchungen zur Verfügung.

Während bisherige methodische Auseinandersetzungen der Wirkungsforschung in der Klinischen Sozialarbeit vom Paradigma der Primärdatenerhebung und -analyse auszugehen schei-

nen, stellt sich die Frage, welche Rolle der Analyse von Routinedaten – wie sie BaDo-Daten darstellen - in der Evidenzbasierung psycho-sozialer Interventionen in Arbeitsfeldern Klinischer Sozialarbeit zugesprochen werden kann.

### **6.6.2 Skizzierung einer klinisch-sozialarbeiterischen Versorgungsforschung am Beispiel der Psy-BaDo-PTM-KJ <sup>5</sup>**

Die Untersuchung des Potentials von BaDo-Items zeigt, dass ein Teil der erfassten Daten für die Erfassung sozialer Dimension psychischer Erkrankung und die Evaluation sozialtherapeutischer Interventionen herangezogen werden kann. Die Outcome-Orientierung und Untersuchung der Wirksamkeit von Interventionen unter Realbedingungen zeigt eine Parallele zur Versorgungsforschung (Schrappe & Pfaff, 2017). Kontextfaktoren werden im Rahmen der Versorgungsforschung als aktive Einflussgröße gesehen. Gleichzeitig werden Interventionen als komplexe Interventionen modelliert. Dies bedeutet, dass mehrere (Teil-) Interventionen auf einen zu untersuchenden Gegenstand wirken. Für die Analyse von Wirkfaktoren müssen Interdependenzen zwischen Kontextbedingungen und komplexen Interventionen angenommen werden. Da beide Faktoren rekursiv aufeinander bezogen sind und sich durch ein nicht-lineares Wirkprinzip charakterisieren, sprechen Schrappe und Pfaff (ebd.) in diesem Zusammenhang von doppelter Komplexität.

Mit dem Prinzip der doppelten Komplexität lässt sich auch das Wesen klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen beschreiben. Da die psycho-sozialen Interventionen an einer Person-in-Environment Perspektive ausgerichtet sind, ergeben sich komplexe Wechselwirkungen zwischen dem Interventionskontext und dem sozialen Kontext mit seinen Lebensführungssystemen (Hüttemann et al., 2017).

Parallel zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung (Tritt, Loew et al., 2005) die sich ebenfalls durch Anwendungsorientierung und dem Fokus auf die Realversorgung charakterisiert, kann die Analyse von Routinedaten als klinisch-sozialarbeiterische Versorgungsforschung gesehen werden. Eine Konsequenz dieser Sichtweise läge darin, einen spezifisch klinisch-sozialarbeiterischen Blick auf die Versorgungsrealität zu richten. Die Perspektive Klinischer Sozialarbeit würde auf diese Weise in der Bewertung der Versorgungsstrukturen Berücksichtigung finden. Dies wiederum würde zu einer Optimierung der Versorgung der Klientel

---

<sup>5</sup> Das Kapitel ist eine überarbeitete Fassung meines Aufsatzes: Ertl, S. (2020). Welchen Beitrag kann die Evaluation von Routinedaten für die Evidenzbasierung psycho-sozialer Interventionen leisten. Zum Nutzen von Sekundäranalysen von Daten aus Qualitätssicherungsmaßnahmen in psycho-sozialen Arbeitsfeldern für die Wirksamkeitsforschung Klinischer Sozialarbeit. *Beratung Aktuell*, 21(3). Verfügbar unter: <http://beratung-aktuell.de/>

Klinischer Sozialarbeit führen. Andererseits könnten methodische Zugänge der Versorgungsforschung Impulse für die Forschungspraxis Klinischer Sozialarbeit liefern.

Auf Grundlage des ALIMent-Modells ergeben sich für eine Versorgungsforschung mit klinisch-sozialarbeiterischem Schwerpunkt folgende Herausforderungen: a) Identifikation relevanter Parameter in bereits bestehenden Datenbanken (z.B. Register) oder Evaluationssystemen; b) Entwicklung und Integration eigener Evaluationsindikatoren. Die in dieser Arbeit vorgenommene Entwicklung einer BaDo für die Kinder- und Jugendpsychosomatik sowie die Analyse der BaDo-Items hinsichtlich ihres Nutzens für die Evaluation sozialtherapeutischer Leistungen kann als Beispiel für eine klinisch-sozialarbeiterische Versorgungsforschung gesehen werden. Entlang vorliegender Evidenz wurde in einem Arbeitsfeld Klinischer Sozialarbeit ein QS-Instrumentarium entwickelt. Die Entwicklung der BaDo und die Untersuchung der in die BaDo integrierten Evaluationsinstrumente machte ein breites methodisches Vorgehen notwendig. Auf dieser Grundlage konnten Potentiale einer BaDo für die Erfassung von Interventionen Klinischer Sozialarbeit im Arbeitsfeld der Psychosomatik ausgelotet werden. Parallel konnten Diskrepanzen zwischen dem professionellen Ansprüchen Klinischer Sozialarbeit und der aktuellen Dokumentation psycho-sozialer Interventionen herausgearbeitet werden.

Wird die Dokumentation als formelle Repräsentation professionellen Handelns gesehen, so wird deutlich, dass wesentliche Wissensbestände und Kompetenzprofile Klinischer Sozialarbeit bisher wenig bis gar nicht in der Versorgungsrealität psychosomatischer Behandlungen berücksichtigt werden. Sozialtherapeutische Interventionen sind in der aktuellen Erfassungsförm mittels KTL (Deutsche Rentenversicherung, 2015) nicht als solche identifizierbar. Dies verhindert eine routinemäßige Evaluation von Interventionsformen, wie sie im Rahmen Klinischer Sozialarbeit definiert sind. Damit verbunden ist ein Defizit in der Beurteilung der gesamten psychosomatischen Behandlungsqualität, da das Leistungsspektrum nicht adäquat abgebildet wird. Voraussetzung für die Aufnahme spezifisch klinisch-sozialarbeiterischer Indikatoren der Leistungserfassung und Evaluation in eine BaDo ist zunächst die Einigung und Erarbeitung entsprechender Vorschläge innerhalb der Profession. In einem nächsten Schritt müssten die erarbeiteten Indikatoren innerhalb des Arbeitsfeldes Psychosomatik unter Beteiligung von Kostenträgern diskutiert und schließlich konsentiert werden.

Auf der anderen Seite ist es mit der aktuellen Form der Psy-BaDo-PTM-KiJu bereits möglich, Patienten zu identifizieren, die ein besonderes psycho-soziales Belastungsniveau aufweisen („hard-to-reach“ Klientel) und spezifische Interventionsformen benötigen. Ausgehend von ei-

nem „klinisch-sozialarbeiterischen Blick“ auf die Versorgungsrealität könnten spezifische multiprofessionelle Versorgungsformen sektorenübergreifend für hard-to-reach Patienten in der psychosomatischen Versorgung etabliert werden.

## 7 Zusammenfassende Diskussion

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit bestand in der Entwicklung eines Vorschlags einer einrichtungs-, sektoren- und berufsgruppenübergreifenden BaDo für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik. Es wurde der aus Sicht der Versorgungsforschung wichtige Anspruch verfolgt, mit der BaDo Auswertungen zwischen unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten zu ermöglichen. Dies sollte u.a. dadurch erreicht werden, dass die BaDo an etablierte QS-Instrumente anknüpfungsfähig sein sollte. Ein weiteres Ziel bestand in der Evaluation des Waldmünchner Modells zur Erfassung des Therapieoutcomes bei psychosomatischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen, das zur Beurteilung der Ergebnisqualität herangezogen werden kann. Durch Synthese der verfügbaren Evidenz der deutschsprachigen SDQ und KINDL-R Versionen in der Selbst- und Fremdeinschätzung wurde das Evaluationsmodell entlang eines von der DKPM vorgeschlagenen Kriterienkatalogs bewertet. Mangels Vorbefunden und wegen der Relevanz der Erfassung der HRQoL bei 7-bis 13-jährigen für die QS, wurden die psychometrischen Eigenschaften des Kid-KINDL an einer psychosomatischen Patientenstichprobe evaluiert. Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Paradigma und aufgrund des Entwicklungsstandes von Kindern und Jugendlichen haben psycho-soziale Interventionen, die auf Veränderungen auf der sozialen Dimension psychischer Erkrankung abzielen, in der Kinder- und Jugendpsychosomatik eine besondere Bedeutung. Die entwickelte BaDo für die Kinder- und Jugendpsychosomatik (Psy-BaDo-PTM-KiJu) wurde aus Perspektive Klinischer Sozialarbeit nach Indikatoren untersucht, die Auskunft über die soziale Dimension psychischer Erkrankung geben und für die Evaluation sozialtherapeutischer Interventionen herangezogen werden können. Durch die Rückbindung an theoretische Positionen Klinischer Sozialarbeit und ein sozialtherapeutisches Kompetenzprofil, konnten Diskrepanzen zwischen aktueller Erfassung psycho-sozialer Interventionen und Ansprüchen aus der Profession Klinischer Sozialarbeit herausgearbeitet werden. Am Beispiel der Psy-BaDo-PTM-KiJu wurde die Rolle von Routinedaten für die klinisch-sozialarbeiterische Wirksamkeitsforschung skizziert.

In einem ersten Schritt konnten BaDo's und QS-Instrumente für den Kinder- und Jugendbereich in Psychosomatik und komplementärer medizinischer Fachbereiche identifiziert werden. Darauf aufbauend wurden durch einen synoptischen Vergleich der identifizierten Kinder- und Jugendlichen-BaDo's mit Erwachsenen-BaDo's Schnittmengen und Spezifika herausgearbeitet. Es zeigte sich, dass insbesondere Aspekte der Biographischen- und Familienanamnese eine BaDo für Kinder und Jugendliche spezifizieren. Überraschender Weise ergaben sich zwischen

Kinder-/Jugend-BaDo's und Erwachsenen-BaDo's eine Vielzahl an inhaltlichen Übereinstimmungen. Die Psy-BaDo-PTM – als in der Psychosomatik etabliertes QS-Instrument – konnte daher als Grundlage für die Entwicklung der BaDo für die Kinder- und Jugendpsychosomatik herangezogen werden. Es wurde ein Merkmalskatalog erarbeitet, der Therapeuten- und Patientenangaben zu Behandlungsbeginn und -ende erhebt und ein breites Altersspektrum abdeckt.

Im Vergleich mit Erwachsenen-BaDo's konnte sich im Kinder- und Jugendbereich bislang kein Standard der routinemäßigen Therapieevaluation etablieren. Vor diesem Hintergrund wurde für Therapieevaluationen das „Waldmünchner-Modell“ in die entwickelte BaDo integriert. Im Waldmünchner Modell zur Therapieevaluation psychosomatischer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen werden der SDQ und KINDL-R als psychodiagnostische Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren angewandt. Dieses Vorgehen erlaubt eine Erfassung von zwei Outcome-Dimensionen, wie sie von der DKPM (Rabung et al., 2019) vorgeschlagen werden. Beide Instrumente sind Screeningverfahren die einen ökonomischen Einsatz erlauben. Die metaanalytische Datenaggregation zeigte, dass die ökonomische Anwendung vor allem in den Selbsteinschätzungsversionen mit unzureichenden Reliabilitätswerten einher zu gehen scheint. Die fünf-faktorielle Struktur des SDQ konnte aufgrund der Befunde weitestgehend bestätigt werden, wobei sich Hinweise auf Modifikationen ergaben. Im Fall des KINDL-R konnte lediglich für die Altersgruppe der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung die sechs-faktorielle Struktur bestätigt werden. Die angenommene Faktorenstruktur der Selbsteinschätzungsversion des Kiddy-KINDL (3 bis 6 Jahre) muss aufgrund der Ergebnisse in Frage gestellt werden. Für beide Verfahren liegen repräsentative Normen aus der Allgemeinbevölkerung vor, Normen für klinische Populationen fehlen bislang. Beide Verfahren zeigten befriedigende Eigenschaften hinsichtlich ihrer Known Groups Validität sowie der konvergen-ten/diskriminanten Validität. Deutlich unterrepräsentiert in den identifizierten Befunden war das Kriterium der Veränderungssensitivität. Hierzu konnten weder für den SDQ noch für den KINDL-R reliable Aussagen getroffen werden. Auch wenn SDQ und KINDL-R nicht alle DKPM-Bewertungskriterien zufriedenstellend erfüllten, sprachen die Ergebnisse insgesamt für den Einsatz beider Instrumente in der Psy-BaDo-PTM-KiJu.

Mangels Befunden zu den psychometrischen Eigenschaften des Kid-KINDL und insbesondere seiner faktoriellen Struktur, wurden die Messeigenschaften des Instruments näher untersucht. Der Kid-KINDL zeigte sich für die QS von Relevanz, da mit ihm die Erfassung der HRQoL bei 7- bis 13-jährigen Kindern in der Selbst- und Fremdeinschätzung möglich ist. Für diese Altersgruppe fehlt es an generischen Selbsteinschätzungsverfahren zur psychischen Sympto-

matik, wodurch der Kid-KINDL wichtige Informationen über das Befinden der Kinder liefert. Vergleichbar mit den metaanalytisch aggregierten Befunden zeigte die Selbsteinschätzungsversion des Kid-KINDL auf einigen Subskalen unbefriedigende Reliabilitäten, während sich für die Fremdeinschätzung und den Gesamtwert in beiden Beurteilungsversionen überwiegend unproblematische Reliabilitätswerte zeigten. Es ergaben sich deutliche Hinweise auf eine mangelhafte Anpassung des a-priori angenommenen Sechs-Faktoren-Modell des Kid-KINDL in der untersuchten psychosomatischen Stichprobe. Ausgehend von explorativen Faktorenanalysen konnten verschiedene Modelle konfirmatorisch getestet werden. Das Messmodell mit Item-Doppelladungen krankheitsassoziiierter Items auf den HRQoL-Dimensionen und orthogonal zur HRQoL stehenden Psychopathologie-Faktoren (*Somatische Beschwerden, Ängste*) zeigte die beste Modellanpassung in der Selbst- und Fremdeinschätzung. Dies spricht gegen die Unidimensionalität einiger Items, wovon besonders die Skalen *Körperliches Wohlbefinden* und *Psychisches Wohlbefinden* betroffen sind. Zwischen beiden Beurteilungsversionen ergab sich (partielle) metrische Invarianz. Dies bedeutet, dass in Selbst- und Fremdeinschätzung von einer äquivalenten Faktorenstruktur auszugehen ist und den Faktoren in beiden Beurteilungsversionen eine äquivalente Bedeutung zugeschrieben werden kann. Ein Vergleich von Mittelwerten der Selbst- und Fremdeinschätzungsversionen erscheint aus testpsychologischer Sicht aber nicht zulässig. Beide Beurteilungsversionen zeigten eine gute Diskrimination zwischen psychosomatischer Stichprobe und den herangezogenen (klinischen) Referenzstichproben, was für die Known Groups Validität des Instruments spricht.

Nachdem ein Merkmalskatalog für die Kinder- und Jugendpsychosomatik erarbeitet und eine Beurteilung von SDQ und KINDL-R vorgenommen wurde, sollte die Psy-BaDo-PTM-KiJu auf Potentiale zur Erfassung der sozialen Dimension psychischer Erkrankung und sozialtherapeutischer Interventionen untersucht werden. Für die Analyse wurde das Modell der Integration und Lebensführung (Sommerfeld et al., 2016) herangezogen. Wegen ihrer Relevanz für eine fachlich begründete Indikationsstellung sozialtherapeutischer Maßnahmen wurde ein Mehrebenenmodell psycho-sozialer Diagnostik (Gahleitner & Pauls, 2013) vorgestellt. Es bildete die theoretische Basis für die Identifikation entsprechender Items. Die Untersuchung verwies darauf, dass mit der Psy-BaDo-PTM-KiJu Informationen über wichtige Lebensführungssysteme der Kinder und Jugendlichen erfasst werden. Der soziale Status der Kinder/Jugendlichen, der aufgrund vorliegender Befunde als wichtiger Indikator für psycho-soziale Belastungen gesehen werden kann, wird detailliert über Elterncharakteristika erhoben. Die Integration des MAS (Remschmidt et al., 2012) in die BaDo erlaubt über die fünfte Achse eine operationalisierte

Einschätzung psycho-sozialer Belastungen und über die sechste Achse eine aggregierte Bewertung der sozialen Funktionsfähigkeit in unterschiedlichen Lebensführungssystemen. Hieraus ergeben sich Indikationsbereiche für psycho-soziale Interventionen. Defizite zeigte die BaDo im Bereich der Leistungserfassung. Es fehlen Items, die über die Durchführung einer psycho-sozialen Diagnostik Aufschluss geben. Die psycho-soziale Diagnostik ist vergleichbar mit Maßnahmen der medizinischen und psychologischen Diagnostik als QS-Kriterium zu sehen. Sie ermöglicht die Erhebung von Informationen, die dann z.B. in die Einschätzung psycho-sozialer Belastungen (Achse V, MAS) einfließen. Sie ist zudem für die Indikationsstellung sozialtherapeutischer Maßnahmen relevant. Im Hinblick auf die Erfassung psycho-sozialer Interventionen zeigte sich eine Diskrepanz zwischen methodischem Repertoire Klinischer Sozialarbeit und der Erfassungssystematik in der BaDo. Zwar ist eine rudimentäre Evaluation sozialtherapeutischer Leistungen möglich, um das volle Potential der BaDo auszuschöpfen, wäre aber eine Anpassung der Leistungsbeschreibung im OPS (DIMDI, 2021) und im KTL (Deutsche Rentenversicherung, 2015) an professionelle Standards Klinischer Sozialarbeit notwendig. Für die Psychosomatik würde dies eine Berücksichtigung wichtiger Behandlungsmaßnahmen in der QS bedeuten, womit das gesamte psychosomatische Behandlungsspektrum in der QS abgedeckt wäre. Für die Klinische Sozialarbeit geht dies mit der Herausforderung einher, ein für die psychosomatische Versorgung spezifisches sozialtherapeutisches Kompetenzprofil zu formulieren und zusammen mit Leistungsträgern zu kodifizieren.

Die Untersuchung zeigt recht deutlich, dass das Thema Qualitätssicherung und Evaluation psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen bisher wenig beachtet wird. Hierfür sprechen insbesondere die Ergebnisse der durchgeführten systematischen Literaturrecherchen. Als relevant identifizierte Publikationen bezogen sich überwiegend auf die BaDo-KJ (Englert et al., 2005) und damit den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit der DGPM 1 KJ (Timmermann & Loew, 2015) konnte zwar ein QS-Instrument für die Kinder- und Jugendpsychosomatik identifiziert werden. Im Vergleich mit dem Erwachsenenbereich, fanden sich für andere medizinische Fachbereiche (z.B. Schmerztherapie, Onkologie) keine kinder- und jugendspezifischen QS-Instrumente. Eine weitere Forschungslücke zeigte sich in Bezug auf den standardisierten Einsatz von Evaluationsinstrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität. Mit dem MARSYS (Mattejat & Remschmidt, 2006a) und der Psy-BaDo-KJ (Winter et al., 2005) konnten Instrumente für die routinemäßige Evaluation von Psychotherapien identifiziert werden. Dennoch muss davon ausgegangen werden, dass sich bisher

noch kein Standard für die routinemäßige Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen etablieren konnte.

Voraussetzung für die Etablierung eines Standards in der routinemäßigen Therapieevaluation müsste eine gegenüberstellende Bewertung in Frage kommender psychodiagnostischer Instrumente sein. Auf dieser Grundlage könnten fundierte Entscheidungen getroffen, aber auch Neuentwicklungen und Adaptionen angestoßen werden. Mit der Zusammenfassung der Evidenz zu den psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen SDQ und KINDL-R Versionen konnte zumindest ein erster orientierender Schritt in diese Richtung unternommen werden. Ein Problem im Einsatz psychodiagnostischer Instrumente im Rahmen von QS-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich besonders im abzudeckenden Altersspektrum. Fragebogenverfahren müssen an unterschiedliche Entwicklungsstufen angepasst und für verschiedene Altersstufen in der Selbst- und Fremdeinschätzung validiert werden. Dies bedeutet einen hohen forschungspraktischen Aufwand, da im Prinzip nicht nur ein Verfahren, sondern mehrere Verfahren an verschiedenen Stichproben untersucht werden müssen.

Die Untersuchung der faktoriellen Struktur des Kid-KINDL zeigte eine unbefriedigende Modellanpassung des a priori angenommenen sechs-faktoriellen Messmodells. Es konnte aufgezeigt werden, dass einige Items des Instruments aufgrund ihrer Multidimensionalität in der klinischen Stichprobe eine valide Erfassung der postulierten HRQoL-Dimensionen in Frage stellen. Dieses Ergebnis verweist in Bezug auf den KINDL-R auf die Schwierigkeit, Ergebnisse zur faktoriellen Validität psychodiagnostischer Instrumente, die an bevölkerungsrepräsentativen Studien generiert wurden, auf psychisch kranke Kinder und Jugendliche zu übertragen. Für den KINDL-R konnte die theoretisch angenommene faktorielle Struktur an einer Stichprobe älterer Kinder aus der Allgemeinbevölkerung zwar weitgehend bestätigt werden (Erhart et al., 2009). Da in dieser Arbeit für den Kid-KINDL bei krankheitsassoziierten Items die Unidimensionalität angezweifelt werden muss, erscheinen insbesondere Stichprobencharakteristika und weniger Alterseffekte die mangelnde Modellanpassung des a-priori angenommenen sechs-faktoriellen Messmodells in der psychosomatischen Stichprobe zu erklären. Vor diesem Hintergrund sollten auch für ältere Kinder und Jugendliche die KINDL-R Skalen (als Manifestation der angenommen latenten Konstrukte) mit Vorsicht interpretiert werden. Ebenso konnte die angenommene Fünf-Faktoren-Struktur des SDQ an bevölkerungsrepräsentativen Stichproben bestätigt werden (Rogge, Koglin & Petermann, 2018; Rogge, Speck et al., 2018). Allerdings stellt sich auch hier die Frage auf die Übertragbarkeit der Befunde auf eine klinische Stichprobe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.

Mit Blick auf die (Klinische) Sozialarbeit zeigte sich, dass Routinedatenanalysen bisher wenig für Wirksamkeitsstudien in Betracht gezogen werden. Die Analyse der Items der Psy-BaDo-PTM-KiJu ergab, dass relativ umfangreiche Informationen über die Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebenskontexten generiert werden. Lücken ergaben sich im Hinblick auf die Erfassung der Durchführung psycho-sozialer Diagnostik und sozialtherapeutischer Interventionen. In der vorliegenden Arbeit wurde die Psy-BaDo-PTM-KiJu vorrangig analysiert. Wegen ihrer Entwicklung auf Grundlage eines synoptischen Vergleichs von BaDo's aus dem Kinder-/Jugend- und Erwachsenenbereich kann aber geschlussfolgert werden, dass die Erfassung sozialtherapeutischer Maßnahmen in der QS in den P-Fächern bisher unbefriedigend umgesetzt ist. Auch wenn aus Perspektive Klinischer Sozialarbeit eine in Teilen tiefergehende und umfangreichere Erfassung psycho-sozialer Merkmale mit der BaDo wünschenswert wäre, zeigt die vorliegende Arbeit dennoch das Potential von BaDo-Daten für Auswertungen aus Sicht (Klinischer) Sozialer Arbeit. Das Einbringen einer klinisch-sozialarbeiterischen Perspektive könnte zukünftig dabei helfen, QS-Instrumente auf die Erfassung sozialtherapeutischer Interventionen hin zu schärfen, womit das bio-psycho-soziale Paradigma in der Psychosomatik auch in der QS berücksichtigt würde.

Eine Stärke der Arbeit liegt in der breiten Untersuchung des entwickelten QS-Instruments. Es wurde darauf geachtet, Therapieevaluationen fest in die BaDo zu integrieren. Damit wurde eine bisher bestehende Lücke bei QS-Instrumenten für Kinder und Jugendliche geschlossen. Mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit der Akzeptanz der entwickelten BaDo zu erhöhen, folgte das gewählte methodische Vorgehen einem evidenzbasierten Ansatz. Durch den Einbezug von BaDo-Systemen aus dem Erwachsenenbereich, konnten altersübergreifende Aspekte berücksichtigt werden. Die Aggregation psychometrischer Daten des SDQ und KINDL-R erfolgte durch eine metaanalytische Methodik und ging über eine deskriptive Darstellung und Gegenüberstellung von Einzelbefunden hinaus. Nach Wissen des Autors handelt es sich um die erste Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des Kid-KINDL an einer psychosomatischen Patientenstichprobe. Mit der Untersuchung des Potentials mittels BaDo-Items, die soziale Dimension psychischer Erkrankung zu erfassen, wurde eine in der Entwicklung von QS-Instrumenten bisher unterrepräsentierte Perspektive eingenommen.

Die vorliegende Arbeit zeigt aber auch einige Schwächen. Zuerst sind die mangelnden Peer-Review Prozesse und daraus resultierende Einschränkungen in der Reliabilität der Ergebnisse zu nennen. Davon betroffen sind a) die durchgeführten systematischen Literaturrecherchen, b) die inhaltliche Zusammenfassung im Rahmen der qualitativen Auswertung der BaDo-

Items und c) die Extraktion der Daten aus den Befunden zu den psychometrischen Eigenschaften des SDQ und KINDL-R. Die Erfassung der Behandlungszufriedenheit nahm in der durchgeführten Studie eine unterrepräsentierte Stellung ein. Zwar wurde ein bereits vorhandenes Instrument aus der QS-Reha (Farin et al., 2012) an die stationäre psychosomatische Behandlung angepasst. Es erfolgte aber keine weitere Evaluation (u.a. auch deshalb, weil noch keine Daten bei Beendigung der Studie vorlagen). Dieser Aspekt sollte in künftigen Untersuchungen aufgegriffen werden. In der Entwicklung der BaDo wurde ein sektorenübergreifender Ansatz verfolgt, die Untersuchung akzentuierte aber den stationären Versorgungssektor. Davon betroffen ist vor allem die Systematik der Evaluationszeitpunkte (Tabelle 3.3). Obwohl die Veränderungssensitivität bei Evaluationsinstrumenten ein wichtiges Kriterium darstellt, wurde die Eigenschaft bei der psychometrischen Untersuchung des Kid-KINDL nicht beachtet. Die BaDo-Items wurden nach ihrem psycho-sozialen Informationsgehalt untersucht, wobei auch Defizite in der Erfassung sozialtherapeutischer Interventionen ausgemacht werden konnten. Aufgrund der Zielsetzung der Arbeit, Items etablierter Instrumente für den Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychosomatik zusammenzuführen, wurde auf die Ergänzung fehlender Items für die Erfassung sozialtherapeutischer Maßnahmen verzichtet.

Mit der Psy-BaDo-PTM-KiJu konnte eine BaDo für die kinder- und jugendpsychosomatische Behandlung vorgeschlagen werden. Aktuell wird die BaDo in ihrer Anwendung erprobt. In der Entwicklung der Kinder- und Jugend-BaDo ergab sich die Herausforderung unterschiedliche Alters- und Entwicklungsstufen abzudecken. Mit Übernahme der Erfassungslogik der Psy-BaDo-PTM zeigte sich eine im Vergleich zum Erwachsenenbereich komplexere Anwendungssystematik in Abhängigkeit des Alters der Patienten. Ein wichtiges Ziel wäre die Konsentierung des erarbeiteten Merkmalkatalogs durch verschiedene Fach- und Berufsverbände. Aufgrund des modularen Aufbaus des Instruments ist ein flexibler Einsatz möglich. Aus Sicht der Versorgungsforschung müsste aber der Anspruch eines „Minimalkatalogs“ erfüllt sein, der auch Evaluationsinstrumente einschließt. Die entwickelte BaDo berücksichtigt die bio-psycho-soziale Ausrichtung psychosomatischer Behandlung. Es konnte gezeigt werden konnte, dass Determinanten sozialer Dimension psychischer Erkrankung mit der BaDo erfasst werden. Indikatoren für eine Evaluation psycho-sozialer Behandlungsmaßnahmen werden vorgehalten und können hinsichtlich ihrer Dosis analysiert und mit sozialanamnestischen Daten in Bezug gesetzt werden. Für eine detailliertere Evaluation sozialtherapeutischer Interventionen wäre aber eine Anpassung der Leistungsdokumentation an das Methodenrepertoire Klinischer Sozialarbeit erforderlich. Eine Identifikation sog. „hard-to-reach“ Patienten aufgrund eines Musters an

psycho-sozialen Merkmalen erscheint aber bereits aktuell möglich, womit die Psy-BaDo-PTM-KiJu potentiell zu einer effektiveren psychosomatischen Behandlung dieser Patientengruppe beitragen kann.

Zukünftige Studien sollten die Entwicklung und Evaluation psychodiagnostischer Instrumente für den Einsatz in der QS bei Kindern und Jugendlichen in den Blick nehmen. Gängige psychodiagnostische Instrumente für Kinder und Jugendliche sollten entlang von Kriterienkatalogen bewertet werden (z.B. Kriterienkatalog der DKPM, Glaesmer et al., 2015; COSMIN-Bewertungsschema, Prinsen et al., 2018). Eine gegenüberstellende Bewertung psychodiagnostischer Instrumente sollte über einen deskriptiven Vergleich hinaus gehen und systematisch Befunde zu psychometrischen Eigenschaften zusammentragen und auswerten. Im Hinblick auf die Nutzung von Routinedaten für die Evaluation und Wirksamkeitsnachweise sozialtherapeutischer Interventionen sollten zukünftig vermehrt Anstrengungen unternommen werden, die in dieser Arbeit skizzierten Ansätze praktisch zu erproben. Eine verstärkte Auseinandersetzung Klinischer Sozialarbeit mit methodischen Ansätzen und Verfahren der Versorgungsforschung wäre wünschenswert. Dies betrifft einerseits das aktive Einbringen einer klinisch-sozialarbeiterischen Perspektive bei der Entwicklung von QS- und Evaluationsinstrumenten. Zum anderen geht es um die Auswertung vorhandener Daten unter psycho-sozialer Perspektive. Auf diese Weise könnte die Sichtweise Klinischer Sozialarbeit zur Beantwortung versorgungssystemischer Fragestellungen beitragen.

