

Aus dem Zentrum für psychische Gesundheit des Klinikums Ingolstadt – akademisches
Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München
(Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer, Stellvertreter: Prof. Dr. med. Andreas Schuld)

sowie der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
der KJF Klinik St. Elisabeth in Neuburg an der Donau
(Vorstand: Dr. med. Astrid Passavant, Dr. med. Simon Mayer)

**Psychische Belastung der Eltern von Patienten der Institutsambulanz für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der
Klinik St. Elisabeth in Neuburg an der Donau**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Simon Josef Schredl

aus

Ingolstadt

Jahr

2022

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Andreas Schuld

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne
PD Dr. med. Daniela Eser-Valeri
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Ernst Pöppel, ML

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 22.12.2022

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	3
ZUSAMMENFASSUNG	5
1 EINLEITUNG	6
1.1 ENTWICKLUNG DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND...	6
1.2 PSYCHISCHE STÖRUNGEN ALS STÖRUNGEN DER SOZIALEN INTERAKTION	10
1.3 DIE SPEZIFISCHE VERSORGUNGSSTRUKTUR DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN INSTITUTSAMBULANZ.....	13
1.4 ROLLE DER PATIENTENELTERN IN DER KJPP	16
1.4.1 <i>Eltern als Auftraggeber und Co-Therapeuten</i>	16
1.4.2 <i>Eltern als Teil des behandelten Systems</i>	17
1.5 KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN	18
1.6 ELTERN PSYCHISCH KRANKER KINDER	19
1.7 FRAGESTELLUNG DER VORLIEGENDEN ARBEIT	20
2 METHODEN	21
2.1 UNTERSUCHUNGSSETTING	21
2.1.1 <i>Einzugsgebiet und Klientel der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz in Neuburg an der Donau</i>	21
2.1.2 <i>Procedere bei Erstvorstellungen</i>	23
2.2 STICHPROBE	25
2.3 STUDIENDESIGN	26
2.4 MESSMETHODEN.....	27
2.4.1 <i>SCL-90-S</i>	27
2.4.2 <i>Eigens entwickelte Fragebögen</i>	28
2.4.2.1 <i>Elternfragebögen</i>	28
2.4.2.2 <i>Behandlerfragebögen</i>	28
2.5 STATISTIK	29
2.6 ETHIK	29
2.7 DATENMANAGEMENT UND DATENSCHUTZ	30
3 ERGEBNISSE	31
3.1 QUERSCHNITTANALYSE ZUM ZEITPUNKT DER ERSTVORSTELLUNG	36
3.1.1 <i>Bezug der Studienteilnehmer zum vorgestellten Kind</i>	36
3.1.2 <i>Geschlechts- und Altersverteilung der vorgestellten Kinder</i>	37
3.1.3 <i>Diagnosen der vorgestellten Kinder</i>	39
3.1.4 <i>Therapieempfehlungen</i>	41
3.1.5 <i>Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung durch Bezugspersonen und Therapeuten</i> ..	42
3.1.6 <i>Belastungsfaktoren</i>	43
3.1.7 <i>Psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung der Bezugspersonen</i>	44
3.1.8 <i>Psychische Symptombelastung der Bezugspersonen zum Zeitpunkt der Erstvorstellung</i>	44
3.2 LÄNGSSCHNITTANALYSE.....	46
3.2.1 <i>Vergleich der psychischen Belastung vor und nach der Diagnostik</i>	46
3.2.2 <i>Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung der Bezugspersonen</i>	49
3.2.3 <i>Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung der vorgestellten Kinder</i>	50
3.3 VERGLEICH DER WICHTIGSTEN UNTERSUCHTEN PARAMETER ZWISCHEN DROP-OUTS UND LONGITUDINAL-STICHPROBE....	51
3.4 POST-HOC-ANALYSE.....	56
3.4.1 <i>Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Bezugsperson und Diagnosegruppe des vorgestellten Kindes</i>	57
3.4.2 <i>Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Bezugsperson und eigener Behandlung</i> ..	59
4 DISKUSSION	60
4.1 ZIELSETZUNG DER VORLIEGENDEN ARBEIT	60
4.2 ZUSAMMENFASSUNG DER METHODEN UND ERGEBNISSE	62

4.3	DISKUSSION DER ERGEBNISSE DER QUERSCHNITTUNTERSUCHUNG	64
4.3.1	<i>Psychische Belastung der Bezugspersonen von erstmals ambulant kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellter Patienten</i>	64
4.3.2	<i>Geschlechterverhältnis, Altersverteilung und Diagnosen der vorgestellten Kinder</i>	65
4.3.3	<i>Anteil der Bezugspersonen mit eigener psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung</i>	67
4.4	DISKUSSION DER ERGEBNISSE DER LÄNGSSCHNITT-UNTERSUCHUNG.....	68
4.4.1	<i>Veränderungen in den SCL-90-S-Skalen zwischen den Messzeitpunkten.....</i>	68
4.4.2	<i>Zunahme der subjektiv eingeschätzten psychischen Belastung der Patienten</i>	69
4.5	UNTERSCHIEDE ZWISCHEN LÄNGSSCHNITTGRUPPE UND STUDIENABBRECHERN	70
4.6	BESONDERHEITEN DES STUDIENSETTINGS	72
4.6.1	<i>Studiendesign</i>	72
4.6.2	<i>Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz.....</i>	72
4.6.3	<i>Epidemiologische Eigenheiten des Einzugsgebietes</i>	73
4.7	LIMITATIONEN	74
4.8	SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK.....	76
	LITERATURVERZEICHNIS	78
	ANHANG	85
	DANKSAGUNG.....	94
	AFFIDAVIT	95

Zusammenfassung

Ziel und Gegenstand der Untersuchung

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gibt es viele Hinweise darauf, dass sich die psychische Belastung von Bezugspersonen auf die Symptomatik der behandelten Patienten auswirkt. Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Erfassung der psychischen Belastung von Eltern, die ihre Kinder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz vorstellen. Sekundär sollte untersucht werden, ob eine ambulante Diagnostik zu einer Veränderung dieser Belastung führt.

Methoden

In einer naturalistischen Studie wurden die Bezugspersonen von 100 Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz befragt. Sowohl zu Beginn als auch am Ende einer erstmaligen ambulanten Diagnostikphase wurde mittels eines standardisierten Selbstbeurteilungs-Fragebogens (SCL-90-S) die psychische Belastung der Bezugspersonen erhoben. Zusätzliche Informationen wurden mit nicht-standardisierten Fragbögen von den Studienteilnehmern sowie den Behandlern erfragt.

Ergebnisse

Die Bezugspersonen der Patienten wiesen keine signifikant höhere psychische Belastung als die Normierungsstichprobe des verwendeten Tests auf. Dennoch konnte eine geringfügige, aber signifikante Reduktion der psychischen Belastung zwischen den beiden Zeitpunkten festgestellt werden. Die Belastung der vorgestellten Kinder wurde zum Ende der Diagnostik von Bezugspersonen wie auch Behandlern höher eingeschätzt als zu Beginn.

1 Einleitung

1.1 Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist eine vergleichsweise junge Fachdisziplin. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts setzen sich in Deutschland, Frankreich und England die ersten Kliniker¹ mit den psychischen Störungen des Kindesalters auseinander, Lehrbücher werden veröffentlicht und Abteilungen eröffnet. In der Zeit des Nationalsozialismus werden auch in diesem Fach die Behandler zu Tätern, tausende Patienten sterben. Nach dem Zweiten Weltkrieg wird in der DDR 1958 der erste deutsche Lehrstuhl für Kinderneuropyschiatrie gegründet, in der BRD wird 1969 der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (seit 1992 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) eingeführt (Warnke und Lehmkuhl 2011).

Trotz der jungen Tradition hat das Fach inzwischen eine hohe gesellschaftliche Relevanz. Mit recht großer Übereinstimmung gehen Schätzungen davon aus, dass in Deutschland zwischen 15 und 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen eine psychische Störung aufweisen, diese Zahl scheint auch international sowie über längere Zeiträume relativ konstant zu sein (Petermann 2005; Ihle und Esser 2002; Hölling et al. 2014). Wenn man die Diagnoseverteilungen betrachtet, ergibt sich ein etwas differenzierteres Bild. In Großbritannien etwa wurde 1999 eine Prävalenzstudie mit 10.438 Kindern und Jugendlichen zwischen 5 und 15 Jahren durchgeführt, hier wurde am häufigsten eine oppositionelle Störung (die in der ICD-10 den Sozialverhaltensstörungen zugerechnet wird) vergeben, gefolgt von Hyperkinetischen Störungen und den weiteren Sozialverhaltensstörungen. Etwas abgeschlagen folgen Angststörungen und depressive Störungen (s. a. Tabelle 1) (Ford et al. 2003).

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Text das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.

Diagnoseprävalenz in absteigender Reihenfolge nach Ford et al. 2003
Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (2,31 %)
ADHS (2,23%)
Störung des Sozialverhaltens (1,47%)
Störung mit Trennungsangst (1,17%)
Nicht näher bezeichnete externalisierende Störung (1,05%)
Spezifische Phobie (1,00%)
Nicht näher bezeichnete Angststörung (0,93%)
Depressive Störungen (0,92%)

Tabelle 1 nach Ford et al. 2003, Diagnosen nach DSM-IV

In einer deutschen Inzidenzstudie von 2012 zeigt sich (wenn man die umschriebenen Entwicklungsstörungen übergeht, welche zwar in der ICD-10 als psychiatrische F-Diagnosen aufgeführt werden, jedoch in keinem Fall Hauptdiagnosen darstellen und in der weiter unten näher erläuterten Multiaxialen Systematik der zweiten Achse zugeordnet sind) ebenfalls das Hyperkinetische Syndrom als häufigste Diagnose, auf den weiteren Plätzen folgen dann jedoch die Anpassungsstörungen, somatoforme Störungen und die emotionalen Störungen des Kindesalters (s. Tabelle 2) (Kurch-Bek und Tenckhoff 2016).

Diagnoseinzidenz in absteigender Reihenfolge nach Kurch-Bek und Tenckhoff 2016
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
Hyperkinetisches Syndrom
Akute Belastungsreaktion und Anpassungsstörungen
Somatoforme Störungen
Intelligenzminderung
Emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters
Depressive Störungen
Angststörungen
Störungen des Sozialverhaltens

Tabelle 2 nach Kurch-Bek und Tenckhoff 2016, Diagnosen nach ICD-10, quantitative Werte in der Quelle nicht angegeben.

Der Unterschied der Reihenfolge in der Häufigkeit der Diagnosen lässt sich unter

anderem durch ein unterschiedliches Studiendesign erklären (Prävalenz vs. Inzidenz; Exploration einer repräsentativen Stichprobe vs. Daten der Versorgungsträger). Der Frage, inwieweit auch Unterschiede in der Behandlungs- und Diagnosekultur eine Rolle spielen soll hier nicht weiter nachgegangen werden (die Diagnosen der angelsächsischen Studie wurden nach dem DSM-IV gestellt, dem in der internationalen Forschung gängigsten psychiatrischen Diagnosemanual – im Gegensatz dazu wurden in der deutschen Studie die Abrechnungsdaten der Kostenträger als Basis verwendet, weshalb die Diagnosen anhand der im klinischen Alltag in Deutschland gebräuchlichen ICD-10 dargestellt sind).

Angeichts dieser Zahlen verwundert es nicht, dass die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auch zunehmend von staatlicher Seite in den Blick genommen wird. So liegt hierauf ein Schwerpunkt der seit 2003 in mehreren Wellen laufenden KiGGS (Kinder- und Jugendgesundheitsstudie) des Robert-Koch-Institutes (Robert Koch-Institut 2018). Speziell in Bayern wurde 2016 durch das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege über die Kampagne „Ganz schön gemein!“ die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zum Schwerpunktthema gewählt. Die zunehmende Auseinandersetzung mit dem Thema führt trotz relativ stabiler Prävalenzraten zu einer steigenden Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, was sich exemplarisch an der Zahl stationärer Behandlungsfälle zeigt: Bei den männlichen Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren stieg sie von 1.045 je 100.000 im Jahr 2000 auf 1.877 je 100.000 im Jahr 2014, bei den weiblichen Jugendlichen von 1.132 auf 2.210. Parallel zur steigenden Nachfrage steigt auch das Angebot an Behandlungsmöglichkeiten: So konnte die Anzahl der vollstationären Behandlungsplätze alleine in Bayern von 343 im Jahr 2000 auf 661 im Jahr 2014 steigen, die Anzahl der in Bayern gemeldeten Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie stieg zwischen 2005 und 2014 von 166 auf 307 (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2016).

In welchem Ausmaß sich Angebot und Nachfrage gegenseitig positiv beeinflussen, ist eine auch medial wiederholt aufbereitete Frage. Beispielhaft sei hier die Kontroverse um die starken Zuwächse und die lokal sehr unterschiedlichen Diagnoseraten der Hyperkinetischen Störungen genannt, deren Validität seitens der Kostenträger in Frage

gestellt wurde (Grobe et al. 2013) und die unter anderem auf die großen Unterschiede im regionalen Versorgungsgrad durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zurückgeführt wurden (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2016). Auch auf Grundlage solcher Beobachtungen wurde immer wieder in der Laienpresse vermutet, dass die Zunahme psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen nicht real sei, sondern vielmehr „Modediagnosen“ gestellt würden oder sich eher gesellschaftlichen Fehlentwicklungen abbildeten (Spiegel 2013). In besagter Diskussion mag es eine Rolle spielen, dass im Kindes- und Jugendalter viele Verhaltensweisen sowohl Normvarianten einer gesunden Entwicklung als auch Krankheitssymptom sein können. Auch die Frage, inwieweit eine beschriebene Symptomatik ein Problem für den Patienten oder vielmehr das familiäre bzw. weitere soziale Umfeld darstellt, muss in diesem Zusammenhang gestellt werden. So wird etwa hyperkinetisches Verhalten abhängig von schulischem und familiärem Umfeld unterschiedlich bewertet und problematisiert. In diesem Zusammenhang gibt es deutliche Hinweise darauf, dass die Beurteilung kindlichen Problemverhaltens durch die Eltern von deren psychischen Befinden beeinflusst ist (Fergusson et al. 1993; Johnston und Short 1993; Irlbauer-Müller et al. 2017). Hieraus resultiert, dass Diagnostik und Behandlung entsprechend komplex und anspruchsvoll sind.

Aus diesem Grund wird zur Diagnosefindung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie neben der Erhebung des aktuellen Psychopathologischen Befundes und der Eigenanamnese in besonderem Maße auch die Fremdanamnese durch das familiäre Umfeld sowie weitere Kooperationspartner aus Gesundheitswesen und Gesellschaft (Vorbehandler, Schulen, Arbeitgeber, Jugendämter, Jugendhilfeträger) berücksichtigt, um zu einer möglichst umfassenden und objektiven Vorstellung von Symptomverlauf und psychosozialen Begleitumständen zu gelangen. Diese aufwendige Diagnostik spiegelt sich in der Abbildung der Diagnosen im Multiaxialen Klassifikationsschema nach der ICD-10, in welchem neben der eigentlichen psychiatrischen Diagnose (Achse I) auch Umschriebene Entwicklungsstörungen (Achse II), das Intelligenzniveau (Achse III), somatische Diagnosen (Achse IV), assoziierte psychosoziale Umstände (Achse V) sowie eine Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (Achse VI) berücksichtigt und beurteilt werden.

1.2 Psychische Störungen als Störungen der sozialen Interaktion

Insbesondere die in der „fünften Achse“ der Multiaxialen Klassifikation abgebildeten psychosozialen Umstände, welche in der Beurteilung der Symptomatik eine Rolle spielen, werden auch in der aktuellen Forschung genauer untersucht. So werden psychische Störungen von einzelnen Autoren – cum grano salis - als Störungen der sozialen Funktionen beziehungsweise der Beziehungsfähigkeit des Individuums betrachtet (Schilbach et al. 2013). Argumente für diese Betrachtungsweise lassen sich sowohl in länger zurückliegenden Untersuchungen finden (Fredman et al. 1988) als auch in aktuellen neuropsychiatrischen Untersuchungen mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (Schilbach 2016).

Unter dieser Prämisse wirft die wachsende Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Gesellschaft die Frage auf, was dies für die Beziehungsgefüge, insbesondere die Familien der Patienten, bedeutet. Auch bei der Frage nach der Pathogenese dieser „Beziehungs-Störungen“ im Kindes- und Jugendalter gerät die Patientenfamilie in den Blick: In diesem „primordialen Sozialraum“ (Lang 2011) erlernt der Mensch die soziale Interaktion und bildet seine Persönlichkeit heraus. In einem Standardwerk der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird daher gefordert: *„Da das Kind in seiner Entwicklung immer in ein Gefüge von zwischenmenschlichen Relationen eingebettet ist, dürfen Erleben und Verhalten des Kindes nicht [...] ohne Verständnis für den familiären [...] Kontext betrachtet und interpretiert werden“* (Fegert und Eggers 2012).

Auch die unterschiedlichen Psychotherapie-Schulen legen in seltener Einigkeit großen Wert auf die Eltern-Kind-Beziehung als eine Voraussetzung zum Verständnis psychiatrischer Pathologien selbst bei Erwachsenen: In der **Psychoanalyse** spricht bereits Sigmund Freud von „Gefühlserbschaften“ (Freud 1913), heute wird dieser Begriff zur Erklärung transgenerationaler Traumata herangezogen (Moré 2015). Auch in den während der psychoanalytischen Therapie wahrgenommenen Übertragungsphänomenen spiegeln sich frühe Beziehungserfahrungen des Patienten mit seinen primären Bezugspersonen wider. Die **Tiefenpsychologisch Fundierte**

Psychotherapie sieht - neben der auch hier vorhandenen Beachtung der oben aufgeführten Übertragungsphänomene - vor Allem beim adoleszenten Patienten den Prozess der Ablösung von der Primärfamilie (hinsichtlich Werte und Identität sowie konkret als „Wegzug“) als wesentliche Entwicklungsaufgabe und potenzielle Krise, weshalb zum Verständnis des Patienten und seiner Lebenswirklichkeit auch ein Verständnis für die Elternpersönlichkeit gefordert wird (Reimer und Rüger 2003). Auch in der **Kognitiven Verhaltenstherapie** geht man davon aus, dass die menschliche Persönlichkeit im Wesentlichen durch Lernerfahrungen innerhalb der Familie mitbestimmt wird, insbesondere durch Mechanismen wie Modell-Lernen oder operante Konditionierung (Belohnen bzw. Bestrafen erwünschter bzw. unerwünschter Verhaltensweisen) (Margraf und Schneider 2009). In einigen Ansätzen der sogenannten „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie werden frühe Kindheitserfahrungen noch expliziter in den Blick genommen, beispielhaft sei hier etwa die dysfunktionale „Überlebensregel“ der Strategisch-Behavioralen Therapie genannt (Hauke 2013). Die **Systemische Therapie** schließlich geht davon aus, dass der Klient als „Symptomträger“ fungiert, um als „Index“ gestörte Beziehungsmuster anzuzeigen (Schweitzer et al. 2007); hierbei bezeichnet der Begriff „System“ in der ursprünglichen Theorie die Kernfamilie, erst später wird der Ausdruck flexibler verwendet.

Zusammengefasst lässt sich formulieren, dass das Lebensumfeld eines Patienten und seine psychische Verfassung sich wechselseitig beeinflussen, eine Tatsache, der auch im inzwischen weithin anerkannten bio-psycho-sozialen Modell nach Engel Rechnung getragen wird (Engel 1977).

Eingang gefunden hat diese Erkenntnis auch in die Empfehlungen der sogenannten „Psychiatrie-Enquete“. Diese Sachverständigenkommission legte 1975 einen Maßnahmenkatalog zur Reform der psychiatrischen Versorgung in Deutschland vor (Deutscher Bundestag 1975). Ziel der empfohlenen Maßnahmen war unter Anderem *„die wohnortnahe Behandlung psychisch Kranker unter Erhaltung ihrer persönlichen und beruflichen Beziehungsnetze und die Förderung der Wiedereingliederung nach Krankenhausentlassung“* (Häfner 2016). In der Folge der damaligen „Psychiatriereform“ konnte eine deutliche Reduktion der Hospitalisierungsraten und stationären Behandlungsdauer erreicht werden, ein wichtiger Baustein hierbei war die

Stärkung der ambulanten Behandlung. Dabei ist die Wahl des Behandlungssettings damals wie heute nicht allein von der Symptomatik des Patienten oder von der generellen Verfügbarkeit der Behandlungsplätze abhängig, sondern im Wesentlichen auch von der Belastbarkeit, Kooperationsfähigkeit und den Ressourcen des sozialen Umfeldes und der Hauptbezugspersonen. So heißt es etwa in der S3-Leitlinie zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens: *„Voraussetzung für eine ambulante Behandlung ist die Kooperationsbereitschaft der Hauptbezugspersonen und des Patienten. Diese herzustellen kann auch ein erstes Therapieziel sein. Günstig ist das Vorhandensein von Ressourcen in der Familie, die bei den Interventionen hilfreich sein können“* (DGKJP 2016). Nach der S3-Leitlinie zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung kann eine (teil-)stationäre Behandlung erforderlich sein *„bei sehr geringen Ressourcen in der Familie [...] oder bei besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen“* (DGKJP 2017).

Aus den Empfehlungen wird deutlich, dass bei entsprechend vorhandenen sozialen Ressourcen die ambulante Behandlung möglichst bevorzugt werden sollte.

Ein Pfeiler der so geförderten und für große Bereiche der psychiatrischen Störungsbilder empfohlenen ambulanten Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die psychiatrischen Institutsambulanzen, deren Strukturen im Folgenden umrissen werden sollen.

1.3 Die spezifische Versorgungsstruktur der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz

Wie bereits dargestellt, steigen die Behandlungszahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie generell; besonders trifft dies auch auf die Institutsambulanzen zu: Zwischen 2003 und 2012 stieg die Anzahl der bundesweit gemeldeten kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen von 63 auf 186, von 2007 bis 2012 wuchs die Anzahl der dort abgerechneten „Fälle“ von 104.398 auf 230.309 (Fegert et al. 2018). Dieser Zuwachs ist spätestens seit der Arbeit der oben genannten „Psychiatrie-Enquete“ politisch gewollt und gefördert (siehe auch Kapitel 1.2), auch hier gilt der in den Paragraphen 39 und 73 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs festgeschriebene Grundsatz der Deutschen Gesundheitspolitik, der paraphrasiert lautet: ‚ambulant vor stationär‘.

In der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher spielen daher die Institutsambulanzen der Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen eine wichtige Rolle. Durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) wurde 2010 ein Verfahren vorgelegt, das als Empfehlung dienen soll, welche Patientengruppen in einer solchen psychiatrischen Institutsambulanz („PIA“) in Konkurrenz zu niedergelassenen Fachärzten behandelt werden sollen. Diese Empfehlungen wurden 2010 in den Rahmenvertrag der Psychiatrischen Institutsambulanzen von Abteilungspsychiatrien aufgenommen, dieser hat jedoch keine Verbindlichkeit für Ambulanzen von Fachkrankenhäusern (GKV-Spitzenverband et al. 2010). Dennoch zeigt sich im direkten Vergleich, dass im Kinder- und Jugendbereich ein deutlich niederschwelliger Zugang empfohlen wird (siehe Tabelle 3).

