

# Wie erfolgreich ist eine stationäre Behandlung in der Jugendpsychiatrie?

Aktuelle Lebenssituation, Lebenszufriedenheit, subjektiver  
Behandlungserfolg und Symptombelastung von ehemaligen Patienten  
und Patientinnen der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens

Eine Masterarbeit im Kooperationsstudiengang  
der Fachhochschulen Bern | Luzern | St. Gallen | Zürich

Sandra Koller

# Wie erfolgreich ist eine stationäre Behandlung in der Jugendpsychiatrie?

Aktuelle Lebenssituation, Lebenszufriedenheit, subjektiver  
Behandlungserfolg und Symptombelastung von ehemaligen Patienten  
und Patientinnen der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens

## **Master Thesis**

Sandra Koller  
Studienbeginn HS 2013

Abgabedatum:  
12. August 2016

Fachbegleitung:  
Prof. Dr. phil. Manuel Bachmann, Fachhochschule Bern

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem  
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag  
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>  
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California  
95105, USA.

#### Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle  
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



**Teilen** — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten  
Zu den folgenden Bedingungen:



**Namensnennung** — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur  
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder  
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber  
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



**Nicht kommerziell** — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



**Keine Bearbeitungen** — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt  
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.  
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,  
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers  
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

## **Abstract**

Eine Behandlung in der stationären Jugendpsychiatrie kommt dann in Frage, wenn alle anderen Massnahmen bereits ausgeschöpft wurden, die Krise, in welcher sich ein junger Mensch befindet, aber nicht entschärft werden konnte. Eine stationäre jugendpsychiatrische Behandlung ist für die Jugendlichen und ihr Umfeld eine einschneidende Massnahme. Sie hat das Ziel, die längerfristige Entwicklung des Jugendlichen positiv zu beeinflussen. Dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass die meisten psychischen Störungen bereits in der Jugend ihren Ursprung haben. Durch eine frühzeitige Intervention erhofft man sich, die psychische Gesundheit nachhaltig positiv zu unterstützen. Es stellt sich die Frage, ob eine stationäre jugendpsychiatrische Behandlung diesbezüglich erfolgreich ist.

Die vorliegende Studie widmet sich der Evaluation der stationären Behandlung in der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens JPS. Es wurden ehemalige Patienten und Patientinnen befragt, welche zwischen März 2012 und März 2014 in stationärer Behandlung waren. Die Studie stützt sich in erster Linie auf eine quantitative schriftliche Befragung. Anhand bestehender Fragebogen zur aktuellen Lebenssituation, dem subjektiven Behandlungserfolg, der aktuellen Symptomatik sowie zur Lebenszufriedenheit wurde der Gesamterfolg der Behandlung evaluiert. Dieser Teil wurde durch die qualitative Auswertung von drei Interviews ergänzt, in welcher das Thema Lebenszufriedenheit vertieft betrachtet wurde.

Die Studie zeigte eine gelingende Lebensbewältigung bei den meisten Jugendlichen und inzwischen jungen Erwachsenen. Die Symptomatik hat sich signifikant verbessert, wenn auch zwei der Studienteilnehmenden gesamthaft bei der aktuellen Erhebung eine Syndrom-Konstellation im klinisch auffälligen Bereich aufwiesen. Die Studienteilnehmenden waren mehrheitlich überwiegend zufrieden mit dem Behandlungserfolg. Dabei konnten gezielte Kritikpunkte beschrieben werden. Die Lebenszufriedenheit war insgesamt im positiven Bereich, lag aber unter dem Niveau der Vergleichsdaten aus der Allgemeinbevölkerung. Die Interviews ergaben, dass insbesondere das Gefühl von Sinnhaftigkeit und Selbstwirksamkeit die Lebenszufriedenheit positiv beeinflussen. Ausserdem wurde die Zufriedenheit mit der Tätigkeit (Arbeit oder Schule) als zentral erachtet.

Für die Praxis bestätigt dieses Ergebnis den hohen Stellenwert einer milieutherapeutischen Ausrichtung, in welcher der Beziehungsaspekt sowohl zwischen Begleitpersonen und Jugendlichen als auch innerhalb der Peergruppe äusserst wichtig ist und Erfahrungsräume geschaffen werden, in welchen die Jugendlichen die Möglichkeit haben, Neues zu erproben und sich in ihrer eigenen Wirkmächtigkeit zu erleben.

## **Danksagung**

Zum Gelingen vorliegender Arbeit haben sehr viele Personen beigetragen.

Besonders bedanken möchte ich mich bei den Studienteilnehmenden, welche viel Zeit für die Beantwortung der Fragebogen und die Interviews investiert und dadurch diese Studie erst möglich gemacht haben.

Diese Masterarbeit konnte nur erstellt werden Dank der Offenheit und aktiven Unterstützung durch die Leitende Ärztin der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens Dr. med. Raphaela Jülke sowie den Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. med. Thomas Heinemann. Besten Dank für all die Anregungen!

Herzlichen Dank an Christine Pfyffer und Aline Enzler vom Sekretariat für die Mithilfe beim Versand der Fragebogen.

Einen wichtigen Beitrag zur Aufbereitung der archivierten Daten hat die pädagogische Leiterin der JPS, Ulrike Raschke, geleistet. Vielen Dank für diese grosse Unterstützung!

Ein grosses Dankeschön geht zudem an Professor Dr. Herschbach, Direktor des Roman-Herzog-Krebszentrums München, welcher die „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ sowie das zugehörige Auswertungsmanual für diese Studie zur Verfügung gestellt hat. Ebenso möchte ich mich bei Karin Bock von der Uniklinik Freiburg für das zugesandte „Freiburger Strukturierte Interview“ bedanken, welches im Fragebogen in abgeänderter Form zum Einsatz kam.

Für die aufwändige Arbeit des Korrekturlesens konnte ich Claudia Tritten gewinnen. Herzlichen Dank dafür und für die vielen wertvollen Tipps!

Auf die Unterstützung meiner Fachbegleitung Prof. Dr. phil. Manuel Bachmann konnte ich jederzeit zurückgreifen. Vielen Dank für die professionelle Begleitung, die schnelle Beantwortung der Fragen und die vielen hilfreichen Gedanken und Inputs!

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
1.1. Ausgangslage .....	1
1.2. Hauptfragestellung und Zielsetzung .....	1
1.3. Aufbau der Arbeit .....	2
2. Stationäre Behandlung in der Jugendpsychiatrie .....	2
2.1. Psychische Belastungen im Jugendalter .....	2
2.2. Angebot der Jugendpsychiatrischen Therapiestation JPS in Kriens .....	7
2.3. Ziele einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung .....	7
2.4. Sozialpädagogik als Bestandteil der jugendpsychiatrischen Behandlung .....	10
2.4.1. Was bedeutet Sozialpädagogik im Feld der Jugendpsychiatrie? .....	10
2.4.2. Milieutherapeutisches Arbeiten .....	13
3. Wie kann man eine stationäre jugendpsychiatrische Behandlung evaluieren? .....	16
3.1. Ausrichtung und Ziele von Evaluationen im jugendpsychiatrischen Bereich .....	16
3.2. Wirkungsdiskurse in der Sozialen Arbeit .....	19
3.3. Operationalisierung von Behandlungserfolg .....	22
3.3.1. Allgemeine Erkenntnisse .....	22
3.3.2. Symptomerhebung .....	24
3.3.3. Patientenzufriedenheit in Bezug auf den Therapie- bzw. Behandlungserfolg .....	24
3.3.4. Das Konzept der Lebensqualität und -zufriedenheit .....	26
3.3.5. Weitere Evaluationsaspekte .....	29
4. Stand der Forschung .....	30
4.1. Theoretische Grundannahmen zur Behandlung von psychischen Störungen .....	30
4.2. Ergebnisse aus der (jugend-)psychiatrischen Wirkungsforschung .....	31
5. Fragestellung und Hypothesen .....	40
6. Quantitative Erhebung .....	42
6.1. Rechtliche Grundlagen .....	42
6.2. Untersuchungsdesign und Stichprobe .....	43
6.3. Erhebungsinstrumente .....	44
6.3.1. Angaben zur aktuellen Situation .....	44
6.3.2. Therapieerfolg und Behandlungszufriedenheit .....	45
6.3.3. Youth self report .....	47
6.3.4. Fragen zur Lebenszufriedenheit .....	49
6.4. Ergebnisse .....	51

6.4.1. Rücklauf .....	51
6.4.2. Angaben zur Probandengruppe .....	51
6.4.3. Ergebnisse zur aktuellen Lebenssituation und zur Alltagsbewältigung .....	53
6.4.4. Beurteilung des Behandlungserfolgs.....	58
6.4.5. Handschriftliche Rückmeldungen.....	63
6.4.6. Ergebnisse der Symptomerhebung .....	65
6.4.7. Lebenszufriedenheit.....	70
6.4.8. Zusammenhang subjektive Behandlungserfolgseinschätzung und Lebenszufriedenheit.....	74
7. Qualitative Erhebung .....	75
7.1. Untersuchungsdesign und Stichprobe.....	75
7.2. Analyserichtung und Fragestellung.....	76
7.3. Konstruktion des Interviewleitfadens .....	77
7.4. Durchführung der Befragung.....	78
7.5. Auswertung der Daten .....	78
8. Diskussion .....	87
8.1. Allgemeine Erkenntnisse .....	87
8.2. Ergebnisdiskussion zur aktuellen Lebenssituation .....	88
8.3. Ergebnisdiskussion zur Beurteilung des Behandlungserfolgs .....	88
8.4. Ergebnisdiskussion zur Symptomveränderung.....	89
8.5. Ergebnisdiskussion zur Lebenszufriedenheit und deren Faktoren .....	90
8.6. Ergebnisdiskussion bezüglich der handschriftlichen Rückmeldungen .....	92
8.7. Abschliessende Gedanken zur Hauptfragestellung .....	93
9. Reflektion.....	94
9.1. Beschränkte Aussagekraft der Ergebnisse.....	94
9.2. Reflektion bezüglich der Rolle der Forscherin.....	95
9.3. Reflektion der Methodenwahl.....	95
10. Schlussfolgerungen für die sozialpädagogische Praxis.....	96
11. Literaturverzeichnis.....	101
12. Abbildungsverzeichnis.....	112
13. Tabellenverzeichnis .....	113
14. Anhang .....	114
Anhang A: Bewilligung Ethikkommission Nordwest-Zentralschweiz .....	114
Anhang B: Begleitschreiben Studie .....	115
Anhang C: Fragebogen 1. Teil .....	117

Anhang D: Rohdaten.....	119
Merkmale Studienteilnehmende.....	119
Rohdaten Aktuelle Lebenssituation .....	120
Rohdaten 1. Teil Fragebogen.....	121
Rohdaten Lebenszufriedenheit.....	123
Rohdaten und Testergebnisse YSR .....	125
Korrelation Behandlungserfolg – Lebenszufriedenheit .....	128
Anhang E: Persönliche Erklärung Einzelarbeit .....	129

## Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
FBB	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung
FBB-P	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung durch den Patienten
FLZ <sup>M</sup>	Fragen zur Lebenszufriedenheit Module
FrStI	Freiburger Strukturiertes Interview
GUS	Sektion für Gesundheits-, Umwelt- und Schriftenpsychologie
gZ	Gewichtete Zufriedenheit
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ILK	Inventar zur Lebensqualität
JPS	Jugendpsychiatrische Therapiestation Kriens
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
SCL	Symptom-Checkliste
SOEP	Sozioökonomisches Panel
UEMS	European Union of Medical Specialists
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Instrument
YSR	Youth self report

# 1. Einleitung

## 1.1. Ausgangslage

Die Autorin arbeitet seit mehreren Jahren als Sozialpädagogin im milieutherapeutischen Behandlungssetting der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens JPS. Eine stationäre jugendpsychiatrische Behandlung kommt dann zum Zug, wenn alle anderen Mittel bereits ausgeschöpft sind. Entsprechend gross sind die anzutreffenden Krisen und der Leidensdruck bei den Jugendlichen und ihren Familien. Die stationäre Behandlung ist äusserst intensiv und für das Leben der Heranwachsenden oft einschneidend. Sie dauert im Sinne des Normalisierungsprinzips so lange wie nötig, aber auch so kurz wie möglich. Die meisten psychischen Störungen bei Erwachsenen nehmen laut Schmidt & Schimmelmann (2015, S. 85) ihren Anfang bereits im Kindes- und Jugendalter. Jugendpsychiatrische Interventionen richten sich danach aus, welche Massnahmen es für eine positive Weiterentwicklung braucht. Aus Datenschutzgründen kann aber nicht nachvollzogen werden, wie sich die Jugendlichen nach dieser Intervention weiterentwickeln, ob sie ihre Krisen längerfristig überwinden und einen Weg in ein erfülltes Erwachsenenleben finden. Die vorliegende Studie widmet sich deshalb der Frage, wie erfolgreich die stationäre Behandlungen in der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens ist. Wie sieht der weitere Verlauf von ehemaligen Patienten und Patientinnen aus und wie beurteilen die jungen Erwachsenen rückblickend ihren Aufenthalt?