Es konnte ein Vorschlag für eine einrichtungs-, sektoren- und berufsgruppenübergreifende BaDo für die kinder-, jugend- u. familienpsychosomatische Behandlung erarbeitet werden. Das Instrument knüpft an etablierte BaDo's im Feld psychosomatischer Versorgung an und berücksichtigt spezifische Aspekte für Kinder und Jugendliche. In Anlehnung an die Evaluationssystematik der Psy-BaDo-PTM wurden psychodiagnostische Instrumente in die entwickelte BaDo für Kinder und Jugendliche integriert. Die BaDo-Items enthalten Angaben zur psycho-sozialen Lebenssituation der Kinder- und Jugendlichen. Eine Kontextualisierung des psychischen Krankheitsgeschehens ist damit auch auf Ebene der QS möglich. Eine Erprobung des entwickelten Instruments findet aktuell statt. Wünschenswert wäre eine möglichst breite Konsentierung der entwickelten BaDo durch Fach- und Berufsverbände, wobei ein Einbezug unterschiedlicher Berufsgruppen berücksichtigt werden sollte.

## 8 Zusammenfassung

**Hintergrund:** In Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und komplementärer medizinischer Fachgebiete (P-Fächern), werden Basisdokumentationen (BaDo's) als Instrumente für die Qualitätssicherung (QS) eingesetzt. Mit der Psy-BaDo-PTM konnte sich für die psychosomatische Behandlung erwachsener Patienten eine einrichtungs-, sektoren- und berufsgruppenübergreifende BaDo etablieren. Ein vergleichbares Instrument für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik fehlt bislang.

**Zielstellung:** Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand in der Entwicklung eines Vorschlags für eine einrichtungs-, sektoren- und berufsgruppenübergreifende BaDo für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik. Aufgrund der Relevanz für die Therapieevaluation wurden die psychometrischen Eigenschaften des SDQ und KINDL-R evaluiert. Das Potential der entwickelten BaDo, die soziale Dimension psychischer Erkrankung und sozialtherapeutische Interventionen zu erfassen, wurde untersucht.

**Methode:** Nach einer systematischen Literaturrecherche wurden in einer qualitativen Dokumentenanalyse Schnittmengen zwischen BaDo's für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene herausgearbeitet. Kinder- und jugendspezifische Aspekte wurden identifiziert. Aufgrund deskriptiv-statistischer Analysen und konzeptueller Überlegungen wurde ein Merkmalkatalogs für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik zusammengestellt. Die Evaluation der psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen SDQ und KINDL-R Versionen erfolgte durch eine metaanalytische Aggregation vorliegender Befunde. Eine Bewertung wurde auf Grundlage eines Kriterienkatalogs des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) vorgenommen. Die Untersuchung der faktoriellen Struktur und der Known Groups Validität des Kid-KINDL erfolgte durch Sekundäranalyse eines Datensatzes 8- bis 11-jähriger psychisch kranker Kinder, die sich zum Erhebungszeitpunkt in psychosomatischer Krankenhausbehandlung befanden. Auf Grundlage einer theoretischen Ableitung psychosozialer Kontextfaktoren wurden BaDo-Items identifiziert, über die eine Kontextualisierung psychischer Erkrankung vorgenommen und sozialtherapeutische Interventionen ausgewertet werden können.

**Ergebnisse:** Es konnte eine BaDo für die Kinder- und Jugendpsychosomatik erarbeitet werden. Eine Kinder- und Jugendspezifikation wurde durch die Erfassung biographischer und familienanamnestischer Daten erzielt. Die Erhebung soziodemographischer Merkmale wurde konzeptuell angepasst. Trotz einiger Limitationen sprach die zusammenfassende Bewertung nach

DKPM-Kriterien für den Einsatz des SDQ und KINDL-R in der QS. In der Evaluation des Kid-KINDL zeigte ein Modell mit Item-Doppelladungen krankheitsassoziierter Items auf den HRQoL-Dimensionen und zwei mit den HRQoL Faktoren unkorrelierten Psychopathologie-Faktoren im Vergleich den besten Modell-Fit. Die Psy-BaDo-PTM-KiJu ermöglicht eine relativ breite Erfassung psycho-sozialer Kontextfakten. Die Evaluation sozialtherapeutischer Interventionen erscheint aus Perspektive Klinischer Sozialarbeit allerdings unzureichend.

**Diskussion:** Aktuell wird die Psy-BaDo-PTM-KiJu in der Praxis erprobt. Auf Grundlage dieser Erfahrungen sollte die BaDo überarbeitet werden. Perspektivisch wäre die Konsentierung des Merkmalkatalogs durch Berufs- und Fachverbände wünschenswert. Mit dem SDQ und dem KINDL-R konnten zwei international weit verbreitete Instrumente in die BaDo integriert werden. Allerdings zeigte die Untersuchung auch, dass es an systematischen Überblicksarbeiten zu psychometrischen Eigenschaften generischer psychodiagnostische Instrumente für Kinder und Jugendliche fehlt. In der Untersuchung des Kid-KINDL ergaben sich deutliche Hinweise darauf, dass aufgrund von Item-Doppelladungen einige HRQoL-Dimensionen durch das Instrument nicht valide erfasst werden. Trotz dieser Limitationen erscheint der Kid-KINDL für die Erfassung der HRQoL-Dimensionen Selbstwert, Familie und Freunde geeignet. Es konnte gezeigt werden, dass BaDo-Daten für die Analyse psycho-sozialer Faktoren durchaus interessant sind. Eine adäquate Berücksichtigung sozialtherapeutischer Leistungen in BaDo's würde dabei helfen, das multidisziplinäre psychosomatische Behandlungsspektrum in der QS abzubilden.

## 9 Anhang

### Anhang A. Zusatzmaterial für die Erarbeitung eines Vorschlags für eine sektoren-, einrichtungs- und professionsübergreifende Basisdokumentation für das Kindes- und Jugendalter

Tabelle A.1

*Suchfilter für MEDLINE via OvidSP (berichtet wird die Suchstrategie für die am 09.08.2020 replizierte Recherche vom 12.09.2017)*

#	Searches	Results
Population		
1	exp adolescent/ or exp child/	3017763
2	(child* or adoles* or teen* or youth*).mp.	3539234
3	1 or 2	3539234
Intervention (Behandlungssetting und med. Fachgebiet)		
4	exp inpatient/ or exp Hospitals, Psychiatric/ or exp Hospitalization/	275589
5	(inpatient* or residential* or hospitalization*).mp.	308782
6	4 or 5	432203
7	exp Neoplasms/di, px, th [Diagnosis, Psychology, Therapy]	823365
8	exp Somatoform Disorders/di, px, th [Diagnosis, Psychology, Therapy]	13480
9	*psychiatry/ or exp adolescent psychiatry/ or exp psychosomatic medicine/	39609
10	exp Psychotherapy/	195738
11	7 or 8 or 9 or 10	1061769
12	(Psychiatry or psychiatric or psychotherap* or psychosomatic* or psychosomatic medicine or Psychooncology or Psychosomatic Medicine or Psychophysiologic Disorders or Liaison).mp.	443089
13	11 or 12	1371799
Outcome (Dokumentation, Prozess- u. Ergebnisqualität)		
14	exp Documentation/cl, is, mt, st, sn [Classification, Instrumentation, Methods, Standards, Statistics & Numerical Data]	13872
15	exp Data Collection/cl, is, mt, og, st, sn [Classification, Instrumentation, Methods, Organization & Administration, Standards, Statistics & Numerical Data]	153877
16	exp Psychiatric Status Rating Scales/cl, is, mt, st, sn [Classification, Instrumentation, Methods, Standards, Statistics & Numerical Data]	11117
17	exp "Outcome and Process Assessment (Health Care)"/cl, mt, og, st, sn [Classification, Methods, Organization & Administration, Standards, Statistics & Numerical Data]	25627
18	exp Quality Assurance, Health Care/cl, mt, og, st, sn [Classification, Methods, Organization & Administration, Standards, Statistics & Numerical Data]	60400
19	14 or 15 or 16 or 17 or 18	251764
20	((Documentation adj4 system) or Documentationsystem or routine care or measurement of change or assessment instruments).mp.	10770
21	19 or 20	261331

---

#	Searches	Results
Kombination der Suchfilter für Population, Intervention und Outcome		
22	3 and 6 and 13	16955
Filter für Ausschluss von Altersgruppen > 18 Jahre		
23	limit 22 to ("young adult (19 to 24 years)" or "adult (19 to 44 years)" or "young adult and adult (19-24 and 19-44)" or "middle age (45 to 64 years)" or "middle aged (45 plus years)" or "all aged (65 and over)" or "aged (80 and over)")	10879
24	22 not 23	6076
25	21 and 24	208
Eingrenzung der Ergebnisse auf ursprüngliches Suchdatum (12.09.2017)		
26	limit 25 to dt=19900101-20170912	186

---

Tabelle A.2

*Suchfilter für Embase via OvidSP (berichtet wird die Suchstrategie für die am 09.08.2020 replizierte Recherche vom 18.09.2017)*

#	Searches	Results
Population		
1	exp adolescent/ or exp child/	3363653
2	(child* or adoles* or teen* or youth*).mp.	3424173
3	1 or 2	3923989
Intervention (Behandlungssetting und med. Fachgebiet)		
4	exp hospital patient/ or exp mental hospital/ or exp Hospitalization/	543515
5	(inpatient* or residential* or hospitalization*).mp.	605808
6	4 or 5	690251
7	exp psychological aspect/ or exp Psychiatry/ or exp Psychotherapy/	805584
8	exp neoplasm/di, ep, th [Diagnosis, Epidemiology, Therapy]	963511
9	exp psychosomatic disorder/di, ep, th [Diagnosis, Epidemiology, Therapy]	11328
10	7 or 8 or 9	11328
11	(Psychooncology or Psychosomatic Medicine or Psychophysiology Disorders or Liaison).mp.	3628
12	10 or 11	1767878
Kombination der Suchfilter für Population und Intervention		
13	3 and 6 and 12	13487
Filter für Ausschluss von Altersgruppen > 18 Jahre		
14	limit 13 to (adult <18 to 64 years> or aged <65+ years>)	5229
15	13 not 14	8258
Outcome (Dokumentation, Prozess- u. Ergebnisqualität)		
16	exp documentation/ or exp medical documentation/	312485
17	exp quality control/	408512
18	exp psychological rating scale/	19681
19	exp health services research/	33710
20	((Documentation adj4 system) or Documentationsystem or measurement of change or routine care or assessment instruments).mp.	16121
21	exp outcome assessment/ or exp patient-reported outcome/	569230
22	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21	1300912
Kombination der Suchfilter für Population, Intervention und Outcome nach Ausschluss von Altersgruppen > 18 Jahre		
23	15 and 22	615
Eingrenzung der Ergebnisse auf ursprüngliches Suchdatum (12.09.2017)		
24	limit 23 to dc=19900101-20170918	484

Tabelle A.3

Suchfilter für PsycINFO via EBSCO (berichtet wird die Suchstrategie für die am 09.08.2020 replizierte Recherche vom 26.09.2017)

#	Query	Limiters/Expanders
Population		
S1	MM "Child Psychiatry" OR MM "Child Psychology" OR MM "Child Psychopathology" OR MM "Child Psychotherapy"	Search modes - Boolean/Phrase
S2	MM "Adolescent Psychiatry" OR MM "Adolescent Psychology" OR MM "Adolescent Psychopathology" OR MM "Adolescent Psychotherapy"	Search modes - Boolean/Phrase
S3	child* OR adoles* OR teen* OR youth*	Search modes - Boolean/Phrase
S4	S1 OR S2 OR S3	Search modes - Boolean/Phrase
Intervention (Behandlungssetting und med. Fachgebiet)		
S5	((MM "Hospitalization") OR (MM "Hospitalized Patients")) OR (MM "Hospitals") OR (MM "Psychiatric Patients")	Search modes - Boolean/Phrase
S6	TX Inpatient* OR TX station*	Search modes - Boolean/Phrase
S7	S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase
S8	((((MM "Psychiatry") OR (MM "Consultation Liaison Psychiatry")) OR (MM "Psychosomatic Medicine")) OR (MM "Psychotherapy")) OR (DE "Somatoform Disorders" OR DE "Body Dysmorphic Disorder" OR DE "Conversion Disorder" OR DE "Hypochondriasis" OR DE "Neurasthenia" OR DE "Neurodermatitis" OR DE "Somatization Disorder" OR DE "Somatoform Pain Disorder")	Search modes - Boolean/Phrase
S9	TX Psychiatry OR TX Psychiatric OR TX Psychotherap* OR TX psychosomatic medicine OR TX liaison OR TX consultation OR TX psychooncology	Search modes - Boolean/Phrase
S10	S8 OR S9	Search modes - Boolean/Phrase
Kombination der Suchfilter für Population und Intervention		
S11	S4 AND S7 AND S10	Search modes - Boolean/Phrase
Filter für Ausschluss von Altersgruppen > 18 Jahre		
S12	-/	Limiters - Age Groups: Adulthood (18 yrs & older), Young Adulthood (18-29 yrs), Thirties (30-39 yrs), Middle Age (40-64 yrs), Aged (65 yrs & older), Very Old (85 yrs & older) Search modes - Boolean/Phrase
S13	S11 NOT S12	Search modes - Boolean/Phrase
Outcome (Dokumentation, Prozess- u. Ergebnisqualität)		
S14	((((MM "Quality Control") OR (MM "Psychotherapeutic Outcomes")) OR (MM "Psychiatric Evaluation")) OR (MM "Treatment Effectiveness Evaluation")) OR (MM "Common Factors")	Search modes - Boolean/Phrase
S15	TX documentation OR TX Documentationsystem* OR TX Basisdocumentation OR TX BaDo OR TX quality assurance OR TX outcome assessment OR TX therapy outcome assessment	Search modes - Boolean/Phrase

#	Query	Limiters/Expanders
S16	KW Adolescent psychiatry documentation system OR KW Child psychiatry documentation OR KW Therapy goals in Adolescent psychiatry OR KW Effectiveness in adolescent psychiatry OR KW Effectiveness in child psychiatry OR KW Effectiveness in adolescent psychosomatic treatment OR KW Effectiveness in child psychosomatic treatment OR KW outcome of adolescent psychosomatic treatment OR KW outcome of child psychosomatic treatment	Search modes - Boolean/Phrase
S17	S14 OR S15 OR S16	Search modes - Boolean/Phrase
	Kombination der Suchfilter für Population, Intervention und Outcome nach Ausschluss von Altersgruppen > 18 Jahre, Eingrenzung der Ergebnisse auf ursprüngliches Suchdatum (26.09.2017)	
S18	S13 AND S17	Limiters - Published Date: 19900101- 20170931
	Results: 248	Search modes - Boolean/Phrase

Tabelle A.4

*Suchfilter für PSYNDEX via EBSCO (berichtet wird die Suchstrategie für die am 09.08.2020 replizierte Recherche vom 26.09.2017)*

#	Query	Limiters/Expanders
<b>Population</b>		
S1	MM "Child Psychiatry" OR MM "Child Psychology" OR MM "Child Psychopathology" OR MM "Child Psychotherapy"	Search modes - Boolean/Phrase
S2	MM "Adolescent Psychiatry" OR MM "Adolescent Psychology" OR MM "Adolescent Psychopathology" OR MM "Adolescent Psychotherapy"	Search modes - Boolean/Phrase
S3	child* OR adoles* OR teen* OR youth*	Search modes - Boolean/Phrase
S4	S1 OR S2 OR S3	Search modes - Boolean/Phrase
<b>Intervention (Behandlungssetting und med. Fachgebiet)</b>		
S5	((MM "Hospitalization") OR (MM "Hospitalized Patients")) OR (MM "Hospitals") OR (MM "Psychiatric Patients")	Search modes - Boolean/Phrase
S6	TX Inpatient* OR TX station*	Search modes - Boolean/Phrase
S7	S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase
S8	((((MM "Psychiatry") OR (MM "Consultation Liaison Psychiatry")) OR (MM "Psychosomatic Medicine")) OR (MM "Psychotherapy")) OR (DE "Somatoform Disorders" OR DE "Body Dysmorphic Disorder" OR DE "Conversion Disorder" OR DE "Hypochondriasis" OR DE "Neurosthenia" OR DE "Neurodermatitis" OR DE "Somatization Disorder" OR DE "Somatoform Pain Disorder")	Search modes - Boolean/Phrase
S9	TX Psychiatry OR TX Psychiatric OR TX Psychotherap* OR TX psychosomatic medicine OR TX liaison OR TX consultation OR TX psychooncology	Search modes - Boolean/Phrase
S10	S8 OR S9	Search modes - Boolean/Phrase
<b>Kombination der Suchfilter für Population und Intervention</b>		
S11	S4 AND S7 AND S10	Search modes - Boolean/Phrase
<b>Outcome (Dokumentation, Prozess- u. Ergebnisqualität)</b>		
S12	((((MM "Quality Control") OR (MM "Psychotherapeutic Outcomes")) OR (MM "Psychiatric Evaluation")) OR (MM "Treatment Effectiveness Evaluation")) OR (MM "Common Factors")	Search modes - Boolean/Phrase
S13	T TX documentation OR TX Documentationsystem* OR TX Basisdocumentation OR TX BaDo OR TX quality assurance OR TX outcome assessment OR TX therapy outcome assessment	Search modes - Boolean/Phrase
S14	KW Adolescent psychiatry documentation system OR KW Child psychiatry documentation OR KW Therapy goals in Adolescent psychiatry OR KW Effectiveness in adolescent psychiatry OR KW Effectiveness in child psychiatry OR	Search modes - Boolean/Phrase

#	Query	Limiters/Expanders
	KW Effectiveness in adolescent psychosomatic treatment OR KW Effectiveness in child psychosomatic treatment OR KW outcome of adolescent psychosomatic treatment OR KW outcome of child psychosomatic treatment	
S15	S12 OR S13 OR S14	Search modes - Boolean/Phrase
	Kombination der Suchfilter für Population, Intervention und Outcome, Eingrenzung der Ergebnisse auf ursprüngliches Suchdatum (26.09.2017)	
S16	S11 AND S15	Limiters - Published Date: 19900101- 20170931 Search modes - Boolean/Phrase
	Results: 95	

Tabelle A.5

*Charakteristika des auf Grundlage der Systematischen Literaturrecherche identifizierten Materials für die inhaltsanalytische Auswertung*

<b>Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie</b> (BaDo-KJ; Englert et al., 2005)	
Altersgruppe	Psychisch kranke Kinder und Jugendliche (0;0 bis 17;11 Jahre)
Fachbereich/ Anwendungsgebiet	Kinder- und Jugendpsychiatrie (stationär, teilstationär, ambulant)
Formale Charakteristika des Ausgangsmaterials	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analysiert wurde der BaDo-KJ Merkmalskatalog in der 4. Auflage.</li> <li>▪ Das Glossar der der BaDo-KJ mit Informationen zur Entwicklung, dem Aufbau sowie Kodieranweisungen lag als Hintergrundinformation vor.</li> <li>▪ Die BaDo-KJ umfasst im Original 12 Abschnitte mit 122 obligatorischen und 27 fakultativen Items (die Anzahl der Items veränderte sich durch die Transkription).</li> <li>▪ Der Merkmalskatalog gliederte sich in drei Ebenen, einige Abschnitten wiesen vier Gliederungsebenen auf.</li> </ul>
<b>DGPM 1 KJ</b> (Timmermann & Loew, 2015)	
Altersgruppe	Psychisch kranke Kinder und Jugendliche (0;0 bis 17;11 Jahre)
Fachbereich/ Anwendungsgebiet	Kinder,- Jugend,- und Familienpsychosomatik
Formale Charakteristika des Ausgangsmaterials	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es lagen die Patientenfragebögen (Elternversion) zu Behandlungsbeginn vor.</li> <li>▪ Die Systematik der Evaluation und eingesetzte psychodiagnostische Instrumente waren in Timmermann und Loew (2015) aufgeführt.</li> <li>▪ Die Patientenfragebögen der DGPM 1 KJ umfassten zwei Gliederungsebenen.</li> </ul>
<b>Psy-BaDo-PTM</b> (Version 4.12; Heymann & Tritt, 2013)	
Altersgruppe	Psychisch kranke Erwachsene ( $\geq 18$ Jahre)
Fachbereich/ Anwendungsgebiet	Psychosomatische Kliniken (stationär, teilstationär, ambulant)
Formale Charakteristika des Ausgangsmaterials	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es lag das Glossar mit detaillierten Hinweisen zu den einzelnen Items und ergänzenden Informationen vor.</li> <li>▪ BaDo-Aufbau sowie Items, Ausprägungen und Kodierungen gingen eindeutig aus dem Glossar hervor.</li> <li>▪ Das Glossar strukturierte nach Therapeuten-Items und Patienten-Items jeweils zu Behandlungsbeginn und -ende.</li> <li>▪ Instrumente zur Therapieevaluation und die Systematik der Evaluation sowie obligate und fakultative Items waren im Glossar aufgeführt.</li> <li>▪ Der Merkmalskatalog umfasste drei Gliederungsebenen.</li> </ul>
<b>Synopse der Basisdokumentationen aus dem Psych-Bereich</b> (Tritt et al., 2010)	
Altersgruppe	Psychisch kranke Erwachsene ( $\geq 18$ Jahre)
Fachbereich/ Anwendungsgebiet	Die Synopse beinhaltet Items folgender BaDo's: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BaDo für den Konsiliar- und Liaisondienst des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (C/L-BaDo)</li> <li>▪ BaDo für den ambulanten Bereich der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM-Ambulant)</li> <li>▪ BaDo der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN-BaDo)</li> <li>▪ BaDo der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS-BaDo)</li> </ul>

---

Formale Charakteristika des Ausgangsmaterials	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BaDo der Deutschen Rentenversicherung Bund für Psychosomatik (DRV-BaDo)</li> <li>▪ BaDo der Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (Psycho-Onko-BaDo)</li> <li>▪ Psy-BaDo-PTM für die stationäre Psychosomatik in der Ausführung des Instituts für Qualitätsentwicklung für Psychotherapie und Psychosomatik (IQP- Psy-BaDo-PTM, Vorgängerversion der in dieser Arbeit analysierten Psy-BaDo-PTM der Version 4.12)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es handelte sich um eine Gegenüberstellung von Items und Ausprägungen aus BaDo's unterschiedlicher medizinischer Fachbereiche.</li> <li>▪ Ziel der Synopse war die Erarbeitung eines Merkmalskatalog für eine sektoren- und fachübergreifende BaDo.</li> <li>▪ Die Synopse strukturierte sich nach inhaltlich-thematischen Gesichtspunkten in sieben Module und wies drei Gliederungsebenen auf.</li> <li>▪ Entlang eines Analyseschemas wurden für jeden Aspekt eines Moduls die Items und Ausprägungen der einzelnen BaDo's aufgeführt.</li> <li>▪ Für jeden Aspekt wurde ein Vorschlag für eine fachübergreifende Erfassung erarbeitet und wie folgt aufgeführt: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Item, Ausprägungen und Kodierungen</li> <li>○ Aufführung der Quell-BaDo des Items</li> <li>○ Bezug der Item-Ausprägungen zur Quell-BaDo</li> </ul> </li> <li>▪ Im Fall der Vorschläge für eine fachübergreifende BaDo handelte es sich bereits um eine Aggregation inhaltlicher Aspekte. Ein Bezug zu den originalen Aspekten blieb aufgrund der Systematik der Synopse herstellbar.</li> </ul>

---

*Anmerkungen.* Die Beachtung der Gliederungsebenen war relevant, um in der inhaltlichen Analyse einen einheitlichen Abstraktionsgrad zu gewährleisten. Die Gliederungsebenen waren wie folgt definiert: 1. Ebene: Abschnitt/Modul eines Merkmalskatalogs, 2. Ebene: Items, 3. Ebene: Ausprägungen der Items (Item-Unteraspekte), 4. Ebene: Ausprägungen der Item-Unteraspekte (i.d.R. einheitliche Skala über mehrere Item-Unteraspekte eines Abschnitts).

Tabelle A.6

*Allgemeine und spezielle Transkriptionsregeln*

Allgemeine Transkriptionsregeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vollständige und wörtliche Transkription der Items und Ausprägungen.</li> <li>▪ Zahlenwert der Kodierungen wird 1:1 übernommen.</li> <li>▪ Abschnittsbezeichnungen (1. Gliederungsebene) werden <i>n i c h t</i> transkribiert. Abschnitte sind wie folgt definiert: Abschnitte stellen die höchste Gliederungsebene in den original Merkmalskatalogen dar. Sie umfassen mehrere Items, mit denen ein umfassendes aber inhaltlich abgrenzbares Konstrukt (Thema) erfasst wird.</li> <li>▪ Items (2. Gliederungsebene) sind definiert als Aspekte, die ein inhaltlich homogenes Konstrukt erfassen und durch Ausprägungen operationalisiert sind. Sie erhalten im unten aufgeführten Transkriptionsschema eine fortlaufende Nummerierung, durch die sie eindeutig als Item erkennbar sind.</li> <li>▪ Item-Ausprägungen (3. Gliederungsebene) stellen die kleinste inhaltliche Einheit dar. Sie definieren sich durch ihre Kodierung mit einem konkreten Zahlenwert (unabhängig vom Skalenniveau).</li> <li>▪ Bei Items, die eindeutig einem übergeordneten und in sich homogenen Konstrukt zuzuordnen sind (z.B. Fragebogenverfahren, Psychopathologischer Befund), wird das Konstrukt als Item behandelt. Es wird ausschließlich die Bezeichnung des Verfahrens in die Spalte „Item“ übernommen z.B. (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Symptom Rating Scale (SCL-90)).</li> <li>▪ Handelt es sich um ein fakultatives Item in der originären BaDo wird dies mit einem „ja“ oder „j“ in der Spalte „Fakultativ“ des Transkriptionsschemas vermerkt. Keine Angabe bedeutet, es handelt sich um ein obligatorisches Item.</li> </ul>
---------------------------------	--

Die Transkription erfolgt in einer Excel-Tabelle entlang folgendem Schema:

Item-Nr.	Item	Code	Ausprägung	Original-Nr.	Fakultativ	Anmerkungen
----------	------	------	------------	--------------	------------	-------------

- Item-Nr.: Fortlaufende Nummerierung der transkribierten Items im Transkript
- Item: Wörtlich transkribierte Items
- Code: Kodierung der Item-Ausprägungen in original BaDo
- Ausprägung: Inhaltliche Bedeutung der Kodierung unter Spalte „Code“
- Original-Nr.: Nummer des Items in der Original BaDo, Abschnitte erhalten eine römische Ziffer.
- Fakultativ: Vermerk „ja“ oder „j“, falls Item oder Ausprägung in original BaDo fakultativ erhoben wird.