„PIA-Kriterium“	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Diagnose („Art der Erkrankung“)	„Positiv-Liste“ mit ausgewählten Diagnosen	Jede psychiatrische Diagnose
„Schwere der Erkrankung“	Akuter Notfall oder vier aus elf Kriterien	Akuter Notfall oder drei aus elf Kriterien
„Dauer der Erkrankung“	Bestehen seit mind. sechs Monaten oder ein Rezidiv in zwei Jahren	Bestehen seit mindestens drei Monaten oder ein Rezidiv in einem Jahr

Tabelle 3 [nach GKV-Spitzenverband et al. 2010]. (Einschränkungskriterien gelten für Abteilungspsychiatrien, nicht jedoch für Ambulanzen von Fachkrankenhäusern)

Zur Veranschaulichung des hohen Stellenwertes der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz können exemplarisch die Behandlungszahlen der primär versorgungsbeauftragten Kliniken der Region 10 (kreisfreie Stadt Ingolstadt, Landkreise Eichstätt, Pfaffenhofen und Neuburg-Schrobenhausen) für Erwachsenen- bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie dienen:

Im Jahr 2019 wurden in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Kliniken St. Elisabeth in Neuburg/Donau 300 stationäre und 104 tagklinische Aufnahmen verzeichnet. Im selben Zeitraum wurden 2461 ambulante Behandlungsfälle erfasst, die wiederum 1055 Patienten zugeordnet werden können (einem Patienten können maximal vier Fälle pro Jahr zugeordnet werden, pro Quartal gibt es nur einen Fall je Patient). Im Zentrum für psychische Gesundheit (ZPG, Erwachsenenpsychiatrie) des Klinikums Ingolstadt wurden im selben Zeitraum 4026 vollstationäre und 375 tagklinische Behandlungsfälle sowie 2628 ambulante Behandlungsfälle, die wiederum 2169 Patienten zugeordnet sind, verzeichnet (siehe Tabelle 4).

	ZPG, Klinikum Ingolstadt	KJPP, Neuburg/Donau
Ambulante Fälle (Patienten)	2461 (1055)	2628 (2169)
Teilstationäre Fälle	375	104
Stationäre Fälle	4026	300
Verhältnis stationäre/ambulante Fälle	1,64/1	0,11/1

Tabelle 4

Aufgrund der besonderen Versorgungsstruktur und des niederschweligen Zuganges sind die Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie oft auch primäre Anlaufstellen für Hausärzte, Schulen, Jugendämter und Träger der Jugendhilfe. Dadurch bedingt stellt ein erster Termin in einer solchen Ambulanz häufig überhaupt einen ersten Kontakt eines Familiensystems mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten dar.

1.4 Rolle der Patientenelementern in der KJPP

Die ambulante Behandlung stellt somit das Behandlungssetting mit der niedrigsten Zugangsschwelle dar und wird, wie oben dargestellt (siehe Kapitel 1.2 und 1.3), auch politisch bevorzugt. Daneben bestehen teil- und vollstationäre Behandlungsmöglichkeiten für die meisten Störungsbilder.

Generell ist die Familien- und Elternarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in allen Behandlungssettings und bei allen Störungsbildern von wesentlicher Bedeutung für Diagnostik und Therapie, stellt jedoch insbesondere in der ambulanten Behandlung hohe Anforderungen nicht nur an den Patienten selbst, sondern an das gesamte beteiligte Familiensystem.

Unter welchen Gesichtspunkten die Familiensysteme hierbei eingebunden und welche Anforderungen an sie gestellt werden, soll im Folgenden kurz umrissen werden.

1.4.1 Eltern als Auftraggeber und Co-Therapeuten

„Die Eltern haben die Pflicht und das Recht, für das minderjährige Kind zu sorgen (elterliche Sorge). [...] Bei der Pflege und Erziehung berücksichtigen die Eltern die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln. Sie besprechen mit dem Kind, soweit es nach dessen Entwicklungsstand angezeigt ist, Fragen der elterlichen Sorge und streben Einvernehmen an.“ So lautet §1626 des Bürgerlichen Gesetzbuches (Köhler 2019). Für die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutet dies, dass es primär den Patientenelementern obliegt, die medizinische Behandlung ihrer Kinder in die Wege zu leiten und zu steuern. Für die Therapeuten sind deshalb die Eltern neben dem Patienten die wesentlichen Ansprechpartner hinsichtlich Behandlungsauftrag und Zielsetzung. Auch hier gilt wie oben bereits erwähnt, dass die Patienten mit zunehmendem Alter autonomer Entscheidungen treffen dürfen und sollen. Des Weiteren sind die Patientenelementern wichtige Quellen für anamnestische Informationen, insbesondere bezüglich der frühkindlichen Entwicklung und des Krankheitslängsschnittes. Da sich Diagnosen und daraus resultierend auch die Behandlung zu weiten Teilen auf diese anamnestischen Angaben stützen, spielt diese Beteiligung der Eltern am kinder- und jugendpsychiatrischen Handeln eine wesentliche Rolle.

Neben der Diagnosefindung werden die Erziehungsberechtigten auch in die Therapie involviert: Ein wesentlicher Ansatzpunkt ist eine adäquate Psychoedukation sowie die Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenz (Kölch et al. 2015). Insbesondere bei externalisierenden Störungen wie hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens gilt Elterntaining als wirksame Intervention (Fegert und Kölch 2013).

1.4.2 Eltern als Teil des behandelten Systems

Neben der oben ausgeführten Rolle als „Co-Therapeuten“ kann man die Eltern der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten gewissermaßen auch als „Co-Patienten“ bezeichnen. Nach dem systemischen Ansatz, der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie traditionell einen hohen Stellenwert hat, ist ein Symptom immer vor dem Hintergrund des sozialen Kontextes zu verstehen; in der Praxis der Therapie impliziert dies, dass nicht Veränderungen im Verhalten des Patienten (Symptomebene) angestrebt werden, sondern vielmehr Erwartungshaltungen, festgefahrene Muster und Rollenzuschreibungen der ganzen Familie hinterfragt, flexibilisiert und angepasst werden sollen (Willemse und Ameln 2018).

Hinzu kommt, dass psychische Störungen häufig sowohl bei den jungen Patienten als auch bei deren Eltern vorliegen und sich gegenseitig beeinflussen. Dieser wechselseitige Einfluss ist seit langem Gegenstand der Forschung (Settipani et al. 2013), im Folgenden soll in Grundzügen ein Überblick gezeichnet werden (Kapitel 1.5 und 1.6). Aus systemischer Sicht ließe sich argumentieren, dass der Blick auf psychisch kranke Eltern respektive Kinder den zwei Seiten der gleichen Medaille entspricht; da jedoch im klinischen Alltag und vor Allem auch in der Forschung je nach Perspektive durchaus unterschiedliche Gewichtungen vorliegen, sollen die beiden Blickwinkel auch getrennt voneinander behandelt werden.

1.5 Kinder psychisch kranker Eltern

Analog zur historischen Entwicklung der Fachgebiete ist der erste Blick auf das beschriebene Eltern-Kind-Gefüge derjenige des Erwachsenenpsychiaters. In den 1930er Jahren setzen sich erste Behandler wissenschaftlich mit den Kindern ihrer Patienten auseinander (Preston und Antin 1932), ab den 1960er Jahren steigt die Zahl einschlägiger Veröffentlichungen stetig an. Eine zunehmende Rolle spielt die Auseinandersetzung mit der Bindungstheorie und die Diskussion, ob und wann der Verbleib eines Kindes bei psychisch kranken Eltern einer Pflegefamilie oder Heimunterbringung vorzuziehen ist (Winnicott 1961). Ein Großteil der moderneren Literatur beschäftigt sich mit depressiv erkrankten Eltern und hier insbesondere Müttern (Weissman et al. 1972; Cox et al. 1987; Shaw et al. 2009). Als ein vorrangiges Ziel der Forschung wird inzwischen die Entwicklung geeigneter Präventionsprogramme gesehen (Mattejat und Remschmidt 2008; Thanhäuser et al. 2017). Einen relativ aktuellen Überblick über den Stand von Forschung und klinischer Anwendung verschafft eine umfangreiche deutschsprachige Monographie aus dem Jahr 2011 (Wiegand-Grefe et al. 2011). Der Blick richtet sich hier einerseits auf die psychische Erkrankung eines Elternteils als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung, andererseits werden zunehmend auch Resilienzfaktoren und Bewältigungsstrategien betroffener Familien untersucht und hieraus Interventionsmöglichkeiten abgeleitet.

1.6 Eltern psychisch kranker Kinder

Trotz der zahlreichen Studien zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ ist die gegenteilige beziehungsweise ergänzende Fragestellung, nämlich nach den „Eltern psychisch kranker Kinder“, vergleichsweise wenig untersucht. Interessanterweise finden sich viele Untersuchungen zum Thema „psychische Belastung bei Eltern somatisch kranker Kinder“ (Magni et al. 1986; Rao et al. 2004; Boman et al. 2003; Gerhardt et al. 2003; Pedrón-Giner et al. 2014). Ein möglicher Grund hierfür mögen die in der Relation doch geringen Fallzahlen sowie die junge Tradition der Psychiatrie im Kindes- und Jugendalter im Vergleich zu den pädiatrisch-somatischen Fächern sein. Vergleichbare Studien werden vor Allem in jüngeren Vergangenheit zu einzelnen psychiatrischen Krankheitsbildern wie Depressionen oder Angststörungen durchgeführt; diese lassen jeweils auf eine hohe psychische Belastung von Eltern psychisch kranker Kinder schließen lassen (Cunningham et al. 1988; Cooper et al. 2006; Ferro et al. 2000). Des Weiteren gibt es Ansätze, die sich neben der psychischen Belastung der Bezugspersonen speziell mit den Herausforderungen an die „Elternrolle“ bei psychisch kranken Kindern auseinandersetzen. Schwerpunkte sind hier etwa die Untersuchung des Erziehungsverhaltens (Cina und Bodenmann 2009; Gluschkoff et al. 2017) oder des „elterlichen Stresserlebens“ („parenting stress“) (Mackler et al. 2015; Mäntymaa et al. 2012; Morgan et al. 2002; Rodriguez 2011; Stone et al. 2016). Dass insbesondere in den letzten Jahren die Forschung zu dem Thema zunimmt, mag auch auf eine allmählich abnehmende Stigmatisierung psychischer Krankheiten zurückzuführen sein.

1.7 Fragestellung der vorliegenden Arbeit

Wie bisher dargestellt, ist die Institutsambulanz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland ein wichtiger Pfeiler der niederschweligen Versorgung. Zugleich stellt diese Form der Behandlung große Anforderungen an die beteiligten Familiensysteme. Auch ist gut nachgewiesen, dass es einen wechselseitigen Einfluss psychischer Belastung zwischen Eltern und Kindern gibt. Während die Belastung des vorgestellten Kindes in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik regelhaft ausführlich erfolgt, gibt es nach unserem Kenntnisstand bisher keine Untersuchung, die systematisch die psychische Belastung der Bezugspersonen erhebt, deren Kinder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz vorgestellt werden.

Primäres Ziel der hier vorgelegten Arbeit ist, die psychische Belastung der Eltern von Patienten, welche erstmals zur Diagnostik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz vorgestellt werden, zu erfassen. Als sekundäres Ziel soll eine mögliche Veränderung der psychischen Belastung der Eltern zwischen Erstvorstellung und Auswertgespräch erfasst werden. Des Weiteren sollen einzelne Subgruppen (nach Alter des vorgestellten Kindes und Diagnosegruppen unterteilt) mit der untersuchten Gesamtheit verglichen werden.

Die zugrundeliegende Hypothese der Untersuchung ist, dass die Patientenelementern eine signifikant höhere psychische Belastung aufweisen als die Normstichprobe des verwendeten standardisierten Tests.

Eine zweite Hypothese ist, dass bereits durch eine eingehende Diagnostik eine Reduktion der psychischen Belastung der Eltern erreicht werden kann.

Hinsichtlich der Subgruppenanalyse wurde die Hypothese aufgestellt, dass sogenannte „externalisierende“ Störungen eine höhere Belastung der primären Bezugspersonen zur Folge haben als „internalisierende“ Störungen.

2 Methoden

2.1 Untersuchungssetting

Nachdem im Kapitel 1.3 bereits die Besonderheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz beschrieben wurden, erscheint es angebracht, die spezifischen Strukturen der Institution, in der die vorliegenden Daten erhoben wurden, zu umreißen.

2.1.1 Einzugsgebiet und Klientel der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz in Neuburg an der Donau

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Neuburg an der Donau existiert seit 1992, sie ist eingebunden in die „Kliniken St. Elisabeth“, ein Allgemeinkrankenhaus mit Abteilungen unter anderem auch für Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin sowie Pädiatrie. Anfangs bestand die Abteilung nur aus der Institutsambulanz, inzwischen findet ebenso eine teil- und vollstationäre Behandlung statt. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz werden Kinder und Jugendliche von drei bis 18 Jahren behandelt. Jüngere Kinder (vor dem Kindergartenalter) werden in Neuburg vom Sozialpädiatrischen Zentrum versorgt, ab dem 18. Geburtstag erfolgt keine Neuaufnahme in die KJPP-Ambulanz mehr, bereits vorgestellte Patienten können in Ausnahmefällen jedoch bis zum vollendeten 21. Lebensjahr weiterbehandelt werden, wenn etwa Entwicklungsstand oder die Art der Erkrankung eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung weiter erfordern. Für die Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz gelten die unter 1.6 aufgeführten Eingangskriterien: Es soll mindestens eine psychiatrische Diagnose aus dem ICD-10 (Kapitel V) vorliegen und die Erkrankung soll entweder hinreichend schwer sein oder hinreichend lange andauern (vgl. Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V). Die Psychiatrische Institutsambulanz der KJPP Neuburg an der Donau hat einen Versorgungsauftrag für die sogenannte „Region 10“; diese setzt sich zusammen aus der kreisfreien Stadt Ingolstadt sowie den Landkreisen Eichstätt, Pfaffenhofen und Neuburg-Schrobenhausen. Des Weiteren werden Patienten aus dem

sogenannten „Rainer Winkel“ (Regierungsbezirk Schwaben, Landkreise Aichach-Friedberg und Donau-Ries) aufgrund der geographischen Nähe mitversorgt (siehe Abbildung 1: Region 10 fett umrandet, „Rainer Winkel“ angrenzend).



Abbildung 1

Da diese einen geringen Prozentsatz der Patienten ausmachen, wird hierauf nicht näher eingegangen. Die Region 10 hat (Stand 30.06.2018) 489.298 Einwohner, von denen 70.411 zwischen 3 und 18 Jahre alt sind. (Stadt Ingolstadt 2018). In der Region 10 betreibt neben der KJPP Neuburg die kbo-Heckscher-Klinik München eine Ambulanz

und Tagklinik in Ingolstadt, zudem existieren zum Erfassungszeitraum der vorgelegten Studie in Neuburg eine sowie in Ingolstadt drei kinder- und jugendpsychiatrische Praxen.

2.1.2 Procedere bei Erstvorstellungen

Das Behandlungsteam der Institutsambulanz setzt sich aus ärztlichem Dienst (Fachärzte und Weiterbildungsassistenten), psychologischem Fachdienst, Sozialdienst und Personal aus dem Pflege- und Erziehungsdienst zusammen. Des Weiteren sind Verwaltungskräfte insbesondere in die Terminierung involviert.

Wird ein Patient neu in der Ambulanz angemeldet, so geschieht dies in der Regel telefonisch. Patienten, bei denen ein dringender Behandlungsbedarf besteht, werden umgehend zur Beurteilung einbestellt. Da diese Notfallvorstellungen hier nicht untersucht wurden, wird auf eine Schilderung des Prozederes verzichtet. Bei weniger dringlichen Fragestellungen wird den Sorgeberechtigten postalisch ein Anmeldebogen zugesandt. Sobald dieser ausgefüllt retourniert wurde, wird durch einen diesbezüglich erfahrenen Mitarbeiter geprüft, ob eine Indikation für eine Behandlung in der Institutsambulanz besteht (siehe oben). Falls dies zutrifft, wird den Sorgeberechtigten ein Termin für eine Erstvorstellung mitgeteilt. Dieser erste Termin findet bei einem Mitarbeiter aus dem ärztlichen oder psychologischen Dienst statt, dieser fungiert in der Folge als „Fallführer“, das heißt als Person, welche für Patient und Eltern primärer Ansprechpartner ist und bei der die Mehrzahl der Termine stattfinden. In der Erstvorstellung werden ein Psychopathologischer Befund und eine vorläufige Anamnese erhoben sowie das weitere Procedere besprochen. In der Regel folgen hierauf zur Vervollständigung der umfassenden Diagnostik eine Reihe weiterer Termine:

- Eine ärztliche Untersuchung, welche sowohl eine orientierende körperliche Untersuchung zur Differentialdiagnostik und Erfassung des Entwicklungsstandes umfasst als auch eine erneute Erhebung des Psychopathologischen Befundes.
- In der Regel zwei Termine bei einem Mitarbeiter des Psychologischen Fachdienstes zur psychometrischen Testdiagnostik. Diese umfasst standardisierte Fragebögen und projektive Verfahren.
- Je nach Lebenssituation ein Anamnesegespräch mit beiden Eltern oder zwei (in Ausnahmefällen mehr) Termine mit den jeweiligen Eltern bzw. sonstigen Bezugspersonen.

- Eine Untersuchung der kognitiven Entwicklung und Leistungsfähigkeit („Intelligenztest“).
- Je nach Fragestellung weitere Termine, etwa zur Teilleistungsdiagnostik, für apparative Untersuchungen (EEG, MRT, Blutentnahme), standardisierte sprach- oder ergotherapeutische Untersuchungen.

Des Weiteren werden entweder durch den Fallführer oder den Sozialdienst Informationen von Vorbehandlern, Schulen, Jugendämtern und weiteren externen Stellen eingeholt. Bei entsprechenden Fragestellungen wird zudem um die Überprüfung von Gehör oder Visus gebeten.

Aufgrund der Anzahl der erforderlichen Termine dauert diese Diagnostikphase in der Regel mehrere Monate, weshalb nach ihrem Abschluss auch eine gewisse Aussage über den Krankheitsverlauf möglich ist. Nach dem letzten der hier aufgeführten Termine wird der Fall in einer multiprofessionellen Teambesprechung unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorgestellt und diskutiert. Als Ergebnis werden Diagnose(n) und Empfehlungen für die weitere Behandlung festgelegt. Diese werden den Patienteneltern und - je nach Alter mehr oder weniger ausführlich - auch dem Patienten in einem Auswertgespräch vermittelt. Je nach Bedarf des Patienten und Wunsch der Sorgeberechtigten werden hierauf Folgetermine in der Institutsambulanz vereinbart oder gegebenenfalls externe Weiterbehandler vermittelt.

2.2 Stichprobe

Die Studienpopulation besteht aus den Sorgeberechtigten von ab dem Startdatum 100 konsekutiv in der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz zur erstmaligen Diagnostik vorgestellten Patienten. Voraussetzung für den Einschluss war eine schriftliche Einverständniserklärung (siehe Anhang 1) über die Teilnahme an der Studie. Die Information hierüber erfolgte im Rahmen der Einladung zur Erstvorstellung in der Ambulanz, die Aufklärung und Klärung der Teilnahmebereitschaft zu Beginn des Erstvorstellungstermins.

Da die Rekrutierung der Patienten mit zeitlichem Vorlauf vor dem ersten Diagnostiktermin stattfand, wurden reguläre Terminvergaben berücksichtigt, das heißt insbesondere keine Notvorstellungen. Als „Erstvorstellung“ wurden Patienten gewertet, welche entweder noch nie zuvor in der durchführenden Institutsambulanz vorstellig waren oder deren letzter Termin länger als zwei Jahre zurücklag. In dem letzten Fall findet regelhaft ebenfalls eine erneute vollständige standardisierte Diagnostik statt wie oben beschrieben. Nicht berücksichtigt wurde eine mögliche vorhergehende Diagnostik beziehungsweise Behandlung bei externen Stellen, wie etwa niedergelassenen Fachärzten, anderen Ambulanzen, teil- oder vollstationäre Behandlungen. Die Rekrutierung wurde mit Erreichen der einhundertsten Teilnehmer beendet, die Datenerhebung mit dem zeitlich letzten Auswertgespräch aller teilnehmenden Patienteneatern. Da aufgrund des Studiendesigns als naturalistische, explorative Studie ausschließlich spontan vorgestellte Patienten berücksichtigt werden sollten, erfolgte keine weiterführende Rekrutierung außer einer ausführlichen Aufklärung der Ambulanzmitarbeiter.

2.3 Studiendesign

Mit der Vergabe eines Termines zur Erstvorstellung, welche postalisch erfolgte, erhielten die Sorgeberechtigten ein Begleitschreiben, welches in knapper Form über die durchgeführte Studie informiert und auf dessen Rückseite eine Einverständniserklärung samt Datenschutzerklärung beigefügt war (siehe Anhang 1). Am Termin der Erstvorstellung wurden die Patientenelementer beziehungsweise Sorgeberechtigten gefragt, ob sie bereit seien, an der Studie teilzunehmen; etwaige Fragen konnten im persönlichen Gespräch gestellt und beantwortet werden. Falls keine Teilnahme gewünscht war, erfolgte kein Einschluss. Falls die Eltern zu einer Teilnahme bereit waren, wurden ihnen zur Selbstbeurteilung der gegenwärtigen eigenen psychischen Belastung eine „Symptom-Check-List-90-Standard“ (im Folgenden SCL-90-S) sowie ein Elternfragebogen (siehe Anhang 2) ausgehändigt und sie wurden gebeten, diese Fragebögen auszufüllen. Hiermit wurde ein Ausgangswert für die subjektive psychische Belastung erhoben. Nach dem Termin wurde durch den „Fallführer“ die erste Seite des Behandlerfragebogens (siehe Anhang 4) ausgefüllt.

Nach dem Auswertgespräch wurden die Eltern erneut um das Ausfüllen eines SCL-90-S-Fragebogens sowie der zweiten Version des Elternfragebogens (siehe Anhang 3) gebeten. Diese Fragebögen dienten zur Erhebung des follow-ups der subjektiven psychischen Belastung. Durch den Fallführer wurde zu diesem Zeitpunkt die zweite Seite des Behandlerfragebogens (siehe Anhang 4) ergänzt.

2.4 Messmethoden

2.4.1 SCL-90-S

Zur Erhebung der psychischen Belastung der Patienteltern wurde als standardisiertes Testverfahren der Fragebogen „Symptom-Checklist-90-Standard“ (kurz: SCL-90-S) verwendet. Dieser ist die aktuellste Ausgabe der SCL-Familie und damit einer der am häufigsten angewandten Fragebögen in der internationalen Forschung (Koch 2014; Franke 2001). Es handelt sich um einen Selbstbeurteilungsbogen mit 90 Items, als Antwortmöglichkeit ist eine fünfstufige Likert-Skala vorgegeben. Als Beispiel diene hier die erste Frage *„Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter Kopfschmerzen?“* Antwort *„überhaupt nicht“* (0) bis *„sehr stark“* (4). Vorteile des gewählten Verfahrens sind eine rasche Durchführbarkeit nach kurzer Instruktion, das Erfassen eines eng umschriebenen zeitlichen Rahmens (sieben Tage vor Erhebung), was einen intraindividuellen Vergleich der psychischen Belastung der Eltern zwischen zwei Zeitpunkten (Erstvorstellung und Abschlussgespräch) ermöglicht sowie eine hohe Validität und Reliabilität, insbesondere der globalen Skalen (Hessel et al. 2001), welche auch in der vorliegenden Untersuchung verwendet wurden: Im Einzelnen sind diese Globalwerte:

- GSI (Global Severity Index, errechnet als Summe der Rohwerte der einzelnen Items) als Maß für die grundsätzliche psychische Belastung,
- PST (Positive Symptom Total), welcher die Anzahl der Antworten mit einem Wert größer Null angibt,
- PSDI (Positive Symptom Distress Index, errechnet aus dem Quotienten aus Rohwertsumme und Anzahl der Items mit einem Wert größer Null) als Maß für die Antwortintensität.