## 1.2. Hauptfragestellung und Zielsetzung

*Wie sieht der längerfristige Erfolg der stationären Behandlung der jugendpsychiatrischen Therapiestation JPS im weiteren Verlauf nach Beendigung der Hospitalisation aus?*

Dieser Hauptfragestellung will vorliegende Master Thesis nachgehen mit dem Ziel, die längerfristige Wirkung der stationären jugendpsychiatrischen Behandlung bei einer gezielten Stichprobe zu überprüfen.

Diese Evaluation soll allenfalls als Anhaltspunkt für die Optimierung und Weiterentwicklung der Praxis dienen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei in der sozialpädagogisch-pflegerischen Alltagsbegleitung der Jugendlichen.

### **1.3. Aufbau der Arbeit**

In Kapitel 2 wird als Grundlage für die Beantwortung der Fragestellung dargelegt, was eine stationäre jugendpsychiatrische Behandlung umfasst. Der Schwerpunkt liegt hierbei beim milieutherapeutischen Behandlungssetting und der Rolle der Sozialpädagogik.

In Kapitel 3 wird der Frage nachgegangen, weshalb es Evaluationen in diesem Bereich braucht – auch aus der Perspektive der Wirkungsorientierung der Sozialen Arbeit – und wie sich diese gestalten lassen, um den komplexen Zielen einer jugendpsychiatrischen Behandlung möglichst gerecht zu werden. Was bedeutet Erfolg in der Jugendpsychiatrie überhaupt?

In Kapitel 4 werden theoretische Grundannahmen zur Behandlung psychischer Erkrankungen sowie Resultate aus anderen Evaluationsstudien zusammengefasst. In Anlehnung an diese Studien sowie mit Einbezug der Erkenntnisse aus Kapitel 3 werden darauffolgend in Kapitel 5 die Unterfragen dargelegt, mit deren Hilfe die Hauptfragestellung beantwortet werden soll.

In Kapitel 6 werden die quantitative Erhebung und deren Resultate dargelegt. Die Studie erfolgte anhand der Auswertung von Fragebogen, welche an ehemalige Patienten und Patientinnen der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens versendet worden waren.

Ergänzend zur quantitativen Studie wurden drei qualitative Interviews geführt, um den Behandlungserfolgsaspekt „Lebenszufriedenheit“ genauer zu eruieren. Der Aufbau und die Ergebnisse dieser Interviews werden in Kapitel 7 erläutert.

In Kapitel 8 folgt die Diskussion der Ergebnisse.

In Kapitel 9 wird eine kurze Reflektion zur vorliegenden Master Thesis dargelegt.

Mit den Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialpädagogik schliesst diese Arbeit mit Kapitel 10.

## **2. Stationäre Behandlung in der Jugendpsychiatrie**

### **2.1. Psychische Belastungen im Jugendalter**

Die Jugend ist eine Zeit des Übergangs, in welcher junge Menschen vielen Anforderungen gleichzeitig gerecht werden müssen – sei es nun von Seiten der Schule und Ausbildung, der Eltern, von Seiten des Freundeskreises oder sozialer Netzwerke. Die Jugendlichen müssen sich von der unbeschwerten Kindheit ablösen und mehr und mehr Verantwortung

für sich übernehmen. Die Eltern als wichtige Bezugspersonen rücken in den Hintergrund, die Peergruppe wird zunehmend wichtig und das Eingehen von Paarbeziehungen stellt eine neue Erfahrung und zeitweise auch emotionale Herausforderung dar. Eine spezifische Aufgabe der Adoleszenten besteht ausserdem laut Meng et al. (2002, S. 549) darin, sich auf die körperlichen und hormonellen Veränderungen einzustellen. Dies kann Ängste hervorrufen und zu Verunsicherungen führen. Die psychische Entwicklung allerdings, welche die Steuerung übernehmen müsste, hinkt laut Meng et al. den sich entfaltenden körperlichen Möglichkeiten hinterher. Man spricht deshalb von einer relativen Ich-Schwäche, auf deren Nährboden sich adoleszente Krisen entwickeln können (vgl. S. 550). Die Jugend ist somit die Zeit der Identitätsfindung und der Orientierung bezüglich Zukunftsperspektiven sowie der „biopsychosozialen Umstrukturierung“ (Streeck-Fischer, Fegert & Freyberger, 2009, S. 183), welche die Entwicklung neuer Fähigkeiten, aber auch den Verlust eines bisherigen inneren und äusseren Gleichgewichts mit sich bringt. Die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ist geprägt von sozialen, physischen, biologischen und kulturellen Bedingungen (vgl. Flammer, 2009). Entwicklung erfolgreich zu meistern bzw. sich gut weiterzuentwickeln meint laut Flammer (2009, S. 102) „Herausforderungen anzunehmen und tatkräftig zu bewältigen“. Die Mehrheit der Jugendlichen bewältigen die Veränderungen und Herausforderungen dieser turbulenten Zeit ohne grössere Zwischenfälle, wenn auch viele Jugendliche stark belastet sind. Allgemein sinkt die generelle Zufriedenheit von der Kindheit ins Jugendalter drastisch ab (vgl. Bucher, 2009, S. 71). Dies ist zurückzuführen auf eine Verflechtung von körperlichen Beschwerden (Hautprobleme, Menstruationsbeschwerden, Kopfschmerzen, Verdauungsprobleme), einem strapazierten Selbstwertgefühl, und Konflikten mit den Eltern. Auch schulische Anforderungen wurden in Studien (vgl. Bucher, 2009, S. 71) in Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden von Jugendlichen gebracht. Laut dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (2015, S. 58-59) gaben 54.5% der Jungen und 65.1% der Mädchen an, innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Befragung unter psychoaffektiven Symptomen wie Traurigkeit, Einschlafschwierigkeiten oder Angst/Unruhe gelitten zu haben. Bei den 14- bis 15-Jährigen erhöht sich dieser Anteil auf 57,0% bei den Jungen und auf 71,5% bei den Mädchen. Bei den jungen Erwachsenen zwischen 16 -19 Jahren berichten ein Drittel (32,9%) der Männer und über die Hälfte (50,4%) der gleichaltrigen Frauen von solchen Symptomen. Bei 8,1% (Männer) bzw. 15,1% (Frauen) handelt es sich dabei um eine mittlere bis schwere Symptomatik. Allgemein scheint laut Bucher (2009, S. 72) die Zufriedenheit mit erfolgreicher Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (verändertes Körperselbst akzeptieren, feste Freundschaften aufbauen, sich ablösen, Identität finden) wieder anzusteigen. Psychische Belastungen gehören somit zur schwierigen Phase der Adoleszenz dazu. Der Grad der Ausprägung ist jedoch sehr unterschiedlich.

Wenn psychische Belastungen stark beeinträchtigend werden und einen Leidensdruck auslösen, gehen sie über in psychische Störungen. Diese äussern sich in einer erheblichen Abweichung von der Norm im Denken, Fühlen, Erleben und/oder Handeln. Dies kann zu kognitiven, emotionalen, behavioralen und/oder interpersonellen Beeinträchtigungen sowie zu körperlichen Beschwerden führen (vgl. Trageser, Fliedner, Stokar & Würsch, 2011, S. 10). Gerade im Kindes- und Jugendalter lassen sich dabei psychische Störungen nicht immer einer klassischen Diagnose nach dem ICD-10-Klassifikationsschema<sup>1</sup> zuordnen, bzw. ist dies oft nicht sinnvoll. Selbst Kinder und Jugendliche, welche einen enormen Leidensdruck aufweisen, erfüllen nicht zwingendermassen die Kriterien einer Diagnose. Zudem gilt zu beachten, dass psychische Störungen je nach kulturellen und sozialen Normen anders betrachtet werden. Es gibt auch kritische Stimmen gegenüber dem Begriff der „psychischen Störung“, zumal abweichendes Empfinden und Verhalten anstelle des Ausdrucks einer Störung auch als Manifestation eines momentanen Lebensproblems betrachtet werden kann (vgl. Hobmair, 2003, S. 451). Als Synonym zum Begriff psychische Störung, welcher von der Weltgesundheitsorganisation in ihrer Klassifikation und deshalb auch in vorliegender Arbeit verwendet wird, gilt der Begriff der psychischen Beeinträchtigung (vgl. Hobmair, 2003, S. 452).

Die Einordnung der Schwere der psychischen Beeinträchtigung kann mit Hilfe der Gegenüberstellung zu einem gesunden Zustand erfolgen. Nach der Weltgesundheitsorganisation WHO (1946) wird Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens definiert.

Laut Baierl (2011, S. 16) gelten als Kriterium für einen gesunden Menschen die Kenntnis über die eigene (seelische) Innenwelt und die Fähigkeit, diese zu gestalten, sowie Belange über die eigene Person hinaus wahrzunehmen und sich danach auszurichten. Weitere Kriterien für einen gesunden Menschen seien die materielle Aussenwelt gestalten zu können, ausbildungs- und arbeitsfähig und in der Lage zu sein, altersadäquat für den eigenen Lebensunterhalt zu sorgen. Eine psychische Störung liegt laut Baierl dann vor, wenn mindestens eines dieser Kriterien länger andauernd eingeschränkt ist.

Laut dem Bundesamt für Gesundheit (2004, S. 28-30) wird psychische Gesundheit als vielschichtiger, lebenslanger Prozess und als Resultat von Interaktionen zwischen bio-psycho-sozialen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren verstanden. Zu den bio-psycho-sozialen Faktoren zählen einerseits erbliche und neurologische Voraussetzungen, andererseits psychische Stabilität und das soziale Netzwerk. Zu den sozio-ökonomischen Voraussetzungen für psychische Gesundheit zählen

---

<sup>1</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (vgl. Bundesamt für Statistik, 2016).