Spezielle Transkriptionsregeln für die BaDo-KJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die BaDo-KJ wies in einigen Abschnitten eine 4. Gliederungsebene auf. Diese Gliederungsebene zeichnete sich dadurch aus, dass Unter Aspekte von Items entlang einer einheitlichen Skala bewertet werden.</li> <li>▪ Abweichend von den allgemeinen Transkriptionsregeln soll wie folgt vorgegangen werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Item-Unteraspekt (3. Gliederungsebene) wird in die Spalte „Item“ des Transkriptionsschemas übertragen, erhält aber <i>k e i n e</i> Nummerierung.</li> <li>○ Die Ausprägung des Item-Unteraspekts (4. Gliederungsebene) wird in die Spalte „Ausprägung“ des Transkriptionsschemas übertragen.</li> <li>○ Die Item-Unteraspekte enthalten die für die inhaltliche Analyse interessierende Information. Sie werden in der weiteren Analyse daher als Ausprägung der übergeordneten Items behandelt.</li> <li>○ Die Skalen zur Kodierung der Item-Unteraspekte verweisen auf eine differenzierte Erfassung einzelner Aspekte, sollen aber nicht näher inhaltsanalytisch ausgewertet werden.</li> </ul> </li> </ul>
--	--

---

Spezielle Transkriptionsregeln für die Synopse der BaDo's aus dem Psych-Bereich

- Auf diese Weise soll ein einheitlicher Abstraktionsgrad zwischen Items und Ausprägungen über die verschiedenen Merkmalskataloge sichergestellt werden.
  - Transkribiert werden alle obligaten Items der **Vorschläge** für eine sektoren- und fachübergreifende Dokumentation.
  - Fakultative Items/Ausprägungen werden transkribiert, wenn:
    - deren Aspekt identisch mit dem Abschnitt ist, unter der das Item subsumiert wird.
    - mehr als zwei BaDo's den Aspekt (Item und/oder Ausprägung) als relevant erachten.
    - die Relevanz für die Ergebnismessung eindeutig ersichtlich ist.
    - Fakultative Items werden nicht transkribiert, wenn deren Inhalt durch den erarbeiteten Vorschlag differenzierter erfasst wird. In der Regel sind diese Items oder Ausprägungen in der Synopse mit „\*“ markiert.
  - Es werden alle Kodierungen und Ausprägungen, wie sie in den Vorschlägen der Synopse aufgeführt ins Transkript übernommen.
  - Verfahren, die im Rahmen der Evaluation zu verorten sind, werden kenntlich gemacht (grau hinterlegt), um sie trennscharf als solche in der weiteren Analyse zu identifizieren.
-

Tabelle A.7

*Kategoriensystem strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse*

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
<b>1. Identifikation und basale behandlungsrelevante Daten</b>			
	Fallbezogene, behandlungsrelevante (rudimentäre) Patientendaten	Kodiert werden Items, die basale Daten zum Patienten erfassen und für die Behandlung unmittelbar von Relevanz sind (z.B., wenn sich ein Behandler über Kontaktdaten informieren möchte). Die Items sollen Informationen erheben, die nur für die Behandlung des spezifischen Falls relevant sind.  <i>Kodierregel:</i> Items, die per Definition in Kategorie 3.1 „Soziodemographische Angaben“ kodiert werden, wie z.B. Geburtsdatum werden hier nicht kodiert.	„Name, Anschrift, Telefon, Geburtsdatum, Chiffre, Schweigepflichtbindungen“
	Daten zur Identifikation des Datensatzes	Kodiert werden Items, durch die: a) der Patientendatensatz für Auswertungen anonymisiert wird. b) eine Identifikation des Behandlers bzw. der Klinik ermöglicht wird.	„Patientennummer, Nummer des Behandlers“
<b>2. Überweisungs- /Aufnahme- und formale Behandlungsmodalitäten</b>			
	Einweisende Profession oder Einrichtung	Kodiert werden Items, die Informationen darüber erheben, welche Profession die Klinikeinweisung veranlasst hat. Es soll die <u>formale Behandlungsindikation</u> durch eine dafür (gesetzlich) definierte Berufsgruppe oder Einrichtung angesprochen werden.	„Einweiser“
	Überweisende Profession bzw. Einrichtung	Kodiert werden Items, die Institutionen, Berufsgruppen oder andere Personen erfassen, die eine Behandlung allgemein oder in der speziellen Einrichtung angeregt haben.  <i>Kodierregel:</i> Abgrenzung zu „Einweisende Profession“: Unter dieser Ausprägung fallen Items, die eine <u>informell geprägte Empfehlung</u> zur Behandlung erheben. Einen Hinweis für den informellen Charakter kann die Formulierung des Items als Patientenfrage geben.	„Wer hat Ihnen die Behandlung hier empfohlen?“

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
	Aufnahmebedingungen	Kodiert werden Items, die Daten über die unmittelbaren Aufnahmebedingungen erheben. Informationen über die unmittelbaren Auslöser für eine Aufnahme, oder auf welcher rechtlichen Basis die Aufnahme erfolgt stehen hier im Fokus.  <i>Kodierregel:</i> Kriterium für die Kodierung ist, dass die erhobenen Informationen den Zeitraum von 24-Std. nicht überschreiten sollen.	„Datum der Aufnahme“, „Suizidalität bei Aufnahme“
	Kostenträger	Kodiert werden Angaben über die Gegenfinanzierung der Behandlung, also welche Institution der (hauptsächliche) Leistungsträger der Behandlung ist.	„Welcher Kostenträger trägt überwiegend die Kosten der Behandlung“
	Versorgungsbereich	Items, die Informationen darüber erheben, in welchem Behandlungssetting die gegenwärtige Behandlung überwiegend stattfindet werden hier erfasst.  <i>Kodierregel:</i> Zur eindeutigen Klassifikation sollen besonders die Ausprägungen eines Items beachtet werden.	„ambulant“, „Institutsambulanz“, „Poliklinik“, „Konsil-/Liaison“, „Psychosomatik akut (§39 SGB V)“
	Rechtsgrundlage der Behandlung/Rechtsstatus des Patienten während der Behandlung	Kodiert werden Items, die Informationen über die rechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen die Behandlung überwiegend stattfindet, erheben. Hierunter fallen auch Items, die Auskunft über den Rechtsstatus des Patienten geben.  <i>Kodierregel:</i> Beachte: Kodierung aller Items, die 24-Std. Kriterium überschreiten.	„Rechtsgrundlage 24 Std. nach Aufnahme“, „Betreuungssituation 24 Std. nach Aufnahme (bei Minderjährigen Vormundschaft)“
<b>3. Soziodemographie und anamnestische Daten</b>			
3.1 Soziodemographische Angaben und aktuelle Lebenssituation	Soziodemographische Daten: Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familienstand, höchster allgemeinbildender Schulabschluss, berufliche Ausbildungsabschlüsse, Erwerbssituation, Anzahl und Art der Beschäfti-	Soziodemographische Daten stellen ein Konzept zur Erhebung sozialstruktureller Erhebungsmerkmale einer Person dar. Es handelt sich um ein auf konsensueller Vereinbarung basierendes Konzept, dem keine theoretische Basis zugrunde liegt. Kodiert werden Items, die von einem der <u>aufgeführten Aspekte inhaltlich angesprochen werden</u> . Die aufgeführten Aspekte sind den Empfehlungen des statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, 2016) entnommen.	„Bitte geben Sie Ihren aktuellen (d.h. zeitlich zuletzt) eingetretenen Familienstand an“, „Kind wohnt bei ...“

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
	gungsverhältnisse, Arbeitsstunden (Woche), Status (wenn nicht erwerbstätig), ausgeübte berufliche Tätigkeit, Haushaltsgröße, Haushaltsnettoeinkommen, Nettoeinkommen des Patienten	<p><i>Kodierregel:</i></p> <p>Abgrenzung zu Biographischer Anamnese: Angaben zum formellen Schul- oder Berufsabschluss werden unabhängig vom Alter unter der Kategorie 3.1 „Soziodemographische Daten“ erhoben.</p>	
	Informationen über die aktuelle Lebenssituation des Patienten	<p>Kodiert werden Items, die in Ergänzung zu soziodemographischen Angaben, informelle Aspekte zur aktuellen Lebenssituation in Anlehnung an Schaefer und Wiehle-Hausteiner (2015) erheben und über den Kontext der aktuellen Erkrankungsepisode Aufschluss geben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beziehungssituation</li> <li>▪ Sexualanamnese</li> <li>▪ (Eigene) Kinder</li> <li>▪ Soziales Netz</li> <li>▪ Berufliche Situation</li> <li>▪ Ökonomische Situation</li> <li>▪ Freizeit</li> <li>▪ Ressourcen</li> <li>▪ Wertorientierung</li> </ul> <p><i>Kodierregel:</i></p> <p>Für die Kodierung eines Items unter dieser Kategorie ist der Bezug zur aktuellen Lebenssituation entscheidend. Als orientierender Zeitrahmen kann ein sechs-Monats Kriterium herangezogen werden (d.h. das Item bezieht sich auf einen Zeitraum, der <u>die letzten sechs Monate nicht überschreitet</u>).</p>	„Wie ist ihre aktuelle Partnersituation?“
3.2 Familienanamnese	Soziale Situation der Eltern	Kodiert werden Items, die Informationen über den Sozialstatus der Eltern bzw. Hauptbezugspersonen der Kinder/Jugendlichen erheben. Als Orientierung für eine Kodierung können Aspekte, wie sie unter dem Punkt soziodemographische	„Derzeitige Tätigkeit der Mutter“, „Schichtzugehörigkeit der Eltern“

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
		Daten aufgeführt sind, herangezogen werden. Wichtig ist aber, dass der inhaltliche Bezugspunkt hier relevante Bezugspersonen betrifft.	
		<i>Kodierregel:</i> Beachte zur sicheren Klassifizierung die Ausprägungen der Items.	
	Position des Patienten in Herkunftsfamilie	Kodiert werden Items, die Informationen über die Geschwistersituation erheben (z.B. deren Alter, Anzahl). Kodiert werden auch Items, die Angaben über die Position des Patienten in Relation zu anderen Familienmitgliedern (außer Eltern) erheben.	„Zahl der leiblichen Geschwister“
		<i>Kodierregel:</i> Beachte zur sicheren Klassifizierung die Ausprägungen der Items. Schwerpunkt liegt auf objektivierbaren Daten.	
	Psychische Situation relevanter Bezugspersonen	Kodiert werden Items, die Informationen über psychiatrische Erkrankungen wichtiger Bezugspersonen erheben.	„Psychiatrische Erkrankungen in der Familie“
3.3 Biographische Anamnese	Schwangerschaft und Geburt	Item erhebt Informationen zu Schwangerschafts- und Geburtsverlauf	„Risikofaktoren in der Schwangerschaft, Geburtskomplikationen“
	Frühe Kindheit und Vorschulalter	Kodiert werden Items, die Informationen über die frühkindliche Entwicklung erheben. Fokus liegt auf Informationen über das zeitgerechte Erreichen der Entwicklungsmeilensteine.	„Störungen der kindlichen Entwicklung“
		<i>Kodierregel:</i> Beachte Ausprägungen der Items.	
	Schulische Entwicklung	Erfasst werden Items, die Informationen über den formalen schulischen Werdegang erheben.	„Einschulung“, „Schulbesuch“
		<i>Kodierregel:</i> Items zum aktuellen Schulabschluss werden unter Kategorie 3.1 „Soziodemographische Angaben“ kodiert. Für eine Unterscheidung sollten besonders die Ausprägungen beachtet werden.	
	Die mit den Items erfasste Information bezieht sich		

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
auf einen Zeitraum der deutlich über die aktuellen Lebensbedingungen (letzten sechs Monate) hinausreicht.	Psychosexuelle Entwicklung in Kindheit und Adoleszenz	Kodiert werden Items, die Informationen zu Reifungsprozessen, der Identität und der sexuellen Entwicklung erheben.  <i>Kodierregel:</i> Informationen über „objektive“ Daten zur körperlichen Entwicklung, werden unter Kategorie 4.1 „Diagnostische Befunde“ kodiert.	Es konnten keine Ankerbeispiele im vorliegenden Material identifiziert werden.
	Ausbildung und Beruf	Kodiert werden Items, die Informationen über die berufliche Entwicklung erheben.  <i>Kodierregel:</i> Items zum formalen Bildungsabschluss werden unter der Kategorie 3.1 „Soziodemographischen Angaben“ kodiert.	Es konnten keine Ankerbeispielen im vorliegenden Material identifiziert werden.
3.4 Krankheitsanamnese	Abhängigkeitserkrankungen und Süchte	Kodiert werden Items, die Informationen zu Konsumgewohnheiten von Genussmitteln, Medikamenten, illegalen Drogen oder Verhaltenssüchte erheben.  <i>Kodierregel:</i> Bzgl. Medikamentenkonsum beachte: Medikamentenkonsum meint in diesem Zusammenhang eine aus medizinischer Sicht nicht indizierte Einnahme oder eine Einnahme in größeren Mengen und/oder Dosierung als vom verschreibenden Arzt oder im Beipackzettel empfohlen. Relevant sind besonders folgende Substanzgruppen: Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika.	Es konnten keine Ankerbeispielen im vorliegenden Material identifiziert werden.
	Forensische Anamnese	Items erheben Informationen über Gesetzesübertretungen mit juristischen Folgen (Welche/Anzahl/Dauer).	Es konnten keine Ankerbeispielen im vorliegenden Material identifiziert werden.
	Somatische Anamnese	Kodiert werden Items, die Informationen zu primär somatischen Erkrankungen in der Vorgeschichte bzw. der Biografie erheben, sowie aktuelle körperliche Erkrankungen. Items, die Informationen aus vorliegenden Befunden zu diesem Aspekt erheben, werden ebenfalls hier kodiert.	Es konnten keine Ankerbeispielen im vorliegenden Material identifiziert werden.
	Anamnese <u>aktueller</u> psychiatrischer-psychosomatischer Symptome	Kodiert werden Items, die Informationen zu Symptomen erheben, die Anlass für die aktuelle Behandlung darstellen bzw. wegen derer der Patient die Behandlung aufgesucht hat. Items, die eine Beschreibung der aktuellen Sympto-	„Zeitraum seit Beginn der jetzigen psychischen Störung(en), die zur Aufnahme führten“

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
3.5 Vorbehandlungen (All- gemeine Kodierregel siehe nächste Seite)	Anamnese psychiatrisch- psychosomatischer Symptome ( <u>Lebens- spanne</u> )	<p>matik ermöglichen, sollen ebenso hier kodiert werden. Orientierung für eine Beschreibung von Symptomen bieten folgende Dimensionen (Schaefer &amp; Wiehle-Hausteiner, 2015):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokalisation</li> <li>▪ Qualität</li> <li>▪ Intensität</li> <li>▪ Begleitzeichen</li> <li>▪ Auslösesituation,</li> <li>▪ Intensivierende/lindernde Faktoren,</li> <li>▪ Ausnahmen</li> <li>▪ Auslösesituationen</li> </ul> <p><i>Kodierregel:</i> Erhebungszeitraum bis höchstens 6 Monate vor aktueller Behandlungsphase.</p> <p>Kodiert werden Items, die Informationen zu psychopathologischen Symptomen bzw. Syndrome oder Diagnosen in der Lebensgeschichte erheben. Folgende Aspekte werden hier als relevant erachtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erstmanifestation</li> <li>▪ Anzahl akuter Erkrankungsphasen</li> <li>▪ Intensitätsverlauf</li> <li>▪ Oszillationen</li> <li>▪ Vorbefunde aus psychiatrisch-psychologischen Untersuchungen in der Vorgeschichte</li> </ul>	„Anzahl Suizidversuche“
	<p><i>Kodierregel:</i> <u>Abgrenzung zu Vorbehandlung:</u> Schwerpunkt der Information liegt auf Symptomen, nicht auf der ersten (institutionellen) Behandlung.</p> <p>Es werden Items kodiert, die Informationen zu den Komponenten einer Versorgungsleistung erheben.</p> <p>Die Anwendung einer Gesundheitsleistung zeichnet sich durch Theorie- und Evidenzbasierung aus. Sie kann differenziert werden in:</p>	„Medikamentöse Vorbehandlung“	

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
Unterscheidungskriterium zwischen den Ausprägungen dieser Unterkategorie bildet die Frage, ob in den Items der inhaltliche oder formelle Charakter der Versorgungsleistung akzentuiert wird.	Kontextleistung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Materielle Gesundheitstechnik (z.B. Medikation)</li> <li>▪ Immaterielle Gesundheitstechnik (z.B. Psychotherapieverfahren)</li> </ul> <p>Kodiert werden Items, die Daten über den Kontext, in dem die Gesundheitsleistung erbracht wurde, erheben. Eine Kontextleistung kann alle medizinischen Fachgebiete und Versorgungssektoren beinhalten. Unter Kontextleistungen sind hier auch außerhalb der krankenkassenfinanzierten Versorgungsstrukturen verortete Gesundheitsleistungen zu verstehen (z.B. Beratungsstellen).</p>	<p>„Anzahl Ihrer Klinikaufenthalte in Kliniken für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Suchterkrankungen wegen psychischer und/oder psychosomatischer Beschwerden?“,</p> <p>Gesamtdauer Ihrer Klinikaufenthalte in Kliniken für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Suchterkrankungen wegen psychischer und/oder psychosomatischer Beschwerden in Wochen?“,</p> <p>„Wievielte Aufnahme/Behandlung?“</p>
3.6 Anamnestische Angaben zum psycho-sozialen Funktionsniveau	Erfüllung sozialer Rollen	<p>Kodiert werden Items, in denen gefragt wird, inwiefern es dem Patienten gelingt seine soziale Rolle in unterschiedlichen Kontexten (beruflich, familiär) zu erfüllen. Die Items sind im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells als primär soziale Einflussfaktoren auf die psychische und biologisch-organische Ebene zu sehen. Es wird von reziproken Wirkungsprozessen ausgegangen, d.h. die Informationen geben Anhalt für Einflussfaktoren auf das Krankheitsgeschehen und sind in ihrer Ausprägung selbst beeinflusst vom Krankheitsgeschehen. Aus evaluativer Sicht stellen die Items sog. „harte“ Outcome-Parameter dar.</p> <p><i>Kodierregel:</i></p> <p>Die Kodierung eines Items erfolgt unter Berücksichtigung alters- und entwicklungsbedingter Gesichtspunkte, wobei die Zielgruppe der BaDo zu berücksichtigen ist.</p>	<p>„AU (Krankschreibung) in Wochen: direkt vor der Aufnahme und ununterbrochen“, „Schulstörungen“, „Störung beim Besuch des Kindergartens“</p>

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
<b>4. Diagnostik, Therapieplanung, Indikation</b>			
4.1 Diagnostische Befunde	Psychopathologische Befunderhebung	Items beziehen sich auf Instrumente, mit denen eine (standardisierte) phänomenologisch orientierte Erhebung psychopathologischer Merkmale zum Vorstellungszeitpunkt möglich ist (z.B. nach AMDP-System). Die Kodierungen der Variablen ergeben sich auf Basis der Glossare bzw. Manuale der Instrumente.	AMDP-System
<i>Kodierregel:</i> Für die Kodierung eines Items unter dieser Kategorie ist es entscheidend, dass das Item Informationen oder Daten über Untersuchungsergebnisse festhält, also konkrete diagnostische oder therapierelevante Informationen erfasst werden. Beachte zur sicheren Klassifizierung die Ausprägungen der Items.	Befunde der allgemeinen medizinischen Untersuchung	<i>Kodierregel:</i> Für eine Kodierung unter dieser Kategorie muss das Item Befunddaten zu <u>Therapiebeginn</u> erheben. Eine wiederholte Anwendung der Befunderhebung im Verlauf bzw. am Therapieende fällt unter Kategorie 7 „Erfassung des Therapieergebnisses (Evaluation)“. Ein Hinweis für die psychopathologische Befunderhebung eines Items, ist dessen Positionierung in Relation zu einer späteren Ausführung. Kodiert werden Items, die die Angabe von Parametern aus Systemanamnese oder Vegetativum erlauben. Folgende Aspekte zeigen besondere Relevanz:	„Körpergewicht bei Aufnahme“, „Körpergröße“, „Menses“, „Menarche in Jahren“
<u>Abgrenzung:</u> Items, die die Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen dokumentieren, darüber hinaus aber keine Daten bereitstellen, werden unter der Kategorie 5 „Behandlungsverlauf“ kodiert.	Befunde der (Entwicklungs-) Neurologischen Untersuchung	Kodiert werden Items, die Untersuchungsergebnisse zu folgenden Aspekten dokumentieren: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hirnnerven</li> <li>▪ Reflexe</li> <li>▪ Motorik</li> <li>▪ Sensibilität</li> <li>▪ Bewegungskoordination</li> <li>▪ Sprache</li> </ul>	„Neurologische Gesamtbeurteilung“

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
	Befunde der neurophysiologischen Diagnostik und bildgebender Verfahren	<p>Kodiert werden Items, die Untersuchungsergebnisse apparativer Diagnostik dokumentieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EEG</li> <li>▪ EKP</li> <li>▪ MRT</li> <li>▪ CT</li> </ul>	Es konnten keine Ankerbeispielen im vorliegenden Material identifiziert werden.
	Psychodiagnostik	<p>Kodiert werden Items, die Ergebnisse durchgeführter psychodiagnostischer Verfahren erfassen. Unter psychodiagnostischen Verfahren werden in Anlehnung an Amelang und Schmidt-Atzert (2006) Instrumente zur Ermittlung inter-individueller Unterschiede im Erleben und Verhalten verstanden.</p> <p>Folgende Verfahren werden unterschieden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungs- und Fähigkeitsdiagnostik</li> <li>▪ Fragebogen zur Erfassung der Symptomatik und Persönlichkeitsvariablen</li> <li>▪ (Klinische) Ratingskalen zur Schweregradbeurteilung der Symptomatik und der Beeinträchtigung</li> <li>▪ Verhaltensbeobachtung</li> <li>▪ Diagnostische Interviews</li> <li>▪ Familiendiagnostik</li> <li>▪ Projektive Verfahren</li> </ul> <p><i>Kodierregel:</i></p> <p>Für eine Kodierung unter dieser Kategorie muss das Item Befunddaten zu <u>Therapiebeginn</u> erheben. Eine wiederholte Anwendung des Verfahrens im Verlauf bzw. am Therapieende fällt unter Kategorie 7 „Erfassung des Therapieergebnisses (Evaluation)“. Ein Hinweis für die psychodiagnostische Befunderhebung eines Items ist dessen Positionierung in Relation zu einer späteren Aufführung. Eine Kodierung unter Kategorie 4.1 UND Kategorie 7 ist möglich.</p>	SCL-90-R (Symptom-Check-List-90-R), „FW-7“ (Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden), „BSS“ (Beeinträchtigungs-Schwere-Score)
4.2 Multiaxiale Klassifikation psychischer Störung nach ICD-10 der WHO	Psychische Störungen (Klinisch-psychiatrisches Syndrom)	Kodiert werden Items, die die Angabe der psychiatrischen Diagnose nach Kapitel F der ICD-10 ermöglichen.	„F32.00“, „F3200“

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
	Umschriebene Entwicklungsstörungen	Kodiert werden Items, die die Angabe einer Diagnose aus dem Bereich der umschriebenen Entwicklungsstörungen (F8-Diagnosen, ICD-10) ermöglichen. Hier handelt es sich um die Achse II im Sinne des MAS (Remschmidt et al., 2012).	„F 80.0 Artikulationsstörung“
	Intelligenzniveau	Kodiert werden Items, die die Angabe des Intelligenzniveau ermöglichen (Achse III, MAS).	„sehr hohe Intelligenz IQ > 129“
	Körperliche Erkrankungen	Kodiert werden Items, die die Angabe somatischer Diagnosen nach ICD-10 ermöglichen. Für Kinder und Jugendliche ist diese Ausprägung auf Achse IV (MAS) verortet im Erwachsenenbereich in die Achse I integriert (Remschmidt et al., 2012).	„E66.00“, „E6600“
	Psychosoziale Belastungsfaktoren	Kodiert werden Items, die die Angabe oder ein Rating über psychosoziale Belastungen erlauben. Für Kinder und Jugendliche betrifft dies die Achse V (MAS). Für Erwachsene die Achse III.  <i>Kodierregel:</i> Abgrenzung: Klinisch etablierte Instrumente werden hier kodiert, auch wenn sie für eine Evaluation herangezogen werden können.	„Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen“ (GARF), „Abnorme intrafamiliäre Beziehungen“
	Beurteilung der sozialen Funktionseinschränkung	Kodiert werden Items, die die Angabe oder ein Rating über das psycho-soziale Funktionsniveau erlauben. Für Kinder und Jugendliche betrifft dies die Achse VI (MAS). Für Erwachsene die Achse II.  <i>Kodierregel:</i> Abgrenzung: Klinisch etablierte Instrumente werden hier kodiert, auch wenn sie für eine Evaluation herangezogen werden können.	„Global Assessment of Functioning“ (GAF)
<b>5. Behandlungsverlauf</b>	Durchgeführte diagnostische Maßnahmen	Erfasst werden Items, die die Angabe durchgeführter somatischer, psychologischer oder sonstiger diagnostischer Verfahren ermöglichen.  <i>Kodierregel:</i> In Abgrenzung zu „Befunddaten“ in Kategorie 4.1 „Diagnostische Befunde“, handelt es sich hierbei um Items, deren Ausprägungen der Logik „trifft zu/trifft nicht zu“ folgen. Damit steht die formale Angabe der Erbringung im Fokus. Beachte zur sicheren Klassifizierung die Ausprägungen der Items.	„Zusätzliche somatische Diagnostik“

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
	Durchgeführte therapeutische Maßnahmen	<p>Erfasst werden Items, die die Angabe durchgeführter Interventionen erlauben. Die Maßnahmen können grob unterschieden werden nach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychotherapeutischen Interventionen</li> <li>▪ Medikamentöser Behandlung</li> <li>▪ Sozialpsychiatrischen Behandlungsmaßnahmen</li> <li>▪ Funktionellen Therapien</li> <li>▪ Sonstige Therapien</li> </ul> <p>Kodiert werden auch Items, die Angaben zur erhaltenen Therapiedosis erfassen.</p>	„Psychotherapie während Aufenthalt“, „Anzahl der Sitzungen“
	Wichtige, die Behandlung beeinflussende Faktoren	Kodiert werden Items, die Informationen über patientenbezogene Faktoren erfassen, die die Behandlung beeinflussen. Durch das Item erhobene Informationen sollen Anhaltspunkte zur Beurteilung der Behandlungsergebnisse liefern.	„Fixierungen/Isolierungen“, „Motivation“, „Compliance“, „Einschätzung der Kooperationsbereitschaft ...“
<b>6. Behandlungsende</b>	Art der Beendigung	Kodiert werden Items, die Informationen über die formale Beendigung der Behandlung erfassen.	„Art der Beendigung“
	Weiterbehandlung	Erfasst werden Items, die Informationen über empfohlene, indizierte oder bereits eingeleitete Weiterbehandlungsmaßnahmen erheben.	„Empfohlene Maßnahmen“
<b>7. Erfassung des Therapieergebnisses (Evaluation)</b>	Indirekte Veränderungsmessung (Prä-Post-Messung)	<p>Erfasst werden Items, die psychometrische Fragebogen und Ratingskalen zugeordnet sind oder unter jenen diese subsumiert sind. Die Verfahren erlauben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfassung klinisch relevanter Symptomatik</li> <li>▪ Beurteilung der Symptomstärke</li> <li>▪ Beurteilung des Funktionsniveaus</li> <li>▪ Erhebung der Lebensqualität</li> </ul> <p>Merkmal der betreffenden Items ist, dass eine Erfassung der genannten Bereiche bzw. Konstrukte <u>prinzipiell zu mehreren Zeitpunkten möglich ist</u>.</p> <p><i>Kodierregel:</i></p> <p>Beachte zur sicheren Klassifizierung die Ausprägungen der Items.</p>	„SCL-90-R“ (Symptom-Check-List-90-R)
	Direkte Veränderungsmessung (Postmessung)	Erfasst werden Items, die psychometrische Fragebogen und Ratingskalen zugeordnet sind oder unter jenen diese subsumiert sind.	„VEV-K“ (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens)

Kategorie	Ausprägung(en)	Definition	Relevante Aspekte/Ankerbeispiele
		<p>Die Verfahren erlauben eine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfassung klinisch relevanter Symptomatik</li> <li>▪ Beurteilung der Symptomstärke</li> <li>▪ Beurteilung des Funktionsniveaus</li> <li>▪ Erhebung der Lebensqualität</li> </ul> <p>Merkmal der betreffenden Items ist, dass eine Erfassung der genannten Bereiche bzw. Konstrukte <u>nur am Ende der Behandlung</u>, also zu einem Zeitpunkt möglich ist.</p> <p><i>Kodierregel:</i> Beachte zur sicheren Klassifizierung die Ausprägungen der Items</p>	
	Therapiezielerreichungs- skalierungen	<p>Die Items ermöglichen die Angabe von Therapiezielen zu Beginn der Therapie. Die Angabe erfolgt qualitativ. Am Ende der Therapie erfolgt ein Rating über den Grad der Erreichung der Ziele.</p> <p><i>Kodierregel:</i> Hier sollen auch Items kodiert werden, wenn diese nur den Grad der Zielerreichung erfassen.</p>	„GAS“ (Global Attainment Scaling)

Tabelle A.8

*Kategoriensystem der alters- und fachbereichsübergreifenden Übereinstimmungsklassifizierung zusammengefasster inhaltstragender Aspekte*

<b>Ausprägung</b>	<b>Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>	<b>Kodierregel</b>
Alters- und Fachübergreifende Übereinstimmung	Es handelt sich um fach- und altersübergreifende inhaltstragende Aspekte in den Zusammenfassungen auf Ebene der 2. Reduktion.	„Identifikation Patient (Patienten-ID)“, „Aufnahmedatum“, „Geschlecht“, „Anzahl Vorbehandlungen wg. psychischer Beschwerden“	Alle Zusammenfassungen der Items, denen folgende Kürzel zugordnet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KJP</li> <li>▪ DGPM</li> <li>▪ S</li> <li>▪ P</li> </ul> Die Kodierung im Transkript <sup>b</sup> erfolgt mit der Ziffer „5“.
Altersübergreifende und Fachspezifische Übereinstimmung	Die zusammengefassten Aspekte erheben altersübergreifend inhaltlich identische Informationen, beziehen sich aber lediglich auf einen Fachbereich (resp. eine Berufsgruppe).	„Zeitpunkt der ersten Konsultation“, „Psychopathologische Befunderhebung“	Alle Zusammenfassungen der Items, denen folgende Kürzel zugordnet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KJP (DGPM), S</li> <li>▪ KJP (DGPM), P</li> </ul> Die Kodierung im Transkript <sup>b</sup> erfolgt mit der Ziffer „4“.
Fachübergreifende Übereinstimmung für die Zielgruppe Kinder- und Jugendlicher <sup>a</sup>	Der inhaltstragende Aspekt der Zusammenfassung basiert im Wesentlichen auf Items aus BaDo's für Kinder und Jugendliche, unabhängig von der Fachspezifität des Aspekts. Es gibt keine inhaltliche Entsprechung in BaDo's für Erwachsene.	„Globaleinschätzung somatischer Befunde“, „Entwicklungsstörungen“	Alle Zusammenfassungen der Items, denen folgende Kürzel zugordnet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KJP</li> <li>▪ DGPM</li> <li>▪ KJP, DGPM</li> </ul> Die Kodierung im Transkript <sup>b</sup> erfolgt mit der Ziffer „3“.
Fachübergreifende Übereinstimmung für die Zielgruppe Erwachsener	Der inhaltstragende Aspekt der Zusammenfassung basiert im Wesentlichen auf Items aus BaDo's für Erwachsene und wird fachübergreifend (resp. Berufsgruppe) erhoben.	„Nummer des Subbehandlers“, „Einweisende Profession“, „Unmittelbare Vorbehandlungen“	Alle Zusammenfassungen der Items, denen folgende Kürzel zugordnet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S, P</li> </ul> Die Kodierung im Transkript <sup>b</sup> erfolgt mit der Ziffer „2“.

<b>Ausprägung</b>	<b>Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>	<b>Kodierregel</b>
Fachspezifische Übereinstimmung für die Zielgruppe Erwachsener	Der inhaltstragende Aspekt der Zusammenfassung basiert auf Items aus BaDo's für Erwachsene. Es handelt sich dabei um einen Aspekt der in lediglich einem Fachbereich (resp. Berufsgruppe) erhoben wird.	„Name“, „Empfohlene psychopharmakologische Weiterbehandlung (Art und Dauer)“	Alle Zusammenfassungen der Items, denen folgende Kürzel zugeordnet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S</li> <li>▪ P</li> </ul> Die Kodierung im Transkript <sup>b</sup> erfolgt mit der Ziffer „1“.

*Anmerkungen.* KJP: BaDo-KJ (BaDo Kinder- u. Jugendpsychiatrie; Englert et al., 2005), DGPM: DGPM 1 KJ (BaDo Kinder- und Jugendpsychosomatik; Timmermann & Loew, 2015), S: Synopse der Basisdokumentationen aus dem Psych-Bereich (Tritt et al., 2010), P: Psy-BaDo-PTM.(Heymann & Tritt, 2013).

<sup>a</sup>Das Analysematerial für die Zielgruppe Kinder und Jugendlicher war im Vergleich zur Zielgruppe Erwachsener deutlich reduzierter und zeigte überwiegend inhaltliche Schnittmengen. Eine zusätzliche Ausdifferenzierung kinder- und jugendspezifischer Übereinstimmungen in fachspezifische und fachübergreifende Aspekte erschien aus Gründen der Übersichtlichkeit und der Materialcharakteristika nicht sinnvoll.

<sup>b</sup>Transkript bzw. die Datenmaske der im Rahmen der qualitativen Auswertung herausgearbeiteten zusammengefassten Aspekte. Für ein Beispiel dieses Analyseschritts siehe Anhang B.