In der Auswertung wurden zum Zweck der besseren Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit die „T-Werte“ der Globalskalen verwendet (Mittelwert = 50, Standardabweichung = 10, Relation zur Normstichprobe aus der Validierung des Tests).

2.4.2 Eigens entwickelte Fragebögen

Neben den standardisierten SCL-90-S-Fragebögen wurden auch eigene Bögen entwickelt, um neben der subjektiven elterlichen psychischen Belastung auch Informationen für weitere Fragestellungen erfassen zu können. Diese sollen im Folgenden vorgestellt und erläutert werden.

2.4.2.1 Elternfragebögen

Von den Eltern wurde zum Zeitpunkt der Erstvorstellung sowie nach dem Auswertgespräch jeweils ein selbst erstellter Fragebogen ausgefüllt (siehe Anhang 2 und 3). Der erste Fragebogen erhebt die eigene subjektive Belastung, die von den Eltern wahrgenommene Belastung des vorgestellten Kindes, eine Frage nach potenziellen Stressoren für die Eltern mit Mehrfachauswahl und optionalem Freitext sowie die Frage nach einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung des ausfüllenden Elternteils. Letzteres dient dazu, mögliche Korrelationen, etwa mit Diagnosegruppen der Kinder oder elterlicher Belastung, erfassen zu können.

2.4.2.2 Behandlerfragebögen

Neben der Selbstbeurteilung der Eltern wurde auch eine Fremdbeurteilung durch die Behandler erhoben (siehe Anhang 4). Hier wurde zum Zeitpunkt der Erstvorstellung - neben Alter und Geschlecht des Patienten - ebenfalls die subjektiv wahrgenommene psychische Belastung der Patienten und Bezugspersonen erfragt. Nach dem Auswertgespräch wurden Diagnosen (nach ICD-10, ohne Auswahlmöglichkeit) und Therapieempfehlungen (elf Auswahlmöglichkeiten, Mehrfachantworten möglich) erfasst sowie erneut die subjektiv wahrgenommene psychische Belastung des Patienten und der Bezugspersonen.

2.5 Statistik

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels der Software „IBM® SPSS® Statistics – Version 26“. Die Daten wurden zunächst deskriptiv ausgewertet. Die Beschreibung quantitativer Messwerte erfolgte mittels Arithmetischem Mittelwert, Median und Standardabweichung, deren graphische Darstellung je nach Fragestellung mittels box-plot-Graphiken. Die Beschreibung qualitativer Messwerte erfolgte mittels absoluter und relativer Häufigkeiten, deren graphische Darstellung mittels (gruppierten) Balken- bzw. Punktdiagrammen.

In der statistischen Analyse wurden je nach Fragestellung gepaarter t-Test, ANOVA, Wilcoxon-Test, beziehungsweise Chi-Quadrat-Test angewandt.

2.6 Ethik

In der Planungsphase wurde die Studie anhand eines Studienprotokolls der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilian-Universität München zur Bewertung vorgelegt. Nach Anpassung des Datenschutzpassus in der Aufklärung bzw. Einverständniserklärung wurden seitens der Ethikkommission keine Einwände gegen die Durchführung erhoben.

2.7 Datenmanagement und Datenschutz

Bei der vorliegenden Studie wurden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Jeder teilnehmenden Familie wurde ein Pseudonym (fortlaufende Nummern von 1 bis 100) zugewiesen. Um jederzeit einen Widerruf der Teilnahme mit umgehender Löschung der studienbezogenen Daten zu ermöglichen, wurde eine Verblindungsliste durch den Studienleiter räumlich getrennt von den Probandenunterlagen vorgehalten. Eine Datenweitergabe wurde ausgeschlossen.

Im Falle des Widerrufs der Einwilligung bestand die Möglichkeit, die pseudonymisiert gespeicherten Daten zu vernichten. Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode war auf den Studienleiter beschränkt. Den Studienteilnehmern wurde das Recht eingeräumt, Auskunft (einschließlich Kopie) über die sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung oder ggf. Löschung zu verlangen (s. a. Datenschutzpassus in Anhang 1). Diese Möglichkeit wurde von keinem Teilnehmer in Anspruch genommen.

3 Ergebnisse

Für die vorgelegte Untersuchung zur psychischen Belastung von Eltern der Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Institutsambulanz erfolgte die Teilnehmerrekrutierung vom 04.07.2018 bis zum 18.02.2020 (erste bzw. hundertste Erstvorstellung von teilnehmenden Bezugspersonen). Die Datenerhebung wurde am 18.09.2020 (letztes Auswertgespräch) abgeschlossen.

Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung wurden bei teilnehmenden Eltern bzw. Bezugspersonen mittels des oben beschriebenen SCL-90-S die Symptombelastung erhoben. Zudem wurde anhand eines selbst erstellten Fragebogens die subjektive Einschätzung zur eigenen psychischen Belastung sowie der psychischen Belastung des vorgestellten Kindes (jeweils mittels einer fünfstufigen Skala von 0 bis 4) erfragt sowie mögliche Belastungsfaktoren (Mehrfachauswahl) und die Frage, ob die befragte Person sich selbst in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befand (aktuell oder in Vergangenheit).

Zum Zeitpunkt des Auswertgespräches wurde erneut ein SCL-90-S durch die Bezugspersonen ausgefüllt, ebenso erneut ein selbsterstellter Fragebogen, in welchem neben der subjektiven Einschätzung der psychischen Belastung der Bezugspersonen selbst bzw. des vorgestellten Kindes diesmal auch erfasst wurde, inwiefern die ambulante Diagnostikphase als hilfreich empfunden wurde.

Als ergänzende Daten wurden von den Behandlern das Alter des vorgestellten Kindes, ebenfalls eine subjektive Einschätzung der psychischen Belastung von Bezugsperson und Patient (zu beiden Erhebungszeitpunkten) sowie die gestellten Diagnosen und getroffenen Empfehlungen beim Auswertgespräch erfragt.

In die Auswertung wurden die Daten all derjenigen Teilnehmer aufgenommen, von denen mindestens ein Fragebogen zum Zeitpunkt der Erstvorstellung ausgefüllt abgegeben wurde, dies war bei 90 Teilnehmern der Fall. Von den restlichen 10 Teilnehmern lagen keine verwertbaren Daten vor. Diese Stichprobe wurde der Querschnittuntersuchung zugrunde gelegt.

Von den 90 Teilnehmern wurde zum Zeitpunkt des jeweiligen Auswertgespräches noch von 55 mindestens ein Fragebogen ausgefüllt. Weshalb von den übrigen 35 Teilnehmern

keine Daten mehr erhoben wurden (Abbruch der Diagnostik, stationäre Aufnahme vor Ende der Diagnostikphase, kein Interesse mehr an der Studienteilnahme), wurde nicht weiter erfasst (siehe Abbildung 2). Die Längsschnittuntersuchung fußt auf denjenigen 55 Teilnehmern, von denen Fragebögen für beide Erhebungszeitpunkte vorlagen.

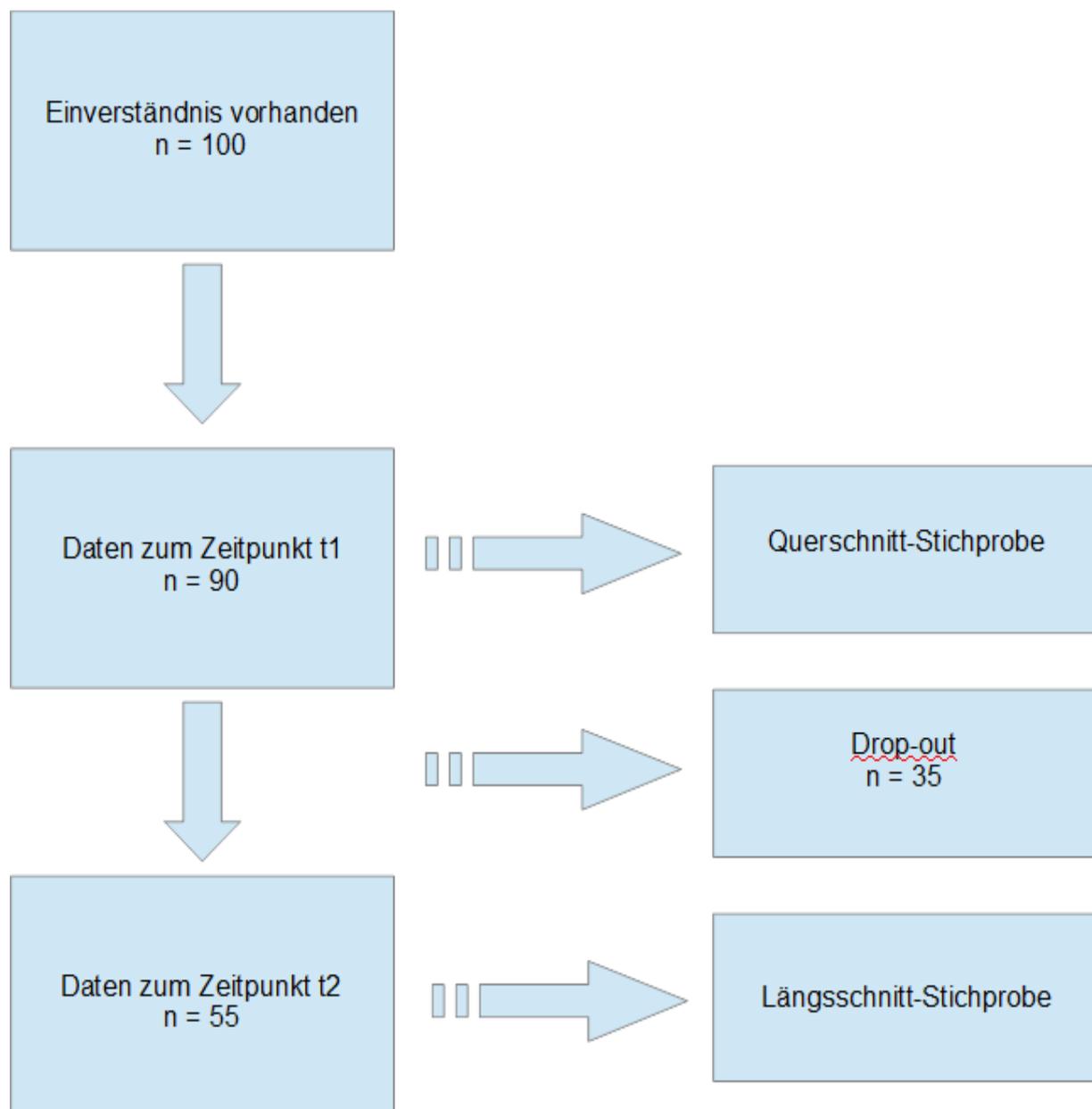


Abbildung 2

Bei näherer Betrachtung der Stichproben zeigt sich ein signifikanter Unterschied in der Altersverteilung: Die vorgestellten Patienten waren in der Längsschnittgruppe im Mittel 8,15 Jahre alt, in der drop-out Gruppe 10,54 Jahre. (Signifikanztest mittels Mann-Whitney-U-Test: $p < 0,005$), s. Tabelle 5, Abbildung 3.

Gruppenstatistiken					
	Daten zum Zeitpunkt t2	N	Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Geschlecht des Patienten	Ja	55	1,36	,485	,065
	Nein	35	1,29	,458	,077
Alter des Patienten bei Erstvorstellung in Jahren	Ja	55	8,15	2,031	,274
	Nein	35	10,54	3,543	,599

Tabelle 5

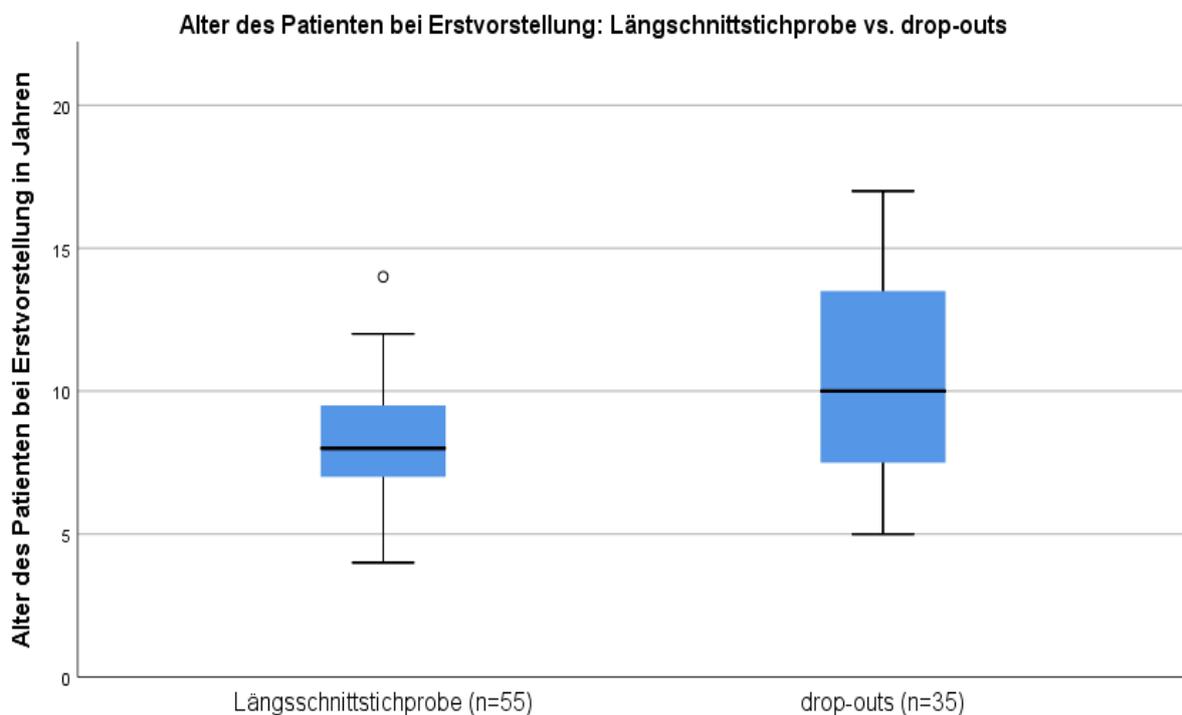


Abbildung 3

Für die Geschlechtsverteilung ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Längsschnitt- und der drop-out-Gruppe (Chi-Quadrat nach Pearson $p = ,445$), s. Abbildung 4.

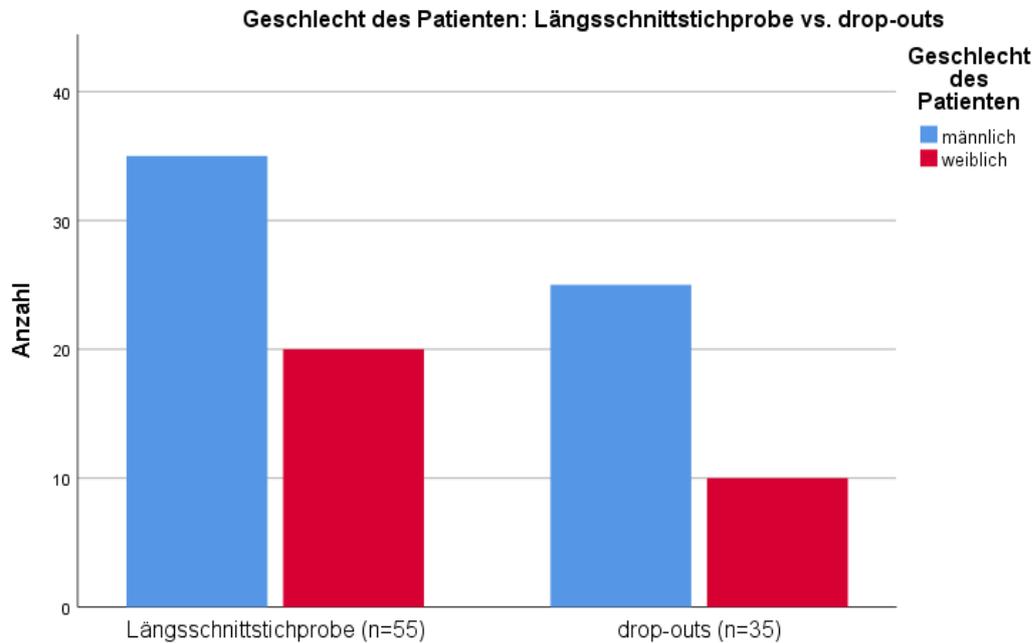


Abbildung 4

Im Folgenden sollen zunächst (**Kapitel 3.1**) die Ergebnisse der **Querschnitt-Stichprobe** zum Zeitpunkt der Erstvorstellung unter folgenden Gesichtspunkten dargestellt werden:

- Geschlechts- und Altersverteilung der vorgestellten Kinder
 - Diagnosen der vorgestellten Kinder
 - Therapieempfehlungen
 - Psychische Symptombelastung der Bezugspersonen (erhoben durch SCL-90-S)
 - Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung von Bezugspersonen und Patienten
 - Subjektive Belastungsfaktoren
 - Eigene psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung der Bezugspersonen
- } Post hoc erhoben

Anschließend (**Kapitel 3.2**) soll untersucht werden, ob sich für die **Längsschnitt-Stichprobe** (diejenigen Teilnehmer, von denen Daten für beide Untersuchungszeitpunkte vorliegen), zwischen den Terminen Veränderungen in folgenden Parametern ergeben haben:

- Psychische Symptombelastung der Bezugspersonen (erhoben durch SCL-90-S)
- Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung von Bezugspersonen und Patienten

In der Folge (**Kapitel 3.3**) soll geprüft werden, ob es im Hinblick auf die oben genannten Parameter relevante Unterschiede zwischen der „drop-out-Gruppe“ (diejenigen Teilnehmer, für die nur zum Zeitpunkt der Erstvorstellung, nicht aber für das Auswertgespräch Daten vorliegen) und der Longitudinal-Stichprobe gibt.

Als **post-hoc-Analyse (Kapitel 3.4)** werden einzelne Fragestellungen aufgegriffen, die sich in der Datenanalyse ergeben haben:

- Gibt es hinsichtlich der Diagnosen sowie Alters- und Geschlechtsstruktur der vorgestellten Kinder Unterschiede zwischen besonders hoch bzw. gering belasteten Bezugspersonen?
- Ist eine psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung einer Bezugsperson ein Prädiktor für deren psychische Symptombelastung?

3.1 Querschnittanalyse zum Zeitpunkt der Erstvorstellung

3.1.1 Bezug der Studienteilnehmer zum vorgestellten Kind

Zum Ende der Erfassung konnten von insgesamt 90 Studienteilnehmern verwertbare Daten erhoben werden. Die Erhebung erfolgte über den Zeitraum vom 04.07.2018 (Datum des erste Vorstellungstermines, die letzte Erstvorstellung fand am 18.02.2020 statt) bis zum 18.09.2020 (Datum des letzten Auswertgespräches). Über ein Item des selbst erstellten Fragebogens wurde erfragt, in welcher Beziehung der Studienteilnehmer zum vorgestellten Kind steht. Hierbei ergab sich ein deutliches Überwiegen von Müttern (n=83) gegenüber Vätern (n=5) bzw. sonstigen Bezugspersonen (n=2) (vgl. Abbildung 5)

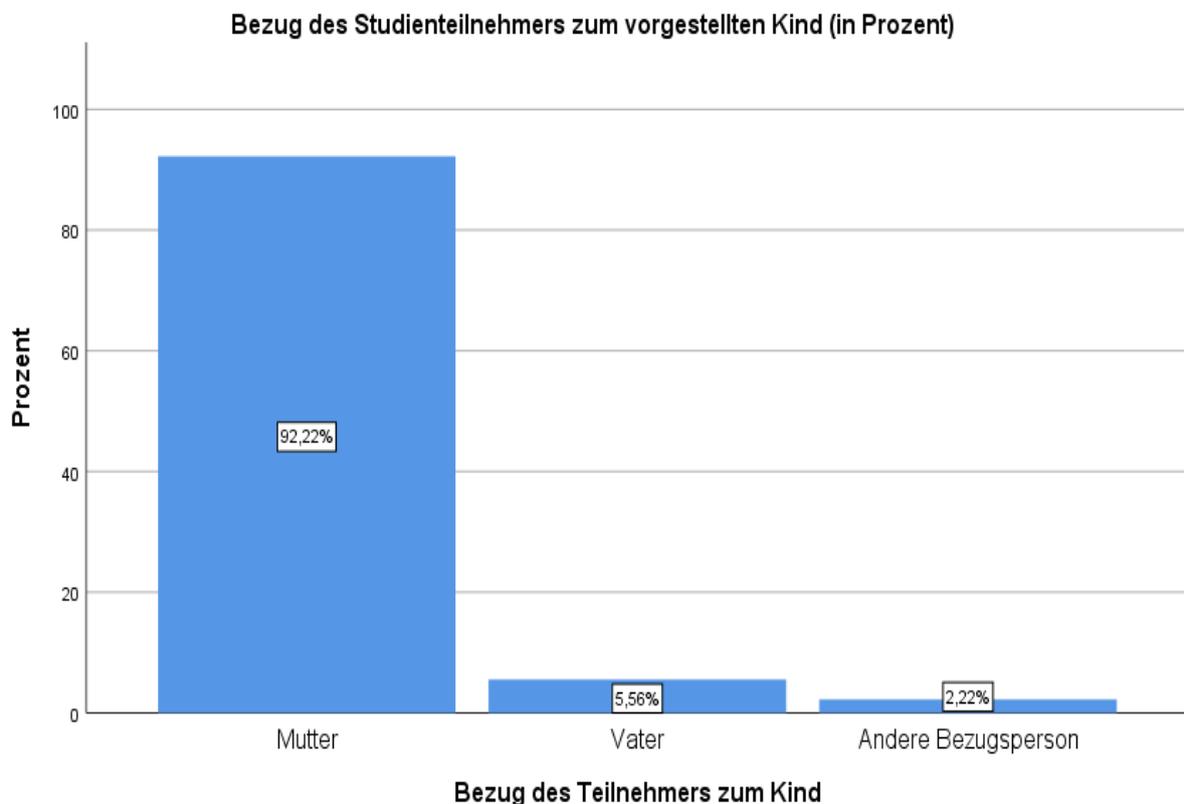


Abbildung 5

3.1.2 Geschlechts- und Altersverteilung der vorgestellten Kinder

Von den 90 Probanden, von denen verwertbare Daten vorlagen, konnte bei allen vorgestellten Kindern Geschlecht und Alter erhoben werden.

Bezüglich des Geschlechtes ergab sich ein deutliches Überwiegen der männlichen Patienten mit $66,6\%$ gegenüber $33,3\%$ weiblichen Patienten (s. Tabelle 6). Die Auswahlmöglichkeit „divers“ bei der Angabe des Geschlechts wurde nicht verwendet.

		Geschlecht des Patienten			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	männlich	60	66,7	66,7	66,7
	weiblich	30	33,3	33,3	100,0
	Gesamt	90	100,0	100,0	

Tabelle 6

Die vorgestellten Kinder und Jugendlichen waren zwischen 4 und 17 Jahren alt mit einem Mittelwert von 9 Jahren (Standardabweichung 2,9) (s. Tabelle 7).