Bildung und eine befriedigende Erwerbsarbeit mit einem sicheren Einkommen. Als sozio-kulturelle Determinanten werden Wahl- und Gestaltungsfreiheit in allen Lebensbereichen sowie Einflussmöglichkeiten auf gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Prozesse genannt. Auch Wertvorstellungen, Normen, Religiosität oder Spiritualität sowie die gesellschaftliche Haltung gegenüber psychischer Gesundheit zählen zu den sozio-kulturellen Faktoren.

Das Modell der Salutogenese, welches auf Antonovsky zurückgeht, setzt der klaren Trennung zwischen gesund und krank die Vorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums entgegen (vgl. Trageser et al., 2011, S. 9-10). Es geht von zwei Polen aus: einem völlig gesunden und einem völlig kranken Pol, wobei keiner von ihnen für lebende Organismen erreichbar wäre. Jeder Mensch verfügt also über kranke und gesunde Anteile. Der Gesundheitszustand eines Menschen wird nach Antonovsky wesentlich durch das so genannte Kohärenzgefühl bestimmt. Dieses beschreibt die individuelle, kognitive und affektiv-motivationale Grundhaltung des Einzelnen und ist bei vergleichbaren äusseren Bedingungen entscheidend dafür, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen. Das Gefühl von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und das Gefühl von Sinnhaftigkeit bilden die Grundlage des Kohärenzgefühls. Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl trägt zu einem besseren Gesundheitszustand bzw. zu einer schnelleren Genesung bei. Im Modell von Antonovsky gibt es Anforderungen von aussen, welche sich als Stressoren auswirken und das Gleichgewicht zerstören können. Zur Bewältigung des darauffolgenden Spannungszustandes tragen sogenannte generalisierte Widerstandsressourcen bei. Diese umfassen sowohl individuelle (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz) als auch soziale und kulturelle Faktoren (z.B. soziale Unterstützung, finanzielle Mittel, Sicherheit). Sie dienen einerseits zum Aufbau von Lebenserfahrungen und stärken damit das Kohärenzgefühl. Andererseits spielen sie wie bereits erwähnt bei der Wiederherstellung des gesundheitlichen Gleichgewichts in Krisensituationen eine Rolle. Insofern ist das Modell von Antonovsky für die Psychiatrie bis heute sowohl für diagnostische als auch therapeutische Fragen von grosser Bedeutung.

Jugendliche, welche an einer psychischen Erkrankung leiden, haben oft Schwierigkeiten, die anstehenden Entwicklungsaufgaben umzusetzen (vgl. Schmeck, 1998, S. 197-200): Die Suche nach der eigenen Identität „wird durch das Erleben einer psychiatrischen Erkrankung in erheblichem Masse gefährdet“ (S. 198). Auch die damit verbundene Entwicklung von Autonomie und Ablösung vom Elternhaus ist erschwert. Der Abschluss der Schullaufbahn beziehungsweise der Einstieg in die Berufswelt kann verzögert oder gar verunmöglicht werden.

Laut dem Bundesamt für Statistik (2012) waren in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 5.4% der Bevölkerung innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund eines psychischen Problems in Behandlung. Jährlich werden im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich schweizweit 3000 bis 4000 Patienten und Patientinnen behandelt (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [ANQ], 2013, S.6). Wie bereits erwähnt ist davon auszugehen, dass viele psychische Störungen bereits im Kindes- und Jugendalter ihren Anfang nehmen. Oft wirken sich psychische Belastungen auf verschiedene Lebensbereiche aus und schränken das Alltags-, Erwerbs- und Beziehungsleben stark ein (vgl. Winkler, 2009, S. 18). Interventionen im Jugendalter sollen die Entstehung psychosozialer<sup>2</sup> Defizite vermeiden oder verringern. Es geht deshalb nicht in erster Linie darum, die Behandlungsbedürftigkeit anhand von Symptomen abzuschätzen, sondern zu eruieren, welche individuellen Massnahmen es in Bezug auf eine altersgerechte Entwicklung braucht (vgl. Schmidt, 2004). Zu berücksichtigen ist dabei laut Winkler (2009, S. 18) auch die gesellschaftliche Perspektive bzw. der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen, denen Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen ausgesetzt sind, und (psychischer) Gesundheit. Laut Fegert (2004, S. 210) gehören zu einer umfassenden Diagnostik die Fragen nach dem Entwicklungsstand, Intelligenzniveau, nach körperlichen Begleiterscheinungen oder Grunderkrankungen, aber auch die Fragen nach Risikofaktoren, welche eine gesunde Entwicklung beeinträchtigen könnten.

Neben Beratungsangeboten wie z.B der Schulsozialarbeit oder den Sozialberatungszentren dienen jugendpsychiatrische Ambulatorien als Anlaufstelle für Jugendliche. Erst wenn die Krise so tiefgreifend ist, dass ambulante Angebote keine genügende Entlastung bringen, kommt es zu einer stationären psychiatrischen Behandlung. Dabei ist dies ein relativ neues Angebot: Erst im August 1993 wurde die erste jugendpsychiatrische Klinik der deutschsprachigen Schweiz in Basel eröffnet (vgl. Meng et al., 2002, S. 546). Im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie, bei der viele Patienten und Patientinnen von sich aus Hilfe suchen und eine Einweisung veranlassen, gibt es laut Winkler (2009, S. 12) im Jugendbereich zu beachten, dass fast alle Jugendlichen von Erwachsenen überwiesen werden. Dies heisst, dass nicht zwangsläufig der bzw. die Jugendliche selbst, sondern eine dritte Person das Verhalten als auffällig und problematisch einstuft.

---

<sup>2</sup> „psychosozial“ = auf das Erleben und Verhalten einer Person bezogen, insoweit es ihre Interaktion mit anderen Personen oder Personengruppen betrifft (Enzyklo, 2016)

## **2.2. Angebot der Jugendpsychiatrischen Therapiestation JPS in Kriens**

Eines von schweizweit 22 stationären Angeboten im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich (vgl. ANQ, 2013, S.6) ist die Jugendpsychiatrische Therapiestation JPS der Luzerner Psychiatrie. Sie bietet vierzehn stationäre und zwei tagesklinische Plätze für Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren, die wegen einer ausgeprägten Störung vorübergehend eine (teil-)stationäre Behandlung brauchen (vgl. Luzerner Psychiatrie, 2015).

Die Behandlung umfasst einerseits spezifische Therapieangebote (Einzelgespräche, Mal- und Bewegungstherapie, Soziales Kompetenztraining) als auch eine pädagogisch-pflegerische Betreuung mit geregelter Tagesstruktur und Freizeitangeboten. Es gibt zudem eine interne sonderpädagogische Schule.

Nach einer interdisziplinären Abklärungsphase von ca. 3-4 Wochen wird für jeden Jugendlichen ein auf seine Bedürfnisse abgestimmter Behandlungsplan mit individuellen Zielen und Schwerpunkten erstellt. Die Aufträge an das Behandlungsteam sind sehr unterschiedlich. Dazu gehören: Abklärung, Stabilisierung, medikamentöse Einstellung, Erarbeitung einer Perspektive bzw. Anschlusslösung, Entwicklung neuer Bewältigungsstrategien oder Entlastung in einer schwierigen Situation. In Kapitel 2.3. werden die allgemeinen Ziele einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung näher erläutert.

Das Angebot der JPS wurde 2002 eröffnet. Durchschnittlich bleiben die Jugendlichen 3-4 Monate in der Klinik. Es dürften also um die 500 Jugendlichen gewesen sein, welche seit Eröffnung in der Jugendpsychiatrischen Therapiestation stationär behandelt wurden. Eine Evaluation von stationären Aufenthalten im Sinne einer katamnestic Erhebung hat bisher nicht stattgefunden.

## **2.3. Ziele einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung**

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst „die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., 2016). Die Indikationen zur Einweisung in eine stationäre jugendpsychiatrische Behandlung sind unterschiedlich – meistens ist es eine Kombination aus mehreren Faktoren (vgl. Branik, 2003, S. 505-506; Reisel, Floquet & Leixnering, 1998, S. 706). Aufgrund dieser Komplexität besteht im

stationären psychiatrischen Bereich laut Meng et al. (2002) eine Unschärfe bezüglich der klaren Behandlungsindikation. Gewisse Störungs- und Krisenbilder machen jedoch eine stationäre Behandlung unumgänglich. Meng et al. (2002, S. 554) haben folgende Störungen als zwingende Indikatoren für eine stationäre Behandlung formuliert:

- Selbst- und Fremdgefährdung aufgrund einer psychischen Problematik
- akute suizidale Krise
- schwere Ausprägungen von psychischen Krankheitsbildern wie Angstzuständen, Phobien, psychotischen Zustände, Depressionen und Zwangsstörungen
- akute Erregungszustände
- schwere Intoxikationen
- delirante Zustandsbilder
- entgleiste Essstörungen
- schwere Schulverweigerungen
- Notwendigkeit für eine spezifische, „multiprofessionelle“ Diagnostik

Neben diesen klaren Indikationen gebe es Störungen im Sozialverhalten und im emotionalen Bereich, bei denen es situativ abhängig sei, ob eine Jugendpsychiatrie der richtige Ort für die Behandlung darstelle. Entscheidende Faktoren sind dabei die Kompetenzen, die Vernetzung und die Belastbarkeit bereits involvierter Institutionen oder ambulanter Angebote (vgl. Felder, 2009, S.4) bzw. die Ressourcen im Umfeld (vgl. Bertram & Sprengel, 2004, S. 903). Die Aufnahme hängt laut Bertram & Sprengel (2004, S. 903) unter anderem davon ab, wie das Herkunftssystem das Verhalten des Kindes interpretiert bzw. welche Anregungen zur Verhaltensveränderung angeboten werden können. Wichtige Voraussetzungen für die Behandlung sind laut Branik (2003, S. 506) die Motivation und das Potential aller Beteiligten sowie eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Der Elternarbeit kommt eine besondere Bedeutung zu: Ziel der Behandlung muss es laut Libal und Fegert (2004, S. 235) sein, die Eltern in ihrer Elternfunktion zu stärken und sie in der Übernahme von Verantwortung zu unterstützen.

Ein weiteres grundlegendes Ziel jeder stationären Behandlung ist es, akute Krisen zu entschärfen, zumal der Eintritt in eine Jugendpsychiatrie „vor dem Hintergrund eines vorangegangenen Prozesses krisenhafter Zuspitzung betrachtet werden muss“ (Kuchenbecker, 2011, S. 33). Eine Krise stellt laut Streeck-Fischer, Fegert und Freyberger (2009, S. 184) ein „durch ein überraschendes Ereignis oder akutes Geschehen hervorgerufener, schmerzhafter seelischer Zustand oder Konflikt“ dar, welcher entsteht, „wenn sich eine Person oder Gruppe auf dem Weg zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder bei der Alltagsbewältigung Hindernissen gegenüber sieht und diese nicht mit den üblichen Problemlösungsmethoden bewältigen kann“ (Streeck-Fischer et al., 2009, S. 184).

Eine Krise äussere sich in einer veränderten Wahrnehmung und in veränderten Werten sowie in einer Einschränkung der Handlungsfähigkeit. Meng et al. (2002, S. 556) merken an, dass der Ausweg aus einer Krise nur über eine Veränderung geschehen kann. Für eine erfolgreiche Behandlung muss deshalb die Bereitschaft bestehen, sich bisher verschlossenen Erkenntnissen, Emotionen und Entwicklungen zu öffnen. Laut Libal und Fegert (2004, S. 228-229) ist das Ziel nicht primär Symptomfreiheit, sondern Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien einen Übergang von inakzeptablen Problemen hin zur Entwicklung von Lösungen und Akzeptanz zu ermöglichen, was einen heilenden Effekt mit sich bringt. Der Augenmerk liegt dabei wie bereits angemerkt nicht nur auf den jugendlichen Patienten und Patientinnen selbst, sondern auch auf ihren Familien, denn die psychische Erkrankung eines Kindes führt zu erheblichen Belastungen sowohl bei den Eltern als auch bei den Geschwistern (vgl. Schmeck, 1998, S. 200).