Tabelle A.9

*Kategoriensystem zur Einschätzung nach kinder- und jugendspezifischer Relevanz zusammengefasster inhaltstragender Aspekte*

<b>Ausprägung</b>	<b>Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>	<b>Kodierregel</b>
A 3: Kinder- und jugendspezifische Relevanz	<p>Der inhaltstragende Aspekt der Zusammenfassung enthält Informationen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soziodemographie oder</li> <li>▪ Familienanamnese oder</li> <li>▪ Biographische Anamnese</li> </ul> <p>und trägt in besonderer Weise den entwicklungsbedingten intrapsychischen und sozialen Kontexten von Kindern und Jugendlichen Rechnung.</p> <p>Quellen der Aspekte sind Erwachsenen UND Kinder/Jugendlichen BaDo's oder ausschließlich Kinder/Jugendlichen BaDo's.</p>	<p>„Kindergarten“, „Entwicklungsstörungen“, „Höchster Schulabschluss“, „Probleme im Hauptkontext sozialer Rollenerfüllung“, „Motivation des Patienten“</p>	<p>Notwendig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle Kriterien müssen erfüllt sein. Beachte die Ausprägungen der zusammengefassten Aspekte.</li> <li>▪ Alters-/Fachübergreifende Übereinstimmung (<b>Code 5</b>)</li> </ul> <p>Möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altersübergreifende/Fachspezifische Übereinstimmung (<b>Code 4</b>)</li> <li>▪ Sektorenübergreifend Kinder/Jugendliche (<b>Code 3</b>)</li> </ul> <p>Ausschließend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fach-/Sektorenübergreifend Erwachsene (<b>Code 2</b>)</li> <li>▪ Fachspezifische Übereinstimmung Erwachsene (<b>Code 1</b>)</li> </ul> <p>Die Kodierung im Transkript<sup>a</sup> erfolgt mit der Ziffer „3“.</p>
A 2: Potenzielle kinder- und jugendspezifische Relevanz	<p>Der inhaltstragende Aspekt der Zusammenfassung entstammt ausschließlich BaDo's für Erwachsene. Der Aspekt erscheint:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) unter der Bedingung der Adaption konzeptuell anschlussfähig an die Erhebung familienanamnestischer Informationen.</li> <li>b) relevant, da er ein Konzept erhebt, das für die Diagnostik und Behandlung von Kindern/Jugendlichen wichtige Informationen liefert.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Aspekt „Partnersituation“ besitzt kinder- und jugendspezifische Relevanz, wenn er als Elternitem verstanden und formuliert wird.</li> <li>▪ Der Aspekt „Erfüllung soz. Rollen bei Entlassung“ wird bisher ausschließlich in Erwachsenensystemen erhoben, besitzt aber auch für Kinder und Jugendliche Relevanz, da er über den Erfolg der Behandlung Auskunft gibt.</li> </ul>	<p>Notwendig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle Kriterien müssen erfüllt sein, beachte die Ausprägungen der zusammengefassten Aspekte.</li> <li>▪ Fach-/Sektorenübergreifend Erwachsene (<b>Code 2</b>)</li> <li>▪ Fachspezifische Übereinstimmung Erwachsene (<b>Code 1</b>)</li> </ul> <p>Ausschließend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alters-/Fachübergreifende Übereinstimmung (<b>Code 5</b>)</li> <li>▪ Altersübergreifende/Fachspezifische (<b>Code 4</b>)</li> <li>▪ Sektorenübergreifend Kinder/Jugendliche (<b>Code 3</b>)</li> </ul> <p>Die Kodierung im Transkript<sup>a</sup> erfolgt mit der Ziffer „2“.</p>

Ausprägung	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
A 1: Keine kinder- und jugendspezifische Information	Die Aspekte sind altersunabhängig für eine Basisdokumentation von Relevanz. Der Aspekt erhebt <u>keine</u> alters- oder entwicklungsbedingte Information.	„Patientennummer“, „Nummer des Behandlers“, „Psychische Diagnose“	Notwendig: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfüllt nicht die Kriterien von „A3“ oder „A2“</li> </ul> Möglich: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jede Übereinstimmungsgruppierung</li> </ul> Die Kodierung im Transkript <sup>a</sup> erfolgt mit der Ziffer „1“.

<sup>a</sup>Transkript bzw. die Datenmaske der im Rahmen der qualitativen Auswertung herausgearbeiteten zusammengefassten Aspekte. Für ein Beispiel dieses Analyseschritts siehe Anhang B.

Tabelle A.10

*Eingeschlossene Literaturquellen der Systematischen Literaturrecherche nach Kinder- und Jugendlichen-BaDo's*

Quelle	Fachbereich	BaDo oder damit assoziiertes Dokumentationssystem	Instrumente zur Outcome-Messung	
			Direkt (nur Postmessung)	Indirekt (Prä-Post-Messung/Verlaufsmessungen)
Barkmann, Marutt, Forouher und Schulte-Markwort (2003)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Frankfurter Basisdokumentationsschema (Englert & Poustka, 1995)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB; Mattejat &amp; Remschmidt, 1993, 1998)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Child Behavior Checklist (CBCL; Döpfner, Melchers, Fegert, J., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U. &amp; Schmeck, 1994)</li> <li>▪ Youth Self Report (YSR; Döpfner et al., 1994)</li> <li>▪ Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology-Deutschland (CASCAP-D; Döpfner et al., 1997)</li> <li>▪ Global Attainment-Scaling (GAS)</li> <li>▪ Familienbögen von Cierpka und Frevert (1995)</li> <li>▪ Fragebogen zur Lebensqualität bei Kindern (KINDL; Bullinger, Mackensen &amp; Kirchberger, 1995)</li> </ul>
Döpfner et al. (1993)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Psychopathologische Befunddokumentation (CASCAP-D)	k.A.	k.A. (potenziell als Instrument für Prä-Post-Messung einsetzbar, Anm. d. Verf.)
Englert, Jungmann, Lam, Wienand und Poustka (1998b)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Basisdokumentation Kinder- u. Jugendpsychiatrie – Bericht über Anwendungsstudie	Globale Einschätzung der Verbesserung der Symptomatik und der Gesamtsituation durch behandelnde Fachkraft	Globale Einschätzung des Funktionsniveaus zu Behandlungsbeginn und -ende durch behandelnde Fachkraft
Englert et al. (1998a)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Basisdokumentation Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Globale Einschätzung der Verbesserung der Symptomatik und der Gesamtsituation	Globale Einschätzung des Funktionsniveaus zu Behandlungsbeginn und -ende durch behandelnde Fachkraft

Quelle	Fachbereich	BaDo oder damit assoziiertes Dokumentationssystem	Instrumente zur Outcome-Messung	
			Direkt (nur Postmessung) tion durch behandelnde Fachkraft	Indirekt (Prä-Post-Messung/Verlaufsmessungen)
Noterdaeme et al. (2003)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Basisdokumentation Kinder- u. Jugendpsychiatrie (Englert et al., 1998a)	Globale Einschätzung der Verbesserung der Symptomatik und der Gesamtsituation durch behandelnde Fachkraft	Globale Einschätzung des Funktionsniveaus zu Behandlungsbeginn und -ende durch behandelnde Fachkraft
Noterdaeme, Schlamp, Linder und Kischel (2004)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Basisdokumentation Kinder- u. Jugendpsychiatrie (Englert et al., 1998a)	Globale Einschätzung der Verbesserung der Symptomatik und der Gesamtsituation durch behandelnde Fachkraft	Globale Einschätzung des Funktionsniveaus zu Behandlungsbeginn und -ende durch behandelnde Fachkraft
Mattejat und Remschmidt (2006a)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Basisdokumentation Kinder- u. Jugendpsychiatrie (Englert et al., 1998a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB; Mattejat &amp; Remschmidt, 1993, 1998)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Liste individueller Symptomfragen zur Therapie-Evaluation</i> (LISTE; Mattejat &amp; Remschmidt, 2001)</li> <li>▪ <i>Marburger Symptom-Skalen</i> (MSS; Mattejat &amp; Remschmidt, 2001)</li> <li>▪ <i>Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen</i> (ILK; Mattejat &amp; Remschmidt, 2003, 2006b)</li> <li>▪ <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL; Döpfner et al. 1994)</li> <li>▪ <i>Youth Self Report</i> (YSR; Döpfner et al. 1994)</li> </ul>
Winter et al. (2005)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ	k.A.	<p>Ergebnisdokumentation A (Angelehnt an Psy-BaDo; Heuft et al., 1998):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Festlegen der individuellen Therapieziele</li> <li>▪ Erreichen der individuellen Therapieziele</li> </ul> <p>Ergebnisdokumentation B (Angelehnt an Psy-BaDo; Heuft et al., 1998):</p>

Quelle	Fachbereich	BaDo oder damit assoziiertes Dokumentationssystem	Instrumente zur Outcome-Messung	
			Direkt (nur Postmessung)	Indirekt (Prä-Post-Messung/Verlaufsmessungen)
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wichtigkeit der Veränderungswünsche in vorgegebenen Lebensbereichen</li> <li>▪ Therapiemotivation</li> <li>▪ Medikation</li> <li>▪ Einschätzung der Veränderungen in den vorgegebenen Lebensbereichen</li> <li>▪ Therapieerfolg</li> <li>▪ Medikation</li> <li>▪ Schul-/Ausbildungsfähigkeit</li> </ul>
Wolff Metternich et al. (1999)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems (CASCAP-D) in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie	k.A.	k.A. (potenziell als Instrument für Prä-Post-Messung einsetzbar, Anm. d. Verf.)
Nitschke-Janssen und Branik (2006)	Kinder-/Jugendpsychiatrie (Kanton St. Gallen, Schweiz)	Basisdokumentation Kinder- u. Jugendpsychiatrie (Englert et al., 1998a)	Globale Einschätzung der Verbesserung der Symptomatik und der Gesamtsituation durch behandelnde Fachkraft	Globale Einschätzung des Funktionsniveaus zu Behandlungsbeginn und -ende durch behandelnde Fachkraft
Remschmidt, Wolf-Ostermann und Mattejat (2004)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Basisdokumentation Kinder- u. Jugendpsychiatrie (Englert et al., 1998a)	Globale Einschätzung der Verbesserung der Symptomatik und der Gesamtsituation durch behandelnde Fachkraft	Globale Einschätzung des Funktionsniveaus zu Behandlungsbeginn und -ende durch behandelnde Fachkraft
Schepker, Grabbe und Jahn (2003)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Frankfurter Basisdokumentationsschema (Englert & Poustka, 1995)	k.A.	k.A.

Quelle	Fachbereich	BaDo oder damit assoziiertes Dokumentationssystem	Instrumente zur Outcome-Messung	
			Direkt (nur Postmessung)	Indirekt (Prä-Post-Messung/Verlaufsmessungen)
Dormann (2015)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Altersgerechte Adaptation des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation an das Säuglings- und Kleinkindalter (0-5 Jahre)	k.A.	k.A.
Köster (2011)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ (Winter et al., 2005)	k.A.	Ergebnisdokumentation A (Angelehnt an Psy-BaDo; Heuft et al., 1998): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Festlegen der individuellen Therapieziele</li> <li>▪ Erreichen der individuellen Therapieziele</li> </ul>
Wittowski (2006)	Kinder-/Jugendpsychiatrie	Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ (Winter et al., 2005)	k.A.	Ergebnisdokumentation A (Angelehnt an Psy-BaDo; Heuft et al., 1998): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Festlegen der individuellen Therapieziele</li> <li>▪ Erreichen der individuellen Therapieziele</li> </ul>
Timmermann und Loew (2015) <sup>a</sup>	Kinder- Jugend- u. Familienpsychosomatik	DGPM 1 KJ	k.A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Gesundheitsfragebogen für Patienten</i> (PHD-D; Löwe, Spitzer, Zipfel &amp; Herzog, 2002)</li> <li>▪ <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ; Goodman, 1997)</li> <li>▪ <i>Adult Attachment Scale</i> (ASS; Schmidt, Strauss, Höger &amp; Brähler, 2004)</li> <li>▪ <i>Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen</i> (BFPE; Höger, Stöbel-Richter &amp; Brähler, 2008)</li> </ul>

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> Da aus dem Artikel kein einrichtungübergreifender Ansatz des Dokumentationssystems hervorgeht, traf die Quelle die Einschlusskriterien nicht gänzlich. Weil es sich aber um das einzige QS-Instrument handelte, das für die psychosomatische Versorgung von Kindern- u. Jugendlichen gefunden werden konnte, wurde es als relevante Literatur-Treffer berücksichtigt.

Tabelle A.11

*Intercoder Übereinstimmung der Zuweisung transkribierter Items aus der BaDo-KJ und der BaDo-Synopse zu den Oberkategorien strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (N = 278)*

(Ober-) Kategorien	Übereinstimmung			Zufallskorrigierte Übereinstimmungsraten	
	Absolute Häufigkeiten		%	Cohens $\kappa$	95 % KI für Cohens $\kappa$
	-/-	+/-			
1. Identifikation/Behandlungsbezogene Daten	253 0	2 23	99	.95	[.89, 1.00]
2. Formale Behandlungsmodalitäten	254 6	1 17	98	.82	[.68, .95]
3. Soziodemographie/Anamnestische Daten	164 18	5 91	92	.82	[.75, .89]
4. Diagnostik/Therapieplanung/Indikation	231 3	2 42	98	.93	[.88, .99]
5. Behandlungsverlauf	218 3	22 35	91	.69	[.57, .80]
6. Behandlungsende	261 2	2 13	99	.86	[.72, 1.00]
7. Outcome	252 3	1 22	99	.91	[.82, 1.00]

*Anmerkungen.* Fully-Crossed Design mit zwei unabhängigen Ratern.

Cohens  $\kappa$  wurde wie folgt interpretiert (McHugh, 2012): schwache Übereinstimmung:  $\kappa = .40-.59$ , ausreichende Übereinstimmung:  $\kappa = .60-.79$ , starke Übereinstimmung:  $\kappa = .80-.90$ , sehr starke Übereinstimmung:  $\kappa > .90$ .

Die Berechnung von Cohens  $\kappa$  erfolgte unter R (Version 4.0.2; R Core Team, 2020) mit dem psych-Package (Version 1.9.12; Revelle, 2018).

Tabelle A.12

Entsprechung der Klassifikation nach **alters- u. fachübergreifender Übereinstimmung** zusammengefasster Inhalte auf Item-Ebene und Ebene der Ausprägungen ( $N = 808$ )

Konfiguration					
Kategorien strukturierender Inhaltsanalyse	<sup>a</sup> Bedingung	$f_{ij}$	$e_{ij}$	$p_{\text{exakter Binomialtest}}$	<sup>b</sup> Typ
Identifikation	Gleich	11	7.38	.13	.
	Ungleich	0	3.62	.03	.
Behandlungsmodalitäten	Gleich	94	85.19	.17	.
	Ungleich	33	41.81	.09	.
Soziodemographische Daten	Gleich	61	69.76	.15	.
	Ungleich	43	34.24	.08	.
Familienanamnese	Gleich	51	34.21	.03	.
	Ungleich	0	16.79	< .002	-
Biographische Anamnese	Gleich	19	12.75	.06	.
	Ungleich	0	6.25	.002	-
Krankheitsanamnese	Gleich	65	44.27	.002	+
	Ungleich	1	21.73	< .002	-
Vorbehandlungen	Gleich	19	13.42	.09	.
	Ungleich	1	6.58	.01	.
Psychosoziales Funktionsniveau	Gleich	3	22.81	< .002	-
	Ungleich	31	11.19	< .002	+
Diagnostische Befunde	Gleich	24	28.17	.25	.
	Ungleich	18	13.83	.16	.
Multiaxiale Klassifikation	Gleich	25	19.45	.13	.
	Ungleich	4	9.55	.04	.
Behandlungsverlauf	Gleich	80	110.01	< .002	-
	Ungleich	84	53.99	< .002	+
Behandlungsende	Gleich	68	67.08	.47	.
	Ungleich	32	32.92	.48	.
Erfassung Therapieergebnis	Gleich	22	27.50	.17	.
	Ungleich	19	13.50	.09	.

*Anmerkungen.* Da sich in einer Zellbesetzung  $e_{ij} < 5$  zeigte, wurde ein exakter Binomialtest mit einem nach Bonferroni adjustierten  $\alpha = .002$  für  $\alpha = .05$  gerechnet.

<sup>a</sup> Gleich = Alters- und fachübergreifende Übereinstimmungsklassifikation der inhaltlichen Zusammenfassung auf Item-Ebene entspricht der alters- und fachübergreifenden Übereinstimmungsklassifikation der Zusammenfassung auf Ebene der Ausprägungen; Ungleich = Alters- und fachübergreifende Übereinstimmungsklassifikation der Zusammenfassung auf Item-Ebene entspricht nicht der alters- und fachübergreifenden Übereinstimmungsklassifikation der Zusammenfassung auf Ebene der Ausprägungen.

<sup>b</sup> Konfigurationstyp (+): statistisch signifikante Überfrequentierung der entsprechenden Bedingung; Antityp (-): statistisch signifikante Unterfrequentierung der entsprechenden Bedingung.

Tabelle A.13

Entsprechung der Einschätzung nach **kinder- und jugendspezifischer Relevanz** zusammengefasster Aspekte auf Item-Ebene und Ebene der Ausprägungen ( $N = 808$ )

Konfiguration					
Kategorien strukturierender Inhaltsanalyse	<sup>a</sup> Bedingung	$f_{ij}$	$e_{ij}$	$p_{\text{exakter Binomialtest}}$	<sup>b</sup> Typ
Identifikation	Gleich	11	9.56	.36	.
	Ungleich	0	1.44	.24	.
Behandlungsmodalitäten	Gleich	116	110.34	.30	.
	Ungleich	11	16.66	.10	.
Soziodemographische Daten	Gleich	59	90.36	< .002	-
	Ungleich	45	13.64	< .002	+
Familienanamnese	Gleich	51	44.31	.21	.
	Ungleich	0	6.69	.001	-
Biographische Anamnese	Gleich	19	16.51	.30	.
	Ungleich	0	2.49	.08	.
Krankheitsanamnese	Gleich	66	57.34	.13	.
	Ungleich	0	8.66	< .002	-
Vorbehandlungen	Gleich	20	17.38	.29	.
	Ungleich	0	2.62	.07	.
Psychosoziales Funktionsniveau	Gleich	34	29.54	.22	.
	Ungleich	0	4.46	.01	.
Diagnostische Befunde	Gleich	34	36.49	.38	.
	Ungleich	8	5.51	.19	.
Multiaxiale Klassifikation	Gleich	29	25.20	.25	.
	Ungleich	0	3.80	.02	.
Behandlungsverlauf	Gleich	137	142.49	.33	.
	Ungleich	27	21.51	.14	.
Behandlungsende	Gleich	97	86.88	.19	.
	Ungleich	3	13.12	< .002	-
Erfassung Therapieergebnis	Gleich	29	35.62	.15	.
	Ungleich	12	5.38	.01	.

*Anmerkungen.* Da einige Zellenbesetzungen  $e_{ij} < 5$  zeigten, wurde ein exakter Binomialtest mit einem nach Bonferroni adjustierten  $\alpha = .002$  für  $\alpha = .05$  gerechnet.

<sup>a</sup> Gleich = Kinder- u. Jugendspezifische Relevanzeinschätzung der inhaltlichen Zusammenfassung auf Item-Ebene entspricht der Relevanzeinschätzung der Zusammenfassung auf Ebene der Ausprägungen; Ungleich = Kinder- u. Jugendspezifische Relevanzeinschätzung der inhaltlichen Zusammenfassung auf Item-Ebene entspricht nicht der Relevanzeinschätzung der Zusammenfassung auf Ebene der Ausprägungen.

<sup>b</sup> Konfigurationstyp (+): statistisch signifikante Überfrequentierung der entsprechenden Bedingung; Antityp (-): statistisch signifikante Unterfrequentierung der entsprechenden Bedingung

## Anhang B. Alters- und Fachbereichsübergreifende Zusammenfassung der Item-Aspekte

Tabelle B.1

Alters- und Fachbereichsübergreifende inhaltliche Zusammenfassung der Item-Aspekte

Ausprägung der Kategorie	Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammenfassung aus BaDo-KJ stammend)	Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)	Reduktion 2. Ebene
<b>1. Identifikation und basale behandlungsrelevante Daten</b>			
Identifikation und basale behandlungsrelevante Daten		(A) Name (S) (B) Adresse (S) ▪ PLZ ▪ Wohnort ▪ Straße (C) Schweigepflicht (S) (D) Einverständniserklärung (S)	(A) Name (S) (B) Adresse (S) ▪ PLZ ▪ Wohnort ▪ Straße (C) Schweigepflicht (S) (D) Einverständniserklärung (S)
Daten zur Identifikation des Datensatzes	Fall- Nr. (A) Identifikation dokumentierende Einrichtung (B) Code-Behandler (B) Behandler-Name (D) Anzahl Dokumentationen (E)	Identifikation Patient (Patienten-ID) (S,P) (A) Identifikation dokumentierende Einrichtung (S) (B) Code-Behandler (P) (B) Nummer des Subbehandlers (S, P) (C)	(A) Identifikation Patient (Patienten-ID) (KJP, S, P) (B) Identifikation dokumentierende Einrichtung, Code-Behandler (KJP, S, P) (C) Nummer des Subbehandlers (S, P) (D) Behandler-Name (KJP) (E) Anzahl Dokumentationen (KJP)
<b>2. Überweisungs-/Aufnahme- und formale Behandlungsmodalitäten</b>			
Einweisende Profession oder Einrichtung		Einweisende Profession (S, P) (A)	(A) Einweisende Profession (S, P)
Überweisende Profession bzw. Einrichtung	Behandlungsempfehlung (DGPM) (A)	Behandlungsempfehlung (S, P) (A)	(A) Behandlungsempfehlung (DGPM, S, P)

<b>Ausprägung der Kategorie</b>	<b>Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammenfassung aus BaDo-KJ stammend)</b>	<b>Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)</b>	<b>Reduktion 2. Ebene</b>
Aufnahmebedingungen	Aufnahmedatum (A)	Aufnahmedatum (S, P) (A)	(A) Aufnahmedatum (KJP, S, P)
	Suizidalität unmittelbar vor /bei Aufnahme (B) (KJP, DGPM)	Suizidalität unmittelbar vor/bei Aufnahme (S, P) (B)	(B) Suizidalität unmittelbar vor/bei Aufnahme (KJP, DGPM, S, P)
	Vorstellungs-/Aufnahmemodus (C)		(C) Vorstellungs-/Aufnahmemodus (KJP)
Kostenträger	Kostenträger (DGPM) (A)	Kostenträger (S, P) (A)	(A) Kostenträger (DGPM, S, P)
		Versicherungsnummer (S) (B)	(B) Versicherungsnummer (S)
Versorgungsbereich	Versorgungsbereich (A)	Versorgungsbereich (S, P) (A)	(A) Versorgungsbereich (KJP, S, P)
	Leistungsabrechnung (B)	Leistungsabrechnung (S, P) (B)	(B) Leistungsabrechnung (KJP, S, P)
Rechtsgrundlage der Behandlung und Rechtsstatus des Patienten während der Behandlung	Rechtsgrundlage Aufnahme (A)	Rechtsgrundlage Aufnahme (S) (DGPPN) (A)	(A) Rechtsgrundlage Aufnahme (KJP, S) (DGPPN)
		Rechtsgrundlage Behandlung (S) (DGPPN) (B)	(B) Rechtsgrundlage Behandlung (S) (DGPPN)
		Betreuungssituation während Behandlung (S) (C)	(C) Betreuungssituation während Behandlung (S)(DGPPN)*
			* Relevantes Item für Psychiatrie
<b>3. Soziodemographie und anamnestische Daten</b>			
<b>3.1 Soziodemographische Angaben und aktuelle Lebenssituation</b>			
Soziodemographische Daten	Geschlecht (A)	Geschlecht (S, P) (A)	(A) Geschlecht (KJP, S, P)
	Staatsangehörigkeit (B)	Staatsangehörigkeit (S, P) (B)	(B) Staatsangehörigkeit (KJP, S, P)
	Höchster Schulabschluss (E)	Geburtsdatum/Alter (S, P) (C)	(C) Geburtsdatum/Alter (S, P)
	Erwerbssituation (F) (KJP; DGPM)	Familienstand (S, P) (D)	(D) Familienstand (S, P)
	Berufliche Tätigkeit (G)	Höchster Schulabschluss (S, P) (E)	(E) Höchster Schulabschluss (KJP, S, P)
	Einkommensquelle (H) (DGPM)	Erwerbssituation (S, P) (F)	(F) Erwerbssituation (KJP, DGPM, S, P)
	Kindergarten-/Schulbesuch (J) (KJP, DGPM)	Berufliche Tätigkeit (S,P) (G)	(G) Berufliche Tätigkeit (KJP, S, P)
		Einkommensquelle (S,P) (H)	(H) Einkommensquelle (DGPM, S, P)
		Höchster Berufsabschluss (S, P) (I)	(I) Höchster Berufsabschluss (S, P)
		Herkunft (S) (K)	(J) Kindergarten-/Schulbesuch (KJP, DGPM)
			(K) Herkunft (S)

<b>Ausprägung der Kategorie</b>	<b>Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammen- fassung aus BaDo-KJ stammend)</b>	<b>Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)</b>	<b>Reduktion 2. Ebene</b>
Informationen über die aktuelle Lebenssituation des Patienten	Wohnsituation (KJP, DGPM) (B) Kinderanzahl in Haushalt (D)	Partnersituation (S, P) (A) Wohnsituation (S, P) (B) Anzahl eigener/adoptierte Kinder (S) (C) Kinderanzahl in Haushalt (D)	(A) Partnersituation (S, P) (B) Wohnsituation (KJP, DGPM, S, P) (C) Anzahl eigener/adoptierte Kinder (S) (D) Kinderanzahl in Haushalt (KJP, DGPM, S,P)
<b>3.2 Familienanamnese</b>			
Soziale Situation der El- ternfamilie	Schulabschluss der Eltern (A) Geburtsdatum Eltern (KJP, DGPM) (B) Erwerbssituation der Eltern (C) Schichtzugehörigkeit der Eltern (F) Partnersituation der Eltern (KJP; DGPM) (D) Tod der Eltern (KJP, DGPM) (E)		(A) Schulabschluss der Eltern (KJP) (B) Geburtsdatum Eltern (KJP, DGPM) (C) Erwerbssituation der Eltern (KJP) (D) Partnersituation der Eltern (KJP; DGPM) (E) Tod der Eltern (KJP, DGPM) (F) Schichtzugehörigkeit der Eltern (KJP)
Position des Patienten in der Herkunftsfamilie	Geschwistersituation (A) Stellung des Patienten in Familie (B)		(A) Geschwistersituation (KJP) (B) Stellung des Patienten in Familie (KJP)
Psychische Situation re- levanter Bezugsperso- nen	Familiäre Krankheitsanamnese (A)		(A) Familiäre Krankheitsanamnese (KJP)
<b>3.3 Biographische Anamnese</b>			
Schwangerschaft und Geburt	Schwangerschaft und Geburt (A)		Schwangerschaft und Geburt (KJP)
Frühe Kindheit und Vorschulalter	Entwicklungsstörungen (A)		Entwicklungsstörungen (KJP)
Schulische Entwicklung	Schulische Entwicklung (A)		Schulische Entwicklung (KJP)

Ausprägung der Kategorie	Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammenfassung aus BaDo-KJ stammend)	Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)	Reduktion 2. Ebene
<b>3.4 Krankheitsanamnese</b>			
Somatische Anamnese		<p>(A) Behandlungsrelevante organisch-neurologische Erkrankungen (S) (DGPPN)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anfallsleiden</li> <li>▪ Medikamentenunverträglichkeit</li> <li>▪ Allergien</li> <li>▪ Diabetes mellitus</li> <li>▪ (chronische) Infektionskrankheiten</li> </ul>	<p>(A) Behandlungsrelevante organisch-neurologische Erkrankungen (S) (DGPPN)*</p> <p>*Aus der Synopse ging der tatsächliche Erfassungsmodus der Aspekte nicht hervor. Die Unterasspekte (z.B. Anfallsleiden) wurden einmal als Ausprägungen aufgeführt, gleichzeitig wurden sie als Einzelitem mit anderen Ausprägungen (und damit anderer Erfassungslogik) genannt. Aufgrund der Unklarheit wurden alle Ausprägungen unter dem hier genannten Hauptaspekt zusammengeführt, auch wenn dadurch ein Teil der Ausprägungen ihren Bezugspunkt verlor.</p>
Anamnese aktueller psychiatrischer-psycho-somatischer Symptome		Manifestationsdauer aktueller psychischer Störung (S, P) (A)	(A) Manifestationsdauer aktueller psychischer Störung (S, P)
Anamnese psychiatrischer-psychosomatischer Symptome (Lebensspanne)	Suizidanzahl Lebensspanne (DGPM) (A)	<p>Suizidanzahl Lebensspanne (S, P) (A)</p> <p>Gesamtdauer Psychischer Beschwerden (S, P) (B)</p> <p>Alter bei Erstmanifestation (S) (C)</p>	<p>(B) Psychische Allgemeinbefindlichkeit (S)</p> <p>(A) Suizidanzahl Lebensspanne (DGPM, S, P)</p> <p>(B) Gesamtdauer Psychischer Beschwerden (S, P)</p> <p>(C) Alter bei Erstmanifestation (S)</p>
<b>3.5 Vorbehandlungen</b>			
Gesundheitsleistung		Medikamentöse Vorbehandlung (S, P) (A)	Medikamentöse Vorbehandlung (S, P)
Kontextleistung	<p>Zeitpunkt erster Konsultation (KJP) (A)</p> <p>Anzahl Vorbehandlungen wg. psychischer Beschwerden (DGPM, KJP) (B)</p> <p>Frühere oder zwischenzeitliche Konsultationen wegen psychischer Auffälligkeiten (B)</p>	<p>Datum erster Konsultation (S) (A)</p> <p>Anzahl Vorbehandlungen wg. psychischer Beschwerden (S, P) (B)</p> <p>Anzahl Vorbehandlungen wg. anderer Beschwerden, die engen Bezug zu psychiatrisch-psycho-somatischer Behandlung aufweisen (S) (D, E, F, H)</p>	<p>(A) erste Konsultation (KJP, S)</p> <p>(B) Anzahl Vorbehandlungen wg. psychischer Beschwerden (DGPM, KJP, S, P)</p> <p>(C) Dauer Vorbehandlungen (wg. psychischer Beschwerden) (DGPM, S, P)</p> <p>(D) Anzahl sonstiger stationärer Vorbehandlungen (DGPM, S)</p>