Alter des Patienten in Jahren

N	Gültig	90
	Fehlend	0
Mittelwert		9,08
Median		9,00
Std.-Abweichung		2,946
Spannweite		13
Minimum		4
Maximum		17

Tabelle 7

Die weiblichen Patienten waren im Durchschnitt etwas älter (Mittelwert 9,6; SD 3,3) als die männlichen (Mittelwert 8,8; SD 2,8), wie Abbildung 6 deutlich macht. Der Altersunterschied zwischen den Gruppen ist nicht signifikant ($p=,237$ in einfacher Varianzanalyse)

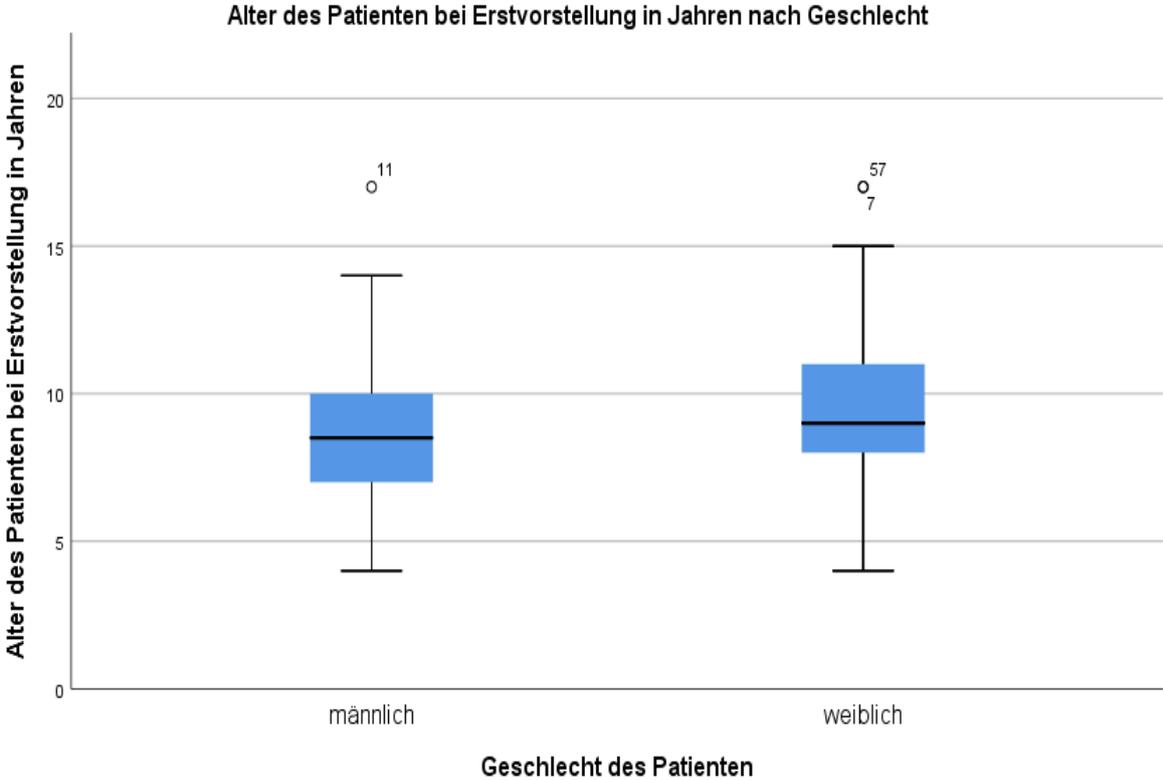


Abbildung 6

3.1.3 Diagnosen der vorgestellten Kinder

Die Hauptdiagnose des vorgestellten Kindes wurde zum Zeitpunkt des Auswertgespräches vom Hauptbehandler erfragt. Von den 90 eingeschlossenen Patienten wurde bei 89 eine Hauptdiagnose angegeben. Die Erhebung erfolgte über die gängige ICD-10-Codierung. Es kristallisieren sich mehrere Hauptgruppen heraus: AD(H)S (F90.0, F98.80, 30 Patienten), Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43.2, F43.8, 18 Patienten), Emotionale Störungen des Kindesalters (F93, 16 Patienten) sowie mit einem niedrigeren Wert Affektive und Angststörungen (F32, F34, F40.2, F41.1, 7 Patienten) Die angegebenen Diagnosen werden in ihrer Gesamtheit in Tabelle 8 angegeben.

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	F06.8	1	1,1
	F32.1	1	1,1
	F32.2	2	2,2
	F34.0	1	1,1
	F40.2	3	3,3
	F41.1	1	1,1
	F43.2	13	14,4
	F43.8	5	5,6
	F45.8	1	1,1
	F50.3	2	2,2
	F70.1	1	1,1
	F84.5	3	3,3
	F90.0	27	30,0
	F90.1	4	4,4
	F92.0	1	1,1
	F93.0	2	2,2
	F93.2	1	1,1
	F93.3	1	1,1
	F93.8	12	13,3
	F94.8	1	1,1
	F98.0	1	1,1
	F98.80	5	5,6
	Gesamt		89
Fehlend	Fehlend	1	1,1
Gesamt		90	100,0

Tabelle 8

Zu Analysezwecken erfolgte in einem weiteren Schritt eine Einteilung auf folgende Diagnosegruppen (orientiert u.a. am Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Fegert und Kölch 2013)):

- Internalisierende Störungen (Angst- und Zwangsstörungen, Affektive Störungen, emotionale Störungen des Kindesalters) und Anpassungsstörungen
- Externalisierende Störungen (ADHS, Sozialverhaltensstörungen)
- Sonstige Diagnosen

Hier zeigt sich ein Überwiegen der internalisierenden Störungen (siehe Tabelle 9).

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Externalisierende Störung	31	34,4
	Internalisierende Störung	49	54,4
	Sonstige Störung	9	10,0
	Gesamt	89	98,9
Fehlend	Fehlend	1	1,1
Gesamt		90	100,0

Tabelle 9

Aufschlussreich ist der Vergleich der Diagnosegruppen nach Geschlecht, der einen hochsignifikant (Chi-Quadrat nach Pearson $p = ,002$) höheren Anteil männlicher Patienten für externalisierende Störungen aufweist (siehe Abbildung 7).

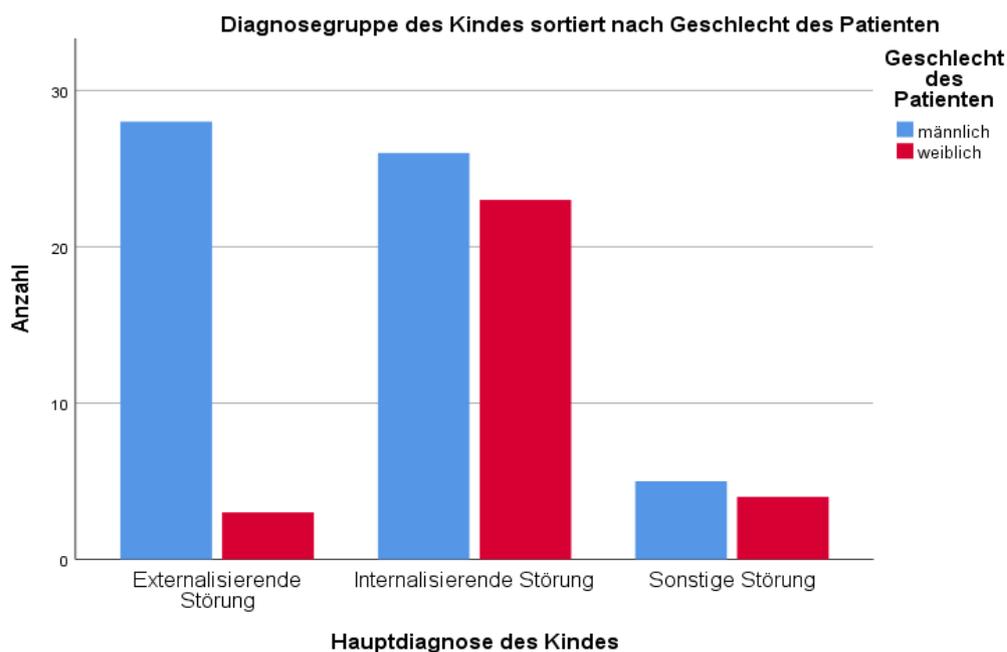


Abbildung 7

3.1.4 Therapieempfehlungen

Zum Abschluss der Diagnostikphase wurde vom Hauptbehandler erfragt, welche Therapien oder Maßnahmen den Patienten bzw. deren Bezugspersonen mitgeteilt wurden. Folgende Auswahlmöglichkeiten wurden vorgegeben (mit der Möglichkeit der Mehrfachauswahl):

- Ambulante Psychotherapie
- Medikation
- Teil- / vollstationäre Behandlung
- Ambulante Jugendhilfe / Suchtberatung
- Pädagogische Maßnahmen (Schulwechsel, Individualbegleitung)
- Stationäre Jugendhilfe
- Primär bei den Bezugspersonen ansetzende Maßnahmen (Erziehungsberatung / Elterntraining / Psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung eines Elternteils)

Eine Übersicht über die Häufigkeit der einzelnen Empfehlungen findet sich in Tabelle 10

Häufigkeiten der Therapieempfehlungen (nach Häufigkeit absteigend)

		Antworten N	Prozent der Fälle
Therapieempfehlungen	Ambulante Psychotherapie	54	62,8%
	Erziehungsberatung/ Elterntraining/aufsuchende Behandlung/ Behandlung eines Elternteils	38	44,2%
	Medikation	37	43,0%
	Pädagogische Maßnahme	23	26,7%
	Teil- /Vollstationäre Behandlung	18	20,9%
	Ambulante Jugendhilfe/Suchtberatung	12	14,0%
	Stationäre Jugendhilfemaßnahme	2	2,3%

Tabelle 10

Mit Abstand die häufigste Empfehlung ist die ambulante Psychotherapie, gefolgt von Maßnahmen, die direkt auf die Bezugspersonen abzielen (Erziehungsberatung, Elterntraining, aufsuchende pädagogische Behandlung und psychiatrische bzw.

psychotherapeutische Behandlung eines Elternteils). Nahezu gleichauf folgt eine medikamentöse Behandlung des Kindes und mit einigem Abstand pädagogische Maßnahmen, stationäre Behandlung sowie Jugendhilfemaßnahmen.

Bei den 35 Familien, von denen nur zum ersten Zeitpunkt verwertbare Daten vorlagen, wurden nur bei zweien keine Therapieempfehlungen angegeben; unter welchen Bedingungen den übrigen 33 Bezugspersonen und Eltern die Empfehlungen mitgeteilt wurden, wurde nicht näher erfasst; denkbar sind z.B. eine stationäre Behandlung vor Ende der ambulanten Diagnostik, ein fehlender ausführlicher Diagnostikauftrag der Studienteilnehmer (wobei dann auch in diesen Fällen zum Behandlungsabschluss eine Falldiskussion erfolgte und ein Arztbrief an den niedergelassenen Haus- oder Kinderarzt geschickt wurde) oder auch eine regulär absolvierte Diagnostik und Nicht-Ausfüllen oder Nicht-Rücksenden der Fragebögen zum Auswertgespräch.

3.1.5 Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung durch Bezugspersonen und Therapeuten

Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung wurde von den Bezugspersonen neben dem SCL-90-S-Fragebogen auch eine grundsätzliche Einschätzung zur psychischen Belastung des vorgestellten Kindes sowie der Bezugsperson selbst erfragt. Hierfür war jeweils ein Item im selbst erstellten Elternfragebogen vorgesehen, mit Antwortmöglichkeiten von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark). Von den behandelnden Therapeuten wurde mit einer analogen Frage ebenfalls eine Einschätzung erhoben.

Hierbei wurde von den Bezugspersonen die eigene sowie die Belastung der Kinder ähnlich hoch angegeben, der (aufgrund des Ordinalskalenniveaus nur fiktive) Mittelwert für die subjektive Belastung des Kindes lag bei 2,01 (SD 0,9, Median 2) gegenüber 2,09 (SD 1,0, Median 2) für die eigene psychische Belastung. Die Behandler schätzten hingegen die Belastung des Kindes mit einem fiktiven Mittelwert von 1,42 (SD 1,0, Median 1) signifikant niedriger ein (Signifikanz im Wilcoxon-Test ,001), bezüglich der Belastung der Bezugspersonen (laut Behandler Mittelwert 2,03, Standardabweichung 0,9, Median 2) ergab sich keine signifikante Differenz (Signifikanz im Wilcoxon-Test > ,5), siehe auch Tabellen 11 und 12.

Einschätzung der psychischen Belastung bei Erstvorstellung

	N	Mittelwert	Std.-Abweichung
Belastung des Patienten bei Erstvorstellung laut Behandler	66	1,42	,962
Belastung des Patienten bei Erstvorstellung laut Bezugsperson	78	2,01	,947
Belastung der Bezugsperson bei Erstvorstellung laut Behandler	66	2,03	,911
Belastung der Bezugsperson bei Erstvorstellung laut eigener Einschätzung	78	2,09	1,009

Table 11

Wilcoxon-Test

	Belastung des Patienten bei Erstvorstellung – Einschätzung durch Behandler ggü. Be- zugsperson	Belastung der Bezugsperson bei Erstvorstel- lung – Einschätzung durch Behandler ggü. Bezugsperson
Asymptotische Signifikanz (2-sei- tig)	,001	,694

Table 12

3.1.6 Belastungsfaktoren

Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung wurden die Bezugspersonen nach subjektiven Belastungsfaktoren gefragt; auch hier waren Antwortmöglichkeiten vorgegeben, eine Mehrfachantwort war möglich.

Führende Angaben waren hier einerseits die Schulsituation des vorgestellten Kindes mit 52 Nennungen, gefolgt von Konflikten mit dem Kind (47 Nennungen). Auch die weiteren Antwortmöglichkeiten wurden häufig genannt (s. Tabelle 13).

Häufigkeiten der subjektiven Belastungsfaktoren

Subjektive Belastungsfaktoren ^a	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Streit mit dem Kind	47	27,0%	61,0%
Streit unter Geschwistern	33	19,0%	42,9%
Schulsituation des Kindes	52	29,9%	67,5%
andere Probleme des Kindes (Freitext)	23	13,2%	29,9%
Konflikte mit dem Partner	19	10,9%	24,7%
Gesamt	174	100,0%	226,0%

Table 13

3.1.7 Psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung der Bezugspersonen

Ebenfalls zum Zeitpunkt des Erstgespräches wurde erfasst, ob die vorstellenden Bezugspersonen aktuell oder in der Vergangenheit selbst in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung waren.

Während 21 Bezugspersonen diese Frage bejahten, wurde sie von 54 Bezugspersonen verneint. Auffallend ist die vergleichsweise hohe Rate mit fehlenden Angaben (n=15). Wenn man nur diejenigen Bezugspersonen zugrunde legt, von denen Angaben gemacht wurden, entspricht es einem Anteil von 28% der Personen, die von einer eigenen psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung berichten (s. Tabelle 14).

Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung der Bezugsperson?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	ja	21	23,3	28,0
	nein	54	60,0	72,0
	Gesamt	75	83,3	100,0
Fehlend	Fehlend	15	16,7	
Gesamt		90	100,0	

Tabelle 14

3.1.8 Psychische Symptombelastung der Bezugspersonen zum Zeitpunkt der Erstvorstellung

Von den 90 Studienteilnehmer, von denen für den Zeitpunkt der Erstvorstellung Fragebögen vorlagen, wurden bei 86 Probanden SCL-90-S-Bögen ausgefüllt. Zur Überprüfung der Fragestellung erschien eine Beschränkung auf die oben beschriebenen Globalwerte sinnvoll:

- GSI (Global Severity Index), Summe der Rohwerte der einzelnen Items) als Maß für die grundsätzliche psychische Belastung
- PST (Positive Symptom Total), Anzahl der Antworten mit einem Wert größer null
- PSDI (Positive Symptom Distress Index), Quotient aus GSI und PST als Maß für die Antwortintensität

Um eine Einordnung der Werte zu ermöglichen, werden die T-Werte in Relation zur Normstichprobe angegeben (Mittelwert = 50, Standardabweichung = 10).

Für den GSI ergab sich ein Mittelwert von $T=51,28$ (SD 11,5), für den PST ein Mittelwert von $T=49,67$ (SD 10,5) und für den PSDI ein Mittelwert von $T=54,33$ (SD 11,6).

Somit konnte für keinen der Globalwerte in der Gesamtstichprobe eine signifikante Abweichung von der Normstichprobe festgestellt werden (s. Tabelle 15).

SCL-90-S-Globalwerte der Bezugspersonen zum Zeitpunkt der Erstvorstellung

		GSI (T-Werte)	PST (T-Werte)	PSDI (T-Werte)
N	Gültig	86	86	86
	Fehlend	4	4	4
Mittelwert		51,28	49,67	54,33
Median		51,50	50,00	56,00
Std.-Abweichung		11,548	10,533	11,559
Spannweite		58	55	54
Minimum		22	22	22
Maximum		80	77	76

Tabelle 15

Aufgrund der hohen Streuung (GSI: Standardabweichung 11,5; Spannweite 58) erscheint eine Unterscheidung zwischen besonders hoch und niedrig belasteten Bezugspersonen sinnvoll, diese soll wie folgt vorgenommen werden, der GSI wird hierbei als „bester Indikator für [die psychische Belastung]“ (Franke 2014) gewählt:

GSI < 40 (mehr als eine Standardabweichung unter 50): $n=12 \triangleq 14\%$

$40 \leq \text{GSI} \leq 60$ (innerhalb einer Standardabweichung): $n=55 \triangleq 64\%$

GSI > 60 (mehr als eine Standardabweichung über 50): $n=19 \triangleq 22\%$

Die Frage, inwieweit sich diese Subgruppen voneinander unterscheiden, soll im weiteren Verlauf in einer post-hoc-Analyse nochmals aufgegriffen werden (Kapitel 3.4).

3.2 Längsschnittanalyse

3.2.1 Vergleich der psychischen Belastung vor und nach der Diagnostik

Nachdem nun im Detail die Querschnitt-Stichprobe untersucht wurde, soll in einem nächsten Schritt der Frage nachgegangen werden, ob sich im Lauf der Diagnostik eine Veränderung der Belastung der Bezugspersonen der vorgestellten Kinder ergibt. Die zugrundeliegende Hypothese lautet, dass eine eingehende Untersuchung und ausführliche Diagnostikphase bereits auch ohne spezifische Therapie zur Entlastung des (Familien-)Systems beitragen kann. Auch hier wurden erneut die T-Werte der Globalwerte des SCL-90-S-Fragebogens untersucht (siehe hierzu auch 2.4.1 sowie 3.1.8). Die gesamte Längsschnitt-Stichprobe (definiert als diejenigen Teilnehmer, von denen für beide Messzeitpunkte mindestens ein auswertbarer Fragebogen vorhanden war) umfasste 55 Personen, hiervon lagen von 51 Personen für beide Zeitpunkt voll ausgefüllte SCL-90-S Fragebögen vor. Für alle Globalwerte zeigte sich eine gering ausgeprägte Reduktion des mittleren T-Wertes (s. Tabelle 16)

Mittelwerte der SCL-90-S-Globalwerte zwischen t1 und t2

		Mittelwert	N	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
GSI	Symptombelastung bei Erstvorstellung	51,51	51	10,538	1,476
	Symptombelastung bei Auswertgespräch	48,55	51	10,502	1,471
PST	Anzahl der angegebenen Symptome bei Erstvorstellung	49,59	51	9,542	1,336
	Anzahl der angegebenen Symptome bei Auswertgespräch	47,71	51	9,882	1,384
PSDI	Antwortintensität bei Erstvorstellung	54,80	51	11,112	1,556
	Antwortintensität bei Auswertgespräch	50,71	51	10,680	1,495

Tabelle 16

Diese Differenz war für für alle drei Globalwerte signifikant, namentlich für den GSI als Maßzahl für die grundsätzliche psychische Symptombelastung sowie den PSDI als Wert, der die Antwortintensität ausdrückt. Auch für den PST (Anzahl der Symptome mit einem Wert größer als Null) wurde noch ein signifikantes Niveau erreicht (s. Tabelle 17).

Test bei gepaarten Stichproben

	Gepaarte Differenzen			Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes	
Δ GSI	2,961	6,270	,878	,001
Δ PST	1,882	5,476	,767	,018
Δ PSDI	4,098	8,943	1,252	,002

Tabelle 17

Auch bei Betrachtung der individuellen Veränderungen der Globalwerte für die einzelnen Teilnehmer zeigt sich im Vorzeichentest eine signifikante Reduktion der Belastung für alle drei Globalwerte (siehe Tabellen 18 und 19)

Differenzen der Globalwerte zwischen den Messzeitpunkten

		N
Δ GSI	Reduktion	37
	Zunahme	13
	Unverändert	1
Δ PST	Reduktion	31
	Zunahme	14
	Unverändert	6
Δ PSDI	Reduktion	32
	Zunahme	10
	Unverändert	9

Tabelle 18

Statistik für Vorzeichentest der Globalwerte

	Δ GSI	Δ PST	Δ PSDI
Z	-3,253	-2,385	-3,240
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,001	,017	,001

Tabelle 19

Exemplarisch soll die Veränderung der erhobenen Werte zwischen den Messzeitpunkten nochmals visualisiert werden. Abbildung 8 zeigt die Veränderung für die einzelnen Studienteilnehmer, ein Ausschlag nach oben entspricht hierbei einer positiven Differenz und somit einer Reduktion der Belastung. Es wird deutlich, dass die überwiegende Zahl der Teilnehmer zum zweiten Messzeitpunkt eine geringere Symptombelastung aufweisen als zum Termin der Erstvorstellung.

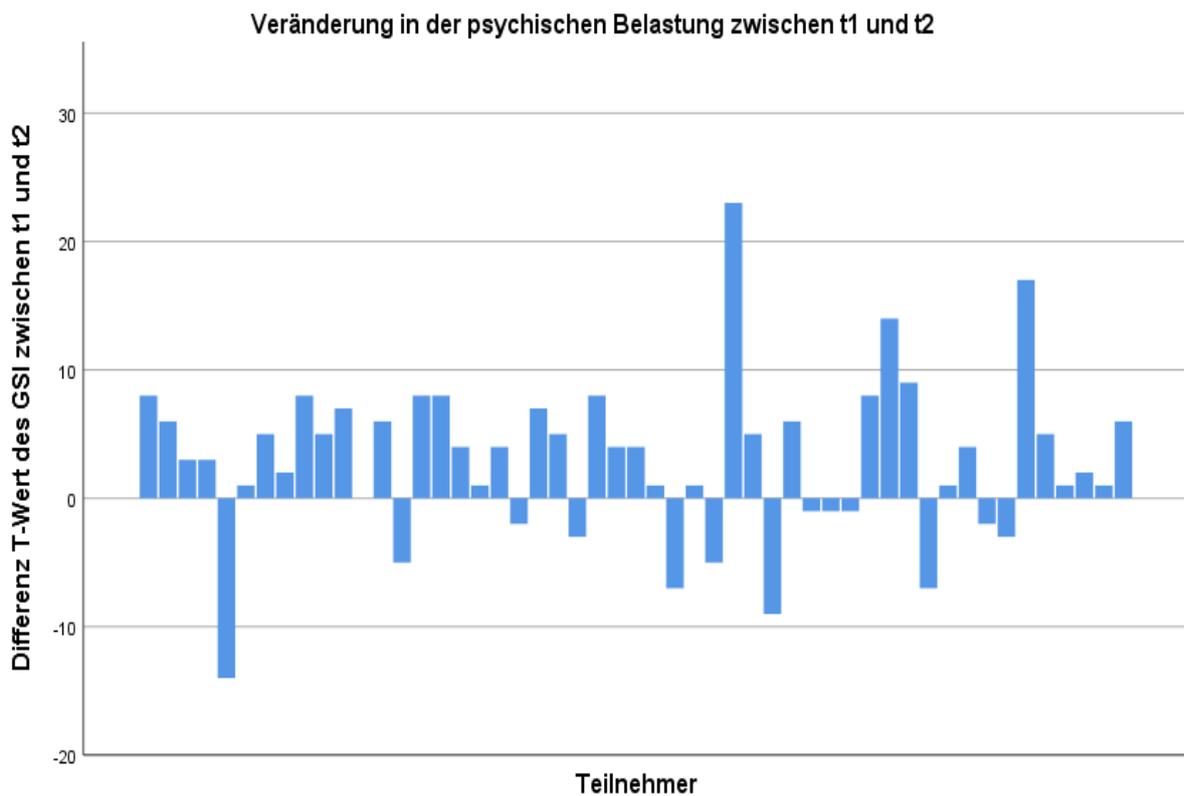


Abbildung 8, positiver Wert entspricht Reduktion der psychischen Belastung laut GSI

3.2.2 Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung der Bezugspersonen

Die subjektive psychische Belastung der Bezugspersonen der vorgestellten Kinder (erhoben mittels eines fünfstufigen Likert-Items von 0 bis 4, s. Fragebögen Anhang 2, 3 und 4) konnte bei 44 Studienteilnehmern für beide Erhebungszeitpunkte vom Behandler, bei 43 Teilnehmern von den Bezugspersonen selbst erhoben werden. Während sich in der Einschätzung der Behandler keine Veränderung im Mittelwert ergab, schätzen die Bezugspersonen sich zum Auswertgespräch am Ende der Diagnostik geringfügig weniger belastet ein als zur Erstvorstellung, ein Signifikanzniveau wurde im Wilcoxon-Test jedoch nicht erreicht (s. Tabellen 20 und 21)

Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung im Längsschnitt

	Mittelwert	N	Std.-Abwei- chung	Standardfehler des Mittelwertes
Belastung der Bezugsperson bei Erstvorstellung laut Behandler	1,98	44	,952	,144
Belastung der Bezugsperson bei Auswertgespräch laut Behandler	1,98	44	1,045	,158
Belastung der Bezugsperson bei Erstvorstellung laut eigener Einschätzung	2,02	43	,886	,135
Belastung der Bezugsperson bei Auswertgespräch laut eigener Einschätzung	1,84	43	,924	,141

Tabelle 20

Wilcoxon-Test

	Belastung der Bezugspersonen bei Erstvorstellung ggü. Auswertgespräch – Einschätzung durch Behandler	Belastung der Bezugspersonen bei Erstvorstellung ggü. Auswertgespräch – eigene Einschätzung
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,924	,294

Tabelle 21

3.2.3 Subjektive Einschätzung der psychischen Belastung der vorgestellten Kinder

Bezüglich der subjektiven psychischen Belastung der vorgestellten Kinder (erhoben mittels eines fünfstufigen Likert-Items von 0 bis 4, s. Fragebögen Anhang 2, 3 und 4) konnte ebenfalls bei 44 Studienteilnehmern für beide Erhebungszeitpunkte eine Einschätzung der Behandler, von 43 Teilnehmern eine Einschätzung der Bezugsperson erhoben werden.