Die stationären Angebote bieten Schutz, Orientierung, Ordnung und damit ein Gefühl von Sicherheit (vgl. Bertram & Sprengel, 2004, S. 903). Sie sind somit ein Übungsfeld für neue Verhaltensweisen, sollen Erfahrungen ermöglichen und eine (Weiter-)Entwicklung anstossen: „Als aktiv zu gestaltende Räume bieten sie je nach Alter und Entwicklungsniveau Bewegungsräume, um Neues zu erfahren und zugleich Begrenzungen und Reibungsflächen mit Hilfs-Ichfunktionen. Auf die Entwicklungsphase der Adoleszenz bezogen dienen sie dem Jugendlichen zur Auseinandersetzung mit elterlichen Autoritäten beim Prozess der Ablösung und der Verinnerlichung und Depersonifizierung von Überich-Strukturen“ (Streeck-Fischer, 1991, S. 328). Eine stationäre Behandlung hat insofern als weiteres Ziel, die Jugendlichen in der Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben zu unterstützen bzw. diese zu begünstigen. Dadurch soll die längerfristige erfüllende Lebensbewältigung gelingen. Übergeordnetes Ziel ist es, die Fähigkeiten am Leben der Sozialgemeinschaft teilnehmen zu können zu sichern, zu verbessern oder wiederherzustellen (vgl. Jungmann, 1998, S. 7).

Die Sektion für Gesundheits-, Umwelt- und Schriftpsychologie GUS (2006, S. 4) sieht die Unterstützung psychischer Gesundheit in der Förderung allgemeiner Fähigkeiten wie Problemlösungsfähigkeiten oder Leistungsfähigkeiten, der Förderung körperlichen Qualitäten (z.B. körperliches Wohlbefinden, positives Körpererleben) und emotionalen Qualitäten (z.B. positive Emotionalität), dem Aufbau eines positiven Selbstbildes sowie der Förderung sozialer Qualitäten (z.B. Sozialkompetenz, soziale Integration).

Neben diesen übergeordneten Zielen bilden individuelle Ziele die Grundlage für die Hospitation. Laut Vogt (2011, S. 45) spielt das Alter, der Entwicklungsstand, das Geschlecht, die Persönlichkeit, das soziale Umfeld und natürlich das Krankheitsbild eine Rolle. Ausgangslage jeder Behandlung bildet deshalb eine gemeinsame Zielklärung (vgl.

Meng et al., 2002, S. 556). Die gemeinsamen Ziele des Patienten und der Angehörigen sollen laut Meng et al. transparent gemacht und verstehbar formuliert und festgehalten werden. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Behandlungszielen helfe den Jugendlichen zu erkennen, dass ein persönliches Engagement zur Zielerreichung erforderlich ist. Andererseits unterstützte es die Patienten sowie ihre Eltern dabei, sich von unrealistischen Erwartungen zu trennen. Die Behandlungsdauer richtet sich nach diesen anfänglich definierten Zielen, wobei diese im Verlauf der Behandlung auch abgepasst werden können.

## **2.4. Sozialpädagogik als Bestandteil der jugendpsychiatrischen Behandlung**

### **2.4.1. Was bedeutet Sozialpädagogik im Feld der Jugendpsychiatrie?**

Nun stellt sich die Frage, weshalb vorliegende Studie aus dem Fachbereich der Sozialen Arbeit heraus bearbeitet wird, zumal jugendpsychiatrische Fragestellungen auf den ersten Blick den Fachbereichen Medizin oder Psychologie zuzuordnen wären.

Zunächst einmal soll geklärt sein, dass die Autorin diese Master Thesis aus Sicht der Sozialpädagogik schreibt. Die Sozialpädagogik wird dabei als Teilbereich der Sozialen Arbeit verstanden.

In der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens arbeiten viele verschiedene Disziplinen zusammen. Die Sozialpädagogik ist eine davon, denn das Betreuungsteam (Alltagsbegleitung) setzt sich aus sozialpädagogischen und pflegerischen Fachpersonen zusammen. Dies liegt einerseits darin begründet, dass die Klientel Kinder und Jugendliche sind, welche neben einer Behandlung laut Vogt (2011, S. 46) aufgrund ihres Entwicklungsprozesses auch auf unterstützende Erziehung angewiesen sind. Andererseits ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie laut Schmeck (2004, S. 251) aufgrund eines biopsychosoziales Krankheitsverständnis – welches davon ausgeht, dass eine Behandlung nur dann erfolgsversprechend sein kann, wenn auf mehreren Ebenen angesetzt wird – per se multidisziplinär ausgerichtet.

Bei einer grundsätzlichen Betrachtung weisen die Medizin und die Sozialpädagogik zwei unterschiedliche Zugänge auf: Während die Medizin die Krankheit im Fokus hat, welche sie heilen oder zumindest lindern will, orientiert sich die Sozialpädagogik an den Ressourcen einer Person (vgl. Du Bois, 2004, S. 421). Früher standen sich deshalb laut du Bois diese beiden Fachrichtungen im Bereich der Jugendpsychiatrie getrennt gegenüber. Nicht zuletzt durch die Psychoanalyse, welche sowohl für die Medizin als auch für die Sozialpädagogik wichtige Erkenntnisse mit sich brachte, kam es seit den 20er Jahren zu einer Annäherung

der beiden Disziplinen. Die Sozialpädagogik versteht sich zudem als „Verknüpfung psychiatrischer, psychotherapeutischer und pädagogischer Denkweisen“ (Winkler, 2004, S. 46). So war denn die Jugendpsychiatrie laut Winkler noch im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts der Sozialpädagogik zuzuordnen: In der Tradition, sich verwaahlerten Jugendlichen anzunehmen, kümmerte sich die Sozialpädagogik um Jugendliche mit seelischen Problemen. Laut Schröder und Colla (2012, S. 22) sowie Schmeck & Schlüter-Müller (2012, S. 80-81) wurde Anfang des 20. Jahrhunderts in Österreich und in der Schweiz die pädagogische Subdisziplin Heilpädagogik als Grenzgebiet zwischen Pädagogik und Psychiatrie etabliert. Heilpädagogik und Kinderpsychiatrie galten lange Zeit als synonyme Begriffe. Dies zeigt den ursprünglichen Schnittpunkt zwischen Psychiatrie und Sozialpädagogik in der Fürsorgeerziehung von verwaahlerten Jugendlichen (vgl. dazu Tetzler, 2012, S. 59). Während die Ärzte sich vor allem um die Diagnostik psychischer Erkrankungen kümmerten, leistete die Professionen der Pädagogik hinsichtlich therapeutischer Massnahmen einen grossen Anteil (vgl. Beig & Kölch, 2009, S. 9). Dabei ging es zwischen den Fachrichtungen keineswegs nur freundschaftlich zu und her: Es gab laut Beig und Kölch Diskussionen um Vormachtstellungen und Kompetenzen in diesem Bereich.

Die Entwicklung einer eigenständigen Fachrichtung „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ nahm schlussendlich ihren Ausgang in der Kinderheilkunde und in der Psychiatrie, war aber von Anfang an stark von der Pädagogik geprägt (vgl. Beig & Kölch, 2009, S. 9). Wenn auch heute noch teilweise Abgrenzungs- und Zuständigkeitsprobleme zwischen den beiden Disziplinen Medizin und Sozialpädagogik erkennbar sind, so ist doch die gemeinsame Verantwortung für den Bereich der Jugendpsychiatrie heute allgemein anerkannt (vgl. Du Bois, 2004, S. 424).

Welche Funktion übernimmt die Sozialpädagogik in der Jugendpsychiatrie? Zum einen ist die Sozialpädagogik im jugendpsychiatrischen Bereich tätig, um die soziale Perspektive zu vertreten. Laut Krumm und Becker (2012, S.40) weist die Psychiatrie so vielfältige Bezüge zum Sozialen auf wie wohl keine andere medizinische Disziplin: Es geht um Fragen von sozialen Ursachen sowie kulturellen Bedeutungen und Bedingungen psychischer Erkrankungen. „Diese soziale Einbettung begründet auch die Relevanz nichtmedizinischer Ansätze, die den Menschen in Wechselwirkung mit seiner sozialen Umwelt betrachten, wie es in den Leitideen der Sozialarbeit bzw. der Sozialpädagogik in den Begriffen Lebenswelt- und Einzelfallorientierung sowie Empowerment zum Ausdruck kommt“ (Krumm & Becker, 2012, S. 40).

Zum anderen bietet die Sozialpädagogik durch die alltags- und lebensweltorientierte Arbeitsweise einen konkreten Zugang zu Interaktionen und Handlungen der Adressaten

(vgl. Tetzer, 2012, S. 63-65). Der Grundgedanke der Lebensweltorientierung besteht darin, dass alle Unterstützungsformen auf die jeweilige Lebenssituation sowie auf „deren subjektiven Deutungs- und Handlungsmustern in den jeweils gegebenen gesellschaftlich-historischen Kontexten“ (Tetzer, 2012, S. 63) abgestimmt sein müssen. Das Ziel besteht darin, die Handlungskompetenz der Adressaten in Hinblick auf eine gelingende Alltagsbewältigung zu erhöhen. Sozialpädagogik will Voraussetzungen und Möglichkeiten schaffen, damit das einzelne Individuum Autonomie bewahren oder (wieder)gewinnen kann (vgl. Winkler, 2004, S. 44). Dazu gehört auch die Sicherung oder gegebenenfalls Wiederherstellung von Normalität: Die Sozialpädagogik hat den Auftrag, die Patienten und Patientinnen in erster Linie als Kinder bzw. Jugendliche zu sehen und ihre Entwicklungschancen zu sichern (vgl. Schrapper, 2004, S. 205).

Eng damit verbunden ist das Konzept Empowerment, dessen Ziel die Förderung der Fähigkeit der Menschen ist, ihr Leben selbst zu gestalten. Sie kann sich dabei einerseits auf Einzelpersonen, aber andererseits auch auf ganze Gruppen beziehen. Die Sozialpädagogik will die „Bemächtigung“ der Betroffenen fördern, und es ihnen ermöglichen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen“ (Stark, 2001). Dabei können aber von aussen lediglich Inputs gegeben werden für Empowermentprozesse. Die Grundlage hierfür ist eine professionelle Haltung, welche vorhandene oder verschüttete Ressourcen und Kompetenzen ins Zentrum stellt und den Blick auf neue Möglichkeiten richtet (vgl. Stark, 2001).

Bereits angetönt ist im Empowerment-Konzept eine weitere Funktionalität der Sozialpädagogik: Die sozialkritische politische Arbeit. Denn die Sozialpädagogik bezieht sich einerseits auf individuelle Lebenssituationen und Problemlagen und andererseits immer auch auf gesellschaftliche Bedingungen. Deshalb ist die Sozialpädagogik von jeher prädestiniert, in der Psychiatrie tätig zu sein: Gerade dort, wo Menschen aufgrund von schwierigen Umständen an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden (in diesem Fall aufgrund psychischer Belastungen), will die Sozialpädagogik individuelle Hilfe zur Lebensbewältigung anbieten und Inklusionsprozesse unterstützen. Es geht um das Einfordern von strukturellen Verbesserungen für die Lebensbewältigung des Einzelnen (vgl. Tetzer, 2012, S. 65). Der Sozialpädagogik liegt ein Handlungsverständnis zu Grunde, welches sich nicht nur auf einzelne Individuen bezieht, sondern den sozialräumlichen und gesellschaftlichen Kontext mit einbezieht. Die Ermöglichung der Teilhabe des Einzelnen am Leben der Gemeinschaft ist laut Schrapper (2004, S. 206) eine Kernaufgabe der Sozialpädagogik.