Ausprägung der Kategorie	Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammenfassung aus BaDo-KJ stammend)	Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)	Reduktion 2. Ebene
	Dauer Vorbehandlungen (wg. psychischer Beschwerden) (DGPM) (C)	Dauer Vorbehandlungen (wg. psychischer Beschwerden) (S, P) (C)	(E) Anzahl und Menge aufgesuchter Arztgruppen (DGPM, S)
	Anzahl sonstiger stationärer Vorbehandlungen (DGPM) (D)	Anzahl von Operationen/Apparative Untersuchungen (S) (H)	(F) Anzahl med. Krisenkonsultationen einschließlich Krankenfahrten (DGPM)
	Anzahl und Menge aufgesuchter Arztgruppen (DGPM) (E)	Anzahl von Rehabilitationsmaßnahmen (S) (I)	(G) Dauer sonstiger stationärer Vorbehandlungen (DGPM)
	Anzahl med. Krisenkonsultationen einschließlich Krankenfahrten (DGPM) (F)		(H) Anzahl apparativer Untersuchungen (DGPM, S)
	Dauer sonstiger stationärer Vorbehandlungen (DGPM) (G)		(I) Anzahl von Rehabilitationsmaßnahmen (DGPM, S)
	Anzahl operativer Eingriffe/apparativer Untersuchungen (DGPM) (H)		
	Anzahl von Rehabilitationsmaßnahmen (DGPM) (I)		
	Anzahl teilstationäre Behandlungen (DGPM) (B)		
	Dauer teilstationäre Behandlungen (DGPM) (B)		
<b>3.6 Anamnestische Angaben zum psycho-sozialen Funktionsniveau</b>			
Erfüllung sozialer Rollen	Probleme in Hauptkontext soz. Rollenerfüllung (B) Indikator für Funktionseinschränkung aufgrund psychischer Erkrankung (A)	Arbeitsunfähigkeit (Wochen/Tage) (S, P) (A) ▪ Direkt vor Behandlungsaufnahme ▪ Letzten 12 Monate Probleme in Hauptkontext soz. Rollenerfüllung (S) (B) Erfüllung soz. Rollen bei Entlassung (S, P) (C) v. Korff-Graduierung (schmerzbedingte Beeinträchtigung (S) (D)	(A) Indikator für Funktionseinschränkung aufgrund psychischer Erkrankung (S, P, DGPM) (B) Probleme in Hauptkontext soz. Rollenerfüllung (S, KJP) (C) Erfüllung soz. Rollen bei Entlassung (S, P)* (D) v. Korff-Graduierung (schmerzbedingte Beeinträchtigung (S)

Ausprägung der Kategorie	Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammenfassung aus BaDo-KJ stammend)	Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)	Reduktion 2. Ebene
			*Aspekt fällt unter „Einschätzung des sozialen Funktionsniveaus“ in Kategorie Outcome
<b>4. Diagnostik, Therapieplanung, Indikation</b>			
<b>4.1 Diagnostische Befunde</b>			
Psychopathologische Befunderhebung	Psychopathologische Befunderhebung (A)	Psychopathologische Befunderhebung (S) (A)	Psychopathologische Befunderhebung (KJP, S, (DGPPN))
Befunde der allgemeinen medizinischen Untersuchung	Globaleinschätzung somatischer Befunde (A) (Störungsrelevante) Untersuchungsparameter (B) Eintritt Pubertät (C)	(Störungsrelevante) Untersuchungsparameter (S) (B) Körperliche Beeinträchtigung (D)	(A) Globaleinschätzung somatischer Befunde (KJP) (B) (Störungsrelevante) Untersuchungsparameter (KJP, S) (C) Eintritt Pubertät (KJP) (D) Körperliche Beeinträchtigung (S (DGPPN))
Befunde der (Entwicklungs-) Neurologischen Untersuchung	Globaleinschätzung des Entwicklungsniveaus (A) Globaleinschätzung neurologischer Befunde (B)		(A) Globaleinschätzung des Entwicklungsniveaus (KJP) (B) Globaleinschätzung neurologischer Befunde (KJP)
Psychodiagnostik	(B) Mehrdimensionale Patientenfragebögen (DGPM 1 KJ) ▪ PHQ-D (Gesundheitsfragebogen für Patienten) ▪ SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) ▪ AAS (Adult Attachment Scale) ▪ BFPE (Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen)	(A) Beeinträchtigung und Schwere der Symptomatik (S) ▪ BSS unmittelbar vor Aufnahme, körperlich (DRV, IQP (Beurteilung für die letzten 7 Tage)) ▪ BSS (A) für letzte 12 Monate: Körperlich ▪ BSS unmittelbar vor Aufnahme: psychisch ▪ BSS (A) für letzte 12 Monate: Psychisch ▪ BSS unmittelbar vor Aufnahme: sozialkommunikativ	(A) Beeinträchtigung und Schwere der Symptomatik (S) <sup>b</sup> ▪ BSS unmittelbar vor Aufnahme, körperlich (DRV, IQP (Beurteilung für die letzten 7 Tage)) ▪ BSS (A) für letzte 12 Monate: Körperlich ▪ BSS unmittelbar vor Aufnahme: psychisch ▪ BSS (A) für letzte 12 Monate: Psychisch ▪ BSS unmittelbar vor Aufnahme: sozialkommunikativ ▪ BSS (A) für letzte 12 Monate: Sozialkommunikativ ▪ CGI Teil

Ausprägung der Kategorie	Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammenfassung aus BaDo-KJ stammend)	Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)	Reduktion 2. Ebene
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BSS (A) für letzte 12 Monate: Sozial-kommunikativ</li> <li>▪ CGI Teil</li> </ul>	<p><b>(B)</b> Mehrdimensionale Patientenfragebögen (S, P, DGPM 1 KJ) <sup>b</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SCL-90-R</li> <li>▪ ISR (S, P)</li> <li>▪ HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)</li> <li>▪ VR-12 (Modul L), Fragebogen zur Lebensqualität</li> <li>▪ FW7 (Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden)</li> <li>▪ PO-BaDo-Bogen</li> <li>▪ Mini-ICF (S, P)</li> <li>▪ PHQ-D (Gesundheitsfragebogen für Patienten)</li> <li>▪ SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)</li> <li>▪ AAS (Adult Attachment Scale)</li> <li>▪ BFPE (Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen)</li> </ul>
		<p><b>(B)</b> Mehrdimensionale Patientenfragebögen (S, P)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SCL-90-R</li> <li>▪ ISR (S, P)</li> <li>▪ HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)</li> <li>▪ VR-12 (Modul L), Fragebogen zur Lebensqualität</li> <li>▪ FW7 (Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden)</li> <li>▪ PO-BaDo-Bogen</li> <li>▪ Mini-ICF (S, P)</li> </ul>	
			<p><sup>b</sup> In dieser Kategorie war eine globale Zusammenfassung möglich. Die einzelnen Verfahren bilden die Ausprägungen der übergeordneten Zusammenfassung (Reduktion auf 2. Ebene)</p>
<b>4.2 Multiaxiale Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10 der WHO</b>			
Psychische Störungen (Klinisch-psychiatrisches Syndrom)	Diagnose der psychischen Störung (A)	Diagnose der psychischen Störung (S, P) (A) Diagnosesicherheit (S, P) (B) Behandlungsindikation (S, P) (C)	(A) Diagnose der psychischen Störung (KJP, S, P) (B) Diagnosesicherheit (S, P) (C) Behandlungsindikation (S, P)
Umschriebene Entwicklungsstörungen	Umschriebene Entwicklungsstörungen (A)		(A) Umschriebene Entwicklungsstörungen (KJP)

<b>Ausprägung der Kategorie</b>	<b>Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammenfassung aus BaDo-KJ stammend)</b>	<b>Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)</b>	<b>Reduktion 2. Ebene</b>
Intelligenzniveau	Intelligenzniveau (A)		(A) Intelligenzniveau (KJP)
Körperliche Erkrankungen	Diagnose somatischer Störungen (A)	Diagnose somatischer Störungen (S, P) (A) Diagnosesicherheit (S, P) (B) Somatische Diagnosen zur Entlassung (S) (C)	(A) Diagnose somatischer Störungen (KJP, S, P) (B) Diagnosesicherheit (S, P) (C) Somatische Diagnosen zur Entlassung (S)
Psychosoziale Belastungsfaktoren	Behandlereinschätzung psychosoziale Belastungen (A)	Behandlereinschätzung psychosoziale Belastungen (S, P) (A)	(A) Behandlereinschätzung psychosoziale Belastungen (KJP, S, P)
Beurteilung der sozialen Funktionsfähigkeit	Behandlereinschätzung soziales Funktionsniveau (A)	Behandlereinschätzung soziales Funktionsniveau (S, P) (A)	(A) Behandlereinschätzung soziales Funktionsniveau (KJP, S, P)
<b>5. Behandlungsverlauf</b>			
Durchgeführte diagnostische Maßnahmen	Durchgeführte diagnostische Maßnahmen (A) ▪ Somatisch-neurologisch ▪ Psychologisch	Durchgeführte diagnostische Maßnahmen (S) (DGPPN) (A) ▪ Somatisch-neurologisch ▪ Psychologisch	(A) Durchgeführte diagnostische Maßnahmen (S) (DGPPN) <sup>c</sup> ▪ Somatisch-neurologisch ▪ Psychologisch  <sup>c</sup> Die Unterteilung dieses Hauptaspekts wurde nach Zusammenfassung der Ausprägungen deutlich
Durchgeführte Therapeutische Maßnahmen	Art der therapeutischen Maßnahmen während Aufenthalt (A) Medikamentöse Behandlung während Aufenthalt (B) Beschulung (E)	Art der therapeutischen Maßnahmen während Aufenthalt (S) (DGPPN) (A) Medikamentöse Behandlung während Aufenthalt (S, P) (B) Therapiedosis und Behandlungsdauer (S, P) (C) Sonstige Therapien (bzw. Item nicht näher klassifizierbar) (S) (D)	(A) Art der therapeutischen Maßnahmen während Aufenthalt (KJP, S (DGPPN)) <sup>d</sup> ▪ Psychotherapeutische Behandlung ▪ Psychosoziale Interventionen (Sozialpsychiatrische Aspekte) ▪ sensomotorische Übungsbehandlungen (B) Medikamentöse Behandlung während Aufenthalt (KJP, S, P) <sup>d</sup> ▪ Antidepressiva (KJP, S, P) ▪ Neuroleptika (KJP, S, P) ▪ Anxiolytika/Tranqualizer/Hynotika (KJP, S, P)

Ausprägung der Kategorie	Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammen- fassung aus BaDo-KJ stammend)	Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)	Reduktion 2. Ebene
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stimmungsstabilisierer (KJP, S (DGPPN))</li> <li>▪ Schmerzmittel (DGPPN)</li> <li>▪ Antidementia (DGPPN)</li> <li>▪ Med. Behandlung Abhängigkeitserkrankungen (DGPPN)</li> <li>▪ Sonstige Medikation (KJP, S (DGPPN))</li> <li>▪ Stimulanzien (KJP)</li> </ul> <p><b>(C)</b> Therapiedosis und Behandlungsdauer <sup>d</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlungsdauer in Tagen (S, P)</li> <li>▪ Anzahl der Sitzungen (S, P)</li> <li>▪ Gesamtdauer aller Sitzungen (incl. Probatorik) in Minuten (S, P)</li> <li>▪ Dauer der Heilbehandlung (S)</li> <li>▪ Bewilligte Tage (S)</li> <li>▪ Verlängerungstage (S)</li> <li>▪ Anzahl der HBM (S)</li> <li>▪ Anzahl der Maßnahmen (S)</li> </ul> <p><b>(D)</b> Sonstige Therapien (bzw. Item nicht näher klassifizierbar) (S) <sup>d</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Art der therapeutischen Maßnahmen (Aufenthalt)Leistungen spezifisch für CL</li> <li>▪ Sonstige somatische Therapien (DGPPN)</li> </ul> <p><b>(E)</b> Beschulung (KJP)</p>
			<p><sup>d</sup> In der Zusammenfassung der Ausprägungen der Item-Zusammenfassungen ergab sich eine weitere Unterteilung des übergreifenden Aspekts. Hintergrund sind unterschiedliche Erfassungslogiken in den Herkunftssystemen.</p>

<b>Ausprägung der Kategorie</b>	<b>Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammenfassung aus BaDo-KJ stammend)</b>	<b>Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)</b>	<b>Reduktion 2. Ebene</b>
Wichtige, die Behandlung beeinflussende Faktoren	Motivation des Patienten (A) Motivation der Bezugspersonen (B) Kritische Ereignisse (C)	Motivation des Patienten (S, P) (A) Indikatoren Beeinflussung des Outcome (S, P) (B) Kritische Ereignisse (S) (C) Compliance des Patienten (S) (D) Barrieren (S, P) (E)	(A) Motivation des Patienten (KJP, S, P) (B) Indikatoren Beeinflussung des Outcome (KJP, S, P) (C) Kritische Ereignisse (KJP, S) (D) Compliance des Patienten (S) ▪ Probleme bei der Psychotherapie ▪ Art der Medikamenteneinnahme (E) Barrieren (S, P)
<b>6. Behandlungsende</b>			
Art der Beendigung	Datum Behandlungsende (A) Formale Art der Beendigung (A)	Datum Behandlungsende (S, P) (A) Formale Art der Beendigung (S, P) (B)	(A) Datum Behandlungsende (KJP, S, P) (B) Formale Art der Beendigung (KJP, S, P)
Weiterbehandlung <sup>°</sup>	Weiterbehandlungsempfehlung (medizinisch/psychiatrisch/psychotherapeutisch) (A) Psycho-Soziale Maßnahmen nach Beendigung (C)	Weiterbehandlungsempfehlung (S, P) (A) Medikamentöse Weiterbehandlung (Art und Dauer) (S) (B)	(A) Weiterbehandlungsempfehlung (KJP, S, P) ▪ medizinisch/psychiatrisch/psychotherapeutisch ▪ Weiterbehandlung: Ambulante psychiatrische Behandlungen (KJP, S, P) ▪ Weiterbehandlung: Stationäre psychiatrische Behandlungen (KJP, S, P) ▪ Weiterbehandlung: Ambulante Psychotherapie (KJP, S, P) ▪ Weiterbehandlung: Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung (KJP, S, P) ▪ Weiterbehandlung: Ambulante medizinische Behandlung (KJP, S, P) ▪ Weiterbehandlung: Stationäre medizinische Behandlung (KJP, S, P) ▪ Weiterbehandlung: Funktionelle Therapien/Heilbehandlungen (KJP, S, P)
<sup>°</sup> In dieser Kategorie zeigten sich die gewählten Zusammenfassungen auf Itemebene als zu global. Die Zusammenfassung der Item-Ausprägungen ergab eine weitere Ausdifferenzierung der globalen inhaltlichen Aspekte auf Item-Ebene. Aufgrund deren inhaltlicher Bedeutung wurden die zusammengefassten Aspekte der Ausprägungen			

Ausprägung der Kategorie	Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammen- fassung aus BaDo-KJ stammend)	Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)	Reduktion 2. Ebene
(z.B. „Weiterbehand- lung: Ambulante psy- chiatrische Behand- lung“) als „quasi-Items“ analysiert.			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterbehandlung: Teilstationäre psychi- atrische Behandlungen (S, P)</li> <li>▪ Weiterbehandlung: Psychosomatische Be- handlung (S, P)</li> <li>▪ Weiterbehandlung: Reha-Maßnahmen (S, P)</li> <li>▪ Weiterbehandlung: Suchtbehandlung (S, P)</li> <li>▪ Psycho-Soziale Maßnahmen nach Beendi- gung (C)</li> <li>▪ Weiterbehandlung: Unterbringung und Heime (KJP, S, P)</li> <li>▪ Weiterbehandlung: Sozialpsychiatrische Maßnahmen (KJP, S, P)</li> <li>▪ Weiterbehandlung: Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen (S,P)</li> <li>▪ Weiterbehandlung: Hilfen nach KJHG (KJP)</li> </ul> <p><b>(B)</b> Medikamentöse Weiterbehandlung (Art und Dauer) (S)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Med. Weiterbehandlung: Antidepressiva</li> <li>▪ Med. Weiterbehandlung: Stimmungsstabilisierer</li> <li>▪ Med. Weiterbehandlung: Neuroleptika</li> <li>▪ Med. Weiterbehandlung: Anxiolytika/Tran- qualizer/Hynotika</li> <li>▪ Med. Weiterbehandlung: Schmerzmittel</li> <li>▪ Med. Weiterbehandlung: Antidementia</li> <li>▪ Med. Weiterbehandlung: Med. Behandlung Abhängigkeitserkrankungen</li> <li>▪ Med. Weiterbehandlung: Sonstiges</li> </ul>

Ausprägung der Kategorie	Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammenfassung aus BaDo-KJ stammend)	Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)	Reduktion 2. Ebene
<b>7. Erfassung des Therapieergebnisses (Outcome)</b>			
Indirekte Veränderungs- Indikatoren für Veränderungen bei ge- messung (Prä-Post-Mes- sung)	Indikatoren für Veränderungen bei ge- wichtsrelevanten Störungen ( <b>F</b> )  Behandlereinschätzung soziales Funktions- niveau ( <b>B</b> )	<p>(A) Beeinträchtigung und Schwere der Symptomatik (S, DRV, IQP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Körperliche Beeinträchtigung bei Ent- lassung (DGPPN)</li> <li>▪ Beeinträchtigungsschwere (BSS) bei Entlassung, körperlich (DRV, IQP)</li> <li>▪ Beeinträchtigungsschwere (BSS) bei Entlassung, psychisch (DRV, IQP)</li> <li>▪ Beeinträchtigungsschwere (BSS) bei Entlassung, sozialkommunikativ (DRV, IQP)</li> <li>▪ CGI Teil (Teil 2) (DGPPN)</li> </ul> <p>(B) Behandlereinschätzung soziales Funkti- onsniveau (S, P)</p> <p>(C) Behandlereinschätzung psychosoziale Belastungen (S, P)</p> <p>(D) Mehrdimensionale Patientenfragebögen (S, P)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ISR</li> <li>▪ Mini ICF</li> <li>▪ SCL-90-R</li> <li>▪ FW7 (Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden)</li> </ul> <p>(E) Psychopathologischer Befund zu Be- handlungsende (S)</p> <p>(F) Körpergröße</p>	<p>(A) Beeinträchtigung und Schwere der Symptoma- tik (S) <sup>c</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Körperliche Beeinträchtigung bei Entlassung (DGPPN)</li> <li>▪ Beeinträchtigungsschwere (BSS) bei Entlas- sung, körperlich (DRV, IQP)</li> <li>▪ Beeinträchtigungsschwere (BSS) bei Entlas- sung, psychisch (DRV, IQP)</li> <li>▪ Beeinträchtigungsschwere (BSS) bei Entlas- sung, sozialkommunikativ (DRV, IQP)</li> <li>▪ CGI Teil (Teil 2) (DGPPN)</li> </ul> <p>(B) Behandlereinschätzung soziales Funktionsni- veau (S, P)</p> <p>(C) Behandlereinschätzung psychosoziale Belastun- gen (KJP, S, P)</p> <p>(D) Mehrdimensionale Patientenfragebögen (S, P, DGPM 1 KJ) <sup>b</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ISR</li> <li>▪ Mini ICF</li> <li>▪ SCL-90-R</li> <li>▪ FW7 (Fragebogen zum habituellen Wohlbe- finden)</li> <li>▪ PHQ-D (Gesundheitsfragebogen für Patien- ten)</li> <li>▪ SDQ (Strengths and Difficulties Question- naire)</li> <li>▪ AAS (Adult Attachment Scale)</li> </ul>

Ausprägung der Kategorie	Reduktion BaDo-KJ (KJP)/ DGPM 1 KJ (wenn kein Vermerk: Item-Zusammen- fassung aus BaDo-KJ stammend)	Reduktion Synopse (S)/Psy-BaDo PTM (P)	Reduktion 2. Ebene
Direkte Veränderungs- messung	Therapieeffekte aus Therapeutensicht (B)	Veränderungen aus Sicht des Patienten (S, P) (A) Therapieeffekte aus Therapeutensicht (S, P) (B) Patientenzufriedenheit (S, P) (C) Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Therapeut-/Patient) (S) (D)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BFPE (Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen)</li> <li>(E) Psychopathologischer Befund zu Behandlungsende (S)</li> <li>(F) Indikatoren für Veränderungen bei gewichtsrelevanten Störungen (KJP, S)</li> </ul> <p><sup>b</sup> In dieser Kategorie war eine globale Zusammenfassung möglich. Die einzelnen Verfahren bilden die Ausprägungen der übergeordneten Zusammenfassung (Reduktion auf 2. Ebene)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(A) Veränderungen aus Sicht des Patienten (S, P)</li> <li>(B) Therapieeffekte aus Therapeutensicht (KJP, S, P)</li> <li>(C) Patientenzufriedenheit (S, P)</li> <li>(D) Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Therapeut-/Patient) (S)</li> </ul>

## Anhang C. Evaluation der psychometrischen Eigenschaften des „Waldmünchner Modell zur Erfassung des Therapieoutcomes bei psychosomatischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen“

### Searchable database of SDQ publications

5311 publications from 104 countries: last publication search date 17 April 2019

---

Free text search:  in Title   in Title   in Title   in Title

**Limit search:**

Only show reviews of the SDQ (*if selecting this, leave the options below unticked*)

Select country where study was conducted

Select language in which SDQ was administered

Finnish  
 French  
 Gallego  
 German

(*hold 'Ctrl' key to select multiple languages. Multiple languages are joined with an 'or' statement*)

Note: Unless explicitly stated in the paper, SDQ language is assigned based on where the study was conducted

---

Select publication type, study population, study design or SDQ type ('advanced search')

Publication type: Study published between  and

Only show open access publications

---

Study population: Study administered at least some SDQs between age 1 and 18+

Population of children and adolescents:

- (1) General population sample (*e.g. birth cohorts, household surveys, school/preschool samples*)
- (2) Twins
- (3) Mental health problems (*e.g. children diagnosed with ADHD or attending a CAMHS clinic*)
- (4) Physical health problems (*e.g. children with cerebral palsy, asthma or obesity*)
- (5) Intellectual disabilities or learning difficulties (*e.g. children with Down's syndrome or dyslexia*)
- (6) In contact with social services (*e.g. looked after children or referred to a youth offending team*)
- (7) Other (*e.g. parental mental health problems, refugees, experienced a natural disaster*)

Note: population types (2) to (7) all over-sampled the group in question, but may include a general population control group. For example, a study examining the association between family structure and mental health using a CAMHS clinical sample plus a general population control would be population type (3) only, and not (3) plus (1). A study examining the same association using a general population birth cohort would be population type (1) only.

---

Study design: Sample size between  and

Only show evaluations of the psychometric properties of the SDQ (*e.g. factor structure, reliability/validity, screening properties. Does not include papers that simply report Cronbach alpha values*)

---

SDQ type:  Only show studies using the SDQ impact supplement

SDQ informant(s):

- Parent/guardian
- Teacher
- Self-report

---

Missing information:  Exclude publications if we do not know whether the study meets your 'advanced search' criteria (*e.g. the relevant information was not reported by the authors, or we did not have access to the publication: applies to about 3% of publications*)

Abbildung C.1. Einstellung der Suchfilter auf SDQ-spezifischer Suchmaske (abrufbar unter: <https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/f0.py>; zuletzt geprüft am 10.07.2021)

Tabelle C.1

Suchfilter MEDLINE via OvidSP (durchgeführt am 21.12.2020) für KINDL-R

#	Searches	Results
	Suche nach Konstrukt (HRQoL)	
1	exp "Quality of Life"/ or (hrqol or "health related quality of life" or "health-related quality of life" or life quality or "quality of life").mp.	363950
	Eingrenzung auf relevante Altersgruppe (Kinder und Jugendliche)	
2	exp Child/ or exp Adolescent/ or exp Adolescent Psychiatry/ or exp Adolescent Health Services/	3061580
3	(exp Child/ or exp Adolescent/) and (exp Psychosomatic Medicine/ or exp Psychophysiological Disorders/)	4584
4	2 or 3	3061580
	Suche nach Instrument (KINDL-R)	
5	(KINDL or Ki*-KINDL).ab,ti,tw.	263
	Kombination Konstrukt, Altersgruppe, Instrument	
6	1 and 4 and 5	219
	Suchfilter für psychometrische Eigenschaften (Terwee et al., 2009)	
7	(instrumentation or methods).fs.	4220682
8	(Validation Studies or Comparative Study).pt.	1878859
9	exp Psychometrics/	76938
10	psychometr*.ti,ab.	48633
11	(clinimetr* or clinometr*).tw.	1175
12	exp Outcome Assessment Health Care/	1162311
13	outcome assessment.ti,ab.	4062
14	outcome measure*.tw.	235095
15	exp Observer Variation/	42977
16	observer variation.ti,ab.	1097
17	exp Health Status Indicators/	312812
18	exp Reproducibility of Results/	409340
19	reproducib*.ti,ab.	165510
20	exp Discriminant Analysis/	10849
21	(reliab* or unreliab* or valid* or coefficient or homogeneity or homogeneous or internalconsistency).ti,ab.	1468718
22	(cronbach* and (alpha or alphas)).ti,ab.	24252
23	(item and (correlation* or selection* or reduction*)).ti,ab.	23569
24	(agreement or precision or imprecision or precise values or test-retest).ti,ab.	438958
25	(test and retest).ti,ab.	28576
26	(reliab* and (test or retest)).ti,ab.	93934
27	(stability or interrater or interrater or intrarater or intrarater or intertester or intertester or intratester or intratester or interobserver or interobserver or intraobserver or intraobserver or intertechnician or intertechnician or intratechnician or intratechnician or interexaminer or interexaminer or intraexaminer or intraexaminer or interassay or interassay or intraassay or in-	613338

#	Searches	Results
	traassay or interindividual or interindividual or intraindividual or intraindividual or interpartic- ipant or interparticant or intraparticant or intraparticant or kappa or "kappa's" or kap- pas or repeatab*).ti,ab.	
28	((replicab* or repeated) and (measure or measures or findings or result or results or test or tests)).ti,ab.	203840
29	(generaliza* or generalisa* or concordance).ti,ab.	94235
30	(intraclass and correlation*).ti,ab.	26753
31	(discriminative or known group or factor analysis or factor analyses or dimension* or sub- scale*).ti,ab.	688629
32	(multitrait and scaling and (analysis or analyses)).ti,ab.	141
33	(item discriminant or interscale correlation* or error or errors or individual variability).ti,ab.	323114
34	(variability and (analysis or values)).ti,ab.	103466
35	(uncertainty and (measurement or measuring)).ti,ab.	8280
36	(standard error of measurement or sensitiv* or responsive*).ti,ab.	1632644
37	((minimal or minimally or clinical or clinically) and (important or significant or detectable) and (change or difference)).ti,ab.	247220
38	(small* and (real or detectable) and (change or difference)).ti,ab.	7829
39	(meaningful change or ceiling effect or floor effect or Item response model or IRT or Rasch or Differential item functioning or DIF or computer adaptive testing or item bank or cross- cultural equivalence).ti,ab.	14114
40	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33	11002969
	Kombination Konstrukt, Altersgruppe, Instrument, Suchfilter für psychometrische Eigenschaften	
41	6 and 40	219

Tabelle C.2

Suchfilter für PsycINFO und PSYINDEX via EBSCO (durchgeführt am 22.12.2020) für KINDL-R

#	Query	Results
	Suche nach Konstrukt (HRQoL)	
S1	SU quality of life OR TI (health related quality of life or hrqol or quality of life or qol ) OR AB ( health related quality of life or hrqol or quality of life or qol )	
	Eingrenzung auf relevante Altersgruppe (Kinder und Jugendliche)	
S2	TI (children or adolescents or youth or child or teenager ) OR AB ( children or adolescents or youth or child or teenager ) OR SU ( child psychology or child development or child psychiatry or child psychotherapy ) OR SU ( adolescent psychology or adolescent psychiatry or adolescent psychotherapy)	880,940
	Suche nach Instrument (KINDL-R)	
S3	TX KINDL OR TX KINDL-R questionnaire OR TX Kiddy-KINDL OR TX Kid-KINDL OR TX Kiddo-KINDL	358
	Suchfilter für psychometrische Eigenschaften	
S4	TX cl(“Psychometrics & Statistics & Methodology” OR “Research Methods & Experimental Design”) OR (psychometr* OR clinimetr* OR clinometr* OR “outcome assessment” OR “outcome measure* ” OR “observer variation” OR reproducib* OR reliab* OR unreliab* OR valid* OR coefficient OR homogeneity OR homogeneous OR “internal consistency” OR agreement OR precision OR imprecision OR “precise values” OR test-retest OR reliab* OR stability OR interrater OR inter-rater OR intrarater OR intra-rater OR intertester OR intertester OR intratester OR intra-tester OR interobserver OR inter- observer OR intraobserver OR intra- observer OR intertechnician OR inter-technician OR intratechnician OR intra- technician OR interexaminer OR inter-examiner OR intraexaminer OR intra-examiner OR interassay OR inter-assay OR intraassay OR intra-assay OR interindividual OR inter-individual OR intraindividual OR intra-individual OR interparticipant OR inter-participant OR intraparticipant OR intra- participant OR kappa OR kappa’s OR kappas OR repeatab* OR generaliza* OR generalisa* OR concordance OR discriminative OR “known group” OR “factor analysis*” OR dimension* OR subscale* OR “item discriminant” OR “interscale correlation*” OR error* OR “ individual variability” OR “standard error of measurement” OR sensitiv* OR responsive* OR “meaningful change” OR “ceiling effect” OR “ floor effect” OR “Item response model” OR IRT OR Rasch OR “ Differential item functioning” OR DIF OR “computer adaptive testing ” OR “item bank” OR “cross-cultural equivalence”) OR ( “cronbach* alpha*” OR “replicab* measure*” OR “replicab* finding*” OR “ replicab* result*” OR “replicab* test*” OR “repeated measure*” OR “repeated finding*” OR “repeated result*” OR “repeated test*” OR “ item correlation*” OR “item selection*” OR “item reduction*” OR “Test retest” OR “intraclass correlation*” OR “multitrait scaling a nalys*” OR “uncertainty measur*” OR “variability analys*” OR “ variability value*” OR “minimal* important change” OR “minimal* important difference” OR “minimal* significant change” OR “minimal* significant difference” OR “minimal* detectable change” OR “minimal* detectable difference” OR “clinical* important change” OR “clinical* important difference” OR “clinical* significant change” OR “clinical* significant difference” OR “clinical* detectable change” OR “clinical* detectable difference” OR “small* real change” OR “small* real difference” OR “small* detectable change” OR “small* detectable difference”) OR (SU.EXACT.EXPLODE(“Measurement”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Error Analysis”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Test Construction”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Interrater Reliability”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Content Analysis”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Error of Measurement”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Factor Structure”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Testing	32,605

#	Query	Results
S5	Methods”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Statistical Reliability”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Consistency (Measurement)”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Computer Assisted Testing”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Factor Analysis”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Prediction”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Statistical Validity”) OR SU.EXACT.EXPLODE(“Prediction Errors”)) Kombination Konstrukt, Altersgruppe, Instrument, Suchfilter für psychometrische Eigenschaften S1 AND S2 AND S3 AND S4	20

*Anmerkungen.* Die beiden Datenbanken (PsycINFO und PSYINDEX) wurden in Kombination gleichzeitig durchsucht. D.h. für beide Datenbanken war „nur“ eine Suche notwendig.