Sowohl in der Beurteilung der Behandler als auch der Bezugspersonen zeigt sich hier interessanterweise eine Zunahme der subjektiv wahrgenommenen psychischen Belastung im Lauf der Diagnostikphase, wengleich die Differenz nur für die Behandler ein signifikantes Niveau (Wilcoxon-Test $p = ,0,22$) erreicht (s. Abbildung 9 und Tabelle 22). Mögliche Gründe hierfür sollen später nochmals diskutiert werden.

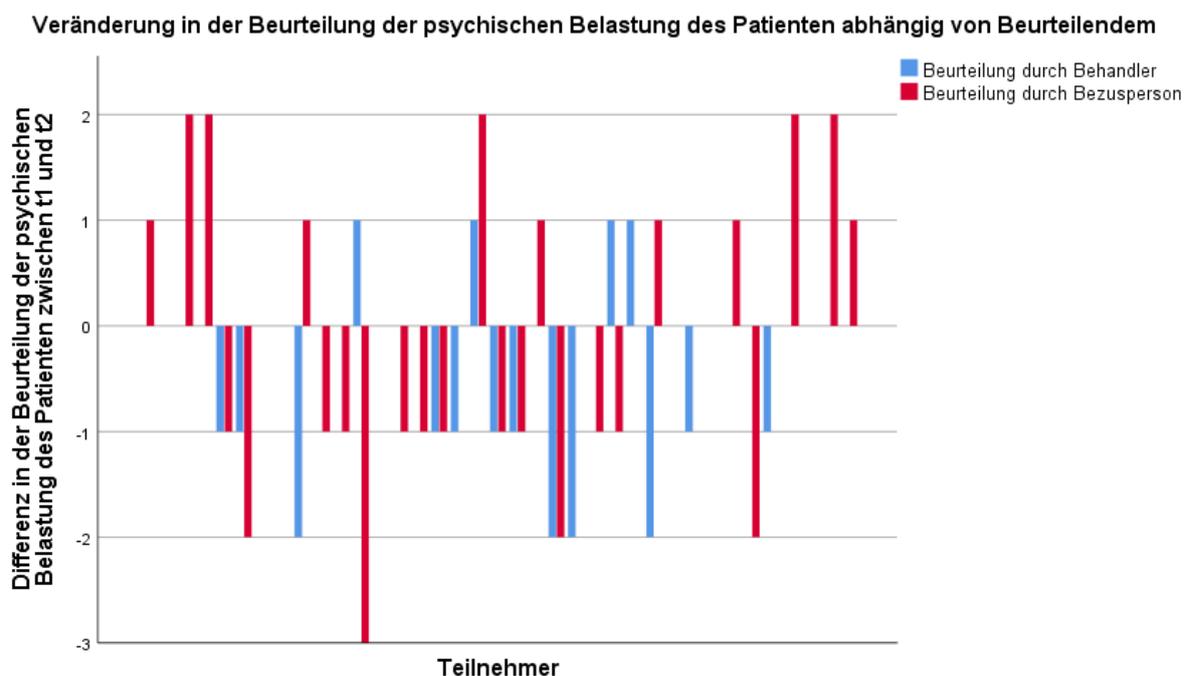


Abbildung 9, negative Differenz entspricht einer Reduktion der eingeschätzten psychischen Belastung

Wilcoxon-Test zur Veränderung in der Beurteilung der psychischen Belastung des Patienten zwischen t1 und t2

	Beurteilung durch Behandler	Beurteilung durch Bezugsperson
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,022	,400

Tabelle 22

3.3 Vergleich der wichtigsten untersuchten Parameter zwischen drop-outs und Longitudinal-Stichprobe

Aufgrund der recht hohen Zahl an Studienabbrechern (drop-outs) soll im Folgenden untersucht werden, ob die zugrundeliegende Längsschnitt-Stichprobe (n=55) repräsentativ für die Gesamtstichprobe (n=90) ist. Zu diesem Zweck werden folgende Parameter auf signifikante Unterschiede zwischen drop-out-Gruppe und Längsschnittstichprobe geprüft:

- Häufigkeit der Diagnosegruppen (s.a. 3.1.3)
- Therapieempfehlungen (s.a. 3.1.4)
- SCL-90-S-Werte (s.a. 3.1.8)
- Belastungsfaktoren (s.a. 3.1.6)
- Psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung der Bezugsperson (s.a. 3.1.7)

Für die Parameter, in welchen deutliche Diskrepanzen gefunden werden, folgt eine Auseinandersetzung mit möglichen Ursachen in der Diskussion (Kapitel 4.5).

Im Hinblick auf die Verteilung der Diagnosegruppen (s. Tabelle 23, Abbildung 10) fällt ein Überwiegen der „Sonstigen Störungen“ in der drop-out-Gruppe auf. Wenn diese „sonstigen Störungen“ einzeln aufgeschlüsselt werden, ergeben sich dreimal ein Asperger-Syndrom (F84.5), zweimalig eine atypische Bulimia nervosa (F50.3) und einmalig eine leichte Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung (F70.1). Dem gegenüber steht ein relatives Überwiegen der „Externalisierenden Störungen“ in der Längsschnittstichprobe (41,8 % gegenüber 26,5 % der Teilnehmer in der drop-out-Gruppe)

Kreuztabelle: drop-out-Gruppe gegen Längsschnittstichprobe untersucht nach Diagnosegruppen

			Diagnosegruppe			Gesamt
			Externalisierende Störung	Internalisierende Störung	Sonstige Störung	
Daten zum Zeitpunkt t2	drop-out	Anzahl	9	19	6	34
		Anteil der Teilnehmer	26,5%	55,9%	17,6%	100,0%
	Längsschnittstichprobe	Anzahl	23	30	2	55
		Anteil der Teilnehmer	41,8%	54,5%	3,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	32	49	8	89
		Anteil der Teilnehmer	36,0%	55,1%	9,0%	100,0%

Tabelle 23

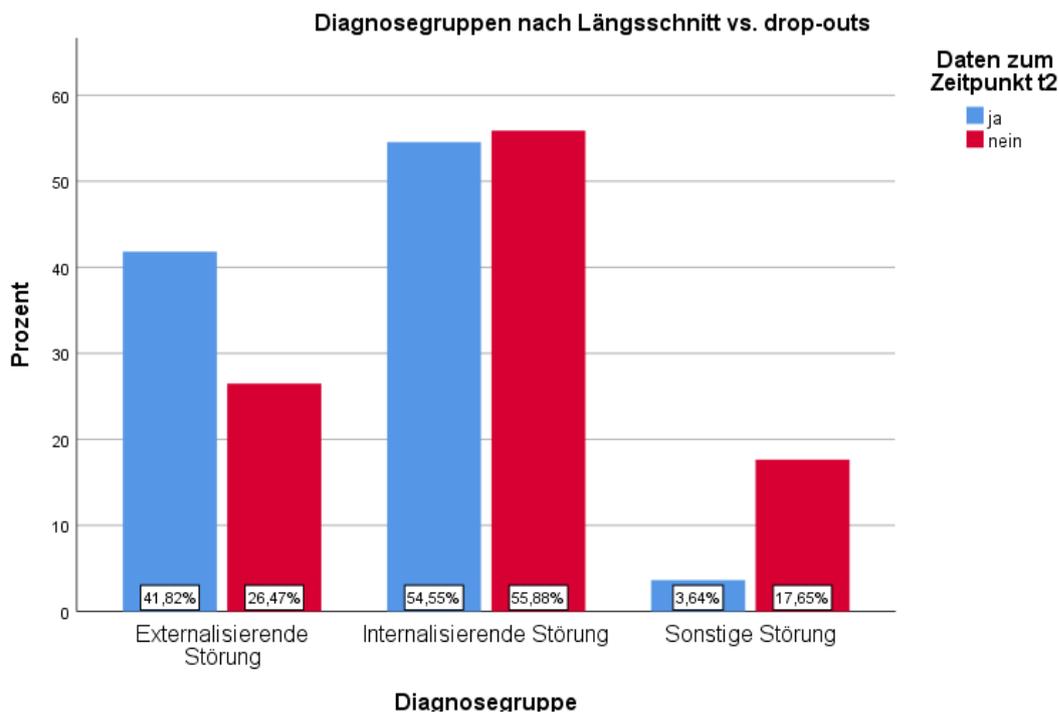


Abbildung 10

Auch die jeweilige Hauptdiagnose nach ICD-10 wurde erfasst, ein Gruppenvergleich zwischen Längsschnittstichprobe und drop-out-Gruppe wurde jedoch aufgrund der zu geringen Fallzahlen je Diagnose (vergleiche 3.1.3) unterlassen.

Bei Betrachtung der Therapieempfehlungen zeigt sich zwischen den Subgruppen folgende Verteilung (s. Tabelle 24):

Kreuztabelle Empfehlungen drop-outs vs. Längsschnitt

			Daten zum Zeitpunkt t2		Gesamt
			ja	nein	
Empfehlungen	Ambulante Psychotherapie	Anzahl	30	24	54
		Anteil innerhalb der Subgruppe	56,6%	72,7%	
	Medikation	Anzahl	23	14	37
		Anteil innerhalb der Subgruppe	43,4%	42,4%	
	Teil- /vollstationäre Behandlung	Anzahl	6	12	18
		Anteil innerhalb der Subgruppe	11,3%	36,4%	
	Ambulante Jugendhilfe	Anzahl	9	3	12
		Anteil innerhalb der Subgruppe	17,0%	9,1%	
	Pädagogische Maßnahme	Anzahl	13	10	23
		Anteil innerhalb der Subgruppe	24,5%	30,3%	
	Stationäre Jugendhilfemaßnahme	Anzahl	1	1	2
		Anteil innerhalb der Subgruppe	1,9%	3,0%	
	Erziehungsberatung/Elterntraining/ hometreatment	Anzahl	27	11	38
		Anteil innerhalb der Subgruppe	50,9%	33,3%	
Gesamt		Anzahl	53	33	86

Tabelle 24

Bei Patienten, von denen für beide Zeitpunkte Daten vorliegen, wurde deutlich häufiger eine Empfehlung für ambulante Jugendhilfemaßnahmen sowie primär eltern- und familienzentrierte Maßnahmen getroffen.

Patienten, für die nur zur Erstvorstellung Daten vorliegen, wurde deutlich häufiger eine ambulante Psychotherapie oder eine teil- bzw. vollstationäre Behandlung empfohlen. Mögliche Gründe für diesen Befund sollen zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert werden (Kapitel 4.5)

Für die psychische Symptombelastung, die mittels der SCL-90-S-Fragebögen erhoben wurde, zeigt sich keine signifikante Differenz zwischen den Gruppen ($p = ,56$) mit gering höherem Mittelwert in der Längsschnitt-Gruppe (51,87 gegenüber 50,38 in der drop-out-Gruppe).

Bei der Untersuchung der subjektiv genannten Belastungsfaktoren ergibt sich ebenfalls eine ähnliche Verteilung zwischen den Gruppen, allenfalls scheint bemerkenswert, dass in der drop-out-Gruppe häufiger von Konflikten mit dem Partner berichtet wird, auch wurde von der drop-out-Gruppe häufiger die Freitextantwort gewählt, dieser Unterschied beruht jedoch auf sehr kleinen Fallzahlen (s. Tabelle 25)

Kreuztabelle Belastungsfaktoren drop-outs vs. Längsschnitt

		Daten zum Zeitpunkt t2		Ge- samt	
		ja	nein		
Belastungs- faktoren	Streit mit dem Kind	Anzahl	32	15	47
		Anteil innerhalb der Subgruppe	62,7%	57,7%	
	Streit unter Geschwistern	Anzahl	22	11	33
		Anteil innerhalb der Subgruppe	43,1%	42,3%	
	Schulsituation des Kindes	Anzahl	35	17	52
		Anteil innerhalb der Subgruppe	68,6%	65,4%	
	andere Probleme des Kindes (Freitext)	Anzahl	14	9	23
		Anteil innerhalb der Subgruppe	27,5%	34,6%	
	Konflikte mit dem Partner	Anzahl	10	9	19
		Anteil innerhalb der Subgruppe	19,6%	34,6%	
	Beruflicher Stress	Anzahl	5	1	6
		Anteil innerhalb der Subgruppe	9,8%	3,8%	
	Andere Belastungsfaktoren (Freitext)	Anzahl	1	4	5
		Anteil innerhalb der Subgruppe	2,0%	15,4%	
Gesamt		Anzahl	51	26	77

Tabelle 25

Bezüglich einer eigenen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung der Bezugspersonen lässt sich festhalten, dass in der Längsschnittgruppe mehr Eltern von einer entsprechenden Therapie berichten (29% der Bezugspersonen gegenüber 14% in der drop-out-Gruppe). Auch fällt ins Auge, dass in der drop-out-Gruppe deutlich mehr fehlende Angaben vorliegen (29% gegenüber 9% in der Längsschnittgruppe), die Unterscheide erweisen sich mit ,031 im Chi-Quadrat-Test als signifikant (s. Tabellen 26 und 27).

Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung der Bezugsperson drop-outs vs. Längsschnitt

		Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung der Bezugsperson?			Gesamt	
		Fehlende Angaben	ja	nein		
Daten zum Zeitpunkt t2	ja	Anzahl	5	16	34	55
		% innerhalb der Längsschnittgruppe	9,1%	29,1%	61,8%	100,0%
	nein	Anzahl	10	5	20	35
		% innerhalb der drop-out-Gruppe	28,6%	14,3%	57,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	15	21	54	90	
	% innerhalb der Querschnittsgruppe	16,7%	23,3%	60,0%	100,0%	

Tabelle 26

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	6,957 ^a	,031
Anzahl der gültigen Fälle	90	

Tabelle 27

Die Abbildung verdeutlicht nochmals insbesondere das Überwiegen von fehlenden Angaben insbesondere in der drop-out-Gruppe (s. Abbildung 11).

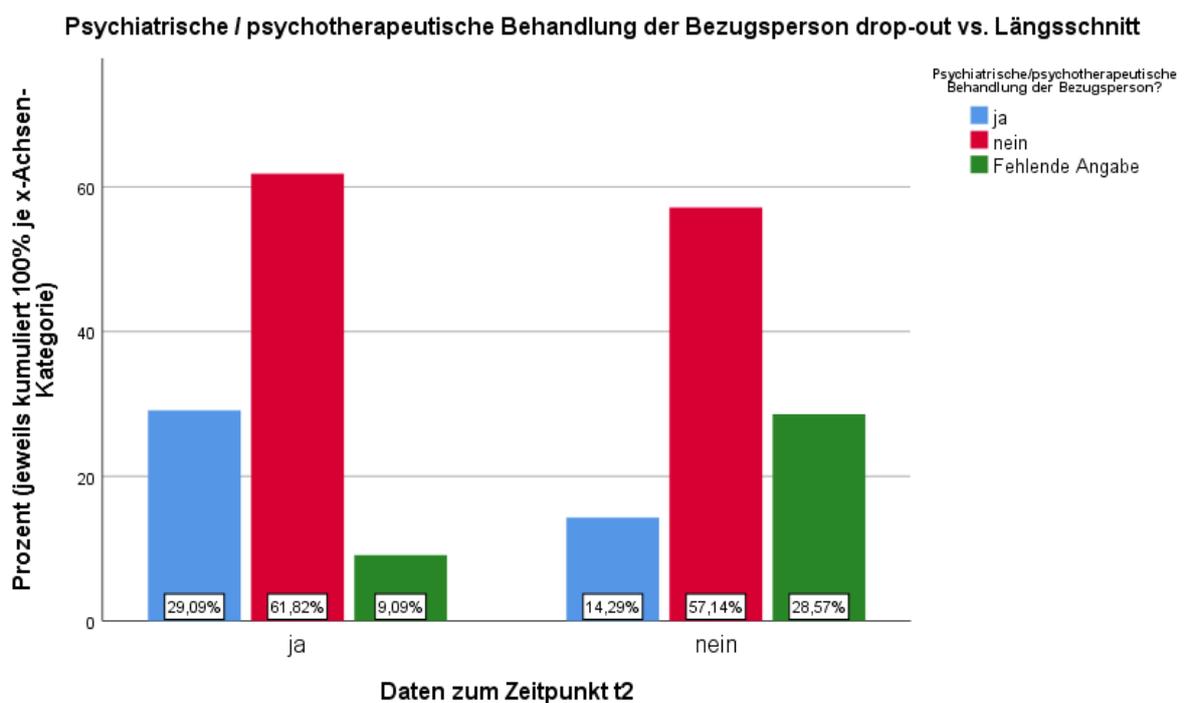


Abbildung 11

3.4 Post-hoc-Analyse

Neben der ursprünglichen Frage nach der grundlegenden psychischen Symptombelastung der Bezugspersonen psychisch kranker Kinder ergab sich zusätzlich folgende Hypothesen:

- Die Diagnosegruppe des vorgestellten Kindes kann als Prädiktor für die psychische Belastung der Bezugspersonen dienen (Bezugspersonen von Kindern mit externalisierenden Störungen sind schwerer belastet als solche von Kindern mit internalisierenden Störungen).

- Bezugspersonen, die selbst in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung sind oder waren, sind im Mittel schwerer belastet als diejenigen, für die das nicht zutrifft.

Zur Vereinfachung der Fragestellung wurde als Maß für die psychische Belastung der Bezugspersonen der „Global Severity Index“ des SCL-90 herangezogen und die Bezugspersonen in drei Gruppen eingeteilt (siehe Kapitel 3.1.8):

1. Bezugspersonen mit niedriger psychischer Belastung (T-Wert des GSI <40, n=12)
2. Bezugspersonen mit mittlerer psychischer Belastung (T-Wert des GSI zwischen 40 und 60, also innerhalb einer Standardabweichung der Normstichprobe, n=54)
3. Bezugspersonen mit hoher psychischer Belastung (T-Wert des GSI >60, n=19)

3.4.1 Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Bezugsperson und Diagnosegruppe des vorgestellten Kindes

Die Hypothese, dass es eine Korrelation zwischen Diagnose des Kindes (externalisierend gegenüber internalisierend) und der psychischen Belastung gibt, lässt sich anhand der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigen. Unter den Bezugspersonen mit niedriger Belastung sind zwar prozentual weniger Kindern mit externalisierenden Störungen zuzuordnen (hier 16,7 % gegenüber 26,3 % der Bezugspersonen, die sich als schwer belastet einstufen), aufgrund der niedrigen Fallzahlen erreichen die Diskrepanzen jedoch kein Signifikanzniveau ($p = ,086$), s. Tabellen 28 und 29.

Kreuztabelle für Diagnosegruppe gegenüber T-Wert des GSI

			T-Wert des GSI				Ge- samt
			fehlend	GSI<40	40<GSI<60	GSI>60	
Diagnose- gruppe	Externalisierende Störung	Anzahl	4	2	21	5	32
		% innerhalb der Gruppe	100,0%	16,7%	38,9%	26,3%	36,0%
	Internalisierende Störung	Anzahl	0	8	28	13	49
		% innerhalb der Gruppe	0,0%	66,7%	51,9%	68,4%	55,1%
	Sonstige Störung	Anzahl	0	2	5	1	8
		% innerhalb der Gruppe	0,0%	16,7%	9,3%	5,3%	9,0%
Gesamt	Anzahl	4	12	54	19	89	
	% innerhalb der Gruppe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 28

Chi-Quadrat für Diagnosegruppe gegenüber T-Wert des GSI

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	11,083 ^a	6	,086
Likelihood-Quotient	12,331	6	,055
Anzahl der gültigen Fälle	89		

Tabelle 29

Das Balkendiagramm soll durch die prozentualen Werte anstelle absoluter Fallzahlen die Verteilung zwischen den Subgruppen je nach Standardabweichung des GSI nochmals verdeutlichen (s. Abbildung 12).