Die Sozialpädagogik ist eine Handlungsdisziplin, welche die Beziehungsarbeit zum Klientel schon immer ins Zentrum gestellt hat. Als Bestandteil der Sozialen Arbeit steht sie in der

Tradition der Beziehungs- und Einzelfallorientierung (vgl. Mascenaere & Esser, 2015, S.47). Gerade im jugendpsychiatrischen Settings ist die Beziehungsgestaltung ein Kernelement. Darauf basiert das milieutherapeutische Konzept der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens. Im folgenden Kapitel wird näher darauf eingegangen.

#### **2.4.2. Milieutherapeutisches Arbeiten**

Das Konzept der Milieutherapie ist ein ganzheitlicher Behandlungsansatz für Kinder und Jugendliche mit schwerwiegenden emotionalen oder sozialen Problemen, welche in stationären und teilstationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden (vgl. Katzenschläger, Gottwald & Mannsberger, 2015, S. 51).

Das Konzept des therapeutischen Milieus stammt vorrangig vom Pädagogen Bruno Bettelheim (vgl. Bettelheim & Sylvester, 1948). Der Begriff „Milieu“ steht für die Gesamtheit der natürlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren der Umwelt (vgl. Katzenschläger, Gottwald & Mannsberger, 2015, S. 51). Milieutherapeutisches Arbeiten bedeutet im gesamten Klinikalltag ein Milieu herzustellen, in dem die Jugendlichen neue Erfahrungen machen können, welche sich positiv auf Entwicklungsprozesse auswirken und in dem laut Branik (2001, S. 249) sich wechselseitig ergänzende emotionale und soziale Lernprozesse stattfinden können. Es geht also darum, die Vielfältigkeit des stationären Kontextes in hohem Masse therapeutisch nützlich zu gestalten (vgl. Rotthaus, 1998, S.151). Es bedarf hierfür ein Disziplinen übergreifendes, ganzheitliches Verständnis. Therapeutische Überlegungen werden in den erzieherischen Alltag integriert, womit ein Modell entsteht, welches „weder eine spezielle Pädagogik noch eine besonders intensive Therapie noch eine Addition von Pädagogik und Therapie darstellt, sondern ein Drittes, Eigenes darstellt“ (Küffer & Schmelzle, 2010, S. 37). Gleichzeitig gilt zu beachten, dass sich die Pflege und die Sozialpädagogik nicht als Psychotherapie im engeren Sinn verstehen, bzw. umgekehrt die Psychotherapie nicht als Alltagsprofession (vgl. Branik, 2001, S. 248). Die Aufgabenbereiche haben unterschiedliche Verantwortungen, sollen aber laut Vogt (2011, S. 72) und Jungmann (1998, S. 8) gleichwertig und aufeinander abgestimmt sein. Dabei gilt zu beachten, dass die Integration der verschiedenen Fachrichtungen immer wieder neu angestrebt werden muss, da diese laut Branik (2001) nie ganz erreicht wird.

Der milieutherapeutische Alltag ist das zeitmässig grösste Beobachtungs- und Interventionsfeld, welches im Rahmen eines stationären Aufenthalts zur Verfügung steht (vgl. Katzenschläger et al., 2015, Vorwort). Der Betreuungsarbeit kommt deshalb eine grosse Bedeutung zu. Rotthaus (2001) formulierte verschiedene Wirkaspekte der

pflegerisch-sozialpädagogischen Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der erste davon ist der Aspekt „Beziehungsgestaltung“. Rotthaus nennt die Qualität der Therapiebeziehung den empirisch wohl am besten gesicherten Wirkfaktor, welchen man auch auf die Alltagsbeziehung zwischen den Jugendlichen und der Betreuung übertragen könne (S. 74). Eine vertrauensvolle, verlässliche und wohlwollende Beziehung ist auch laut Zaddach (2002, S. 65-66) die Grundvoraussetzung für therapeutische Massnahmen und Problemlösungsprozesse. Klienten und Klientinnen einer jugendpsychiatrischen Therapiestation haben oftmals schwierige Beziehungserfahrungen gemacht. Normalerweise beginnt man im Säuglingsalter sein Selbst zu entwickeln, in dem man sich in Abgrenzung zu anderen wahrzunehmen beginnt. Für die Identitätsentwicklung ist entscheidend, dass es gelingt, konsistente Selbst- und Objektrepräsentanzen und ein Vertrauen darauf zu entwickeln, dass man sich von seiner Bezugsperson distanzieren kann, ohne dass diese verschwindet, bzw. ohne dass die Beziehung gefährdet und dies als Bedrohung für das Selbst erlebt wird. Für den Aufbau seelischer Strukturen in der frühkindlichen Entwicklung ist das Gefühl des verlässlichen „Gehaltenwerdens“ wichtig und „bleibt ein Leben lang, vor allem in Krisensituationen, unerlässlich“ (Katzenschläger et al., 2015, S. 55). Eine wichtige Aufgabe der Betreuungspersonen in einer jugendpsychiatrischen Therapiestation ist deshalb das zur Verfügung stellen eines konsistenten Beziehungsangebots. „Das Instrument, dessen sich der Betreuer bedient, ist er selbst“ (Katzenschläger et al., 2015, S. 10). In den Beziehungen zum milieuthérapeutischen Team können die Jugendlichen Sicherheit (zurück-)gewinnen und Identitätsarbeit leisten. Sehr zentral sind aber auch die Beziehungen zu den anderen Jugendlichen auf der Station, zumal die Peergruppe in der Jugend äusserst wichtig ist. Im Zusammenleben mit anderen Jugendlichen können soziale Regeln erlernt und erprobt werden. Eine positive soziale Rolle in der Gruppe kann wesentlich zu einem guten Selbstwert beitragen. Beziehungsfähigkeit steht laut Zaddach (2002, S. 65) in einem direkten Zusammenhang mit der individuell erlebten Lebensqualität. Auch aus diesem Gesichtspunkt heraus ist die Förderung der Fähigkeiten, Beziehungen aufzunehmen und zu gestalten, prioritär.

Als zweiten entscheidenden Wirkfaktor nennt Rotthaus (2001) „Ressourcen- und Lösungsorientierung“. Dies sind auch zentrale Grundpfeiler der Sozialpädagogik. Eine wohlwollende, lösungsorientierte Haltung und das Herstellen von einem optimistischen, perspektivenorientierten Klimas gilt als ein wichtiger Bestandteil der Alltagsbegleitung in der Jugendpsychiatrie.

Als nächsten Wirkfaktor, welcher eng mit dem vorhergehenden verknüpft ist, nennt Rotthaus (2011) „Aktivierung der Selbststeuerungskräfte und Selbstkontrollüberzeugung“.

Laut Rotthaus hängt der Therapieerfolg entscheidend davon ab, wie weit der Patient bzw. die Patientin Vertrauen in seine persönliche Wirkmächtigkeit entwickelt. Voraussetzung dafür ist das zur Verfügung stellen eines sicheren Raums, in dem schädliche Einflüsse vermieden und die Grundbedürfnisse gedeckt werden, gleichzeitig aber Möglichkeiten für neue Erfahrungen geboten werden. Der milieuthérapeutische Alltag zeichnet sich durch zuverlässige Strukturen, klare und gelebte Werte sowie verlässliche Gewohnheiten und Rituale aus. In der Alltagsbewältigung lernen die Jugendlichen zudem lebenspraktische Fähigkeiten und Selbständigkeit (vgl. Katzenschläger et al., 2015, S. 54), was sie wiederum in ihrem Selbstwirksamkeitserleben unterstützt. Grundlegend ist hier aber wiederum das Gegenüber, welches durch eine positive, bestärkende Haltung den Glauben an die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen festigt. „Der klinische Behandlungsalltag sollte, bei familienähnlicher Struktur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, soviel Normalität wie möglich beinhalten und darauf ausgerichtet sein, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des einzelnen Patienten zu unterstützen.“ (Jungmann, 1998, S. 9)

Als nächsten Wirkfaktor nennt Rotthaus die „Lebensfeldorientierung“. Dies ist wiederum wie im vorangehenden Kapitel ausgeführt eine Kernkompetenz der Sozialpädagogik. Die Psychotherapieforschung hat laut Rotthaus sehr deutlich gezeigt, dass es nicht ausreicht, mit Patienten über die Überwindung seiner Probleme zu sprechen, sondern Problemlösungsstrategien aus realen Situationen heraus zu entwickeln und zu erproben. Die Milieuthérapie geht von der Hypothese aus, dass sich in den alltäglichen Ereignissen und Konflikten die gesamte Lebenssituation und Problematik der Jugendlichen widerspiegeln (vgl. Katzenschläger et al., 2015, Vorwort). Im Alltagsraum werden die Diagnosen plötzlich greifbar. Laut Branik (2001, S. 248) kommt es zudem sehr häufig vor, dass Jugendliche innerhalb des Behandlungsteams Beziehungsstrukturen und Affekte modellhaft wiederherstellen, so wie sie sie aus ihrer Sozialisationsgeschichte kennen. Diese Konflikte und Kommunikationsmuster zu durchleuchten und nach alternativen Konfliktlösungen zu suchen, ist eine alltägliche Herausforderung auf der Station. Der Stationsalltag bietet viele Chancen, mit den Jugendlichen neue Handlungsstrategien zu entwickeln.

Als letzten Wirkfaktor nennt Rotthaus „die Stationskultur als Kontext“, was die milieuthérapeutische Arbeit als Grundlage sieht: Alles was auf der Station passiert, ist von Bedeutung. Eine angenehme Atmosphäre, Rituale und vorgelebte Werte spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Trotzdem gilt zu beachten: Der milieuthérapeutische Alltag ist sehr komplex und Interventionen nur sehr schwer steuerbar, da jede bzw. jeder Jugendliche anders reagiert. „Das bedeutet, dass nicht die erzieherische Intervention über das Schicksal des Kindes

entscheidet, sondern das Kind in seinem strukturellen Operieren jeweils über das Schicksal der erzieherischen Intervention bestimmt“ (Rotthaus, 2001, S. 74).

Aufbauend auf diesem milieutherapeutischen Verständnis wird in vorliegender Studie die stationäre jugendpsychiatrische Behandlung als Ganzes evaluiert. Je nach Problemlage erhalten die Jugendlichen individuell abgestimmte Therapieangebote (Mal- und Bewegungstherapie, Familientherapie etc.). Diese einzelnen Therapieformen werden jedoch bei der Studie nicht berücksichtigt, da das milieutherapeutische Setting insgesamt im Sinne einer Programmevaluation im Fokus steht.