Tabelle C.3

*Untersuchte Parameter der Studien in denen die faktorielle Struktur des SDQ untersucht wurde*

Studie	N	Alter (Jahre)	Methode		Untersuchte Modelle	Stich- probe	Parameter
			EFA (Methodik)	CFA (Methodik)			
Selbsteinschätzung							
Becker, Hagenberg et al., 2004	214	11-17	EFA (PCA, Varimax)	-	5-Faktoren	KS	5-Faktoren Modell: 51.4 % Varianzaufklärung, Reproduktion der Faktorenstruktur
Altendorfer-Kling et al., 2007	2 529	11-18	EFA (PCA, Varimax)	-	5-Faktoren	AB	5-Faktoren Modell: 41.8 % Varianzaufklärung, teilweise Reproduktion angenommener Faktorenstruktur
Becker et al., 2018	6 726	11-17	EFA <sup>a</sup> (k.A.)	-	5 Faktoren	RB	5-Faktoren Modell: 39.9 % Varianzaufklärung, Fit-Indizes wurden nicht berichtet
Lohbeck et al., 2015	1 501	11-16	EFA (PCA, Varimax)	CFA (ML)	5 Faktoren 3 Faktoren	AB	EFA: 5-Faktoren Modell: 44 % Varianzaufklärung; CFAs: 5-Faktoren Modell: CFI/TLI = .82/.79, RMSEA = .05; 3-Faktoren Modell: CFI/TLI = .73/.70, RMSEA = .06
Rogge, Speck et al., 2018 <sup>b</sup>	4 648	11-17	-	CFA (WLSMV)	5 Faktoren	AB	5-Faktoren Modell mit korrelierenden Fehlervarianzen: CFI/TLI = .92/.94, RMSEA = .038
Kulawiak et al., 2020	4 642	11-17	-	CFA (WLSMV)	5 Faktoren 3 Faktoren	AB	5-Faktoren Modell: CFI/TLI = .88/.89 RMSEA = .05; 3-Faktoren Modell: CFI/TLI = .85/.83, RMSEA = .06
Elterneinschätzung							
Becker, Worner et al., 2004 <sup>b</sup>	543	5-17	EFA (PCA, Varimax)	CFA (k.A.)	5 Faktoren	KS/AB	EFA: 5-Faktoren Modell: 53.9 % Varianzaufklärung, Reproduktion der Faktorenstruktur; CFA: 5-Faktoren-Struktur zeigte guten Modell-Fit (Keine Angabe empfohlener Fit-Indizes)
Rothenberger et al., 2008	2 406	7-16	EFA (PCA, Varimax)/	CFA (UWLS)	5 Faktoren	RB	EFA: 5-Faktoren Modell: 46.4 % Varianzaufklärung, Reproduktion der Faktorenstruktur; CFA: 5-Faktoren Modell: RMSEA = .10
Klein et al., 2012	1 738	3-5	EFA (PCA, Varimax)/	CFA (k.A.)	5 Faktoren 3 Faktoren	AB	EFA: Reproduktion der 5- und 3-faktoriellen Struktur; CFA: 3-Faktoren Modell: CFI= .77, RMSEA = .063; 5-Faktoren Modell: CFI = .86, RMSEA = .049

Studie	N	Alter (Jahre)	Methode		Untersuchte Modelle	Stich- probe	Parameter
			EFA (Methodik)	CFA (Methodik)			
Woerner et al., 2004	930	6-16	EFA (PCA, Varimax)	-		AB	EFA: 5-Faktoren Modell: 46 % Varianzaufklärung
Rogge, Koglin & Petermann, 2018	1 057	3-6	-	CFA (WLSMV)	5 Faktoren 3 Faktoren	AB	CFA: 5-Faktoren Modell mit korrelierenden Fehlervarianzen und Item-Kreuzladungen: CFI/TLI = .96/.97, RMSEA = .039; 3-Faktoren Modell (korrelierende Fehlervarianzen u. Kreuzladungen): CFI/TLI = .93/.95, RMSEA = .054
Rogge, Speck et al., 2018 <sup>b</sup>	4 648	11-17	-	CFA (WLSMV)	5 Faktoren	AB	CFA: 5-Faktoren Modell mit korrelierenden Fehlervarianzen: CFI/TLI = .93/.96, RMSEA = .046
Lehrereinschätzung							
Becker, Worner et al., 2004 <sup>b</sup>	543	5-17	EFA (PCA, Varimax)	CFA (k.A.)	5 Faktoren	KS	EFA: 5- Faktoren Modell: 57.9 % Varianzaufklärung, Reproduktion der Faktorenstruktur; CFA: 5-Faktoren-Struktur zeigte guten Modell-Fit (Keine Angabe empfohlener Fit-Indizes)
Koglin et al., 2007	654	3-5	EFA (PCA, Varimax)	-	5 Faktoren	AB	EFA: 5- Faktoren Modell: 59.14 % Varianzaufklärung, Reproduktion der Faktorenstruktur.
Saile, 2007	642	9-14	EFA (PCA, Varimax)	-	5 Faktoren	AB	EFA: 5- Faktoren Modell: 56.2 % Varianzaufklärung, Reproduktion der Faktorenstruktur.
Rogge, Koglin & Petermann, 2018 <sup>b</sup>	1 057	3-6	-	CFA (WLSMV)	5 Faktoren 3 Faktoren	AB	5-Faktoren Modell mit korrelierenden Fehlervarianzen und Item-Kreuzladungen: CFI/TLI = .95/.97, RMSEA = .074; 3-Faktoren Modell (korrelierende Fehlervarianzen u. Kreuzladungen): CFI/TLI = .93/.95, RMSEA = .093

*Anmerkungen.* KS: Klinische Stichprobe, AB: Allgemeinbevölkerung, RB: Repräsentative Bevölkerungsstichprobe; EFA: Explorative Faktorenanalyse, CFA: Konfirmatorische Faktorenanalyse, PCA: Hauptkomponentenanalyse, Varimax: Varimax-Rotationsmethode; ML: maximum likelihood Methode, UWLS: unweighted least squares Methode, WLSMV: weighted least square mean and variance adjusted Schätzverfahren, CFI: Comparative Fit Index, TLI: Tucker-Lewis Index, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation.

<sup>a</sup> Die Autoren geben die Prüfung der faktoriellen Struktur über eine „Konfirmatorische Faktorenanalyse“ an. Es wurden keine Fit-Indizes berichtet, die Methodik wurde nicht näher erläutert. Die Ergebnisdarstellung entspricht derjenigen für Explorative Faktorenanalysen. Die Faktorenanalysen wurden daher als EFAs gewertet. Eine Erklärung könnte sein, dass die Autoren eine „konfirmatorische“ Prüfung der Fünf-Faktoren-Struktur mittels EFA vorgenommen haben.

<sup>b</sup> Die Studien untersuchten zwei SDQ-Einschätzungsversionen und wurden als eine Studie gewertet.

## Anhang D. Zusatzmaterial zur psychometrischen Untersuchung des Kid-KINDL

Tabelle D.1

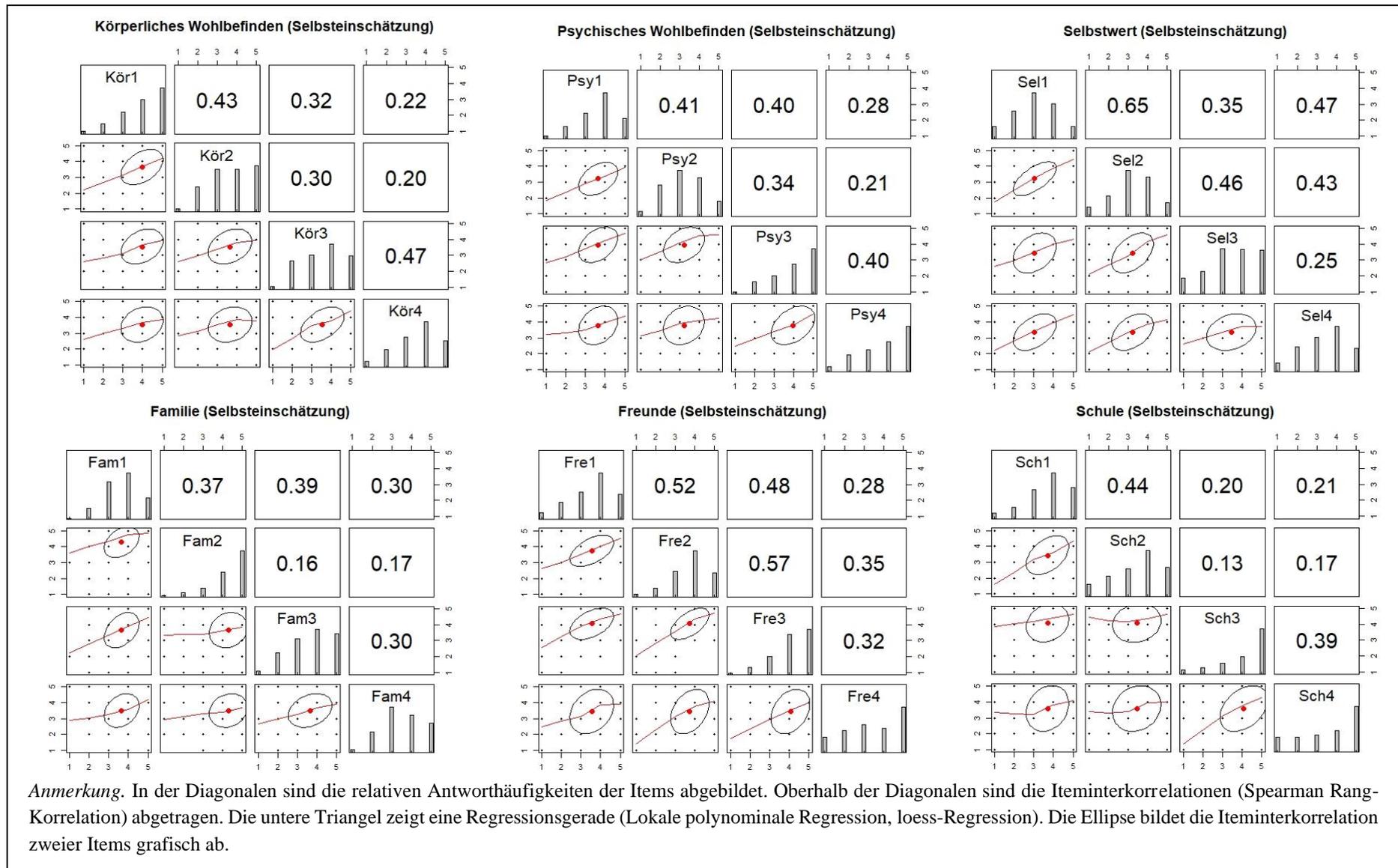
*Part-whole korrigierte Itemtrennschärfen für die a priori sechs Faktorenstruktur der Kid-KINDL Selbsteinschätzungsversion unter listenweisem Fallausschluss (N = 368)*

Item	Gesamtwert	Itemtrennschärfen					
		Körper	Psyche	Selbstwert	Familie	Freunde	Schule
1 krank gefühlt (Kör1)	.35	.45					
2 Kopf/Bauchschmerzen (Kör2)	.38	.41					
3 müde/schlapp (Kör3)	.41	.50					
4 Kraft/Ausdauer (Kör4)	.47	.40					
5 Freude/viel gelacht (Psy1)	.56		.48				
6 Keine Lust (Psy2)	.40		.41				
7 allein gefühlt (Psy3)	.62		.53				
8 ängstlich/unsicher (Psy4)	.47		.39				
9 stolz fühlen (Sel1)	.46			.62			
10 Wohlbefinden (Sel2)	.52			.67			
11 Selbst mögen (Sel3)	.41			.41			
12 gute Ideen gehabt (Sel4)	.39			.47			
13 Mit Eltern verstanden (Fam1)	.34				.55		
14 zu Hause wohlgefühlt (Fam2)	.30				.64		
15 Streit mit Eltern (Fam3)	.26				.61		
16 Bevormundung durch Eltern (Fam4)	.19				.39		
17 Mit Freunden gespielt (Fre1)	.43					.51	
18 Bei Anderen gut angekommen (Fre2)	.53					.30	
19 Mit Freunden verstanden (Fre3)	.47					.39	
20 Anders gefühlt (Fre4)	.44					.35	
21 Schule gut geschafft (Sch1)	.39						.40
22 Spaß am Unterricht (Sch2)	.43						.33
23 Sorge um Zukunft (Sch3)	.43						.40
24 Angst um Noten (Sch4)	.28						.36

Tabelle D.2

*Part-whole korrigierte Itemtrennschärfen für die a priori sechs Faktorenstruktur der Kid-KINDL Fremdeinschätzungsversion unter listenweisem Fallausschluss (N = 367)*

		<b>Itemtrennschärfen</b>						
	Item	Gesamtwert	Körper	Psyche	Selbstwert	Familie	Freunde	Schule
1	krank gefühlt (Kör1)	.46	.60					
2	Kopf/Bauchschmerzen (Kör2)	.38	.48					
3	müde/schlapp (Kör3)	.47	.52					
4	Kraft/Ausdauer (Kör4)	.44	.40					
5	Freude/viel gelacht (Psy1)	.64		.54				
6	Keine Lust (Psy2)	.61		.56				
7	allein gefühlt (Psy3)	.60		.56				
8	ängstlich/unsicher (Psy4)	.60		.59				
9	stolz fühlen (Sel1)	.57			.55			
10	Wohlbefinden (Sel2)	.68			.63			
11	Selbst mögen (Sel3)	.59			.59			
12	gute Ideen gehabt (Sel4)	.40			.39			
13	Mit Eltern verstanden (Fam1)	.40				.67		
14	zu Hause wohlgefühlt (Fam2)	.35				.45		
15	Streit mit Eltern (Fam3)	.35				.61		
16	Bevormundung durch Eltern (Fam4)	.36				.50		
17	Mit Freunden gespielt (Fre1)	.57					.62	
18	Bei Anderen gut angekommen (Fre2)	.56					.76	
19	Mit Freunden verstanden (Fre3)	.50					.68	
20	Anders gefühlt (Fre4)	.56					.48	
21	Schule gut geschafft (Sch1)	.45						.39
22	Spaß am Unterricht (Sch2)	.50						.43
23	Sorge um Zukunft (Sch3)	.41						.30
24	Angst um Noten (Sch4)	.26						.31

Abbildung D.1. Antworthäufigkeiten und Iteminterkorrelationen der Skalen des a priori postulierten sechs-faktoriellen Kid-KINDL Modells in der **Selbsteinschätzung**

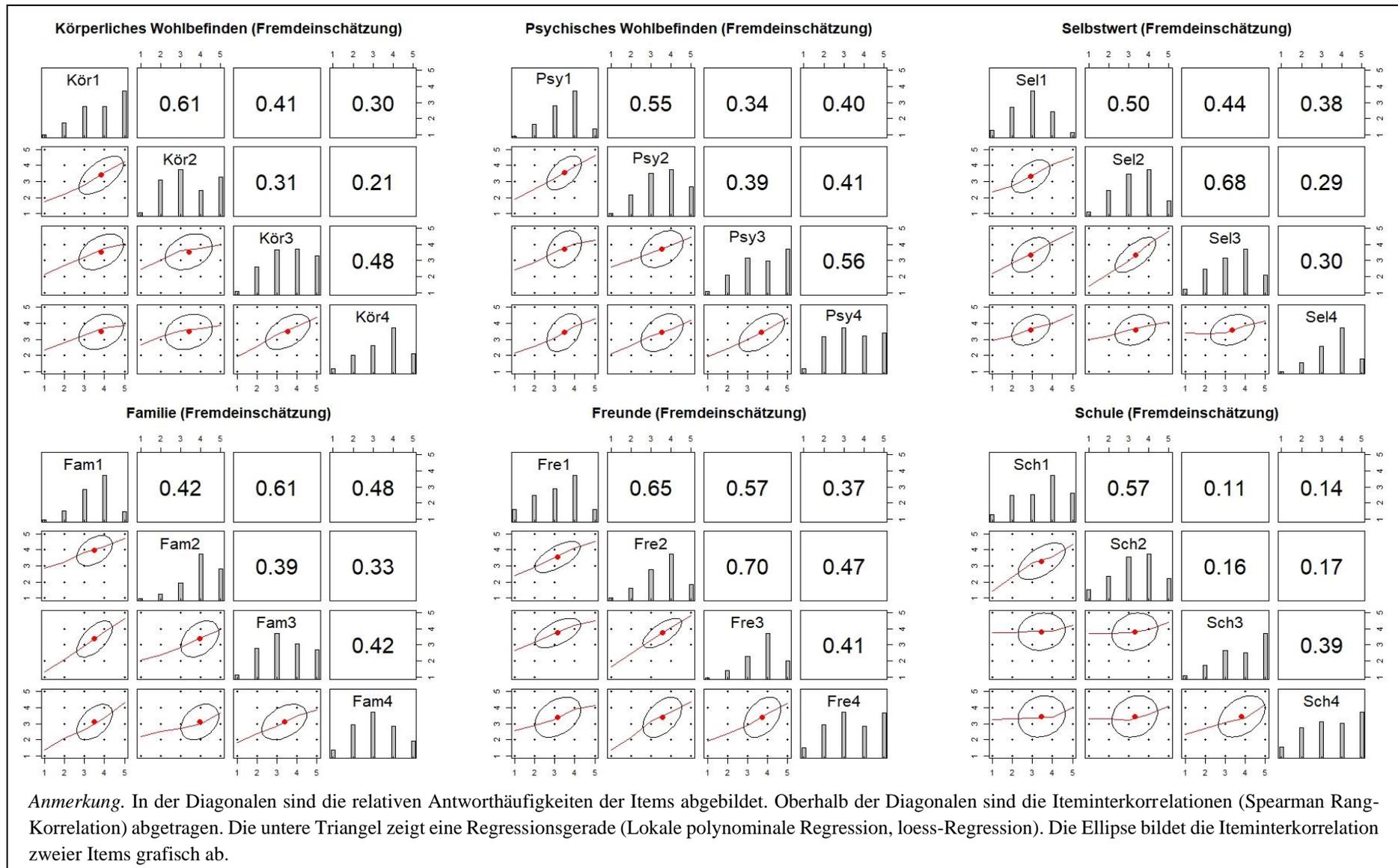


Abbildung D.2. Antworthäufigkeiten und Iteminterkorrelationen der Skalen des a priori postulierten sechs-faktoriellen Kid-KINDL Modells in der **Fremdeinschätzung**

Tabelle D.3

*Faktorielle Struktur der Kid-KINDL Selbsteinschätzung nach Durchführung einer Hauptachsenanalyse (N = 147, dargestellt wurden alle Faktorladungen  $\geq .30$  der Promax-rotierten 6-Faktoren-Lösung mit MinRes Schätzverfahren)*

Item	Faktorladungen						$h^2$
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6	
10 Wohlbefinden (Sel2)		.90					.73
9 stolz fühlen (Sel1)		.75					.60
12 gute Ideen gehabt (Sel4)		.61					.40
11 Selbst mögen (Sel3)		.60					.47
4 Kraft/Ausdauer (Kör4) <sup>b</sup>		.31					.32
19 Mit Freunden verstanden (Fre3)				.91			.66
18 Bei Anderen gut angekommen (Fre2)				.81			.54
17 Mit Freunden gespielt (Fre1)				.63			.51
20 Anders gefühlt (Fre4) <sup>a</sup>				.32			.27
2 Kopf/Bauchschmerzen (Kör2) <sup>a,b</sup>	.66					.31	.48
1 krank gefühlt (Kör1) <sup>a,b</sup>	.65						.35
8 ängstlich/unsicher (Psy4) <sup>a,b</sup>	.53						.45
3 müde/schlapp (Kör3) <sup>a,b</sup>	.52						.42
7 allein gefühlt (Psy3) <sup>a,b</sup>	.41						.56
5 Freude/viel gelacht (Psy1)							.46
13 Mit Eltern verstanden (Fam1)			.70				.50
14 zu Hause wohlgeföhlt (Fam2)			.54				.35
15 Streit mit Eltern (Fam3) <sup>a</sup>			.51				.28
16 Bevormundung durch Eltern (Fam4) <sup>a</sup>			.42			-.32	.38
24 Angst um Noten (Sch4) <sup>a,b</sup>					.77		.56
23 Sorge um Zukunft (Sch3) <sup>a,b</sup>					.68		.54
6 Keine Lust (Psy2) <sup>a,b</sup>						.51	.31
22 Spaß am Unterricht (Sch2)						.40	.35
21 Schule gut geschafft (Sch1)						.31	.30
Eigenwert	5.77	2.09	1.89	1.60	1.31	1.24	
Varianzaufklärung (unrotiert)	22%	7%	6%	4%	3%	3%	
Varianzaufklärung (rotiert)	9%	10%	6%	9%	5%	6%	
Faktorinterkorrelationen							
Faktor 1	-						
Faktor 2	.40	-					
Faktor 3	.28	.17	-				
Faktor 4	.46	.57	.24	-			
Faktor 5	.32	.22	.12	.41	-		
Faktor 6	.13	.40	.07	.43	.25	-	

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> Invers formuliertes Items, das vor der Analyse entsprechend umgepolt wurde. <sup>b</sup> Item zeigt aus psychopathologischer Sicht inhaltliche Assoziation mit psychischer Symptomatik.

Tabelle D.4

*Faktorielle Struktur der Kid-KINDL Fremdeinschätzung nach Durchführung einer Hauptachsenanalyse (N = 154, dargestellt wurden alle Faktorladungen  $\geq .30$  der Promax-rotierten 6-Faktoren-Lösung mit MinRes Schätzverfahren)*

Item	Faktorladungen						$h^2$
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6	
11 Selbst mögen (Sel3)	.70						.55
5 Freude/viel gelacht (Psy1)	.66						.61
12 gute Ideen gehabt (Sel4)	.64						.54
14 zu Hause wohlgeföhlt (Fam2)	.60						.50
10 Wohlbefinden (Sel2)	.54						.52
9 stolz fühlen (Sel1)	.48						.46
16 Bevormundung durch Eltern (Fam4) <sup>a</sup>	.44		.37				.54
4 Kraft/Ausdauer (Kör4) <sup>b</sup>	.42		-.35				.47
6 Keine Lust (Psy2) <sup>a,b</sup>	.37						.62
19 Mit Freunden verstanden (Fre3)		.84					.51
17 Mit Freunden gespielt (Fre1)		.83					.33
18 Bei Anderen gut angekommen (Fre2)		.75					.33
2 Kopf/Bauchschmerzen (Kör2) <sup>a,b</sup>				.97			.37
1 krank geföhlt (Kör1) <sup>a,b</sup>				.75			.48
3 müde/schlapp (Kör3) <sup>a,b</sup>				.36			.26
24 Angst um Noten (Sch4) <sup>a,b</sup>					.72		.33
8 ängstlich/unsicher (Psy4) <sup>a,b</sup>					.59		.68
20 Anders geföhlt (Fre4) <sup>a</sup>					.51		.65
23 Sorge um Zukunft (Sch3) <sup>a,b</sup>					.47		.66
7 allein geföhlt (Psy3) <sup>a,b</sup>					.39		.42
15 Streit mit Eltern (Fam3) <sup>a</sup>			.87				.73
13 Mit Eltern verstanden (Fam1) <sup>a</sup>			.74				.67
21 Schule gut geschafft (Sch1)						.75	.71
22 Spaß am Unterricht (Sch2)						.64	.33
Eigenwert	6.87	2.31	1.97	1.41	1.32	1.16	
Varianzaufklärung (unrotiert)	27%	8%	7%	4%	3%	3%	
Varianzaufklärung (rotiert)	13%	10%	7%	7%	8%	5%	
Faktorinterkorrelationen							
Faktor 1	-						
Faktor 2	.38	-					
Faktor 3	.23	-.05	-				
Faktor 4	.56	.20	.06	-			
Faktor 5	.60	.41	.11	.53	-		
Faktor 6	.44	.26	-.06	.39	.40	-	

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> Invers formuliertes Items, das vor der Analyse entsprechend umgepolt wurde. <sup>b</sup> Item zeigt aus psychopathologischer Sicht inhaltliche Assoziation mit psychosomatischen Symptomen.

Tabelle D.5

*Gemeinsame Faktorenstruktur der Kid-KINDL Selbst- und Fremdeinschätzung nach Durchführung einer Hauptachsenanalyse (N = 301, dargestellt wurden alle Faktorladungen  $\geq .30$  der Promax-rotierten 6-Faktoren-Lösung mit MinRes Schätzverfahren)*

Item	Faktorladungen						$h^2$
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6	
10 Wohlbefinden (Sel2)	.80						.75
12 gute Ideen gehabt (Sel4)	.80						.39
9 stolz fühlen (Sel1)	.74						.51
11 Selbst mögen (Sel3)	.57						.42
5 Freude/viel gelacht (Psy1)	.49						.45
6 Keine Lust (Psy2) <sup>a,b</sup>	.40						.30
4 Kraft/Ausdauer (Kör4) <sup>b</sup>	.36						.32
19 Mit Freunden verstanden (Fre3)			.90				.67
18 Bei Anderen gut angekommen (Fre2)			.78				.61
17 Mit Freunden gespielt (Fre1)			.75				.51
1 krank gefühlt (Kör1) <sup>a,b</sup>				.82			.45
2 Kopf/Bauchschmerzen (Kör2) <sup>a,b</sup>				.79			.50
3 müde/schlapp (Kör3) <sup>a,b</sup>				.51			.43
7 allein gefühlt (Psy3) <sup>a,b,c</sup>							.48
13 Mit Eltern verstanden (Fam1)		.76					.61
15 Streit mit Eltern (Fam3) <sup>a</sup>		.66					.42
14 zu Hause wohlgeföhlt (Fam2)		.53					.34
16 Bevormundung durch Eltern (Fam4) <sup>a</sup>		.45					.27
24 Angst um Noten (Sch4) <sup>a,b</sup>					.82		.47
23 Sorge um Zukunft (Sch3) <sup>a,b</sup>					.62		.38
20 Anders geföhlt (Fre4) <sup>a</sup>					.39		.29
8 ängstlich/unsicher (Psy4) <sup>a,b</sup>					.37		.42
22 Spaß am Unterricht (Sch2)						.64	.53
21 Schule gut geschafft (Sch1)						.58	.43
Varianzaufklärung (unrotiert)	24%	6%	5%	4%	3%	2%	
Varianzaufklärung (rotiert)	11%	7%	9%	8%	6%	4%	
Faktorinterkorrelationen							
Faktor 1	-						
Faktor 2	.28	-					
Faktor 3	.56	.22	-				
Faktor 4	.61	.30	.40	-			
Faktor 5	.49	.24	.48	.57	-		
Faktor 6	.48	.14	.39	.35	.28	-	

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> Invers formuliertes Items, das vor der Analyse entsprechend umgepolt wurde. <sup>b</sup> Item zeigt aus psychopathologischer Sicht heraus inhaltliche Assoziation mit psychischer Symptomatik. <sup>c</sup> Das Item „allein geföhlt“ (Psy3) lud auf keinem Faktor in ausreichender Höhe, wurde in den CFAs aber aufgrund seiner inhaltlichen Bedeutung der Skala *Ängste* (Faktor 5 der durchgeführten EFA) zugeordnet.