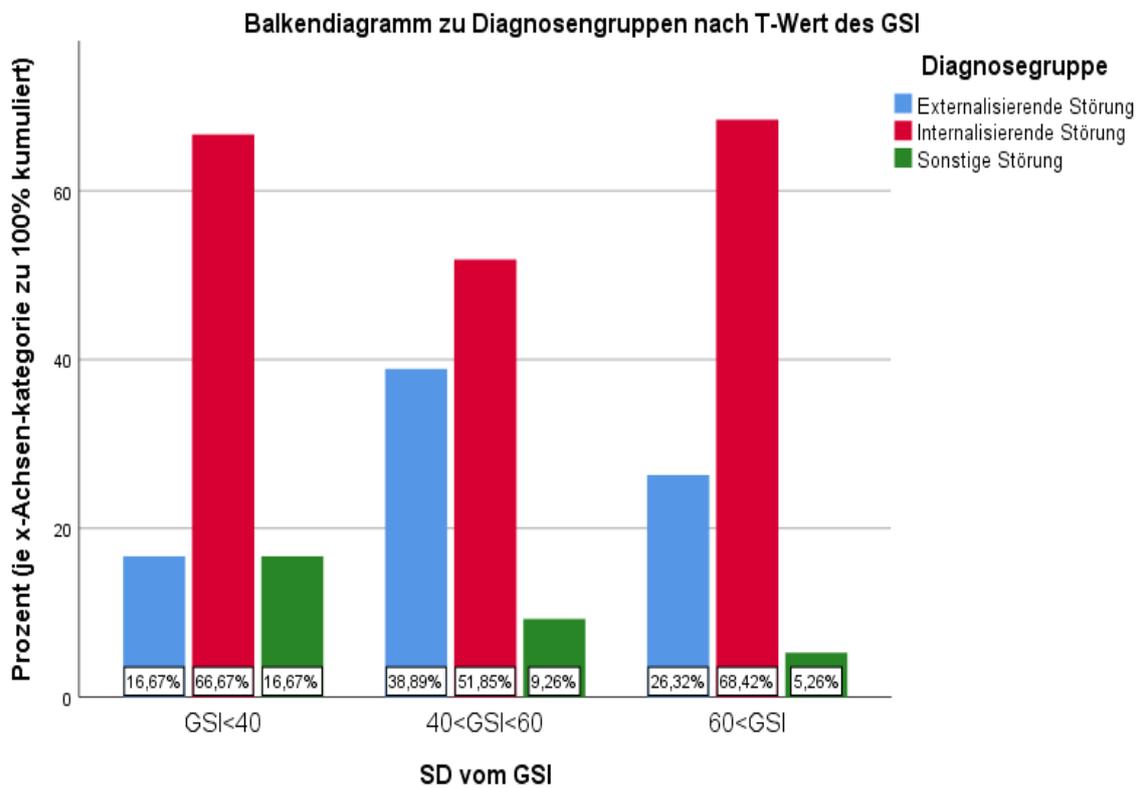


Abbildung 12

3.4.2 Zusammenhang zwischen psychischer Belastung der Bezugsperson und eigener Behandlung

Die Hypothese, dass Bezugspersonen, die selbst in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung sind oder waren, eine höhere psychische Belastung aufweisen, kann anhand der vorliegenden Daten bestätigt werden: Der mittlere T-Wert des GSI lag bei dieser Gruppe bei 58,75 (n=20, SD=7,85) gegenüber 49,87 (n=51, SD=10,59) bei Teilnehmer, die keine eigene Behandlung berichteten. Eine einfaktorielle Varianzanalyse ergibt eine signifikante Differenz (p=,001), s. Tabelle 30, Abbildung 13.

Deskriptive Statistiken

Symptombelastung bei Erstvorstellung je nach eigener psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung

	N	Mittelwert	Std.-Abweichung
ja	20	58,75	7,846
nein	51	49,78	10,585
Gesamt	71	52,31	10,642

Tabelle 30

Boxplot zur Symptombelastung bei Erstvorstellung Schritt je nach psychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlung der Bezugsperson

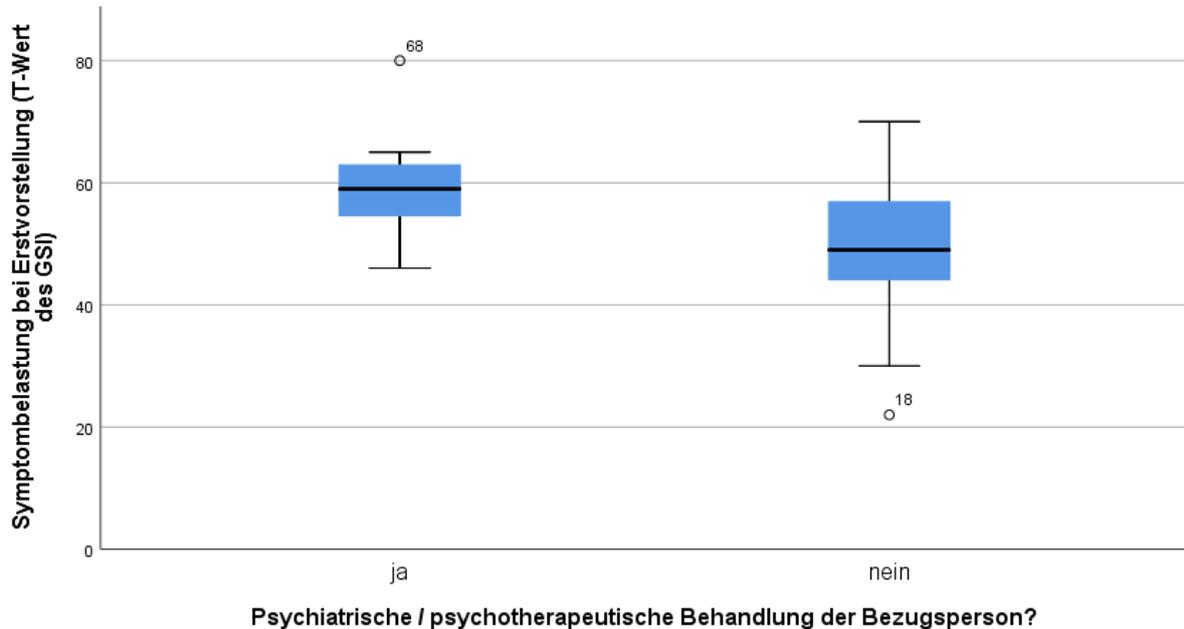


Abbildung 13

4 Diskussion

4.1 Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gewinnt in den letzten Jahren zunehmend an gesellschaftlicher Relevanz, was sich sowohl an der stetigen Zunahme an Behandlungsplätzen (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2016) zeigt als auch an wiederkehrenden Diskussionen und Kampagnen zur psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter, etwa über die Validität von ADHS-Diagnosen (Spiegel 2013). Diese Entwicklung wurde durch die aktuelle Sars-CoV-2-Pandemie nochmals deutlich beschleunigt, durch deren Folgen auch die gewachsenen Strukturen an die Grenzen der Belastbarkeit gebracht werden (Bohlmann 2021). So stellte der Bayerische Gesundheitsminister im Juli 2021 einen weiteren Ausbau der Kapazitäten in Aussicht: *„Wir haben die letzten Jahre viele Plätze dazu gewonnen, aber es kann nicht sein, dass es da ewig lange Wartezeiten gibt. Wir müssen da auch Akzente setzen. Gerade in diesem ganz wichtigen Bereich. Die Bezirke tun da bereits viel, aber wir müssen da gemeinsam noch mehr tun.“* (Kirschner 2021). Neben den stationären Behandlungsplätzen stellen die Institutsambulanzen der Fachabteilungen häufig eine erste Anlaufstelle für Familien psychisch belasteter Kinder dar. Die Bezugspersonen der betroffenen Kinder haben in diesem Rahmen sowohl in der Diagnostik als auch der Therapie einen großen Stellenwert: *„Therapie eines Kindes und Jugendlichen ist in den allermeisten Fällen ohne Eltern bzw. primäre Bezugspersonen nicht möglich“* (Kölch et al. 2015). Zugleich ist aus der bisherigen Forschung gut belegt, dass sich die psychische Belastung von Kindern ebenso auf deren Eltern auswirkt, wie dies umgekehrt der Fall ist. Während daher eine eingehende Familienanamnese mit Erhebung psychischer Störungen im Familiensystem zum Standard des psychiatrischen Arbeitens gehört, hat die Evaluation der aktuellen psychischen Verfassung der Bezugspersonen von Patienten bisher sowohl im klinischen Alltag als auch in der Forschungsliteratur keinen großen Stellenwert. Für den deutschen Sprachraum mit der hiesigen Versorgungsstruktur fehlt eine entsprechende Untersuchung nach unserem Kenntnisstand völlig. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war daher, die primären

Bezugspersonen von Kindern, die in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz vorgestellt werden, hinsichtlich ihrer eigenen psychischen Belastung zu untersuchen. Aufgrund bisheriger Forschungsergebnisse wurde die Hypothese formuliert, dass die Bezugspersonen kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellter Patienten eine signifikant höhere psychische Belastung aufweisen als eine Normstichprobe. Eine weitere Annahme war, dass eine ausführliche Diagnostik bereits zu einer Reduktion der psychischen Belastung der Bezugspersonen führt.

4.2 Zusammenfassung der Methoden und Ergebnisse

Die vorliegende Studie erfasst daher als Ziel die primären Bezugspersonen von Patienten, die erstmals in der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz der KJF-Klinik St. Elisabeth in Neuburg an der Donau vorgestellt wurden. Ab Juli 2018 wurden die Erziehungsberechtigten von insgesamt 100 erstmals ambulant vorgestellten Patienten über die Untersuchung informiert und um eine Teilnahme gebeten. Mit Blick auf diese Gruppe wurden mehrere Teiluntersuchungen durchgeführt: In einer Querschnittstichprobe, die zum ersten Termin der Teilnehmer in der Institutsambulanz erhoben wurde, wurde mittels eines standardisierten Tests (SCL-90-S) die psychische Belastung der Patienteneiten erfasst. Zudem wurden mit selbst erstellten Fragebögen folgende Parameter erhoben: Alter bzw. Geschlecht des vorgestellten Kindes, Einschätzung des behandelnden Therapeuten zur psychischen Belastung des vorgestellten Kindes und der Bezugsperson; von den Bezugspersonen wurde ebenfalls eine eigene Einschätzung zur psychischen Belastung ihrer selbst und des vorgestellten Kindes erfragt, sowie ob die Bezugsperson selbst aktuell oder in der Vergangenheit in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen war.

Zum Abschluss der Diagnostik wurden den Teilnehmern erneut Fragebögen ausgehändigt: Mittels eines SCL-90-S sollte wiederum die eigene psychische Belastung erfasst werden, mit dem Ziel, mögliche Veränderungen im Lauf der Diagnostikphase festzustellen. Ebenfalls wurde erneut eine subjektive Einschätzung der psychischen Belastung des vorgestellten Kindes sowie der Bezugspersonen von diesen selbst und von den Therapeuten erfragt. Zur weiteren Differenzierung wurden die Diagnosen des Kindes sowie die Therapieempfehlungen erhoben.

Von den 100 Teilnehmern lagen zum Zeitpunkt der Auswertung für 90 Personen valide Daten zu einem Messzeitpunkt vor, für 55 Personen für zwei Messzeitpunkte. Die Darstellung der Ergebnisse aus der Querschnittuntersuchung fußt somit auf den Daten der 90 Teilnehmer, die Längsschnittuntersuchung auf den 55 Teilnehmern.

Ein Vergleich der wesentlichen Parameter zeigte, dass die Längsschnittgruppe als weitgehend repräsentativ für die Studiengesamtheit gelten kann

Die vorgestellten Kinder waren im Mittel 9 Jahre alt, es überwogen männliche

gegenüber weiblichen Patienten mit einem Verhältnis von 2:1. Die häufigste Diagnose war die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0), dennoch überwogen insgesamt die internalisierenden Störungen (54,4%) gegenüber den externalisierenden Störungen (34,4%).

Die häufigste Empfehlung der Behandler war eine ambulante Psychotherapie, gefolgt von primär bei den Bezugspersonen ansetzenden Maßnahmen und Medikation.

Bezüglich der mittels SCL-90-S erfassten psychischen Belastung der Bezugsperson bei Erstvorstellung zeigten sich im Vergleich zur Normstichprobe des Tests keine signifikant erhöhten Werte im Mittelwert der Gesamtstichprobe aller untersuchten Studienteilnehmer.

Die Frage nach einer eigenen psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung wurde von einer erheblichen Anzahl von Studienteilnehmern nicht beantwortet; von denjenigen Teilnehmern, von denen eine Antwort vorlag, berichteten 28%, eine entsprechende Behandlung in Anspruch genommen zu haben.

Im Längsschnitt konnte in der Selbstbeurteilung zur eigenen psychischen Belastung der Studienteilnehmer eine gering ausgeprägte, jedoch signifikante Reduktion der Globalwerte der SCL-90-S festgestellt werden: Der T-Mittelwert des „Global Severity Index“ als Maßzahl für die psychische Gesamtbelastung reduzierte sich um 2,96 ($p = ,001$), der T-Mittelwert des „Positive Symptom Total“ (Anzahl der genannten Symptome) um 1,88 ($p = ,0118$), der T-Mittelwert des „Positive Symptom Distress Index“ als Kennwert für die Antwortintensität um 4,09 ($p = ,002$)

Zwischen den Messzeitpunkten reduzierte sich auch die Einschätzung der eigenen psychischen Belastung der Studienteilnehmer (erhoben mittels fünfstufiger Likert-Skala), hingegen wurden die vorgestellten Kinder sowohl von den Behandlern als auch von den Bezugspersonen zum Ende der Diagnostik als belasteter wahrgenommen als zum ersten Messzeitpunkt, eine signifikante Differenz lag allerdings nur in der Beurteilung der Behandler vor.

4.3 Diskussion der Ergebnisse der Querschnittuntersuchung

4.3.1 Psychische Belastung der Bezugspersonen von erstmals ambulant kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellter Patienten

Primäres Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Erhebung der psychischen Belastung von Eltern, deren Kinder erstmals in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz vorgestellt wurden.

Einen ähnlichen Ansatz wie die vorliegende Arbeit verfolgt eine multizentrischen Studie aus den Niederlanden aus dem Jahr 2016 (Middeldorp et al. 2016). Hier wurde mittels einer Selbstauskunft („adult-self-report“, ASL) ebenfalls die psychische Gesamtbelastung von Eltern erfasst, die ihre Kinder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt hatten. Hier wurden bei ca. 25% der Eltern ein mindestens „subklinisches“ Belastungsniveau erreicht (im ASL definiert als Wert über der 93. Perzentile). Dies würde übertragen auf die SCL-90-S einem GSI-T-Wert von 65 entsprechen, der in unserer Untersuchung von acht Teilnehmern (entsprechend ca. 9% der Teilnehmer) erreicht wurde.

Eine weitere Untersuchung aus den USA (Vidair et al. 2011) erfasste mittels einer Kurzform der SCL-90 („Brief-Symptom-Inventory-18“) ebenfalls die psychische Belastung von Eltern, die ihre Kinder zu einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik vorstellten. Bei ca. 18% der teilnehmenden Eltern wurde eine überdurchschnittliche psychische Belastung (definiert als Globalwert GSI über einem T-Wert von 60) festgestellt. In der vorliegenden Studie erreichen 22% der Teilnehmer im GSI der Erstvorstellung einen T-Wert über 60, die Zahl der überdurchschnittlich belasteten Eltern liegt somit in einer ähnlichen Größenordnung.

Im deutschsprachigen Bereich wurde eine einzige Untersuchung gefunden, die einer ähnlichen Fragestellung nachgeht: 2016 untersuchten Irlbauer-Müller et al. die elterliche Belastung („parenting stress“) bei Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz mittels des „Eltern-Belastungs-Inventar“ (EBI) (Irlbauer-Müller et al. 2017). In dem Globalwert wurde bei den Probanden ein mittlerer T-Wert von T=61 erhoben. Dass die gemessene Belastung hierbei deutlich über den Werten der hier vorliegenden

Arbeit liegt, lässt sich möglicherweise durch die unterschiedlichen Schwerpunkte der verwendeten Fragebögen erklären: Während die SCL-90-S eine ganze Bandbreite an psychopathologischen Phänomenen erfragt, liegt der Schwerpunkt des EBI auf den spezifischen Herausforderungen an die Elternrolle der Befragten.

Somit fällt die Einordnung der vorliegenden Ergebnisse schwer, da einerseits insgesamt vergleichsweise wenig internationale Literatur zum Thema „Eltern psychisch kranker Kinder“ vorliegt und andererseits die Versorgungsstrukturen sich international stark unterscheiden. Wünschenswert wären weitere Untersuchungen, die die spezifische Situation der Institutsambulanzen in Deutschland berücksichtigen und aufgreifen.

In jedem Fall lässt sich festhalten, dass neben einem gewissen Anteil an hoch belasteten Bezugspersonen studienübergreifend auch ein wesentlicher Teil der Untersuchten eine niedrige Belastung aufweisen, was die Frage nach möglichen Resilienzfaktoren aufwirft. Interessant mag an dieser Stelle auch der Vergleich zu Eltern chronisch somatisch kranker Kinder sein: In einer österreichischen Studie aus dem Jahr 2011 zeigten sich etwa Hinweise, dass die Eltern psychisch kranker Kinder eine relevant höhere Belastung (gemessen mit dem „Parenting Stress Index“) aufweisen als diejenigen, deren Kinder an chronischen somatischen Erkrankungen litten, namentlich an Cystischer Fibrose oder juveniler idiopathischer Arthritis (Schuh et al. 2011).

4.3.2 Geschlechterverhältnis, Altersverteilung und Diagnosen der vorgestellten Kinder

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich ein deutliches Überwiegen (2:1) des männlichen Geschlechtes unter den vorgestellten Kindern. Dieser Befund fügt sich ins Bild früherer Studien zu kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten: Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten bundesweiten Untersuchung zur „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland“ wurde unter anderem das Geschlechterverhältnis der ambulant bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern vorgestellten Patienten erhoben: Es ergab sich ein Überwiegen der männlichen (61%) gegenüber den weiblichen (39%) Patienten (Fegert et al. 2018). Das Überwiegen der männlichen Patienten scheint auch zeitlich stabil zu sein: In einer 2016 publizierten Untersuchung zu im Jahr 1960 stationär behandelten Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rostock wurde ein Verhältnis von 76,5% männlichen

gegenüber 23,5% weiblichen Patienten festgestellt (Mai 2016).

Das Alter der vorgestellten Kinder lag im Mittel bei 9 Jahren, die männlichen Patienten waren etwas älter als die weiblichen (9,6 gegenüber 8,8 Jahren), der Unterschied jedoch nicht signifikant. Die Altersverteilung deckt sich z.B. mit einer Erhebung der Bundespsychotherapeutenkammer zur Altersverteilung von Kindern und Jugendlichen in ambulanter Psychotherapie, hier war der Altersgipfel der weiblichen Patienten jedoch zwischen 14 und 17 Jahren (männliche Patienten: 7 bis 13 Jahre) (Jaite et al. 2021), in einer Studie aus Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lag der Altersgipfel bei weiblichen Patienten, bei denen erstmals eine „F-Diagnose“ gestellt wurde, zwischen 15 und unter 20 Jahren (männliche Patienten: 5 bis unter 10 Jahre) (Kurch-Bek und Tenckhoff 2016). In der hier vorgelegten Untersuchung sind somit die Patienten im Allgemeinen, insbesondere jedoch die weiblichen Patienten jünger als in vergleichbaren Studien.

In der vorliegenden Stichprobe konnte ein Überwiegen der „internalisierenden“ Störungen mit 54,4 % gegenüber den „externalisierenden“ Störungen mit 34,4% aller vorgestellten Patienten festgestellt werden. Hierbei wurden männliche Patienten etwas häufiger eine externalisierende Störung diagnostiziert, weiblichen Patienten hingegen deutlich häufiger eine internalisierende Störung. In den relativen Verhältnissen zeigt sich dabei eine weitgehende Übereinstimmung mit der oben genannten Versorgungsuntersuchung im Auftrag des Gesundheitsministeriums, dort lag der Anteil der internalisierenden Störungen in der Gesamtstichprobe unabhängig vom Geschlecht bei 54,0 % gegenüber 51,7% externalisierenden Störungen (Fegert et al. 2018). Die Summe der Diagnoseraten über 100% erklärt sich dadurch, dass in dieser Prävalenzstudie Mehrfachnennungen möglich waren, somit Haupt- und Nebendiagnosen erfasst wurden. In der hier vorgelegten Untersuchung wurden jedoch ausschließlich Hauptdiagnosen berücksichtigt, möglicherweise sind die Unterschiede in den Prävalenzraten teilweise auch hierdurch bedingt.

4.3.3 Anteil der Bezugspersonen mit eigener psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung

Bei Erstvorstellung wurden die Teilnehmer auch nach einer eigenen laufenden oder zurückliegenden psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung gefragt. Von den Teilnehmern, die diese Frage beantworteten, gaben 28% an, selbst eine entsprechende Behandlung in Anspruch genommen zu haben.

In einer repräsentativen Umfrage aus dem Jahr 2016 gaben 15,9 % der Befragten an, sich jemals in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befunden zu haben (Groschwitz et al. 2017). In einer deutschen self-report-Längsschnittuntersuchung mit 4.483 Teilnehmer aus dem Jahr 2014 berichten 24,5% der Befragten von Kontakt zu „mental health care professionals“ (Mack et al. 2014). Der Anteil der positiven Antworten in der vorliegenden Arbeit bewegt sich in einer ähnlichen Größenordnung, jedoch ist der Begriff der „mental health care professionals“ weiter gefasst als die hier gestellte Frage, so dass eine genauere Einordnung schwerfällt.

Die mögliche Hypothese, dass sich unter den Eltern der vorgestellten Kinder tendenziell mehr Personen mit einschlägiger Therapieerfahrung befinden als in der Allgemeinbevölkerung lässt sich somit anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigen, kann allerdings auch nicht verworfen werden.

4.4 Diskussion der Ergebnisse der Längsschnittuntersuchung

4.4.1 Veränderungen in den SCL-90-S-Skalen zwischen den Messzeitpunkten

In der Längsschnittuntersuchung wurde anhand der Globalwerte des verwendeten Selbstbeurteilungsbogens (SCL-90-S) untersucht, ob eine signifikante Veränderung der psychischen Belastung der beteiligten Bezugspersonen zwischen den beiden Messzeitpunkten festzustellen war.

Für alle drei Globalwerte (GSI als Maß für die Globalbelastung, PST als Summe aller Antworten mit einem Wert größer als Null sowie PSDI als Maß für die Antwortintensität) wurde im Mittelwert aller untersuchten Bezugspersonen eine signifikante Reduktion im Lauf der ambulanten Diagnostikphase verzeichnet: Der PST reduzierte sich im Mittel um eine T-Wert-Differenz von 1,882, der GSI um 2,961, der PSDI um 4,098. Es stellt sich die Frage, ob diese Differenzen unabhängig von der statistischen Signifikanz als behandlungsrelevant zu werten sind.

Um Veränderungen durch Interventionen beurteilen und einordnen zu können, hat sich der von Jacobson und Truax entwickelte sogenannte „Reliable-Change-Index“ (RCI) in der Forschung bewährt (Jacobson und Truax 1991). Er bezeichnet für das jeweils verwendete Messinstrument den Wert, ab welchem von einer klinisch relevanten Veränderung zu sprechen ist. Für die Globalwerte des SCL-90-S wird der RCI für die hier zum Maßstab genommenen Normstichprobe bei einer T-Wert-Differenz von $\pm 3,30$ angegeben (Franke 2014). Dieser Wert wird in der vorliegenden Untersuchung nur für den Mittelwert des PSDI ($\Delta\text{PSDI}=4,098$) erreicht, die Mittelwerte der beiden übrigen Globalwerte liegen unter dem RCI ($\Delta\text{GSI}=2,961$; $\Delta\text{PST}=1,882$). Bei der Interpretation und Bewertung gilt jedoch zu berücksichtigen, dass hier keine spezifische Intervention mit den Zielpersonen durchgeführt wurde, während der SCL spezifisch zur Anwendung in der Therapieforschung entwickelt wurde und ursprünglich auch zur Anwendung für einzelne Klienten (nicht für Mittelwerte) vorgesehen war (Jacobson und Truax 1991).

4.4.2 Zunahme der subjektiv eingeschätzten psychischen Belastung der Patienten

Ein bemerkenswertes Ergebnis zeigte sich in der Einschätzung der Bezugspersonen und der Behandler hinsichtlich der psychischen Belastung der vorgestellten Kinder: Entgegen den Erwartungen wurden diese von den Beurteilenden zum Abschluss der Diagnostik als stärker belastet wahrgenommen als zum Zeitpunkt der Erstvorstellung. Die Erfassung erfolgte mittels einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 (überhaupt nicht belastet) bis 4 (sehr stark belastet). Zwischen den beiden Messzeitpunkten kam es zu einem Anstieg des Mittelwertes in der Beurteilung durch die Behandler von 1,36 auf 1,64, in der Beurteilung durch die Bezugspersonen von 1,81 auf 2,00.