### **3. Wie kann man eine stationäre jugendpsychiatrische Behandlung evaluieren?**

#### **3.1. Ausrichtung und Ziele von Evaluationen im jugendpsychiatrischen Bereich**

Mit erhöhter Beachtung der Qualitätssicherung werden seit einigen Jahren Massnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung im Gesundheitsbereich lanciert (vgl. Barkmann et al., 2003, S. 518-519). Das umfassende Ziel der Qualitätssicherung in psychiatrischen Einrichtungen ist es, Voraussetzungen und Abläufe dahingehend zu beeinflussen, dass die Behandlungsleistung optimiert werden kann. In diesem Sinne ist Qualitätssicherung als Prozess zu verstehen, in dem Schwachstellen aufgedeckt und Problemlösungen entwickelt werden (vgl. Jungmann, 1998, S. 5-6). Evaluationen sind dabei eine Möglichkeit, Qualität zu überprüfen bzw. diese zu halten oder zu verbessern. Oft werden dabei die Meinungen und Ansichten der Leistungsbeziehenden erfragt. Die subjektive Bewertung durch die Patienten ist in der Qualitätssicherung „in neuer Weise betont“ (Mattejat & Remschmidt, 1998, S. 2).

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird eine stetige Qualitätssicherung angestrebt. „Zudem ergibt sich die Bedeutung von Evaluierungen in diesem Fachgebiet vor der Annahme, dass mit rechtzeitigen und angemessenen Interventionen im Kindes- und Jugendalter spätere medizinische und psychosoziale Maßnahmen vermieden werden können“ (Winkler, 2009, S. 5).

Eine Evaluation hat sich laut Mattejat (2008) an unterschiedlichen Kriterien zu orientieren: an der subjektiven Qualitätsbewertung durch Patienten, Angehörigen und des Personals, an objektiven Qualitätsindikatoren wie Wirksamkeit, Nutzen und Nebenwirkungen und an der Wirtschaftlichkeit und Effizienz. Barkmann et al. (2003, S. 521) fassen den Nutzen von Evaluationsstudien zu folgenden „qualitätssichernden Funktionen“ zusammen:

- Effektivitäts-/Effizienznachweis
- Entscheidungshilfe für Behandlungsoptimierung
- Optimierung des Wissenschaftsbetriebs
- Optimierte Basis-/Leistungsdokumentation
- Schaffung einer empirischen Datenbasis für die Qualitätsdiskussion

Es gibt dabei verschiedenste Akteure, für welche diese qualitätssichernden Funktionen relevant sind. Als erstes sind es laut Weisz und Jensen (1999, S. 127f) die Kinder und Jugendlichen und ihre Angehörigen selbst, welche Anrecht auf eine professionelle, wissenschaftlich abgestützte Behandlung haben. Psychische Erkrankungen oder Beeinträchtigungen schmälern die Lebensqualität der Betroffenen und oft auch ihres Umfelds erheblich und sind meist mit einem hohen Leidensdruck verbunden. Wie bereits beschrieben ist es gerade während der Jugendzeit wichtig Unterstützung anzubieten, um eine positive Entwicklung zu begünstigen. Gleichzeitig ist aber eine stationäre Behandlung auch mit Risiken verbunden: Meng et al. (2002, S. 550-551) merken an, dass die Patienten und Patientinnen durch diese Intervention aus ihrem gewohnten sozialen und schulisch-beruflichen Kontext herausgeführt werden und sich damit neue Schwierigkeiten im Bereich der psychosozialen Integration ergeben können. Ausserdem ist laut Meng et al. aus psychotherapeutischen Gesichtspunkten zu bedenken, dass jede Hospitalisation mit der Gefahr einer Regression verknüpft ist, und es zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommen kann falls es nicht gelingt, den Patienten und Patientinnen die Eigenverantwortung am Heilungsprozess zurückzugeben. Auch aus diesem Umstand heraus braucht es kritische Evaluationen von stationären Settings.

Aber auch für jene, welche die Kosten einer Behandlung tragen, sind Wirkungsüberprüfungen von Interesse. Stationäre therapeutische Behandlungen sind sehr personalintensiv und somit kostspielig. Gerade im Bereich der Medizin werden im Zuge zunehmender Sparmaßnahmen Fragen nach der Wirksamkeit, den Langzeiteffekten und nach Kosten-Nutzen-Analysen stationärer psychosomatischer Behandlungen immer lauter. Aber auch im Zuge von mehr Transparenz der kollektiv finanzierten Gesundheitskosten wird die Anforderung an die Effektivität der Maßnahmen immer höher gesteckt (vgl. Borgart, 2003, S. 193) und der Nachweis verlässlicher Qualität umso entscheidender (vgl. Richter, 2004, S. 113; Petermann & Schmidt, 2004, S. 6-7).

Weisz und Jensen (1999, S. 127) benennen auch die Behörden und die Politik als Interessenten für Evaluationen im psychiatrischen Bereich, denn letztendlich bringen psychische Beeinträchtigungen gesellschaftliche Probleme mit sich. Wirksame

Behandlungen in der Kinder- und Jugendzeit können den Staat längerfristig gesehen finanziell entlasten: Psychische Störungen verursachen in der Schweiz laut Schätzungen Kosten in der Höhe von über 11 Milliarden Franken pro Jahr, wobei indirekte Kosten (z.B. durch Arbeitsabsenzen und Frühpensionierungen) von grosser Bedeutung sind (vgl. Schuler & Burla, 2012). Insbesondere in Grossbritannien wird der Einfluss sozialwissenschaftlicher Forschung auf sozialpolitische Entscheidungen ausgeweitet (vgl. Otto, 2007, S. 23). Je fundierter Evaluationsforschungen sind, desto mehr können sie über Wirkungen aussagen und desto grösser ist der steuerungspolitische Einfluss.

Je nach Blickwinkel der benannten Interessenten von Qualitätssicherung werden in der Ausarbeitung von Massnahmen andere Schwerpunkte gesetzt. Es bedingt Aushandlungsprozesse um den fachlichen Anliegen im Sinne der Klientel zu entsprechen, damit die Qualitätsdebatte nicht von hierarchisch oder administrativ geprägten Standards untergraben wird (vgl. Jungmann, 1998, S. 4).

Betrachtet man einzelne Aspekte von Qualität genauer wird international häufig auf die klassische Dreiteilung der Qualitätsdimensionen zurückgegriffen, welche in den 1960er Jahren von Avedis Donabedian eingeführt wurde. Diese unterscheidet zwischen Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität (vgl. Heiner, 1996, S. 29-30; Fritze, 1998, S. 32; Mattejat, 2008, S. 108-111; Petermann & Schmidt, 2004, S. 7; Winkler, 2009, S. 23). Vorliegende Studie bezieht sich auf Letztgenanntes: Evaluiert werden soll das Behandlungsergebnis bzw. die Wirksamkeit der Behandlung („performance measurement“). Laut Naumann (2004, S. 406) geht es bei der Ergebnisqualität um einen Ist-Soll-Vergleich, in welchem die Effektivität und Effizienz der durchgeführten Massnahmen bzw. der Behandlungserfolg sowie subjektive Kriterien aus Sicht der Klienten oder die Lebensqualität erhoben werden. Allerdings sind gerade viele subjektive Faktoren nur schwer zu evaluieren, so ist beispielsweise ein Zuwachs an Selbstwertgefühl oder Selbstsicherheit nur schwer messbar (vgl. Jungmann, 1998, S. 10).

Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich wird wenig geforscht bezüglich Langzeiterfolgen, was vor allem durch den hohen Aufwand dieser Forschung erklärt werden kann (vgl. Vorderholzer, Rufer & Kordon, 2005, Absatz 1). Laut Steinhausen (2008) gibt es in diesem Bereich gar eine erhebliche Wissenslücke. Auch andere plädieren für die Wichtigkeit weiterer Forschung in diesem Bereich: „Entsprechende Katamnesen zur Evaluation der differentiellen Behandlungsergebnisse und der Behandlungszufriedenheit dieser ehemaligen jugendpsychiatrischen Patienten wären jedoch dringend erforderlich, um eine Basis zur weiteren Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für diese Patienten schaffen zu können“ (Fleischhaker et al., 2008, S. 203). Auch Winkler (2009, S. 6) spricht

von einem „eindeutigen Forschungsbedarf“ in Hinblick auf den Langzeiterfolg kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen.

Europaweit gibt es allerdings Bemühungen, qualitätssichernde Massnahmen und Evaluationsinstrumente im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich zu etablieren. Eine Sektion der European Union of Medical Specialists UEMS ist bestrebt, entsprechende Standards zu erforschen, zu diskutieren und einzuführen (vgl. Spiel & Finsterwald, 2010, S. 58).

### **3.2. Wirkungsdiskurse in der Sozialen Arbeit**

Evaluationen sind auch im Bereich der Sozialen Arbeit unabdingbar, denn die Diskussion um eine wirkungsorientierte Soziale Arbeit ist in vollem Gang. Bis vor 20 Jahren gab es kaum empirische Studien bezüglich der Wirkung von Sozialer Arbeit (vgl. Macsenaere & Esser, 2015, S. 7). Dies hat sicherlich einen Zusammenhang mit der Tradition der Beziehungs- und Einzelfallorientierung (vgl. Mascenaere & Esser, 2015, S.47) sowie mit einem karitativen politischen Geist, welcher sich am Solidaritätsgedanken orientierte (vgl. Haller, 2011, S. 235). Die Soziale Arbeit definierte sich über ethische und fachliche Überlegungen und nicht über Wirkungsargumente (vgl. Haller, 2011, S. 235). Man ging davon aus, dass Professionalität in der Sozialen Arbeit aufgrund der Personenbezogenheit nur bedingt zu standardisieren sei (vgl. Otto, 2007, S. 14). Laut Haller (2011) setzte ab den frühen 80er-Jahren eine Gegenbewegung ein: Es wurde weniger Staat und mehr Selbstverantwortung propagiert. Damit wurde der Grundstein gelegt „für das Modell des Gewährleistungsstaates, in welchem Wirkungsorientierung und Wettbewerbsprinzip eine wichtige Rolle spielen“ (Haller, 2011, S. 235). Seither bewegt sich die Soziale Arbeit in einem Spannungsfeld: Einerseits soll sie hohen normativen Ansprüchen genügen, andererseits der New Public Management-Logik (Produktsteuerung über Wirkungsindikatoren) folgen (vgl. Haller, 2011, S. 236). Eine Analyse der internationalen Wirkungsdiskussionen von Otto (2007) ergab, dass sich diese aufsplittern lässt in Diskurse um Professionalität, Forschungsparadigmen und Markt- bzw. Wettbewerbsorientierung. Es gilt laut Otto, Polutta und Ziegler (2010, S. 7) zu beachten, dass die Soziale Arbeit ihre Wirkungsorientierung professions-ideologischen und nicht betriebswirtschaftlichen Prämissen unterordnet. Trotzdem ist für Ziegler unumstritten, dass sich Leistungen der Sozialen Arbeit erst durch den nutzbringenden Effekt legitimieren: „Sofern soziale Arbeit als Profession behauptet, über ein spezialisiertes Wissen und Können zu verfügen, das als wertvoll für das Leben ihrer Klienten erachtet wird, ist es ein Gebot, mittels sozialwissenschaftlicher Verfahren zu prüfen, ob und inwiefern diese

professionskonstitutive Behauptung zutrifft“ (Ziegler, 2010, S. 193). Besonders im englischsprachigen und skandinavischen Raum meint Wirkungsorientierung zunehmend die Etablierung einer evidenzbasierten Praxis (vgl. Otto, 2007, S. 12-13).

Allerdings darf das professionelle Urteil nicht von wissenschaftlicher Evidenz verdrängt werden. Vielmehr geht es laut Ziegler (2010) darum, empirisch fundierte Erklärungs- und Deutungsmustern zur Verfügung zu stellen. Dem schliesst sich Haller (2011, S. 237) an: „Gefragt sind nachhaltige Wirkungen, welche den Bedürfnissen der Klientel, professionellen Standards und einem gesellschaftsethischen Konsens entsprechen. Um diesen Zwecken gerecht zu werden, muss Wirkungsforschung in der Sozialen Arbeit Erklärungswissen über die Wirkungszusammenhänge in der Sozialarbeitspraxis generieren.“ Damit die Soziale Arbeit wissenschaftlich fundiert auftreten kann, braucht es entsprechende Forschung. Wirkungsorientierung beinhaltet somit einen Auftrag diesbezüglich (vgl. Otto, 2007).