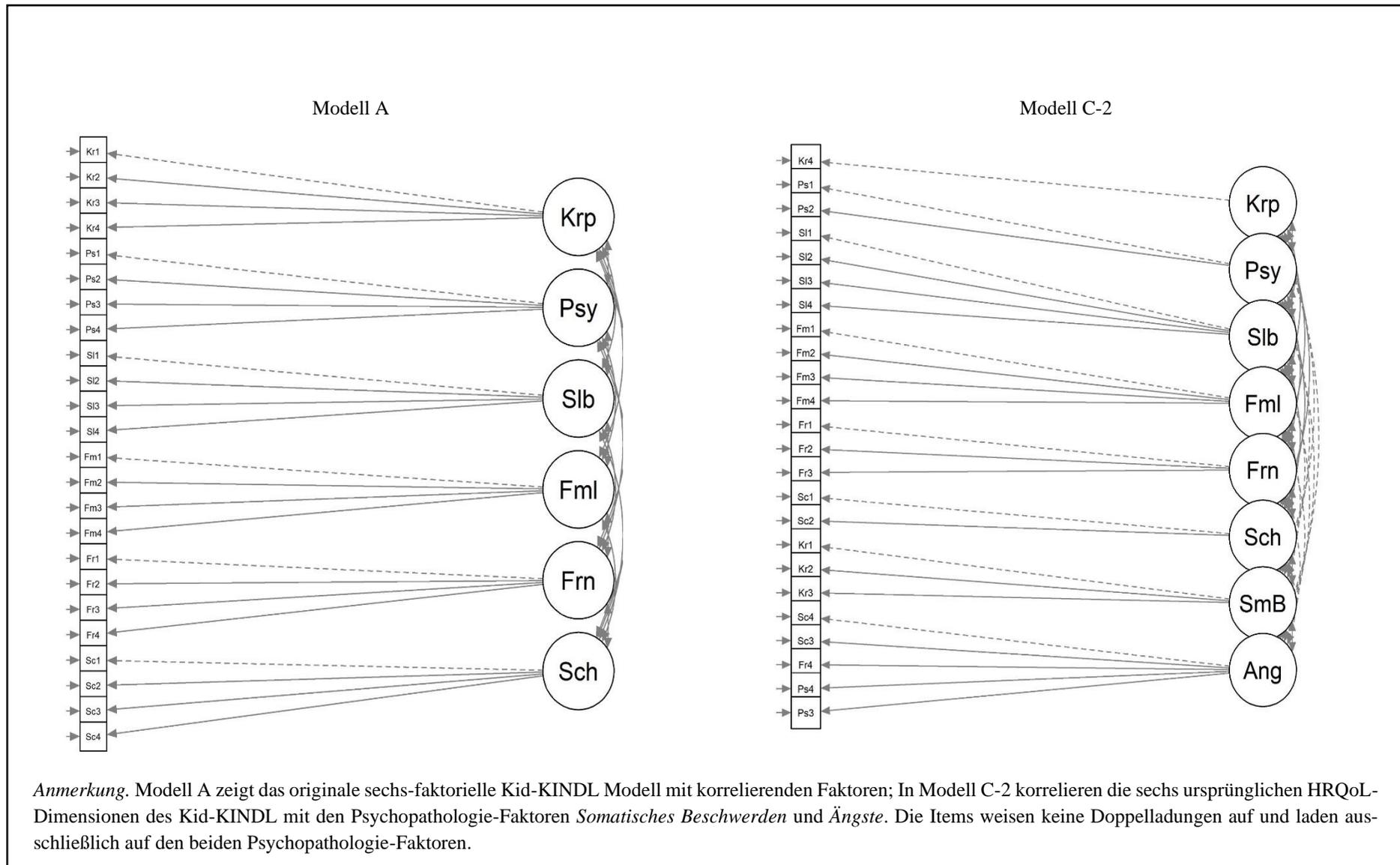


Abbildung D.3. Pfadanalytische Darstellung des originalen Kid-KINDL Modells und des Modells C-2

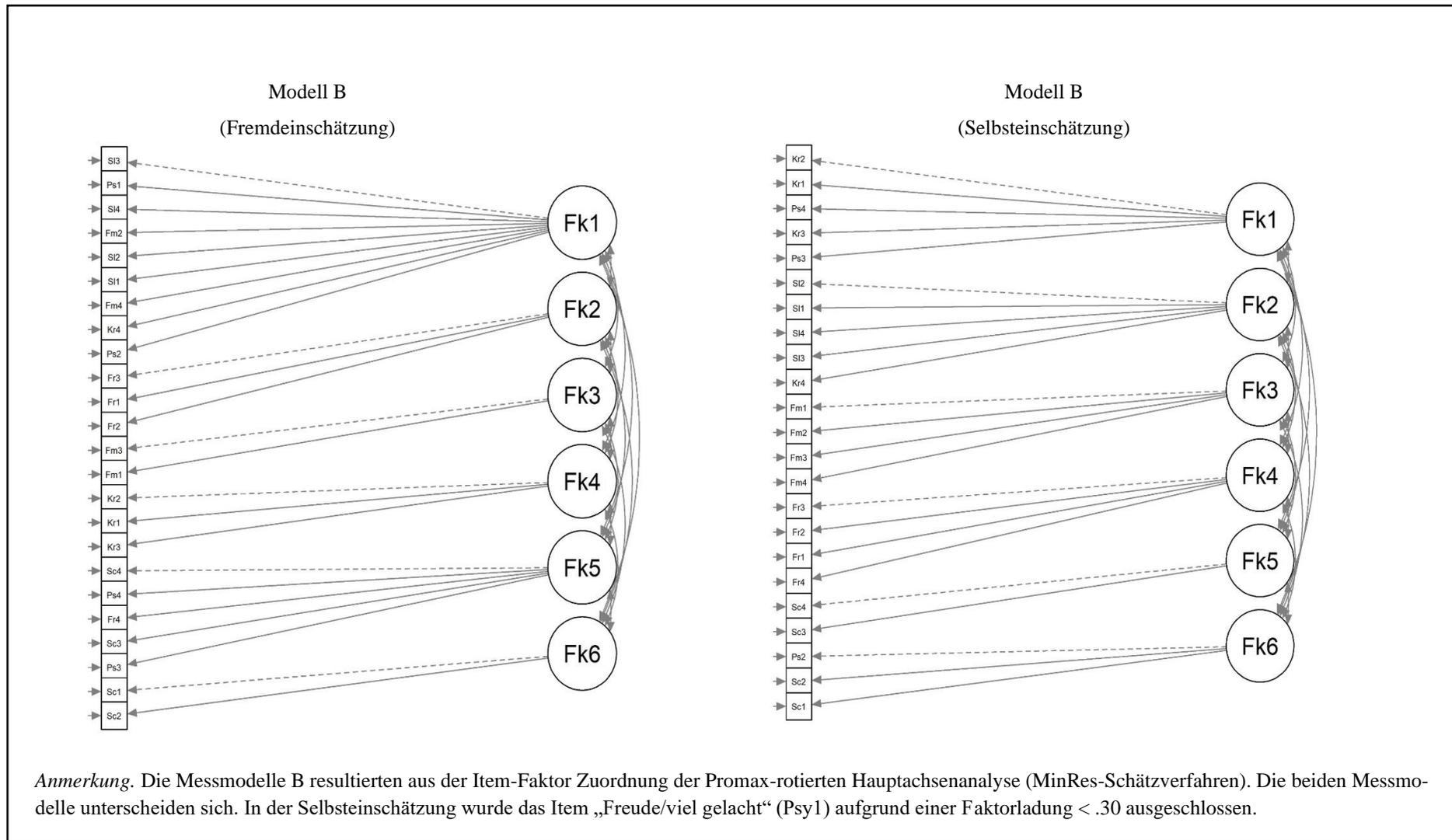


Abbildung D.4. Pfadanalytische Darstellung der aus den Explorativen Faktorenanalysen resultierenden Messmodelle B der Selbst- und Fremdeinschätzung

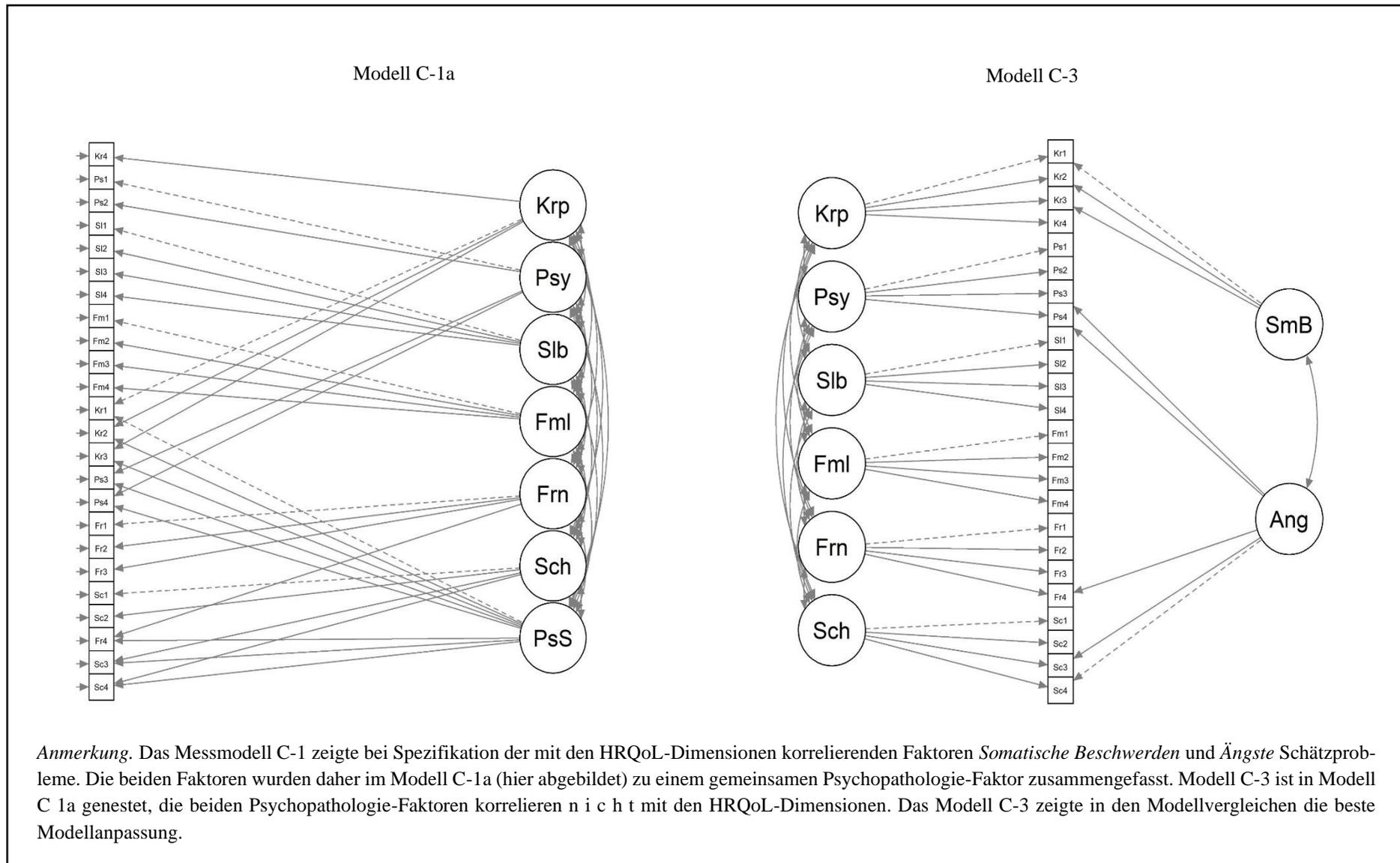


Abbildung D.5. Pfadanalytische Darstellung des Modells C-1a und des Messmodells C-3

Tabelle D.6

Standardisierte Faktorladungen und Fehlervarianzen durchgeführter CFA mit  $m = 30$  imputierten Datensets für das Sechs-Faktoren Kid-KINDL Modell der **Selbsteinschätzung** (MLR-Schätzverfahren;  $N = 249$ ,  $df = 237$ )

Item-Nr.	Items	Cronbachs $\alpha$	Faktoren-Reliabilität (Raykows $\omega$ )	standardisierte Faktorladung	standardisierte Fehlervarianz
	<b>Faktor: Körperliches Wohlbefinden</b>	.64	.64		
1	krank gefühlt (Kör1)			.50	.75
2	Kopf/Bauchschmerzen (Kör2)			.44	.81
3	müde/schlapp (Kör3)			.65	.58
4	Kraft/Ausdauer (Kör4)			.64	.59
	<b>Faktor: Psychisches Wohlbefinden</b>	.63	.63		
5	Freude/viel gelacht (Psy1)			.60	.64
6	Keine Lust (Psy2)			.47	.78
7	allein gefühlt (Psy3)			.63	.60
8	ängstlich/unsicher (Psy4)			.50	.75
	<b>Faktor Selbstwert</b>	.76	.77		
9	stolz fühlen (Sel1)			.80	.35
10	Wohlbefinden (Sel2)			.83	.31
11	Selbst mögen (Sel3)			.52	.73
12	gute Ideen gehabt (Sel4)			.54	.71
	<b>Faktor Familie</b>	.58	.60		
13	Mit Eltern verstanden (Fam1)			.69	.52
14	zu Hause wohlgeföhlt (Fam2)			.39	.85
15	Streit mit Eltern (Fam3)			.55	.70
16	Bevormundung durch Eltern (Fam4)			.45	.80
	<b>Faktor Freunde</b>	.75	.75		
17	Mit Freunden gespielt (Fre1)			.68	.54
18	Bei Anderen gut angekommen (Fre2)			.83	.31
19	Mit Freunden verstanden (Fre3)			.73	.47
20	Anders geföhlt (Fre4)			.48	.77
	<b>Faktor Schule</b>	.59	.59		
21	Schule gut geschafft (Sch1)			.61	.63
22	Spaß am Unterricht (Sch2)			.67	.55
23	Sorge um Zukunft (Sch3)			.42	.82
24	Angst um Noten (Sch4)			.38	.86

Anmerkungen. Alle freien (unstandardisierten) Parameterschätzungen erreichten statistische Signifikanz ( $p < .001$ ). Für den Kid-KINDL Gesamtwert der Selbsteinschätzung aus  $m = 30$  imputierten Datensets betrug  $\alpha = .85$  und  $\omega = .85$ .

Tabelle D.7

Standardisierte Faktorladungen und Fehlervarianzen durchgeführter CFA mit  $m = 30$  imputierten Datensets für das Sechs-Faktoren Kid-KINDL Modell der **Fremdeinschätzung** (MLR-Schätzverfahren;  $N = 308$ ,  $df = 237$ )

Item-Nr.	Items	Cronbachs $\alpha$	Faktoren-Reliabilität (Raykovs $\omega$ )	standardisierte Faktorladung	standardisierte Fehlervarianz
	<b>Faktor: Körperliches Wohlbefinden</b>	.73	.73		
1	krank gefühlt (Kör1)			.71	.49
2	Kopf/Bauchschmerzen (Kör2)			.56	.69
3	müde/schlapp (Kör3)			.67	.55
4	Kraft/Ausdauer (Kör4)			.61	.63
	<b>Faktor: Psychisches Wohlbefinden</b>	.75	.75		
5	Freude/viel gelacht (Psy1)			.74	.45
6	Keine Lust (Psy2)			.67	.55
7	allein gefühlt (Psy3)			.60	.64
8	ängstlich/unsicher (Psy4)			.63	.60
	<b>Faktor Selbstwert</b>	.74	.75		
9	stolz fühlen (Sel1)			.66	.56
10	Wohlbefinden (Sel2)			.81	.34
11	Selbst mögen (Sel3)			.66	.56
12	gute Ideen gehabt (Sel4)			.48	.77
	<b>Faktor Familie</b>	.76	.76		
13	Mit Eltern verstanden (Fam1)			.81	.34
14	zu Hause wohlgeföhlt (Fam2)			.56	.68
15	Streit mit Eltern (Fam3)			.74	.46
16	Bevormundung durch Eltern (Fam4)			.57	.67
	<b>Faktor Freunde</b>	.80	.81		
17	Mit Freunden gespielt (Fre1)			.72	.49
18	Bei Anderen gut angekommen (Fre2)			.88	.23
19	Mit Freunden verstanden (Fre3)			.77	.41
20	Anders geföhlt (Fre4)			.58	.66
	<b>Faktor Schule</b>	.56	.57		
21	Schule gut geschafft (Sch1)			.70	.51
22	Spaß am Unterricht (Sch2)			.74	.46
23	Sorge um Zukunft (Sch3)			.32	.90
24	Angst um Noten (Sch4)			.23	.95

*Anmerkungen.* Alle freien (unstandardisierten) Parameterschätzungen erreichten statistische Signifikanz ( $p < .001$ ). Für den Kid-KINDL Gesamtwert der Fremdeinschätzung aus  $m = 30$  imputierten Datensets betrug  $\alpha = .89$  und  $\omega = .89$ .

Tabelle D.8

*Faktorinterkorrelationen des sechs-faktoriellen Kid-KINDL Messmodells der Selbst- und Fremdeinschätzung (Modell A,  $df = 237$ )*

	<b>Körper</b>	<b>Psyche</b>	<b>Selbstwert</b>	<b>Familie</b>	<b>Freunde</b>	<b>Schule</b>
Selbsteinschätzung ( $N = 249$ )						
Körper	-					
Psyche	.80	-				
Selbstwert	.41	.62	-			
Familie	.26	.56	.44	-		
Freunde	.28	.64	.42	.36	-	
Schule	.47	.57	.47	.37	.40	-
Fremdeinschätzung ( $N = 308$ )						
Körper	-					
Psyche	.82	-				
Selbstwert	.62	.89	-			
Familie	.24	.45	.51	-		
Freunde	.34	.61	.59	.34	-	
Schule	.47	.63	.62	.31	.62	-

*Anmerkungen.* Alle geschätzten (unstandardisierten) Faktorinterkorrelationen waren statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

Tabelle D.9

Standardisierte Faktorladungen und Fehlervarianzen durchgeführter CFA mit  $m=30$  imputierten Datenstes für das Modell C-3 der *Selbsteinschätzung* (MLR-Schätzverfahren;  $N = 249$ ,  $df = 228$ )

Item-Nr.	Items	Cronbachs $\alpha$	Faktoren-Reliabilität (Raykova's $\omega$ )	standardisierte Faktorladung	standardisierte Fehlervarianz
<b>Faktor: Körperliches Wohlbefinden</b>		.65	.63		
1	krank gefühlt (Kör1)			.30	.58
2	Kopf/Bauchschmerzen (Kör2)			.24	.64
3	müde/schlapp (Kör3)			.55	.62
4	Kraft/Ausdauer (Kör4)			.81	.35
<b>Faktor: Psychisches Wohlbefinden</b>		.63	.61		
5	Freude/viel gelacht (Psy1)			.70	.52
6	Keine Lust (Psy2)			.47	.78
7	allein gefühlt (Psy3)			.53	.57
8	ängstlich/unsicher (Psy4)			.38	.74
<b>Faktor Selbstwert</b>		.76	.77		
9	stolz fühlen (Sel1)			.81	.34
10	Wohlbefinden (Sel2)			.82	.33
11	Selbst mögen (Sel3)			.52	.73
12	gute Ideen gehabt (Sel4)			.55	.69
<b>Faktor Familie</b>		.58	.60		
13	Mit Eltern verstanden (Fam1)			.71	.49
14	zu Hause wohlgefühlt (Fam2)			.39	.84
15	Streit mit Eltern (Fam3)			.53	.72
16	Bevormundung durch Eltern (Fam4)			.44	.81
<b>Faktor Freunde</b>		.75	.75		
17	Mit Freunden gespielt (Fre1)			.68	.53
18	Bei Anderen gut angekommen (Fre2)			.83	.30
19	Mit Freunden verstanden (Fre3)			.73	.47
20	Anders gefühlt (Fre4)			.42	.71
<b>Faktor Schule</b>		.59	.57		
21	Schule gut geschafft (Sch1)			.61	.63
22	Spaß am Unterricht (Sch2)			.79	.38
23	Sorge um Zukunft (Sch3)			.22	.56
24	Angst um Noten (Sch4)			.22	.74
<b>Faktor: Somatische Beschwerden</b>		.60	.52		
1	krank gefühlt (Kör1)			.57	.58

Item-Nr.	Items	Cronbachs $\alpha$	Faktoren-Reliabilität (Raykova's $\omega$ )	standardisierte Faktorladung	standardisierte Fehlervarianz
2	Kopf/Bauchschmerzen (Kör2)			.55	.64
3	müde/schlapp (Kör3)			.29	.62
	<b>Faktor: Ängste</b>	.65	.57		
23	Sorge um Zukunft (Sch3)			.46	.56
24	Angst um Noten (Sch4)			.62	.74
20	Anders gefühlt (Fre4)			.33	.71
8	ängstlich/unsicher (Psy4)			.35	.74
7	allein gefühlt (Psy3)			.38	.57

*Anmerkungen.* Alle freien (unstandardisierten) Parameterschätzungen erreichten statistische Signifikanz ( $p < .001$ ).

Tabelle D.10

Standardisierte Faktorladungen und Fehlervarianzen durchgeführter CFA mit  $m=30$  imputierten Datenstes für das Modell C-3 der **Fremdeinschätzung** (MLR-Schätzverfahren;  $N = 308$ ,  $df = 228$ )

Item-Nr.	Items	Cronbachs $\alpha$	Faktoren-Reliabilität (Raykovs $\omega$ )	standardisierte Faktorladung	standardisierte Fehlervarianz
<b>Faktor: Körperliches Wohlbefinden</b>		.73	.74		
1	krank gefühlt (Kör1)			.54	.39
2	Kopf/Bauchschmerzen (Kör2)			.31	.35
3	müde/schlapp (Kör3)			.69	.51
4	Kraft/Ausdauer (Kör4)			.69	.52
<b>Faktor: Psychisches Wohlbefinden</b>		.75	.75		
5	Freude/viel gelacht (Psy1)			.78	.39
6	Keine Lust (Psy2)			.69	.52
7	allein gefühlt (Psy3)			.49	.50
8	ängstlich/unsicher (Psy4)			.53	.56
<b>Faktor Selbstwert</b>		.74	.75		
9	stolz fühlen (Sel1)			.67	.56
10	Wohlbefinden (Sel2)			.81	.35
11	Selbst mögen (Sel3)			.65	.58
12	gute Ideen gehabt (Sel4)			.49	.76
<b>Faktor Familie</b>		.76	.76		
13	Mit Eltern verstanden (Fam1)			.82	.33
14	zu Hause wohlgefühlt (Fam2)			.56	.69
15	Streit mit Eltern (Fam3)			.74	.46
16	Bevormundung durch Eltern (Fam4)			.57	.67
<b>Faktor Freunde</b>		.80	.82		
17	Mit Freunden gespielt (Fre1)			.72	.48
18	Bei Anderen gut angekommen (Fre2)			.88	.22
19	Mit Freunden verstanden (Fre3)			.77	.41
20	Anders gefühlt (Fre4)			.56	.56
<b>Faktor Schule</b>		.56	.60		
21	Schule gut geschafft (Sch1)			.72	.49
22	Spaß am Unterricht (Sch2)			.76	.42
23	Sorge um Zukunft (Sch3)			.26	.65
24	Angst um Noten (Sch4)			.18	.78
<b>Faktor: Somatische Beschwerden</b>		.71	.62		
1	krank gefühlt (Kör1)			.57	.39

Item- Nr.	Items	Cronbachs $\alpha$	Faktoren-Reliabili- tät (Raykova's $\omega$ )	standardisierte Faktorladung	standardisierte Fehlervarianz
2	Kopf/Bauchschmerzen (Kör2)			.74	.35
3	müde/schlapp (Kör3)			.09	.51
<b>Faktor: Ängste</b>		.72	.62		
23	Sorge um Zukunft (Sch3)			.43	.65
24	Angst um Noten (Sch4)			.53	.78
20	Anders gefühlt (Fre4)			.36	.56
8	ängstlich/unsicher (Psy4)			.40	.56
7	allein gefühlt (Psy3)			.52	.50

*Anmerkungen.* Alle freien (unstandardisierten) Parameterschätzungen erreichten statistische Signifikanz ( $p < .001$ ).

Tabelle D.11

*Faktorinterkorrelationen des acht-faktoriellen Kid-KINDL Messmodells der Selbst- und Fremdeinschätzung (Modell C-3,  $df = 228$ )*

	<b>Körper</b>	<b>Psyche</b>	<b>Selbstwert</b>	<b>Familie</b>	<b>Freunde</b>	<b>Schule</b>	<b>Psychosomatische Beschwerden</b>
Selbsteinschätzung ( $N = 249$ )							
Körper	-						
Psyche	.78	-					
Selbstwert	.42	.66	-				
Familie	.23	.53	.44	-			
Freunde	.26	.58	.42	.35	-		
Schule	.36	.46	.48	.30	.34	-	
Ängste	-	-	-	-	-	-	.55
Fremdeinschätzung ( $N = 308$ )							
Körper	-						
Psyche	.83	-					
Selbstwert	.62	.89	-				
Familie	.18	.45	.51	-			
Freunde	.35	.62	.58	.34	-		
Schule	.44	.61	.59	.29	.60	-	
Ängste	-	-	-	-	-	-	.42

*Anmerkungen.* Alle geschätzten (unstandardisierten) Faktorinterkorrelationen waren statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

Tabelle D.12

Differenzierung der Kid-KINDL Fremdeinschätzungsversion zwischen psychosomatischer Patientenstichprobe und Bevölkerungsstichprobe (11 Jahre;  $N = 841$ )

Skala	<sup>a</sup> PsySom ( $n = 91$ )	Norm ( $n = 750$ )	$H_0: \mu_{\text{PsySom}} = \mu_{\text{Norm}}$ $H_2: \mu_{\text{PsySom}} < \mu_{\text{Norm}}$		
	$M$ ( $SD$ )	$M$ ( $SD$ )	<sup>b</sup> $t$	<sup>b</sup> $df$	<sup>c</sup> Hedges $g$ [95% KI]
Gesamtwert	61.10 (15.66)	75.70 (9.90)	-8.69***	98.91	-1.37 [-1.59, -1.14]
Körper	62.36 (20.24)	76.10 (15.8)	-6.25***	103.73	-0.84 [-1.06, -0.62]
Psyche	62.29 (22.77)	79.80 (12.80)	-7.20***	97.02	-1.23 [-1.46, -1.01]
Selbstwert	54.95 (19.51)	68.10 (13.80)	-6.24***	101.21	-0.91 [-1.13, -0.68]
Familie	63.12 (19.23)	76.70 (14.60)	-6.51***	102.97	-0.90 [-1.12, -0.67]
Freunde	62.29 (22.23)	77.10 (13.40)	-6.22***	98.09	-1.01 [-1.23, -0.79]
Schule	61.61 (20.66)	76.80 (14.80)	-6.81***	101.51	-0.98 [-1.20, -0.75]

*Anmerkungen.* PsySom= Psychosomatische Patientenstichprobe (11 Jahre), Norm = Bevölkerungsstichprobe (11 bis 13 Jahre; Ravens-Sieberer et al., 2008).

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

<sup>a</sup> Listenweiser Fallausschluss

<sup>b</sup> Berechnung des empirischen  $t$ -Werts und  $df$ 's nach Welch modifizierten einseitigem  $t$ -Test. Für eine mittlere Effektstärke ( $g = 0.50$ ) ergab sich eine Teststärke von  $1 - \beta = 99$ .

<sup>c</sup> Kleiner Effekt:  $g = |0.20|$ , Mittlerer Effekt:  $g = |0.50|$ , Großer Effekt:  $g = |0.80|$  (Sellmeier & Renkewitz, 2013)

**Zusatzmaterial**

Das Glossar der entwickelten BaDo für die Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik liegt dieser Arbeit als Zusatzmaterial bei.

## 10 Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 profile*. Burlington VT: University of Vermont. Department of psychiatry.
- Altendorfer-Kling, U., Ardelt-Gattinger, E. & Thun-Hohenstein, L. (2007). Der Selbstbeurteilungsbogen des SDQ anhand einer österreichischen Feldstichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35(4), 265–271. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.35.4.265>
- Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (Springer-Lehrbuch, 4., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Arnhold-Kerri, S. (2010). Eignet sich der KINDL® zur Erfassung von Behandlungseffekten bei Kindern in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60(6), 211–218. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1103269>
- Arnold, J. & Macsenaere, M. (2015). Anwendungsmöglichkeiten und Rahmen der Evaluation erzieherischer Hilfen (EVAS) am Beispiel von Hilfen bei dissozial auffälligen jungen Menschen. In G. Hahn & M. Hüttemann (Hrsg.), *Evaluation psychosozialer Interventionen. Klinische Sozialarbeit Band 7* (Klinische Sozialarbeit - Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 7, S. 76–88). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Balduzzi, S., Rücker, G. & Schwarzer, G. (2019). How to perform a meta-analysis with R: a practical tutorial. *Evidence-Based Mental Health*, 22(4), 153–160. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2019-300117>
- Barkmann, C., Marutt, K., Frouher, N. & Schulte-Markwort, M. (2003). Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(7), 517–533.
- Baumgardt, J., Mayer, G., Wiese, A., Nauerth, M. & Röh, D. (2017). Wirkungsforschung in der Sozialen Arbeit: das Forschungskonzept des Hamburger BAESCAP-Projekts. *Klinische Sozialarbeit - Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 13(3), 7–8.
- Baumgartner, E. & Hüttemann, M. (2015). Herausforderungen experimenteller und quasi-experimenteller Evaluationsdesigns. In G. Hahn & M. Hüttemann (Hrsg.), *Evaluation psychosozialer Interventionen. Klinische Sozialarbeit Band 7* (Klinische Sozialarbeit - Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 7, S. 31–46). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V., Woerner, W. & Rothenberger, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European child & adolescent psychiatry*, 13, 17–24. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-004-2004-4>

- Becker, A., Worner, W., Hasselhorn, M., Banaschewski, T. & Rothenberger, A. (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European child & adolescent psychiatry*, *13*, 11–16. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-004-2003-5>
- Becker, A., Wang, B., Kunze, B., Otto, C., Schlack, R., Hölling, H. et al. (2018). Normative Data of the Self-Report Version of the German Strengths and Difficulties Questionnaire in an Epidemiological Setting. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, *46*(6), 523–533. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000589>
- Beckmann, C., Otto, H.-U., Richter, M. & Schrödter, M. (Hrsg.). (2004). *Qualität in der Sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Wietzker, A. & Hölling, H. (2002). Ein Methodenvergleich der Child Behavior Checklist und des Strengths and Difficulties Questionnaire. *Das Gesundheitswesen*, *64*, 119–124. <https://doi.org/10.1055/s-2002-39264>
- Bortz, J. (2010). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler* (Springer-Lehrbuch, 5., überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bösel, M. (2020). *Integration von sozialarbeiterischen Interventionen in die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung. Eine Erhebung sozialer Probleme und sozialtherapeutischer Beratungsfoki von Patienten in konfliktorientierten und strukturbezogenen Behandlungssettings*. Heidelberg University Library. <https://doi.org/10.11588/heidok.00028116>
- Bösel, M., Siegfarth, B., Schauenburg, H., Nikendei, C. & Ehrenthal, J. C. (2014). Integration sozialarbeiterischer Kompetenz in die psychotherapeutische Versorgung. *Psychotherapeut*, *59*(6), 474–479. <https://doi.org/10.1007/s00278-014-1078-9>
- Braeken, J. & van Assen, M. A. L. M. (2017). An empirical Kaiser criterion. *Psychological Methods*, *22*(3), 450–466. <https://doi.org/10.1037/met0000074>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (Methodology in the social sciences, Second edition). New York, London: The Guilford Press.
- Bullinger, M., Mackensen, S. & Kirchberger, I. (1995). KINDL – ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *2*(1), 64–77.
- Bullinger, M., Brütt, A. L., Erhart, M. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Psychometric properties of the KINDL-R questionnaire: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *17*(Suppl. 1), 125–132. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1014-z>

- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of Goodness of Fit Indexes to Lack of Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464–504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- Cierpka, M. & Frevert, G. (1995). *Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Deutsche Rentenversicherung. (2015). *Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. 6. Auflage.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2021). *Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 2021*, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Zugriff am 28.06.2021. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2021/>
- Dey, M., Mohler-Kuo, M. & Landolt, M. A. (2012). Health-related quality of life among children with mental health problems: a population-based approach. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 73. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-73>
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Berner, W., Flechtner, H., Schwitzgebel, P., Aster, M. von et al. (1993). Die Psychopathologische Befund-Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 21(2), 90–100.
- Döpfner, M., Melchers, P., Fegert, J., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U. & Schmeck, K. (1994). Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung*, 3(7), 54–59.
- Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. (2014). *CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behaviour Checklist von Thomas M. Achenbach*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Wolff Metternich, T., Berner, W., Englert, E., Lenz, K. & Lehmkuhl, U. (1997). Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46(8), 548–565.
- Döpfner, M., Berner, W., Breuer, D., Fleischmann, T. & Schmidt, M. (2018). *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Dormann, V. C. (2015). *Altersgerechte Adaptation des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation an das Säuglings- und Kleinkindalter (0-5 Jahre) in den Störungsbereichen der Wahrnehmung, der Emotionalität und des körperlichen Empfinden. Entwicklung und Machbarkeit*. Dissertation. Universitätsmedizin Berlin, Berlin. Zugriff am 12.08.2020. Verfügbar unter: [https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/11857/Dissertation\\_Dormann.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/11857/Dissertation_Dormann.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Duval, S. & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56(2), 455–463. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341x.2000.00455.x>
- Englert, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand, F. & Poustka, F. (1998a). Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie. Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 27(5), 129–146.
- Englert, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand, F. & Poustka, F. (1998b). Pilotstudie Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie : Konzeption einer bundesweiten Anwendungsstudie mit dem Entwurf einer neuen gemeinsamen Basisdokumentation für Klinik und Praxis. In K. Schmeck (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (Springer Medizin, S. 83–92). Wien: Springer.
- Englert, E., Jungmann, J., Wienand, F., Lam, L. & Poustka, F. (2005). *Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie. Glossar* (4. Auflage). DGKJPP/BAG/BKJPP.
- Erhart, M., Ellert, U., Kurth, B.-M. & Ravens-Sieberer, U. (2009). Measuring adolescents' HRQoL via self reports and parent proxy reports: An evaluation of the psychometric properties of both versions of the KINDL-R instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 77. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-77>
- Esser, G. & Schmidt, M. H. (2017). Die Mannheimer Risikokinderstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 26(4), 198–202. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000232>
- Farin, E., Gustke, M., Widera, T. & Matthies, S. (2012). Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projekts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. *Gesundheitswesen*, 74(6), 358–370. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1280756>
- Farin, E. & Bengel, J. (2003). Qualitätssicherung, Evaluationsforschung und Psychotherapieforschung: Abgrenzungen und Zusammenwirken. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung* (S. 47–70). Göttingen: Hogrefe.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit* (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 5, 1. Aufl., S. 61–77). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Glaesmer, H., Brähler, E. & Lersner, U. von. (2012). Kultursensible Diagnostik in Forschung und Praxis. *Psychotherapeut*, 57(1), 22–28. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0877-5>