Auch wenn nur die Veränderung in der Bewertung durch die Therapeuten signifikant war, sollen dennoch mögliche Hintergründe und Implikationen zur Diskussion gestellt werden:

Möglicherweise spielt eine initiale Befangenheit mit Tendenz zur sozialen Erwünschtheit eine Rolle, die insbesondere im Erstkontakt der Familie zu den Behandlern stärker ausgeprägt ist als nach mehreren Terminen und der dadurch etablierteren Vertrauensbasis zum Zeitpunkt des Auswertgespräches (entsprechend t₂); dies würde bedeuten, dass der erste, niedrigere Wert „falsch negativ“ zu werten wäre.

Eine andere mögliche Erklärung ist, dass die vorgestellten Kinder in der Tat zum Abschluss der ambulanten Diagnostik psychisch stärker belastet waren als zu deren Beginn, als Wirkfaktor kann etwa eine subjektiv empfundene Stigmatisierung durch eine Problemfokussierung in Frage kommen. Die diesbezügliche Aussagekraft wird in der vorliegenden Untersuchung sicher dadurch limitiert, dass hier nur eine Fremdbeurteilung und auch nur anhand einer einzelnen, nicht-standardisierten Frage vorliegt.

Ebenfalls kann vermutet werden, dass sowohl die Bezugspersonen als auch die behandelnden Therapeuten im Lauf der Diagnostik ein besseres Verständnis für die Problematik des Kindes erlangen und damit eine adäquatere Beurteilung dessen Befindens leisten konnten. Dies würde bedeuten, dass der zweite, höhere Wert näher an der „tatsächlichen“ psychischen Belastung des Kindes liegen würde.

4.5 Unterschiede zwischen Längsschnittgruppe und Studienabbrechern

Die Gruppe der Teilnehmer, von denen für beide Messzeitpunkte auswertbare Daten vorlagen und diejenigen, von denen nur für die Erstvorstellung Daten vorlagen, unterschieden sich in den meisten untersuchten Punkten nicht wesentlich voneinander. Ein deutlicher Unterschied zeigte sich jedoch bezüglich der empfohlenen Weiterbehandlung:

Während in der Längsschnittgruppe 56,6 % der Teilnehmer eine ambulante Psychotherapie für die vorgestellten Kinder empfohlen wurde, traf dies auf 72,7 % der drop-out-Gruppe zu. Hingegen wurde in der Längsschnittgruppe 50,9 % der Studienteilnehmer eine primär bei den Bezugspersonen ansetzende Intervention wie Elternteraining, Erziehungsberatung empfohlen, hingegen nur 33,3 % der drop-out-Gruppe. Ein Grund für diese Diskrepanz lässt sich nicht ohne Weiteres herleiten, zu vermuten wäre allenfalls, dass durch eine nicht vollständig durchgeführte Diagnostik bei der drop-out-Gruppe innerfamiliäre Interaktionsprobleme als Grund für die Störung des vorgestellten Kindes nicht festgestellt werden konnten und daher der Fokus auf einer Psychotherapie für das Kind gelegt wurde, während nach eingehenderer Anamnese eher die Notwendigkeit auch für die gezielte Arbeit mit den Eltern ersichtlich wurde.

Noch deutlicher war der Unterschied bei der Empfehlung für eine voll- bzw. teilstationäre Behandlung: Diese wurde bei 11,3 % der Längsschnittgruppe empfohlen, hingegen für 36,4 % der drop-out-Gruppe. Dieser Unterschied lässt sich am Ehesten dadurch erklären, dass in Fällen mit einem ausgeprägten Krankheitsbild der Bedarf für eine stationäre Behandlung bereits schnell deutlich wurde und diese bereits vor einem abschließenden Auswertgespräch initiiert wurde. In diesem Fall wäre die weiterführende Diagnostik im Rahmen der stationären Behandlung erfolgt und die Patienten bzw. Bezugspersonen in der vorliegenden Untersuchung daher nicht mehr erfasst. Bemerkenswert ist dann jedoch die Feststellung, dass sich in der mittels SCL-90-S erfassten psychischen Belastung keine signifikante Differenz zwischen den Subgruppen zeigte. Hingegen wäre die Hypothese möglich, dass unter den Kindern in der drop-out-Gruppe in der Tendenz schwerere Krankheitsbilder vorliegen, die zu einer höheren

Belastung der Bezugspersonen führen könnten, diese Vermutung lässt sich anhand der vorliegenden Daten weder belegen noch falsifizieren (vergleiche Kapitel 3.3). Während in der Längsschnittstichprobe ein höherer Anteil an „externalisierenden“ Störungen zu verzeichnen war (41,8% gegenüber 26,5% in der drop-out-Gruppe) und „sonstige Störungen“ in der drop-out-Gruppe häufiger diagnostiziert wurden (17,6% gegenüber 3,6%) waren die Fallzahlen zu gering, um Unterschiede in den einzelnen F-Diagnosen zu untersuchen. Hinzu kommt, dass viele Störungsbilder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht dimensional codiert werden können. So kann beispielsweise eine „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“, die in der ICD-10 als „F90.0“ verschlüsselt wird, eine ganze Bandbreite an Ausprägung bedeuten, von einem Störungsbild, dem mit einer ambulanten Psychotherapie oder Elternberatung ausreichend begegnet werden kann bis hin zu einem Schweregrad, der eine stationäre Behandlung erforderlich macht (DGKJP 2017). Ebenso ist zu berücksichtigen, dass in der Hauptdiagnose die weiteren Diagnoseachsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas (vergleiche Kapitel 1.1) nicht abgebildet sind, die ebenfalls von großer Relevanz für die Ausprägung und den Schweregrad einer Symptomatik sind.

4.6 Besonderheiten des Studiensettings

Die Daten für die vorliegende Untersuchung wurden im Rahmen einer naturalistischen, nicht-interventionellen Längsschnittstudie erhoben, die Durchführung fand in einer Institutsambulanz einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie an einer Klinik der Allgemeinversorgung statt, ein Versorgungsauftrag besteht für die sogenannte „Region 10“ von Oberbayern. Auf die mit diesen Gegebenheiten verbundenen Eigenheiten des Settings und der Stichprobe sollen im Folgenden nochmals näher eingegangen werden.

4.6.1 Studiendesign

Im Bereich der somatischen Medizin gelten kontrollierte randomisierte Studien den naturalistischen Studien deutlich überlegen in Bezug auf deren Evidenzgrad. In der Psychotherapieforschung gilt dieses Verhältnis nicht zwangsläufig, da naturalistische Studien im Vergleich den Versorgungsalltag besser abbilden und nicht von artifiziellen „Laborbedingungen“ ausgehen (Fydrich und Schneider 2007). Gerade im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich ist diese Alltagsnähe aufgrund der damit zusammenhängenden Wirkfaktoren (beispielshalber sei hier das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Behandlern genannt) relevant. Des Weiteren sind wir der Auffassung, dass das weitgehende Weglassen von Ausschlusskriterien dazu beiträgt, dass das naturalistische Design die Versorgungsrealität besser abbildet.

4.6.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz

Wie im Kapitel 1.3 aufgezeigt, steht die Versorgung durch die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen neben dem Angebot niedergelassener Fachärzte in eigener Praxis. Hierbei gilt der Grundsatz, dass eine Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz Patienten zukommen soll, welche diese „wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung“ (GKV-Spitzenverband et al. 2010) benötigen. Die Behandlungsangebot hat „im Sinne einer Komplexleistung das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ zu umfassen (GKV-Spitzenverband et al. 2010).

Folglich sollten in der Theorie der genannten Vereinbarung in den Institutsambulanzen besonders schwer kranke Patienten mit einem umfassenden Behandlungsangebot betreut und versorgt werden.

Unseres Wissens gibt es keine Untersuchungen, ob in kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen tatsächlich Patienten mit ausgeprägteren Krankheitsbildern behandelt werden als bei niedergelassenen Fachärzten, ebenso fehlen zugängliche Daten zu Unterschieden in Fallzahlen und Diagnosen zwischen Institutsambulanzen und niedergelassenen Fachärzten.

In der klinischen Praxis stellen die Institutsambulanzen niedrighschwellige Behandlungsangebote dar und können daher im Allgemeinen als repräsentativ für das ambulante Versorgungsangebot gelten.

4.6.3 Epidemiologische Eigenheiten des Einzugsgebietes

Des Weiteren lässt sich überlegen, ob die Bevölkerungsstruktur in der Versorgungsregion der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz Neuburg an der Donau als repräsentativ für die Gesamtbevölkerung gelten kann. Neben Ingolstadt als großstädtisches Zentrum (mit seiner Industriegeschichte und dem Bevölkerungswachstum im Lauf der letzten Jahrzehnte ebenfalls nicht vergleichbar mit historisch gewachsenen Städten) besteht die „Region 10“ insbesondere aus kleinstädtischen und ländlichen Regionen, Bayern ist historisch eher traditionell-konservativ geprägt, es besteht eine im Vergleich zum Bundesschnitt hohe Erwerbsquote (Stadt Ingolstadt 2018). All diese Faktoren lassen sich als resilienzfördernde Ressourcen für belastete Familiensysteme interpretieren (Besser et al. 2019). Insgesamt gehen wir daher davon aus, dass die hier erfasste Stichprobe nicht uneingeschränkt als repräsentativ für Gesamtdeutschland gelten kann.

4.7 Limitationen

Nachdem im Kapitel 4.6 bereits auf Besonderheiten in Studiensetting und Stichprobe eingegangen wurde, sollen hier weitere Limitationen und Einschränkungen der vorliegenden Studie ausgeführt werden.

Zwar wurde der Zugang zu der durchgeführten Studie durch einen geringen Aufwand für die Probanden und eine überschaubare Dauer bewusst möglichst niederschwellig gehalten, dennoch besteht auch hier sicher ein Selektionsbias, da eine aktive Entscheidung der Patientenfamilie für eine Teilnahme an der Studie erforderlich war. Diese Entscheidung mag zusätzlich dadurch erschwert sein, dass die Vorstellung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz für viele Familien der erste Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem darstellt und initial entsprechend von Ängsten und Vorbehalten geprägt ist. Zudem kann der verwendete Aufklärungsbogen aufgrund der hohen formalen Vorgaben (ausführliche Erläuterung des Forschungsvorhabens inklusive möglicher Risiken für die Probanden; Datenschutzerklärung mit drucktechnischer Hervorhebung und Nennung zweier Datenschutzbeauftragter) unter Umständen abschreckend gewirkt haben.

Die Tatsache, dass von den 90 Teilnehmern, die zum ersten Erhebungszeitpunkt verwertbare Fragebögen abgegeben hatten, nur für 55 Teilnehmer auch zum zweiten Messzeitpunkt entsprechende Daten vorliegen, verdient eine genauere Betrachtung. Es können im Wesentlichen zwei Möglichkeiten für ein Ausscheiden der Familien aus der laufenden Untersuchung vermutet werden:

Einerseits kommt ein Abbruch der Diagnostik vor dem geplanten Auswertgespräch in Frage (etwa aufgrund einer stationären Aufnahme des vorgestellten Kindes oder eines Behandlungsabbruchs). Andererseits kann ein Fehlen von Daten für den zweiten Untersuchungszeitpunkt dadurch erklärt werden, dass die Familie zwar die Diagnostikphase inklusive Auswertgespräch regulär durchlaufen hat, auf ein erneutes Ausfüllen der Fragebögen jedoch verzichtet wurde (aufgrund organisatorischer Versäumnisse der durchführenden Klinik oder Ablehnung der Teilnehmer).

Welche Gründe im Einzelnen vorlagen, wurde nicht erfasst. Da in der initialen Teilnehmerinformation und Datenschutzerklärung eine Rücknahme der Verblindung nur

für den Fall eines Rücktritts von der Teilnahme vorgesehen ist, war eine nachträgliche Feststellung, welcher Grund für ein Fehlen der Daten vorlag, nicht möglich. Insgesamt beeinträchtigt jedoch die recht hohe Rate an drop-outs die Aussagekraft der Längsschnittuntersuchung.

4.8 Schlussfolgerung und Ausblick

Die primäre Hypothese der vorliegenden Untersuchung war, dass die primären Bezugspersonen von Patienten, die in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz vorgestellt werden, eine signifikant höhere psychische Belastung aufweisen als die Normstichprobe des verwendeten Testverfahrens, in diesem Fall des SCL-90-S. Diese Hypothese kann anhand der erhobenen Daten von uns nicht bestätigt werden. Ebenso wenig konnten wir feststellen, dass unter den Bezugspersonen der vorgestellten Kinder mehr Personen selbst in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung waren als in der Allgemeinbevölkerung. Auch die Annahme, dass es signifikante Unterschiede in der psychischen Belastung der Bezugspersonen je nach Diagnose des vorgestellten Kindes gebe, konnte nicht bestätigt werden.

Hingegen wurde die Annahme bestätigt, dass Bezugspersonen, welche selbst in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung waren, eine höhere psychische Belastung aufwiesen als diejenigen, bei denen dies nicht der Fall war.

Ebenso konnte eine Reduktion der psychischen Belastung der Bezugspersonen im Lauf der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik nachgewiesen werden.

In der post-hoc-Analyse ergab sich zudem der bemerkenswerte Befund, dass sowohl Behandler als auch die jeweiligen Bezugspersonen die psychische Belastung der vorgestellten Kinder im Mittel nach Abschluss der Diagnostikphase höher einschätzen als zum Zeitpunkt des ersten Kontaktes.

Die in der bisherigen Forschung recht deutlich herausgearbeitete Annahme, dass Eltern psychisch kranker Kinder eine erhöhte psychische Belastung aufweisen, sollte angesichts der vorliegenden Ergebnisse für die spezifische Versorgungssituation in deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen weiter untersucht werden. Idealerweise sollten hierbei größere Fallzahlen und zur adäquateren Erfassung des Bevölkerungsquerschnitts eine Erhebung an mehreren Institutsambulanzen mit breit gefächerter Versorgungsstruktur (inklusive Metropolregionen, kritische sozioökonomische Lagen).

In jedem Fall erscheint es sinnvoll, in die kinder- und jugendpsychiatrische Ersteinschätzung auch die psychische Belastung der primären Bezugspersonen einfließen zu lassen, möglicherweise können Screening-Fragebögen (standardisiert oder selbst erstellt) hierbei zukünftig eine größere Rolle spielen.

Die Beobachtung, dass Behandler und Bezugspersonen die psychische Belastung des vorgestellten Kindes zum Ende der Diagnostik im Mittel höher einschätzen als zum Zeitpunkt der Erstvorstellung, kann als Indiz dafür gewertet werden, dass eine eingehende und ausführliche Diagnostikphase, wie sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie regelhaft erfolgt, bei den Beteiligten den Blick auf das Kind schärft und diese daher den hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwände für die Familien und die Behandler rechtfertigt. Auch hier wären weitere Untersuchungen wünschenswert, die mittels etablierter Fremdbeurteilungsbögen gezielt ins Auge fassen, ob eine Diagnostik ohne weitere spezifische Intervention die Einschätzung der Bezugspersonen verändert und inwieweit sich die Ersteinschätzung der Behandler zur Belastung der vorgestellten Patienten im Lauf der Diagnostik entwickelt.

Literaturverzeichnis

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.) (2016): Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. Unter Mitarbeit von J. Kuhn, B. Moritz, Poppe F. und S. Zollikofer. Online verfügbar unter [https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/F13B788D490947DDC1257FD300458F45/\\$file/Bericht%20zur%20psychischen%20Gesundheit%20bei%20Ki%20und%20Ju%20in%20Bayern_StMGP_2016.pdf](https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/F13B788D490947DDC1257FD300458F45/$file/Bericht%20zur%20psychischen%20Gesundheit%20bei%20Ki%20und%20Ju%20in%20Bayern_StMGP_2016.pdf), zuletzt geprüft am 20.03.2022.

Besser, Anna; Döhnert, Mirko; Stadelmann, Stephanie (2019): Verschiedene sozioökonomische Faktoren als Prädiktoren für internalisierende und externalisierende Störungsbilder des Kindes- und Jugendalters. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 47 (4), S. 345–358. DOI: 10.1024/1422-4917/a000668.

Bohlmann, Katrin (2021): Die Lage in Kinder- und Jugendpsychiatrien verschärft sich. In: *BR24*, 29.11.2021. Online verfügbar unter <https://www.br.de/nachrichten/bayern/die-lage-in-kinder-und-jugendpsychiatrien-verschaerft-sich,Sq48miN>, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

Boman, Krister; Lindahl, Annika; Björk, Olle (2003): Disease-related distress in parents of children with cancer at various stages after the time of diagnosis. In: *Acta Oncol* 42 (2), S. 137–146.

Cina, Annette; Bodenmann, Guy (2009): Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. In: *Kindheit und Entwicklung* 18 (1), S. 39–48.

Cooper, Peter J.; Fearn, Vanessa; Willetts, Lucy; Seabrook, Hannah; Parkinson, Monika (2006): Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. In: *Journal of Affective Disorders* 93 (1-3), S. 205–212. DOI: 10.1016/j.jad.2006.03.017.

Cox, A. D.; Puckering, C.; Pound, A.; Mills, M. (1987): The Impact of Maternal Depression in Young Children. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 28 (6), S. 917–928. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1987.tb00679.x.

Cunningham, Charles E.; Benness, Barry B.; Siegel, Linda S. (1988): Family Functioning, Time Allocation, and Parental Depression in the Families of Normal and ADHD Children. In: *Journal of Clinical Child Psychology* 17 (2), S. 169–177. DOI: 10.1207/s15374424jccp1702_10.

Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Verlag Dr. Hans Heger. Online verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/80a99fbacaed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 20.03.2022.

DGKJP (2016): Kurzfassung der evidenz- und konsensbasierten Leitlinie (S3) Störungen des Sozialverhaltens. Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung. Unter Mitarbeit von Prof. Dr. Dr. Christina Stadler und Prof. Dr. Tobias Banaschewski. AWMF.

DGKJP, DGPPN et al. (2017): Langfassung der evidenz- und konsensbasierten Leitlinie (S3) Störungen des Sozialverhaltens ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. AWMF.

Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. In: *Science (New York, N.Y.)* 196 (4286), S. 129–136. DOI: 10.1126/science.847460.

Fegert, Jörg M.; Eggers, Christian (2012): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Dordrecht: Springer.

Fegert, Jörg M.; Kölch, Michael (2013): *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. 2. überarb. und erw. Aufl. Berlin: Springer.

Fegert, Jörg M.; Kölch, Michael; Krüger, Ulrich (2018): *Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland–Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse*.

Online verfügbar unter

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kinder_gesundheit/Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche_Abschlussbericht.pdf, zuletzt geprüft am 20.03.2022.

Fergusson, D. M.; Lynskey, M. T.; Horwood, L. J. (1993): The effect of maternal depression on maternal ratings of child behavior. In: *J Abnorm Child Psychol* 21 (3), S. 245–269. DOI: 10.1007/BF00917534.

Ferro, T.; Verdelli, H.; Pierre, F.; Weissman, M. M. (2000): Screening for depression in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depression. In: *The American journal of psychiatry* 157 (3), S. 375–379. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.3.375.

Ford, Tamsin; Goodman, Robert; Meltzer, Howard (2003): The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42 (10), S. 1203–1211. DOI: 10.1097/00004583-200310000-00011.

Franke, Gabriele (2001): Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz der Symptom-Checkliste SCL-90-R. In: *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 33, S. 475–485.

Franke, Gabriele Helga (2014): *Symptom-Checklist-90®-Standard. SCL-90-S ; Manual*. Göttingen: Hogrefe.

Fredman, L.; Weissman, M. M.; Leaf, P. J.; Bruce, M. L. (1988): Social functioning in community residents with depression and other psychiatric disorders: results of the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. In: *J Affect Disord* 15 (2), S. 103–112. DOI: 10.1016/0165-0327(88)90077-8.

Freud, Sigmund (1913): *Totem und Tabu. Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*. Leipzig, Wien: Hugo Heller & Cie.

Fydrich, T.; Schneider, S. (2007): Evidenzbasierte Psychotherapie. In: *Psychotherapeut* 52 (1), S. 55–68. DOI: 10.1007/s00278-006-0522-x.

Gerhardt, Cynthia A.; Vannatta, Kathryn; McKellop, J. Mark; Zeller, Meg; Taylor, Janalee; Passo, Murray; Noll, Robert B. (2003): Comparing parental distress, family functioning, and the role of social support for caregivers with and without a child with juvenile rheumatoid arthritis. In: *J Pediatr Psychol* 28 (1), S. 5–15.

GKV-Spitzenverband; Deutsche Krankenhausgesellschaft; Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010): Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen vom 30.04.2010. Hg. v. GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische_institutsambulanzen/KH_Psych_20100430_PIA-Vereinbarung.pdf, zuletzt geprüft am 20.03.2022.

Gluschkoff, Kia; Keltikangas-Järvinen, Liisa; Pulkki-Råback, Laura; Jokela, Markus; Viikari, Jorma; Raitakari, Olli; Hintsanen, Mirka (2017): Hostile parenting, parental psychopathology, and depressive symptoms in the offspring: a 32-year follow-up in the Young Finns study. In: *J Affect Disord* 208, S. 436–442. DOI: 10.1016/j.jad.2016.11.002.

Grobe, Thomas G.; Bitzer, E. M.; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2013): Barmer GEK Arztreport 2013 - Schwerpunkt: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. Siegburg: Asgard-Verl.-Service (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 18).

Groschwitz, Rebecca C.; Fegert, Jörg M.; Plener, Paul L. (2017): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. In: *Psychotherapeut* 62 (1), S. 12–17. DOI: 10.1007/s00278-016-0157-5.

Häfner, Heinz (2016): Psychiatriereform in Deutschland. Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête. Ein Erfahrungsbericht. In: *Heidelberger Jahrbücher Online* 1, S. 119–145. DOI: 10.17885/heiup.hdjbo.23562.

Hauke, Gernot (2013): Strategisch Behaviorale Therapie (SBT). Emotionale Überlebensstrategien - Werte - Embodiment. Berlin, Heidelberg: Springer.

Hessel, Aike; Schumacher, Jörg; Geyer, Michael; Brähler, Elmar (2001): Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. In: *Diagnostica* 47, S. 27–39. DOI: 10.1026//0012-1924.47.1.27.

Hölling, H.; Schlack, R.; Petermann, F.; Ravens-Sieberer, U.; Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland. Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012): Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsbl.* 57 (7), S. 807–819. DOI: 10.1007/s00103-014-1979-3.

Ihle, Wolfgang; Esser, Günter (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: *Psychologische Rundschau* 53 (4), S. 159–169. DOI: 10.1026//0033-3042.53.4.159.

Irlbauer-Müller, Viktoria; Eichler, Anna; Stemmler, Mark; Moll, Gunther H.; Kratz, Oliver (2017): Elterliche Belastung und die Zuverlässigkeit von Elternangaben in der Diagnostik psychisch und verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 45 (4), S. 303–309. DOI: 10.1024/1422-4917/a000467.

Jacobson, Neil S.; Truax, Paula (1991): Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 (1), S. 12–19. DOI: 10.1037/0022-006X.59.1.12.

Jaite, Charlotte; Hoffmann, Falk; Seidel, Anja; Mattejat, Fritz; Bachmann, Christian (2021): Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Status quo und Trends im Zeitraum 2009–2018. In: *Psychiatrische Praxis*. DOI: 10.1055/a-1540-4958.

Johnston, Charlotte; Short, Kathryn H. (1993): Depressive Symptoms and Perceptions of Child Behavior. In: *Journal of Social and Clinical Psychology* 12 (2), S. 164–181. DOI: 10.1521/jscp.1993.12.2.164.