Bei der Frage nach der Wirkung kann sowohl der Nutzen für die Gesamtgesellschaft als auch für einzelne Klienten und Klientinnen betrachtet werden. Gabriel (2007, S. 15) schlüsselt Wirkungen am Beispiel der Heimerziehung aus folgenden Perspektiven auf:

1. Wirkung aus Sicht der Öffentlichkeit → Eingliederung in die Gesellschaft als Ziel
2. Wirkung aus Sicht der Administration → statistische Erfolgsperspektive (Unterbringungszahlen und Unterbringungsdauer; Kosten)
3. Wirkung aus Sicht der Professionellen → Erfolg oder Misserfolg, primär verstanden (bzw. missverstanden) als Effekt der professionellen Intervention
4. Wirkung aus Sicht der betroffenen Familien (mit unterschiedlichen Erwartungen der einzelnen Familienmitgliedern)
5. Wirkung aus Sicht der jungen Menschen

Diese verschiedenen Erfolgsperspektiven sind laut Gabriel (2007, S. 14) in der Praxis oft vermischt. Welche Perspektive eingenommen wird, bzw. ob eher gesellschaftliche oder individuelle, Klienten spezifische Interessen als legitim betrachtet werden, ist laut Ziegler (2010) weniger eine methodische als eine professionspolitische Frage, bei der der Machtaspekt nicht ausser Acht gelassen werden darf. Ziegler sieht es als notwendig an, „die Wirkungsdebatte zu einem offensiven Gegenstand einer professionspolitischen Debatte“ (S. 193) zu machen. Ob Wirkungslegitimation anhand professioneller Gerechtigkeitsurteile ausgehandelt oder aber auf vorab administrativ festgelegte Indikatoren gestützt sind, spielt eine entscheidende Rolle. Schlussendlich geht es deshalb um die Frage: Was wirkt für wen unter welchen Bedingungen (vgl. Otto, 2007, S. 17)? Im

Kern ist das Ziel der Sozialen Arbeit, die Chance auf soziale Teilhabe zu erhöhen. Die individuelle Ebene ist somit eng mit strukturellen Bedingungen verknüpft. Laut Haller (2011) ist es wichtig, dass die Soziale Arbeit die öffentliche Sensibilität für strukturelle Probleme schärft.

Im Gegensatz zur Produktivitätstheorie im Bereich von Sachgütern gilt es im Bereich sozialer Dienstleistungen zu beachten, dass eine Änderung der Inputgrösse nicht automatisch zu einer Änderung des erzeugten Outputs führt, sondern die Qualität beeinflussen könnte (vgl. Halfar & Lehmann, 2010, S. 208). Auch Mascenaere & Esser (2015, S.13) merken an, dass in der Sozialen Arbeit aufgrund des Fehlens konsistenter Ursache-Wirkungs-Bezüge nur auf Ebene von Plausibilitätsannahmen auf die Wirksamkeit von Handlungsmassnahmen geschlossen werden kann. Ein grundlegendes Problem bei der Evaluation von Wirkungen liegt ausserdem darin, dass keine Massnahme abschliessend beurteilt werden kann, da laut Stadler (2010, S. 173) auch lange nach Beendigung einer Massnahme Effekte auftreten können. Je intensiver Interventionen auf den Einzelfall ausgerichtet bzw. in der Lebenswelt der Klientel verankert sind, desto komplexer sind die einwirkenden Faktoren und desto weniger lassen sich einzelne Wirkungen herauskristallisieren (vgl. Mascenaere & Esser, 2015, S. 13; Schröder & Kettiger, 2001, S. 14).

In der Wirkungsdiskussion taucht öfters der vom Ökonomen Amartya Sen entworfene und von Martha Nussbaum weiterentwickelte Ansatz „Capability Approach“ auf (vgl. Otto, 2007, S. 74; vgl. Nussbaum, 2015, S. 104). Einerseits gilt er laut Klausch international als „eine vielversprechende Perspektive für die Erfassung sozialpädagogischer Wirkungen“ (2007, S. 6) und andererseits könnte der Ansatz laut Tetzler (2012, S. 69; S. 74-75) zur Entwicklung eines gemeinsamen Aufgabenverständnisses zwischen Psychiatrie und Sozialpädagogik beitragen. Gerechtigkeitstheoretische Überlegungen sowie das Thema der Lebensqualität bilden die Grundlage für den Capability Approach. Die Grundannahme besteht darin, dass jeder Mensch über ein bestimmtes Fähigkeitspotenzial verfügt, dessen Entfaltungsmöglichkeit durch entsprechende strukturelle Voraussetzungen gewährleistet werden muss (Galamaga, 2014, S. 9). Der Capability Approach bezieht sich insofern auf die politische Steuerung, kann aber auch in kleinräumlicheren Settings Anwendung finden. Aufgrund der klar und universell formulierten Kriterien für ein gelingendes Leben eignet er sich sowohl als Legitimationsrahmen professioneller Interventionen als auch zur Evaluation derselben. Eine vertiefte Diskussion dieses Ansatzes würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

### 3.3. Operationalisierung von Behandlungserfolg

#### 3.3.1. Allgemeine Erkenntnisse

Laut Barkmann et al. (2003, S. 525) ist die subjektive Zielerreichung einer der wichtigsten Erfolgsindikatoren einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. Wie bereits in Kapitel 1.4. beschrieben ist damit einhergehend auch der Behandlungsauftrag individuell unterschiedlich. Somit bedeutet Behandlungserfolg nicht in jedem Fall dasselbe und es stellt sich die Frage, wie sich dieser evaluieren lässt. Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich damit, wie Evaluationen im jugendpsychiatrischen Bereich gestaltet werden bzw. wie Behandlungserfolg operationalisiert werden kann.

Es ist wie bereits erwähnt schwierig, im psychiatrischen Bereich verlässliche Aussagen über den Behandlungserfolg zu machen, zumal dieser von biologischen, biographischen, sozialen und psychologischen Faktoren abhängt und nicht garantiert werden kann (vgl. Fritze, 1998, S.31). Eine weitere Erschwernis kommt durch die Komplexität der Prozesse und Abläufe hinzu: Die multiprofessionellen Teams, welche in psychiatrischen Einrichtungen arbeiten und die vielen unterschiedlichen Bereiche (Therapie, Schule, Alltag) erschweren laut Jungmann (1998) eine Qualitätskontrolle, da sehr viele unterschiedliche Prozesse und Abläufe evaluiert werden müssen.

Die Fragestellung einer Evaluationsstudie ist im Kern immer eine kausale Frage: Welche Faktoren der Behandlung weisen welchen Einfluss auf die Zielgruppe auf? Bereits im Kapitel 2.2. wurde jedoch erläutert, dass sich im Bereich Sozialer Dienstleistungen keine Kausalitäten herauskristallisieren lassen. Dies trifft insbesondere auf den therapeutischen Bereich zu: Kausale Zusammenhänge können laut Barkmann, Marutt, Frouher & Schulte-Markwort (2003, S. 526) aus Evaluationsstudien mit den üblichen Designs nicht gezogen werden, da störende Drittvariablen nicht kontrolliert werden können. Das Problem der Kontrolle von Störvariablen wird auf anderen Forschungsgebieten normalerweise mit der Einführung einer Kontrollgruppe gelöst. Eine wissenschaftliche Kontrollgruppe bedingt, dass sich die Probanden in allen wichtigen Merkmalen gleichen, nur eben nicht dieselbe Behandlung erfahren. Es liegt auf der Hand, dass es keine Kontrollgruppe zur Patientengruppe einer Jugendpsychiatrie gibt, welche dieses Kriterium erfüllt. Laut Michalak, Kosfelder, Meyer & Schulte (2003, S. 95) werden vielerorts Prä-Post-Effektstärkemessungen eingesetzt, bei der das Ausmass an Veränderung durch Differenzbildung gewonnen wird. Eine Alternative dazu stellen retrospektive Erfolgsbeurteilungen dar, bei denen ein Rückblick auf die Therapie erfolgt. Dabei ist wichtig zu beachten, dass sich aus direkten Befragungen andere Resultate ergeben als aus indirekten Befragungen (z.B. standardisierte Symptomerhebungen). Laut Macsenaere und Esser (2015, S. 48) ist für die Effektivitätsbestimmung (im Sinne von effects) eine direkte

retroperspektive Erfragung nach dem Erfolg einer Massnahme wenig aussagekräftig aufgrund des Effekts der sozialen Erwünschtheit.

Bis vor wenigen Jahren wurde laut Richter (2004) ausschliesslich auf die Fremdbeurteilung zur Einschätzung der Verbesserung des Gesundheitszustandes vertraut. Heute ist man sich einig darüber, dass auch die subjektive Sichtweise miteinbezogen werden muss. Reisel et al. (1998) kamen in ihrer Evaluationsstudie zum Schluss, dass sich Evaluationen kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen „sehr nah am subjektiven Krankheitserleben (...) der Kinder und ihrer Familien“ (S. 705-706) orientieren müssen. Sie stellten fest, dass sich die Wirklichkeit der Patienten mit weitaus vielfältigeren Problemen beschäftigt als dies mit objektiven Messinstrumenten zu erfassen sei. Diese Haltung teilen auch Mattejat und Remschmidt (1998, Vorwort): „Genauso wichtig wie die Beurteilung der Behandlung durch die ‚Experten‘ ist die Frage danach, wie die Behandlungen von den Betroffenen selbst wahrgenommen/erlebt und beurteilt werden.“ Ein multimethodales Vorgehen, in dem mehrere Beurteilungsperspektiven berücksichtigt werden, hat sich deshalb als hilfreich erwiesen. Dabei werden sowohl indirekte Methoden (Wiederholungsmessung durch Anwendung änderungsintensiver psychometrischer Verfahren) als auch direkte Methoden (unmittelbare Befragung nach subjektiv wahrgenommenen Veränderungen) eingesetzt (vgl. Reisel et al., 1998, S. 709). Cropp, Streeck-Fischer, Jaeger, Masuhr, Schröder & Leichsenring (2008) sowie Schmidt und Schimmelmann (2015) plädieren ebenso für zweifaktorielle Studien im jugendpsychiatrischen Bereich, in denen der Behandlungserfolg sowohl durch indirekte als auch direkte Messungen ermittelt wird. Die Studie von Michalak et al. (2003) bestätigte, dass die Resultate einer direkten Behandlungserfolgsmessung nicht zwangsläufig mit den Resultaten einer indirekten Erfolgsmessung übereinstimmen.

Ein Problem, welches zur Reduktion der internen Validität einer Evaluationsstudie führen kann, ist der Ausfall von Stichproben. Das Problem wird dadurch verschärft, dass laut Barkmann et al. (2003, S. 528) bekannt ist, dass es spezielle Patientengruppen sind, welche nicht an Evaluationsstudien teilnehmen oder im Verlauf der Studie ausfallen. Mangelnde Sprachkenntnisse können ein Grund sein, oft handelt es sich aber auch um Jugendliche mit ungünstigen Behandlungsverläufen oder Angehörigen, für welche eine Kooperation mit der Klinik schwierig war (vgl. Barkmann et al., 2003, S. 528). Dies hat zur Folge, dass die erfassten Verläufe tendenziell positiver sind, als es der Realität entspricht. Es ist laut Barkmann et al. (2003, S. 528) deshalb entscheidend, genau zu dokumentieren, wer aus welchen Gründen nicht an der Evaluation teilgenommen hat.