- Glaesmer, H., Forkmann, T., Dinkel, A., Wahl, I., Sattel, H., Huber, D. et al. (2015). Kriterienkatalog zur Beurteilung psychodiagnostischer Selbstbeurteilungsinstrumente—Empfehlung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 65(7), 246–254. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398685>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38(5), 581–586.
- Greco, L. M., O’Boyle, E. H., Cockburn, B. S. & Yuan, Z. (2018). Meta-Analysis of Coefficient Alpha: A Reliability Generalization Study. *Journal of Management Studies*, 55(4), 583–618. <https://doi.org/10.1111/joms.12328>
- Großimlinghaus, I., Falkai, P., Gaebel, W., Hasan, A., Jänner, M., Janssen, B. et al. (2015). Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 86(11), 1393–1399. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4357-y>
- Harstick-Koll, S., Kuschel, A., Bertram, H., Naumann, S., Hahlweg, K., Hautmann, C. et al. (2009). Erfassung der Lebensqualität von Vorschulkindern mit dem Kiddy-KINDLR. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17(2), 82–93. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.17.2.82>
- Härter, M., Linster, H. W. & Stieglitz, R.-D. (2003). Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung* (S. 17–46). Göttingen: Hogrefe.
- Hays, R. D., Toshi Hayashi, Sally Carson & John E. Ware. (1988). *User’s Guide for the Multitrait Analysis Program (MAP)*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Henningsen, P. & Rief, W. (2015). Was ist ein bio-psycho-soziales Krankheitskonzept? In P. Henningsen & W. Rief (Hrsg.), *Psychosomatik und Verhaltensmedizin* (S. 10–15). Stuttgart: Schattauer.
- Herzberg, P. Y., Brähler, E. & Strauß, B. (2015). Psychodiagnostik. In P. Henningsen & W. Rief (Hrsg.), *Psychosomatik und Verhaltensmedizin* (S. 313–329). Stuttgart: Schattauer.
- Herzog, T. & Stein, B. (2000). Qualitätsmanagement - Konzepte und Methoden. In T. Herzog, B. Stein & M. Wirsching (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. 6 Tabellen* (S. 1–32). Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Heuft, G., Senf, W., Bell, K., Cording, C., Geyer, M., Janssen, P. L. et al. (1998). Psy-BaDo. Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 43(1), 48–52.
- Heymann, F. v. & Tritt, K. (2013). *Psy-BaDo-PTM. Version 4.12 -Glossar*, Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik. Zugriff am 09.05.2017. Verfügbar unter: <http://www.iqp-online.de/index.php?page=download>

- Heymann, F. v. & Tritt, K. (2018). *Psy-BaDo-PTM. Version 4.13*. Zugriff am 24.06.2020.  
Verfügbar unter: <https://www.iqp-online.de/downloads/>
- Higgins, J. P. T. & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21(11), 1539–1558. <https://doi.org/10.1002/sim.1186>
- Hiller, W., Bleichhardt, G. & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(1), 7–22.
- Hinterberger, T., Auer, J., Schmidt, S. & Loew, T. (2013). Evaluation of a salutogenetic concept for inpatient psychosomatic treatment. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine : ECAM*, 2013, 735731.
- Hoaglin, D. C. (2016). Misunderstandings about Q and ‘Cochran’s Q test’ in meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 35(4), 485–495. <https://doi.org/10.1002/sim.6632>
- Hoffmann, F. & Glaeske, G. (2017). Analyse von Routinedaten. In H. Pfaff, Neugebauer, Edmund A. M., G. Glaeske & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* (2. Auflage, S. 122–127). Stuttgart: Schattauer.
- Höger, D., Stöbel-Richter, Y. & Brähler, E. (2008). Reanalyse des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(7), 284–294. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986213>
- Hohm, E., Zohsel, K., Schmidt, M. H., Esser, G., Brandeis, D., Banaschewski, T. et al. (2017). Beeinträchtigter Start ins Leben. *Kindheit und Entwicklung*, 26(4), 210–220. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000234>
- Hölling, H. & Schlack, R. (2008). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter - Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Gesundheitswesen*, 70(3), 154–163. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1062741>
- Hullmann, S. E., Ryan, J. L., Ramsey, R. R., Chaney, J. M. & Mullins, L. L. (2011). Measures of general pediatric quality of life: Child Health Questionnaire (CHQ), DISABKIDS Chronic Generic Measure (DCGM), KINDL-R, Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 Generic Core Scales, and Quality of My Life Questionnaire (QoML). *Arthritis Care & Research*, 63 Suppl 11, S420-30. <https://doi.org/10.1002/acr.20637>
- Hüttemann, M., Solèr, M., Süsstrunk, S. & Sommerfeld, P. (2017). Wirkungsforschung und Evaluation in der Klinischen Sozialen Arbeit. *Klinische Sozialarbeit - Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 13(3), 4–6.
- Janssen, B. (2009). Routinedaten und Qualitätssicherung. In W. Gaebel (Hrsg.), *Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung* (S. 49–52) [Berlin]: Steinkopff.

- Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M. & Rosseel, Y. (2020). *semTools: Useful tools for structural equation modeling. R package version 0.5-3*. Verfügbar unter: <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
- Kabisch, M., Ruckes, C., Seibert-Grafe, M. & Blettner, M. (2011). Randomisierte kontrollierte Studien. Teil 17 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(39), 663–668. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0663>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung). Zugriff am 27.07.2021. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/01\\_Psychotherapie\\_Aerzte.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf)
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires-Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443–453. <https://doi.org/10.1007/BF01530764>
- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402–407. <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8>
- Klasen, F., Reiß, F., Otto, C., Haller, A.-C., Meyrose, A.-K., Barthel, D. et al. (2017). *Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2*. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-103>
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W. et al. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European child & adolescent psychiatry*, 9, 271–276. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/article/10.1007/s007870070030>
- Klein, A.M., Otto, Y., Fuchs, S., Zenger, M. & Klitzing, K. v. (2012). Psychometric properties of the parent-rated SDQ in preschoolers. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(2), 96–104.
- Köck, K. & Lutz, W. (2012). Therapieverlaufs- und Ergebnismessung im Rahmen einer patientenorientierten Psychotherapieforschung. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 13(01), 10–16. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1298924>
- Koglin, U., Barquero, B., Mayer, H., Scheithauer, H. & Petermann, F. (2007). Deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu). *Diagnostica*, 53(4), 175–183. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.4.175>

- Koller, M. & Neugebauer, E. A.M. (2017). Methoden zur Messung von Patient-Reported Outcome (PRO). In H. Pfaff, Neugebauer, Edmund A. M., G. Glaeske & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* (2. Auflage, S. 102–107). Stuttgart: Schattauer.
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. *Psychotherapeut*, 53(4), 245–253. <https://doi.org/10.1007/s00278-008-0612-z>
- Köster, M. (2011). *Der Einfluss der Übereinstimmung von Therapiezielen zwischen Patienten, Eltern und Therapeuten auf die Ergebnisqualität und der Einsatz der Psy-BaDo-KJ zur Therapieevaluation*. Dissertation. Universitätsmedizin Berlin, Berlin. Zugriff am 12.08.2020. Verfügbar unter: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/13038>
- Kriebel, R., Paar, G.H. & Schmitz-Buhl, S.M. (2001). Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, (53), 20–32.
- Kruyen, P. M., Emons, W. H. M. & Sijtsma, K. (2013). On the Shortcomings of Shortened Tests: A Literature Review. *International Journal of Testing*, 13(3), 223–248. <https://doi.org/10.1080/15305058.2012.703734>
- Kuhn, C., Aebi, M., Jakobsen, H., Banaschewski, T., Poustka, L., Grimmer, Y. et al. (2017). Effective Mental Health Screening in Adolescents: Should We Collect Data from Youth, Parents or Both? *Child Psychiatry and Human Development*, 48(3), 385–392. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0665-0>
- Kulawiak, P. R., Wilbert, J., Schlack, R. & Boernert-Ringleb, M. (2020). Prediction of child and adolescent outcomes with broadband and narrowband dimensions of internalizing and externalizing behavior using the child and adolescent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *PLoS ONE*, 15(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240312>
- Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müllder, C., Thamm, R., Hölling, H. & Lampert, T. (2018). *Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2*. Robert-Koch-Institut (RKI). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-076>
- Kyriazos, T. A. (2018). Applied Psychometrics: The 3-Faced Construct Validation Method, a Routine for Evaluating a Factor Structure. *Psychology*, 09(08), 2044–2072. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.98117>
- Laireiter, A.-R. (2003). Dokumentation in der Psychotherapie. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung* (S. 71–96). Göttingen: Hogrefe.

- Lampert, T., Müters, S., Stolzenberg, H. & Kroll, L. E. (2014). Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie : Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57(7), 762–770. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1974-8>
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2018). *Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2*. Robert-Koch-Institut (RKI). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-016>
- Leichsenring, F. & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM): Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien - Gibt es nur einen Goldstandard? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50(2), 203–217.
- Li, C.-H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods*, 48(3), 936–949. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7>
- Lohbeck, A., Schultheiß, J., Petermann, F. & Petermann, U. (2015). Die deutsche Selbstbeurteilungsversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu-S). *Diagnostica*, 61(4), 222–235. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000153>
- Löwe, B., Spitzer, R., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen* (2. Auflage). Karlsruhe: Pfizer.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W. & Sugawara, H. M. (1996). Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling. *Psychological methods*, 1(2), 130–149.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1993). Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 193–233.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handweisung*. Bern: Huber.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2001). The List of Individual Symptoms for Therapy Evaluation (LISTE)--an efficient method for individualized outcome assessment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 Suppl 1, I46-58. <https://doi.org/10.1007/s007870170006>
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2003). ILK-Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 2, S. 176–179). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006a). Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(6), 445–454. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.34.6.445>
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006b). *ILK. Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.
- Mattejat, F. (2006). *KJP-Qualität. Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen ; Abschlussbericht - Juli 2006*. Marburg: Görlich & Weiershäuser.
- Mayer, M. (2018). Professionalisierungswege und Charakteristika psycho-sozialer Beratung. *Beratung Aktuell*, 19(3), 52–65. Zugriff am 11.12.2019. Verfügbar unter: <http://beratung-aktuell.de/wp-content/uploads/2019/01/BA-3-2018.pdf>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (Beltz Pädagogik, 12., überarbeitete Auflage).
- McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V. & Lefebvre, C. (2016). PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 75, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276–282.
- McLeod, J. (2014). *Counselling - eine Einführung in Beratung* (Beratung, Bd. 1, 2. Auflage). Tübingen: dgvt Verlag, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Meade, A. W., Johnson, E. C. & Braddy, P. W. (2008). Power and sensitivity of alternative fit indices in tests of measurement invariance. *The Journal of Applied Psychology*, 93(3), 568–592. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.568>
- Merchel, J. (2015). Evaluation: Motivlagen zwischen Legitimation und Weiterentwicklung einer professionellen Praxis in der Sozialen Arbeit. In G. Hahn & M. Hüttemann (Hrsg.), *Evaluation psychosozialer Interventionen. Klinische Sozialarbeit Band 7* (Klinische Sozialarbeit - Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 7, S. 16–30). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Metternich Wolff, T., Döpfner, M., Englert, E., Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G., Steinhausen, F. et al. (1998). Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse aus einer multizentrischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, (48), 15–26. Zugriff am 22.05.2020.
- Morera, O. F. & Stokes, S. M. (2016). Coefficient  $\alpha$  as a Measure of Test Score Reliability: Review of 3 Popular Misconceptions. *American Journal of Public Health*, 106(3), 458–461. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302993>

- Müller-Kohlenberg, H. & Münstermann, K. (Hrsg.). (2000). *Qualität von Humandienstleistungen. Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nassiri, V., Lovik, A., Molenberghs, G. & Verbeke, G. (2018). On using multiple imputation for exploratory factor analysis of incomplete data. *Behavior Research Methods*, 50(2), 501–517. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-1013-4>
- Nitschke-Janssen, M. & Branik, E. (2006). Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(4), 255–270.
- Noterdaeme, M., Schlamp, D., Linder, M. & Kischel, K.-H. (2004). Analyse der komorbiden psychiatrischen Diagnosen anhand der Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 31(Suppl1), 126-128. <https://doi.org/10.1055/s-2004-828452>
- Noterdaeme, M., Schlamp, D., Linder, M., Von,Aster,M., Bandy, J. & Von,Brackel,K. (2003). Die Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: erste Auswertungen und Erfahrungen. *Psychiatrische Praxis, Supplement*, 30(2), S-169-172.
- Pantuček, P. (2009). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Koeln: Boehlau.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Auflage). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Pauls, H. (2018). Beratungskompetenzen in der Klinischen Sozialarbeit. *Beratung Aktuell*, 19(3), 4–21.
- Pauls, H. & Reicherts, M. (2013). Allgemeine Basiskompetenzen für sozialtherapeutische Beratung. Ein Konzept zur Systematisierung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Sozialtherapeutische Beratungskompetenzen. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 57–78). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Pauls, H. & Stockmann, P. (2013). Sozialtherapeutische Beratung - eine Begriffsbestimmung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Sozialtherapeutische Beratungskompetenzen. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Petermann, U., Petermann, F. & Schreyer, I. (2010). The German Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 26(4), 256–262. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000034>
- Pinquart, M. (2011). Soziale Bedingungen psychischer Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 319–335). Heidelberg: Springer-Medizin.

- Prinsen, C. A. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., Vet, H. C. W. de et al. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research : an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 27(5), 1147–1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
- R Core Team. (2020). *R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Version 4.0.2*, R Foundation for Statistical Computing. Verfügbar unter: <https://www.R-project.org/>
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U. & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(2), 162–179. <https://doi.org/10.13109/zptm.2009.55.2.162>
- Rabung, S., Montan, I., Andreas, S., Fischer, F., Forkmann, T., Glaesmer, H. et al. (2019). Zentrale Dimensionen zur Erfassung der Wirksamkeit von Psychotherapie. Empfehlung der DKPM-Arbeitsgruppe „Klinische Psychodiagnostik und Psychometrie“. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 69(7), 303–304. <https://doi.org/10.1055/a-0896-7379>
- Rademaker, A. L. & Lenz, A. (2017). Wirkungsorientierung zwischen Goldstandard und Forschungsrealität: das Projekt „Kinder schützen durch Stärkung der Eltern“. *Klinische Sozialarbeit - Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 13(3), 9–11.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 43(3), 165–189. <https://doi.org/10.1007/s001030050033>
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2000). *KINDL-R. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen - Revidierte Form*. Zugriff am 12.02.2017. Verfügbar unter: <https://www.kindl.org/deutsch/information/>
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U. & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 810–818. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0244-4>
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N. & Bullinger, M. (2008). Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 Suppl 1, 148–156. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1016-x>

- Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kriston, L., Rothenberger, A., Döpfner, M., Herpertz-Dahlmann, B. et al. (2015). The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 651–663. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0638-4>
- Raykov, T. (2001). Estimation of congeneric scale reliability using covariance structure analysis with nonlinear constraints. *The British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 54(Pt 2), 315–323. <https://doi.org/10.1348/000711001159582>
- Remschmidt, H., Wolf-Ostermann, K. & Matzejat, F. (2004). Schizophrene Erkrankungen im Jugendalter: Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung an 305 konsekutiven stationären Behandlungsfällen. *Nervenarzt*, 75(7), 663–674. <https://doi.org/10.1007/s00115-003-1607-1>
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit DSM-IV* (6., korrigierte Aufl.). Bern: Huber.
- Revelle, W. (2018). *psych: Procedures for Personality and Psychological Research* (R package version 2.0.7). Verfügbar unter: <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
- Rodriguez, M. C. & Maeda, Y. (2006). Meta-analysis of coefficient alpha. *Psychological Methods*, 11(3), 306–322. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.11.3.306>
- Rogge, J., Koglin, U. & Petermann, F. (2018). Do They Rate in the Same Way? Testing of Measurement Invariance Across Parent and Teacher SDQ Ratings. *European Journal of Psychological Assessment*, 34(2), 69–78. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000445>
- Rogge, J., Speck, K., Hölling, H., Minnaert, A., Koglin, U. & Schlack, R. (2018). Messinvarianz zwischen Eltern- und Jugendversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)? *Diagnostica*, 64(3), 121–132. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000200>
- Rothenberger, A., Becker, A., Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Psychometric properties of the Parent Strengths and Difficulties Questionnaire in the general population of German children and adolescents: Results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 17, 99–105. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1011-2>
- Saile, H. (2007). Psychometrische Befunde zur Lehrerversion des “Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ-L). *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 39(1), 25–32. <https://doi.org/10.1026/0049-8637.39.1.25>
- Savalei, V. (2018). On the Computation of the RMSEA and CFI from the Mean-And-Variance Corrected Test Statistic with Nonnormal Data in SEM. *Multivariate Behavioral Research*, 53(3), 419–429. <https://doi.org/10.1080/00273171.2018.1455142>

- Schaefert, R. & Wiehle-Haustainer, C. (2015). Anamneseerhebung. In P. Henningsen & W. Rief (Hrsg.), *Psychosomatik und Verhaltensmedizin* (S. 296–312). Stuttgart: Schattauer.
- Schepker, R., Grabbe, Y. & Jahn, K. (2003). Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt - Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(5), 338–353.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W.W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 39, 248–255.
- Schmidt, J., Steffanowski, A. & Nübling, R. (2003). *Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien* (Rehabilitationswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin, Bd. 6). Regensburg: Roderer.
- Schmidt, S., Strauss, B., Höger, D. & Brähler, E. (2004). Die Adult Attachment Scale (AAS) - Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54(9-10), 375–382.  
<https://doi.org/10.1055/s-2003-815000>
- Schrappe, M. & Pfaff, H. (2017). Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In H. Pfaff, Neugebauer, Edmund A. M., G. Glaeske & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* (2. Auflage, S. 2–68). Stuttgart: Schattauer.
- Schulz-Behrendt, C. & Völler, H. (2017). Sozialarbeiterische Intervention in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. *Klinische Sozialarbeit - Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 13(3), 12–14.
- Schürmann, S. & Döpfner, M. (2020). Diagnostik des psychosozialen Lebensumfeldes. In M. Döpfner, M. Hautzinger & M. Linden (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual: Kinder und Jugendliche* (Psychotherapie: Praxis, S. 21–24). Berlin: Springer.
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2013). *Forschungsmethoden und Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (2., aktual. und erweiter. Aufl.). München: Pearson.
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M. et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ (Clinical Research Ed.)*.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- Sharpe, H., Patalay, P., Fink, E., Vostanis, P., Deighton, J. & Wolpert, M. (2016). Exploring the relationship between quality of life and mental health problems in children: implications for measurement and practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 659–667. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0774-5>
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C. & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.

- Sommerfeld, P., Hollenstein, L. & Calzaferri, R. (2011). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Spiessl, H. (2009). Von der BADO zum sektorenübergreifenden Datenset. In W. Gaebel (Hrsg.), *Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung*. [Berlin]: Steinkopff.
- Statistisches Bundesamt. (2016). *Demographische Standards. Ausgabe 2016* (Bd. 17). Eine gemeinsame Empfehlung des ADM Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. , der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e. V. (ASI) und des Statistischen Bundesamtes.
- Steffanowski, A., Kramer, D., Fembacher, A., Glahn, E. M., Bruckmayer, E., Heymann, F. v. et al. (2011). Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 267–282. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000124>
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Vermulst, A. A. & Janssens, J. M. A. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 254–274. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0071-2>
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., Boer, M. R. de, van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J. et al. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Terwee, C. B., Jansma, E. P., Riphagen, I. I. & Vet, H. C. W. de. (2009). Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. *Quality of Life Research : an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 18(8), 1115–1123. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9528-5>
- Timmermann, J. & Loew, T. H. (2015). Kinder-, Jugend- und Familienpsychosomatik. „Sag mir, wo die Kinder sind“: Ein Plädoyer für eine integrierte Familienpsychosomatik. *Ärztliche Psychotherapie*, 10(2), 111–117. Verfügbar unter: <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/aep-10-2-111>
- Tritt, K., von Heymann, F., Loew, T. H. & Joraschky, P. (2005). Patienten in stationärer psychosomatischer Reha-Behandlung - Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM. *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 55(01). <https://doi.org/10.1055/s-2005-863185>
- Tritt, K., Götz, K., Loew, T. & Heymann, F. v. (2007). Qualitätssicherung mit Benchmarking in der stationären Psychosomatik. *Psychotherapie im Dialog*, 8(1), 74–78. <https://doi.org/10.1055/s-2006-951988>

- Tritt, K., Heymann, F. v., Zaudig, M., Probst, M., Loew, T., Klapp, B. et al. (2015). *ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Das Handbuch zum Fragebogen. E-Book*. München: Institut für Qualitätssicherung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP).
- Tritt, K., Heymann, F. v., Cojocaru, L. & Loew, T. H. (2010). *Synopse der Basisdokumentationen aus dem Psych-Bereich. Vorschlag für eine einheitliche, sektoren- und berufsgruppenübergreifende Basisdokumentation*. Universität Regensburg: beziehbar von der Abteilung Psychosomatik der Universität Regensburg.
- Tritt, K., Loew, T., Joraschky, P., Bidmon, R. K., Heymann, F. v. & Nickel, M. (2005). Psychotherapeutische Versorgungsforschung aus Anwendungsfach. Eine konzeptuelle und methodische Betrachtung. In T. Loew, K. Tritt & P. Joraschky (Hrsg.), *Stationäre Behandlung in der Psychosomatik - wer, wann, wie?* (Schriften zur medizinischen Psychologie, Bd. 14). Hamburg: Kovač.
- Tschitsaz-Stucki, A. & Lutz, W. (2009). Identifikation und Aufklärung von Veränderungssprüngen im individuellen Psychotherapieverlauf. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(1), 13–23.  
<https://doi.org/10.1026/1616-3443.38.1.13>
- Van Buuren, S. & Groothuis-Oudshoorn, K. (2011). mice : Multivariate Imputation by Chained Equations in R. *Journal of Statistical Software*, 45(3).  
<https://doi.org/10.18637/jss.v045.i03>
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software*, 36(3).
- Villalonga-Olives, E., Kiese-Himmel, C., Witte, C., Almansa, J., Dusilova, I., Hacker, K. et al. (2015). Self-reported health-related quality of life in kindergarten children: Psychometric properties of the Kiddy-KINDL. *Public health*, 129(7), 889–895.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.04.020>
- Wälte, D. & Borg-Laufs, M. (Hrsg.). (2018). *Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention* (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 24, 1. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Weinmann, S. (2009). Routinedaten und Versorgungsleitlinien. In W. Gaebel (Hrsg.), *Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung* (S. 58–70) [Berlin]: Steinkopff.
- Winkler, J. & Stolzenberg, H. (1999). Der Sozialschicht-Index im Bundesgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen*, 61(Sonderheft 2).
- Winkler, R. & Piso, B. (2014). Ergebnisqualität in der Mental Health Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* [Outcome quality in the mental health rehabilitation of children and adolescents], 42(6), 431–439. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000321>

- Winter, S., Wiegard, A., Welke, M. & Lehmkuhl, U. (2005). Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* [Evaluation with the “Psychotherapie Basisdokumentation” for Children and Adolescents: Psy-BaDo-KJ—a questionnaire for quality assurance and evaluation of psychotherapy for children and adolescents], 33(2), 113–122. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.33.2.113>
- Wittowski, U. S. (2006). *Psychotherapie-Basisdokumentation: Anwendung des Kategoriensystems individueller Therapieziel auf Jugendliche im Rahmen von Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie*. Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Universitätsklinikum Münster. Zugriff am 12.08.2020. Verfügbar unter: <https://miami.uni-muenster.de/Record/2e3df0aa-3e8f-484f-9304-c0c4ab675b70>
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002) [Normal values and evaluation of the German parents’ version of Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Results of a representative field study]. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105–112. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12053874>
- Woerner, W., Becker, A. & Rothenberger, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European child & adolescent psychiatry*, 13, 3–10. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-2002-6>
- Wolff Metternich, T., Döpfner, M., Englert, E., Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G., Poustka, F. et al. (1999). Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie - Ergebnisse aus einer multizentrischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48(1), 15–26.
- Wolpert, M., Cheng, H. & Deighton, J. (2015). Measurement Issues: Review of four patient reported outcome measures: SDQ, RCADS, C/ORS and GBO - their strengths and limitations for clinical use and service evaluation. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 63–70. <https://doi.org/10.1111/camh.12065>
- Ziegler, M. & Hagemann, D. (2015). Testing the Unidimensionality of Items. *European Journal of Psychological Assessment*, 31(4), 231–237. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000309>
- Zimmer, B. & Moessner, M. (2012). Therapieevaluation in der stationären Psychotherapie mit Web-AKQUASI. *Psychotherapie im Dialog*, 13(01), 68–72. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1298936>
- Zohsel, K., Hohm, E., Schmidt, M. H., Brandeis, D., Banaschewski, T. & Laucht, M. (2017). Langfristige Folgen früher psychosozialer Risiken. *Kindheit und Entwicklung*, 26(4), 203–209. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000233>

## 11 Selbstständigkeitserklärung

Ich, Sebastian Ertl geboren am 07.08.1985 in Weiden i.d.OPf. erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Weiden i.d.OPf., 05.10.2021

Ort, Datum



Unterschrift

## **12 Förderung**

Diese Arbeit ist im Rahmen des Bayerischen Wissenschaftsforums (BayWISS) im Verbundpromotionskolleg Gesundheit entstanden und wird vom Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst gefördert.

This work is supported by the Bavarian Academic Forum (BayWISS) – Doctoral Consortium “Health Research” and is funded by the Bavarian State Ministry of Science and the Arts.

### 13 Danksagung

Zunächst möchte ich mich bei meinem Betreuer Hr. Prof. Dr. Hinterberger für die Unterstützung während des Promotionsprojekts bedanken. Durch ihn erfuhr stets konstruktive und wohlwollende Rückmeldung sowie Anstoß für neue Ideen und Perspektiven. Ich danke Hr. Prof. Dr. Hinterberger besonders für die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen, ohne die das Promotionsprojekt nicht möglich gewesen wäre. Hr. Prof. Dr. Hinterberger begleitete mich bei Treffen und in der Kommunikation, wenn es um die Auslotung von Möglichkeiten der Implementierung der entwickelten BaDo ging. Über diesen Rückhalt war und bin ich sehr dankbar.

Hr. Prof. Dr. Loew, in der Funktion des ersten Mentors, möchte ich für die Unterstützung während des gesamten Projekts danken. Insbesondere bin ich über die Möglichkeiten des Austausches zu Beginn des Projekts dankbar, was mir Orientierung gab. Dankbar bin ich Hr. Prof. Dr. Loew auch für die Anregungen im Rahmen der Promotionskolloquien, durch die meine Arbeit zusätzliche Schärfungen erfuhr.

Mein ganz besonderer Dank gilt Hr. Prof. Dr. Vogt, der sich bereit erklärte, die Promotion als zweiter Mentor von Seiten der Hochschule Coburg aus zu betreuen. Hr. Prof. Dr. Vogt unterstütze mich seit der Absolvierung des Masterstudiengangs Klinische Sozialarbeit in meinem Vorhaben zu promovieren. Durch ihn erfuhr ich besondere Unterstützung darin, ein geeignetes Thema und eine passende Möglichkeit zur Promotion zu finden. Für die mentale und fachliche Unterstützung bin ich Hr. Prof. Dr. Vogt sehr dankbar. Während des Promotionsprojekts erfuhr ich durch ihn stets eine wohlwollende und konstruktive Begleitung sowie Zuspruch und Orientierung.

Meinem Betreuer, Hr. Prof. Dr. Hinterberger, meinem ersten Mentor Hr. Prof. Dr. Loew und meinem zweiten Mentor Hr. Prof. Dr. Vogt möchte ich ganz besonders für die Bereitschaft danken, sich auf das „Abenteuer“ einer kooperativen Promotion zwischen der Universität Regensburg und der Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg eingelassen zu haben. Ich bin sehr dankbar, dass im Rahmen dieses Promotionsprojektes die notwendigen Strukturen schnell und nachhaltig etabliert werden konnten. Aus Sicht eines Promovenden war dies eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Arbeits- und Betreuungsatmosphäre. Für die Flexibilität und die kurzen Wege in der Kommunikation möchte ich mich an dieser Stelle nochmals ausdrücklich bedanken. In diesem Zusammenhang möchte ich auch der Promotionskommission Humanwissenschaften danken, deren Mitglieder den Weg für eine kooperative Promotion ermöglicht haben.

Ich möchte meinen Kolleginnen Fr. Julia Zeitler und Fr. Anda Laiu dafür danken, sich als Kodiererinnen für die Überprüfung der Intercoder Übereinstimmung (im Zuge der Entwicklung der Kategoriensysteme der Dokumentenanalyse) bereit erklärt zu haben. Ohne ihre Bereitschaft wäre ein wichtiger Teil dieser Arbeit nur mit deutlich höherem Aufwand zu bewerkstelligen gewesen.

Der Heiligenfeldklinik Waldmünchen möchte ich an dieser Stelle für die Möglichkeit der Hospitation danken. Insbesondere möchte ich mich für die Anregungen zur entwickelten BaDo aus Anwendungsperspektive und die wohlwollende Haltung gegenüber dem Promotionsprojekt bedanken.

Dem BayWISS-Verbundkolleg Gesundheit danke ich für die finanzielle Unterstützung. Als besonders bereichernd empfand ich den Austausch im Rahmen der BayWISS-Gesundheit Herbstakademie und weiterer durch das Verbundkolleg initiiertes Treffen. Für ihr Engagement danke ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Verbundkollegs.

Zu guter Letzt möchte ich mich ganz besonders bei meiner langjährigen Lebensgefährtin Melissa und meiner Familie bedanken, ohne deren Verständnis und Unterstützung ein solches Projekt nicht zu realisieren gewesen wäre. Ebenso möchte ich mich bei Hr. Pfr.i.d.R. Siegfried Wölfel für die Unterstützung bedanken.

## **14 Lebenslauf**

Auf die Darstellung des Lebenslaufs wurde in der Online-Publikation verzichtet.