Kirschner, Regina (2021): Holetschek: Mehr Plätze in Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *BR24*, 01.07.2021. Online verfügbar unter <https://www.br.de/nachrichten/bayern/holetschek-mehr-plaetze-in-kinder-und-jugendpsychiatrie,Sbvjavi>, zuletzt geprüft am 09.12.2021.

Koch, Joachim (2014): Psychologische Diagnostik: Testverfahren im Überblick. In: *Deutsches Ärzteblatt PP* (8), S. 361–364. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/161276/Psychologische-Diagnostik-Testverfahren-im-Ueberblick>, zuletzt geprüft am 03.03.2018.

Köhler, Helmut (Hg.) (2019): Bürgerliches Gesetzbuch. Mit Allgemeinem Gleichbehandlungsgesetz, Produkthaftungsgesetz, Unterlassungsklagengesetz, Wohnungseigentumsgesetz, Beurkundungsgesetz und Erbbaurechtsgesetz : Textausgabe mit ausführlichem Sachverzeichnis und einer Einführung. Sonderausgabe. München, Nördlingen: dtv; C.H Beck (Beck-Texte im dtv, 5001).

Kölch, Michael; Dockhorn, Marina; Moser, Ilonka; Fegert, Jörg M. (2015): Einbezug von Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Qualität therapeutischer Beziehung : Tagungsdokumentation Berlin, 24./25. September 2014*. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 108–115.

Kurch-Bek, Diana; Tenckhoff, Bernhard (2016): Übersicht zur ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. Hg. v. Aktion-Psychisch-Kranke.ev. Berlin. Online verfügbar unter https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Tenckhoff_Workshop_KiJuPP-Versorgung_im_ambulanten_Setting.pdf, zuletzt geprüft am 20.03.2022.

Lang, Hermann (2011): Die strukturelle Triade und die Entstehung früher Störungen. Stuttgart: Klett-Cotta (Fachbuch).

Mack, Simon; Jacobi, Frank; Gerschler, Anja; Strehle, Jens; Höfler, Michael; Busch, Markus A. et al. (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). In: *International journal of methods in psychiatric research* 23 (3), S. 289–303. DOI: 10.1002/mpr.1438.

Mackler, Jennifer S.; Kelleher, Rachael T.; Shanahan, Lilly; Calkins, Susan D.; Keane, Susan P.; O'Brien, Marion (2015): Parenting Stress, Parental Reactions, and Externalizing Behavior From Ages 4 to 10. In: *Fam Relat* 77 (2), S. 388–406. DOI: 10.1111/jomf.12163.

Magni, G.; Carli, M.; Leo, D. de; Tshilolo, M.; Zanesco, L. (1986): Longitudinal evaluations of psychological distress in parents of children with malignancies. In: *Acta Paediatr Scand* 75 (2), S. 283–288.

Mai, Wiebke (2016): Erziehungsschwierig oder traumatisiert - Kinder zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dissertation, Rostock. Online verfügbar unter https://rosdok.uni-rostock.de/file/rosdok_disshab_0000002013/rosdok_derivate_0000057719/Mai_Dissertation_2018.pdf, zuletzt geprüft am 20.03.2022.

Mäntymaa, Mirjami; Puura, Kaija; Luoma, Ilona; Latva, Reija; Salmelin, Raili K.; Tamminen, Tuula (2012): Predicting Internalizing and Externalizing Problems at Five Years by Child and Parental Factors in Infancy and Toddlerhood. In: *Child Psychiatry Hum Dev* 43 (2), S. 153–170. DOI: 10.1007/s10578-011-0255-0.

Margraf, Jürgen; Schneider, Silvia (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 3., vollst. bearb. und erw. Aufl., [Neuauf]. Heidelberg: Springer Medizin.

Mattejat, Fritz; Remschmidt, Helmut (2008): The children of mentally ill parents. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 105 (23), S. 413–418. DOI: 10.3238/arztebl.2008.0413.

Middeldorp, Christel M.; Wesseldijk, Laura W.; Hudziak, James J.; Verhulst, Frank C.; Lindauer, Ramon J. L.; Dieleman, Gwen C. (2016): Parents of children with psychopathology: psychiatric problems and the association with their child's problems. In: *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25 (8), S. 919–927. DOI: 10.1007/s00787-015-0813-2.

Moré, Angela (2015): Die unbewusste Weitergabe von Traumata und Schuldverstrickungen an nachfolgende Generationen. In: Von Generation zu Generation : sozial- und kulturwissenschaftliche Analysen zu Transgenerationalität. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 63–90.

Morgan, J.; Robinson, D.; Aldridge, J. (2002): Parenting stress and externalizing child behaviour. In: *Child & Family Social Work* 7 (3), S. 219–225. DOI: 10.1046/j.1365-2206.2002.00242.x.

Pedron-Giner, C.; Calderón, C.; Martínez-Costa, C.; Borraz Gracia, S.; Gómez-López, L. (2014): Factors predicting distress among parents/caregivers of children with neurological disease and home enteral nutrition. In: *Child Care Health Dev* 40 (3), S. 389–397. DOI: 10.1111/cch.12038.

- Petermann, Franz (2005): Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: *Kindheit und Entwicklung* 14 (1), S. 48–57. DOI: 10.1026/0942-5403.14.1.48.
- Preston, George H.; Antin, Rosemary (1932): A study of children of psychotic parents. In: *American Journal of Orthopsychiatry* 2 (3), S. 231–241. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1932.tb05181.x.
- Rao, Pradeep; Pradhan, Prakash V.; Shah, Henal (2004): Psychopathology and coping in parents of chronically ill children. In: *Indian J Pediatr* 71 (8), S. 695–699.
- Reimer, Christian; Rüger, Ulrich (2003): Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien. 2., korrigierte und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Robert Koch-Institut (2018): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (3). DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-077.
- Rodriguez, Christina M. (2011): Association Between Independent Reports of Maternal Parenting Stress and Children’s Internalizing Symptomatology. In: *J Child Fam Stud* 20 (5), S. 631–639. DOI: 10.1007/s10826-010-9438-8.
- Schilbach, Leonhard (2016): Psychische Erkrankungen als Störungen der sozialen Interaktion. Max-Planck-Institut. München. Online verfügbar unter https://www.mpg.de/10444952/mpip_jb_2015, zuletzt geprüft am 20.03.2022.
- Schilbach, Leonhard; Timmermans, Bert; Reddy, Vasudevi; Costall, Alan; Bente, Gary; Schlicht, Tobias; Vogeley, Kai (2013): Toward a second-person neuroscience. In: *The Behavioral and brain sciences* 36 (4), S. 393–414. DOI: 10.1017/S0140525X12000660.
- Schuh, Daniela; Hippler, Kathrin; Schubert, Maria Theresia (2011): Kohärenzgefühl und Stress von Eltern chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 61 (9-10), S. 398–404. DOI: 10.1055/s-0031-1283131.
- Schweitzer, J.; Beher, S.; Sydow, K. von; & Retzlaff, R. (2007): Systemische Therapie/Familietherapie. In: *Psychotherapeutenjournal* (1), S. 4–19.
- Settipani, Cara A.; O’Neil, Kelly A.; Podell, Jennifer L.; Beidas, Rinad S.; Kendall, Philip C. (2013): Youth anxiety and parent factors over time: directionality of change among youth treated for anxiety. In: *J Clin Child Adolesc Psychol* 42 (1), S. 9–21. DOI: 10.1080/15374416.2012.719459.
- Shaw, Daniel S.; Connell, Arin; Dishion, Thomas J.; Wilson, Melvin N.; Gardner, Frances (2009): Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. In: *Development and psychopathology* 21 (2), S. 417–439. DOI: 10.1017/S0954579409000236.
- Spiegel, Der (2013): Aufmerksamkeitsstörung bei Kindern: Zahl der ADHS-Diagnosen steigt rasant. In: *DER SPIEGEL*, 29.01.2013. Online verfügbar unter <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/barmer-anstieg-bei-aufmerksamkeitsdefizit-adhs-a-880255.html>, zuletzt geprüft am 29.06.2020.

Stadt Ingolstadt (2018): Statistischer Bericht der Region 10 Ingolstadt.

Stone, Lisanne L.; Mares, Suzanne H. W.; Otten, Roy; Engels, Rutger C. M. E.; Janssens, Jan M. A. M. (2016): The Co-Development of Parenting Stress and Childhood Internalizing and Externalizing Problems. In: *J Psychopathol Behav Assess* 38 (1), S. 76–86. DOI: 10.1007/s10862-015-9500-3.

Thanhäuser, Martina; Lemmer, Gunnar; Girolamo, Giovanni de; Christiansen, Hanna (2017): Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. In: *Current opinion in psychiatry* 30 (4), S. 283–299. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000342.

Vidair, Hilary B.; Reyes, Jazmin A.; Shen, Sa; Parrilla-Escobar, Maria A.; Heleniak, Charlotte M.; Hollin, Ilene L. et al. (2011): Screening parents during child evaluations: exploring parent and child psychopathology in the same clinic. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50 (5), S. 441–450. DOI: 10.1016/j.jaac.2011.02.002.

Warnke, Andreas; Lehmkuhl, Gerd (Hg.) (2011): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien ; mit 13 Tabellen. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Weissman, Myrna M.; Paykel, Eugene S.; Klerman, Gerald L. (1972): The depressed woman as a mother. In: *Soc Psychiatry* 7 (2), S. 98–108. DOI: 10.1007/BF00583985.

Wiegand-Grefe, Silke; Mattejat, Fritz; Lenz, Albert (Hg.) (2011): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung : mit 55 Tabellen. Symposium Kinder Psychisch Kranker Eltern - Aktuelle Forschungsergebnisse; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, DGKJP. Göttingen, Oakville: Vandenhoeck & Ruprecht.

Willemse, Joop; Ameln, Falko von (2018): Theorie und Praxis des systemischen Ansatzes. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Winnicott, D. W. (1961): The Effect of Psychotic Parents on the Emotional Development of the Child. In: *British Journal of Psychiatric Social Work* 6 (1), S. 13–20.

Anhang

- Anhang1 (Seite 86-87): Elterninformation und -einwilligungserklärung
Anhang 2 (Seite 88-89): Elternfragebogen bei Erstvorstellung
Anhang 3 (Seite 90-91): Elternfragebogen nach dem Auswertgespräch
Anhang 4 (Seite 92-93): Behandlerfragebogen

KLINIKEN ST. ELISABETH NEUBURG/DONAU



Klinik für Kinder- und Jugendliche
Ärztliche Leitung: Dr. med. Stephan Seeliger

Kliniken St. Elisabeth, Müller-Gladencgg-Weg 4, 36633 Neuburg/Donau

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Chefin Dr. med. Astrid Passavant

Prüfleiter: Simon Schredl, Assistenzarzt
E-Mail: simon.schredl@kliniken-st-elisabeth.de
Tel.: 06431/54-4000

Elterninformation und -einwilligungserklärung

Studie zur Erfassung der elterlichen Belastung bei Patienten der Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der St. Elisabeth Kliniken, Neuburg/Donau

Sehr geehrte Eltern,

Wir führen in unserer Ambulanz eine Untersuchung durch, um zu erfassen, inwiefern die Eltern der Kinder und Jugendlichen, welche bei uns ambulant vorgestellt werden, selbst psychisch belastet sind und ob sich durch die Diagnostik bei uns eine Veränderung dieser Belastung ergibt.

Wissenschaftlicher Hintergrund: In zahlreichen Studien zeigen sich deutliche Hinweise auf den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen von Kindern und der psychischen Belastung deren Eltern. Bisher existiert keine Studie, welche diesen Zusammenhang im Rahmen einer ambulanten Diagnostik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz untersucht.

Ziel der Studie: Das Ziel der Studie ist, die psychische Belastung der Eltern, welche ihre Kinder bei uns vorstellen, zu erfassen sowie zu erfahren, ob und wie sich unsere Diagnostik auf diese Belastung auswirkt.

Unser Ziel ist es, durch die gewonnenen Erkenntnisse die Diagnostikphase zukünftig besser auf die Bedürfnisse unserer Patienten und ihrer Eltern anzupassen und gegebenenfalls die bei uns vorstelligen Familien besser unterstützen zu können.

Durchführung: Sie erhalten bei Anmeldung sowie im Auswertgespräch nach der Diagnostik jeweils zwei Fragebögen, die Ihre psychische Belastung sowie Ihre Erwartungen und Wünsche an unsere Diagnostik abfragen. Die Bearbeitung der Fragebögen sollte zu Beginn und Ende der Diagnostikphase jeweils etwa zehn Minuten in Anspruch nehmen. Des Weiteren beantwortet der Behandler Ihres Kindes Fragen zu dessen Diagnosen, den Therapie-Empfehlungen und seiner Einschätzung der psychischen Belastung des vorgestellten Kindes sowie der vorstellenden Bezugspersonen. Mit dem Ende der ambulanten Diagnostik (d.h. in der Regel nach drei bis vier ambulanten Terminen) ist auch die Datenerhebung abgeschlossen. Die erhobenen Daten werden anschließend von uns pseudonymisiert zusammengeführt, gegenübergestellt und ausgewertet.

Risiken und Nutzen der Teilnahme: Sie wenden einige Zeit auf, um die ausgegebenen Fragebögen zu beantworten, andere Nachteile sind für Sie durch die Teilnahme an der Studie nicht zu erwarten. Mögliche Vorteile für Sie sind, dass wir mit Hilfe Ihrer Angaben besser auf Ihre Bedürfnisse eingehen können und damit Sie und Ihr Kind besser unterstützen können.

Für weitere Fragen zu der Studie stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit zur Verfügung. Sie können sich persönlich oder per E-Mail (simon.schredl@kliniken-st-elisabeth.de) an uns wenden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

KLINIKEN ST. ELISABETH NEUBURG/DONAU



Klinik für Kinder- und Jugendliche

Ärztliche Leitung: Dr. med. Stephan Seeliger

Kliniken St. Elisabeth, Müller-Gnadenegg-Weg 4, 36633 Neuburg/Donau

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Chefärztin Dr. med. Astrid Passavant

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie zur Erfassung der elterlichen Belastung bei Patienten der
Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der St. Elisabeth Kliniken in
Neuburg/Donau

Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig. Die erfassten Daten werden in der Auswertung pseudonymisiert, so dass später kein Rückschluss auf Ihre Person oder Ihr Kind gemacht werden kann.

Sie sind jederzeit berechtigt, die Einverständnis ohne Angabe von Gründen zu widerrufen, hieraus entstehen Ihnen keine Nachteile. Die erhobenen Daten werden im Falle eines Widerrufs vernichtet.

**Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der
Patienteninformation einverstanden.**

Ort, Datum

Unterschrift Studienteilnehmer

Name des aufklärenden Arztes

Unterschrift aufklärender Arzt

Datenschutzerklärung: Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten und Befunde über Sie erhoben, gespeichert und verschlüsselt (pseudonymisiert), d.h. weder Ihr Name noch Ihre Initialen oder das exakte Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode, weitergegeben. Im Falle des Widerrufs Ihrer Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten vernichtet. Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode ist auf folgende Personen beschränkt: Die Studienleiter Simon Schredl und Dr. Astrid Passavant. Die Unterlagen werden im Büro des Studienleiters verschlossen für den Zeitraum von zwei Jahren aufbewahrt. Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich in Fällen, in denen es Ihre eigene Sicherheit erfordert („medizinische Gründe“) oder falls es zu Änderungen in der wissenschaftlichen Fragestellung kommt („wissenschaftliche Gründe“). Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet. Sie haben das Recht, Auskunft (einschließlich Kopie) über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung oder ggf. Löschung zu verlangen.

Verantwortliche Prüfler: Simon Schredl, Assistenzarzt, und Dr. Astrid Passavant, Chefärztin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der St. Elisabeth Kliniken in Neuburg/Donau

Zuständiger behördlicher Datenschutzbeauftragter: Datenschutzbeauftragter der Ludwig-Maximilians-Universität München, Geschwister-Scholl-Platz 1, 80539 München; E-Mail: datenschutz@lmu.de

Seite 2/2

Anhang 2: Elternfragebogen bei Erstvorstellung

KLINIKEN ST. ELISABETH NEUBURG/DONAU



1

Klinik für Kinder- und Jugendliche
Ärztliche Leitung: Dr. med. Stephan Seeliger

Kliniken St. Elisabeth, Müller-Gnadenegg-Weg 4, 86633 Neuburg/Donau

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Chefärztin Dr. med. Astrid Passavant

Liebe Eltern,
vielen Dank für Ihr Mitwirken bei unserer Forschungsarbeit!

Wir möchten Sie bitten, sich einige Minuten Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sowie den beigelegten Symptomfragebogen (SCL-90-S) auszufüllen.

Die Fragen sollten jeweils durch die **Hauptbezugsperson** des bei uns vorgestellten Kindes beantwortet werden. Der Grund hierfür ist, dass der Fragebogen die psychische Belastung nur einer Person erfasst.

Falls mehrere Personen den Fragebogen beantworten möchten, machen Sie bitte kenntlich, wer welche Antworten gegeben hat (z.B. mit unterschiedlichen Farben).

Wie hoch würden Sie die psychische Belastung **Ihres Kindes** aktuell einschätzen? (bitte ankreuzen)

Überhaupt nicht Ein wenig Ziemlich stark Sehr stark
0 1 2 3 4

Wie hoch würden Sie **Ihre eigene** psychische Belastung aktuell einschätzen? (bitte ankreuzen)

Überhaupt nicht Ein wenig Ziemlich stark Sehr stark
0 1 2 3 4

Empfinden Sie **folgende Aspekte** als seelisch belastend? (ggf. bitte ankreuzen)

- Streit mit dem Kind
- Streit unter Geschwistern
- Schulsituation des Kindes
- Andere Probleme des Kindes (ggf. bitte erläutern)

- Konflikte mit Partner
- Beruflicher Stress
- Andere Faktoren (ggf. bitte erläutern)

Befinden oder befanden Sie selbst sich in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

ja

nein

Die Fragebögen wurden ausgefüllt durch:

Mutter

Vater

_____ Ggf. weitere Bezugsperson (bitte angeben)

Anhang 3: Elternfragebogen nach dem Auswertgespräch

KLINIKEN ST. ELISABETH NEUBURG/DONAU



2

Klinik für Kinder- und Jugendliche
Ärztliche Leitung: Dr. med. Stephan Seeliger

Kliniken St. Elisabeth, Müller-Ginadenegg-Weg 4, 86633 Neuburg/Donau

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Chefarztin Dr. med. Astrid Passavant

Liebe Eltern,
vielen Dank für Ihr erneutes Mitwirken bei unserer Forschungsarbeit!

Wir möchten Sie bitten, sich einige Minuten Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sowie den beigelegten Symptomfragebogen (SCL-90-S) auszufüllen.

Die Fragen sollten jeweils durch die **Hauptbezugsperson** des bei uns vorgestellten Kindes beantwortet werden. Der Grund hierfür ist, dass der Fragebogen die psychische Belastung nur einer Person erfasst.

Falls mehrere Personen den Fragebogen beantworten möchten, machen Sie bitte kenntlich, wer welche Antworten gegeben hat (z.B. mit unterschiedlichen Farben).

Wie hoch würden Sie die psychische Belastung **Ihres Kindes** aktuell einschätzen? (bitte ankreuzen)

Überhaupt nicht
0
Ein wenig
1
Zureichend
2
stark
3
Sehr stark
4

Wie hoch würden Sie **Ihre eigene** psychische Belastung aktuell einschätzen? (bitte ankreuzen)

Überhaupt nicht
0
Ein wenig
1
Zureichend
2
stark
3
Sehr stark
4

Wie zufrieden sind Sie mit den **Therapieempfehlungen**? (bitte ankreuzen)

Überhaupt nicht
0
Ein wenig
1
Zureichend
2
stark
3
Sehr stark
4

Wie **hilfreich** empfanden Sie die Diagnostik für Sie und ihr Kind? (bitte ankreuzen)

Überhaupt nicht
0
Ein wenig
1
Zureichend
2
stark
3
Sehr stark
4

Haben Sie Anregungen für die Diagnostikphase? (ggf. bitte ausführen)

Die Fragebögen wurden ausgefüllt durch:

Mutter

Vater

Ggf. weitere Bezugsperson (bitte angeben)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang 4: Behandlerfragebogen

KLINIKEN ST. ELISABETH NEUBURG/DONAU



Klinik für Kinder- und Jugendliche
Ärztliche Leitung: Dr. med. Stephan Seeliger

Kliniken St. Elisabeth, Müller-Gladenegg-Weg 4, 35633 Neuburg/Donau

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Chefin Dr. med. Astrid Passavant

Fragen an Therapeuten:

1. Seite (bitte bei Erstvorstellung ausfüllen):

Alter des Patienten (JJ;MM):

J	J	M	M
---	---	---	---

Geschlecht des Patienten: männlich weiblich unbestimmt/transgender

Wie hoch würden Sie die psychische Belastung **folgender Personen** aktuell einschätzen:

	<i>Überhaupt nicht</i>	<i>Ein wenig</i>	<i>Zw. mäßig</i>	<i>stark</i>	<i>Sehr stark</i>
Patient:	0	1	2	3	4
Kindsmutter:	0	1	2	3	4
Kindsvater:	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4

Ggf. weitere Bezugsperson (bitte angeben)

Wer ist Ihrer Ansicht nach die **Hauptbezugsperson** des Patienten (Bitte nur Einfachauswahl)?

Kindsmutter

Kindsvater

_____ (sonstige Person, z.B. Erzieher, Großeltern, etc.)

2. Seite (bitte nach Auswertgespräch ausfüllen):

Hauptdiagnose (ICD-10): _____

Ggf. relevante Nebendiagnosen: _____

Therapieempfehlungen:

- Ambulante Psychotherapie (inkl. Gruppentherapien)
- Medikation
- Teilstationäre Behandlung
- Vollstationäre Behandlung
- Suchtberatungsstelle
- Ambulante Jugendhilfe (Erziehungsbeistand, Familienhilfe)
- Pädagogische Maßnahme (Schulwechsel, Schulbegleitung, E-Schule)
- Stationäre Jugendhilfe
- Erziehungsberatung
- Elterntraining
- Psychiatrische/Psychotherapeutische Behandlung eines Elternteils

	<i>Überhaupt nicht</i>	<i>Ein wenig</i>	<i>etwas</i>	<i>sehr</i>	<i>sehr stark</i>
Patient:	0	1	2	3	4
Kindsmutter:	0	1	2	3	4
Kindsvater:	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4

Ggf. weitere Bezugsperson (bitte angeben)

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Doktor Andreas Schuld, der mich als Betreuer über die gesamte Vorbereitung, Planung, Durchführung, Auswertung und schriftlichen Ausarbeitung der vorliegenden Arbeit mit wertvollen Anregungen und Rückmeldungen begleitet hat und immer ein offenes Ohr hatte.

Danken möchte ich auch Frau Doktor Astrid Passavant und Herrn Doktor Simon Mayer, die als Chefärzte die Durchführung an ihrer Klinik unterstützt haben und besonders den Mitarbeitern der Institutsambulanz, auf deren kollegiale Zusammenarbeit trotz des Mehraufwandes die Erhebung immer Verlass war.

Den Studienteilnehmern danke ich für ihre Bereitschaft, in einer für die meisten herausfordernden Lebenslage der Wissenschaft sensible Informationen zur Verfügung zu stellen.

Ein ganz persönlicher Dank gilt schließlich meinen Eltern und Großeltern, die durch ihre andauernde Unterstützung mein Studium überhaupt ermöglicht haben, sowie meiner Ehefrau Karolina, ohne deren Ermunterung diese Arbeit nicht entstanden wäre.

Affidavit



Schredl, Simon Josef

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

**Psychische Belastung der Eltern von Patienten der Institutsambulanz für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der
Klinik St. Elisabeth in Neuburg an der Donau**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Eitensheim, 03.01.2023, Simon Schredl

Ort, Datum Unterschrift Doktorand