Wie kann der Behandlungserfolg also operationalisiert werden? In den folgenden Kapiteln werden drei Konzepte vorgestellt, welche für eine Evaluation relevant sind. Die Auswahl

dieser drei Konzepte orientiert sich einerseits an den Empfehlungen von Barkmann et al. (2003), welche sich spezifisch mit der Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie befasst haben, sowie an den Forschungen in diesem Bereich von Mattejat und Remschmidt (2006) und Winkler (2009) und andererseits an vergleichbaren katamnestischen Erhebungen (vgl. z.B. Finsterer, 2008; Fleischhaker, Bock, Hennighausen, Horwath, Kuhn-Hennighausen, Rauh, et al., 2008; Maß et al., 2012).

### **3.3.2. Symptomerhebung**

Allgemein steht die Reduktion der Symptome als Behandlungserfolg an zentraler Stelle (vgl. Barkmann et al., 2003, S. 524). Allerdings gilt eine Symptombesserung alleine keineswegs als hinreichendes Wirksamkeitsziel (vgl. Branik, 2003, S. 507; Michalak et al., 2003). Dies auch deshalb weil Studien zeigen, dass die durch psychometrische Messverfahren erfasste Symptomreduktion nicht durch dieselben Faktoren beeinflusst wird, wie die subjektive Einschätzung des Behandlungserfolgs (vgl. die Studie von Cropp et al., 2008 oder Michalak et al., 2003).

Doch was sagen Symptome überhaupt aus? Laut dem Duden (2016a) wird ein Symptom im medizinischen Sinne als ein Anzeichen für eine Krankheit bzw. als für eine Krankheit charakteristische Erscheinung definiert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat eine internationale Klassifikation von Krankheiten, das ICD-10, entwickelt. Im Kapitel F werden dabei die psychischen Störungen klassifiziert. Symptome spielen in dieser Klassifikation eine wichtige Rolle: Jeder Störung sind Symptome zugewiesen. Wenn jemand das entsprechende Muster von Symptomen zeigt, kann eine Diagnose gestellt werden (vgl. Baier, 2011, S. 27). Die Erhebung bestehender Symptome kann somit also Hinweise geben auf psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen.

### **3.3.3. Patientenzufriedenheit in Bezug auf den Therapie- bzw. Behandlungserfolg**

Die subjektive Zufriedenheit der Patienten wird laut Keller et al. (2004) als wichtiges Evaluationskriterium im Rahmen der Qualitätssicherung angesehen. Dennoch erweist sich eine einheitliche Begriffsbestimmung von Patientenzufriedenheit als schwierig. Möller-Leimkühler und Dunkel (2003, S. 40) weisen darauf hin, dass das Konzept der Patientenzufriedenheit intuitiv eingängig erscheint, die theoretische Fundierung jedoch wenig fortgeschritten ist. Zugrunde liegt das theoretische Konstrukt der „Zufriedenheit“. Zufriedenheit kommt laut Schmidt, Möller, Reibe, Güntert & Kremer (2003, S. 619) durch

den Vergleich einer Soll-Komponente (zum Beispiel abgestützt auf Erwartungen) mit einer Ist-Komponente (real erhaltene Leistungen). Insofern entspricht Patientenzufriedenheit laut Zink (2011, S. 6) der subjektiven Bewertung der medizinischen und psychologischen Versorgungsleistung auf Grundlage einer dynamischen, multidimensionalen Abwägung zwischen Erwartung und Erfüllung. Eine hohe Patientenzufriedenheit während der Behandlung fördert laut Schmidt et al. (2003) durch eine hohe Bereitschaft zur Zusammenarbeit den Heilungserfolg.

Konopka, Keller, Löble, Felbel & Naumann (2001, S. 153) haben die Erfassung der Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland untersucht und folgende Dimensionen der Patientenzufriedenheit festgelegt:

- Globale Zufriedenheit (globale Einschätzung des Aufenthalts)
- Therapeutische Beziehung
- Therapieerfolg
- Autonomie
- Klima (Stationsatmosphäre)
- Kompetenz
- Hotel (räumliche Ausstattung, Essen, Sauberkeit etc.)
- Vertraulichkeit (Datenschutz und Privatsphäre)
- Motivation / Erwartungen (Fragen zur Therapiemotivation und zur Erwartungshaltung gegenüber dem stationären Aufenthalt)

Die Dimension „Therapieerfolg“ erscheint in Zusammenhang mit der Fragestellung vorliegender Studie von besonderer Bedeutung. Therapie kann als Kurzform für „Psychotherapie“ stehen, oder aber definiert werden als „verschiedene Maßnahmen, die zusammen bewirken sollen, dass eine Krankheit geheilt wird“ (Duden, 2016c). Damit wird wiederum der milieutherapeutische Aspekt einer jugendpsychiatrischen Behandlung bedeutsam. Der Begriff Therapieerfolg in diesem Sinne kann mit dem Begriff Behandlungserfolg gleichgesetzt werden (vgl. Matzejat & Remschmidt, 1998).

Bei der Messung der Behandlungszufriedenheit gilt zu beachten, dass Patienten Anpassungsleistungen zeigen und sozial erwünschte Antworten geben. Es wurde festgestellt, dass bei entsprechenden Befragungen oft hohe Zufriedenheitswerte hervorgehen, welche sich laut Möller-Leimkühler und Dunkel (2003, S. 40f) teilweise auf dieses Phänomen zurückführen lassen. Bei globalen, direkten Fragen nach der Zufriedenheit werden durch psychiatrische Patienten besonders hohe Zufriedenheitsangaben gemacht und ergeben eine besonders hohe Verzerrung durch soziale Erwünschtheit. Detailliertere Fragestellung eignen sich etwas besser, besonders

wenn bei der Formulierung darauf verzichtet wird, die subjektive Behandlungserfahrung abzurufen, sondern neutrale Einschätzungen gefordert werden (z.B. „Der Arzt hat genügen Zeit für mich“ (Möller-Leimkühler & Dunkel, 2003, S. 41). Auch der Erhebungszeitpunkt ist ausschlaggebend für den Grad an Verzerrung durch den Antworteffekt der Sozialen Erwünschtheit. Laut Möller-Leimkühler und Dunkel (2003, S. 41) sind Antworttendenzen aufgrund des Wegfalls der Patientenrolle weniger stark ausgeprägt, wenn die Befragung nach Beendigung der Behandlung stattfindet.

Ein vielfach verwendetes Instrument im deutschsprachigen Raum zur Erfassung der subjektiven Therapie- bzw. Behandlungszufriedenheit haben Matthejat und Remschmidt mit den Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung FBB geschaffen (vgl. Barkmann et al., 2003, S. 525; Matthejat & Remschmidt, 1998).

### **3.3.4. Das Konzept der Lebensqualität und -zufriedenheit**

Als ein weiteres Erfolgsmass nennen Barkmann et al. (2003, S. 525) die Erfassung der Lebensqualität. Allgemein ist Lebensqualität seit den 80er-Jahren Gegenstand wachsenden Forschungsinteresses (vgl. Schubert, Herle & Wurst., 2003, S. 286) und hat wie kaum ein zweites psychologisches Konzept Einzug in die Medizin gefunden (vgl. Herschbach, 2001, S. 141). Anfänglich wurde besonders im Bereich chronischer Erkrankungen die Lebensqualität erforscht. Heute herrscht laut Koller, Sitter & Lorenz (1998) und Schubert et al. (2003) Einigkeit darüber, dass in der Medizin Lebensqualität als Ziel und Bewertungskriterium angestrebt wird.

Lebensqualität zu definieren erweist sich als schwierig, da es keine eindeutige Begrifflichkeit gibt (Katschnig, 1998, S. 167). In den Sozialwissenschaften wurde der Begriff laut Schmeck (1998) mit starken materiellen und politischen Bezügen geprägt als „die von der Bevölkerung erlebte Zufriedenheit mit Lebensbedingungen in materieller, ökonomischer und politischer Perspektive“ (Bullinger, 1994, zit. nach Schmeck, 1998, S. 196). Dieser Theorie entsprechen Ergebnisse von Studien aus Deutschland, welche zum Schluss kommen, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit eng mit der wirtschaftlichen Situation, Preis-Leistungs-Verhältnissen, politischen Einflussmöglichkeiten und dem Gefühl von sozialer Gerechtigkeit zu tun hat. Daneben würden aber auch bei viele Menschen Zufriedenheit aus harmonischen Partnerschaften, der eigenen Wohnung und sinnvoll verbrachter Freizeit resultieren (Kaiser, 2009, S. 80). In der Medizin wurde Lebensqualität weniger in Bezug auf die gesellschaftliche Dimension, sondern mehr in Bezug auf das persönliche und individuelle Wohlbefinden gedeutet. Der Einzug der Lebensqualitätsprüfung in der Medizin geht auf ein verändertes Menschenbild zurück,

welches den Menschen ganzheitlicher sieht und Gesundheit nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden versteht (Katschnig, 1998, S. 167). Es wurde hierfür der Begriff „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ eingeführt (Schmeck, 1998, S. 196). Dieser wurde von Bullinger (1991, zit. nach Schmeck, 1998, S. 197) folgendermassen definiert: „Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität ist ein psychologisches Konstrukt zu verstehen, das die körperlichen, psychischen, mentalen, sozialen und funktionalen Aspekte des Befindens und der Funktionsfähigkeit der Patienten aus ihrer Sicht beschreibt.“ Dies entspricht der Definition von Henrich, Goldbeck, Schmitz & Besier (2010, S. 220), dass Lebensqualität sowohl körperliche, als auch psychische, soziale und verhaltensbezogene Aspekte des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus individueller Sicht heraus umfasst. Auch Flechtner (1998, S. 176) kommt zum Schluss, dass sich die drei bereits erwähnten Bereiche „Physis“, „Psyche“ und „Soziales“ (in Anlehnung an die Definition von Gesundheit der WHO) als Grundlage zur Analyse der Lebensqualität eignen. Flechtner betont, dass zusätzliche Dimensionen wie z.B. Spiritualität, Sexualität oder Körpererfahrung berücksichtigt werden müssen, um kulturellen und individuellen oder situationsabhängigen Bedingungen gerecht zu werden und keine Fehlinterpretationen zu leisten.

Lebenszufriedenheit dient dabei als subjektiver Indikator, um Lebensqualität zu erfassen (vgl. Henrich et al., 2010, S. 220). Moons, Budts und De Geest (2006, S. 899) sehen Lebenszufriedenheit gar als wichtigsten Indikator der Lebensqualität. Durch den Begriff Zufriedenheit wird das Konzept Lebensqualität somit greifbar. Lebenszufriedenheit hat ihre Ursprünge in der positiven Psychologie und konzentriert sich auf Stärken und Ressourcen. Sie begrenzt sich nicht auf Gesundheit oder Krankheit wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität, sondern umfasst alle Lebensbereiche (vgl. Krannich et al., 2013). Viele Fragbogen zur Erfassung von Lebensqualität erfragen deshalb die Lebenszufriedenheit. Laut Bucher (2009, S. 9, 10, 29) ist Lebenszufriedenheit das Ergebnis aus kognitiven Bewertungsprozessen seines Lebens und wird als ein länger anhaltendes, positives Grundgefühl im Sinne von subjektivem Wohlbefinden verstanden. In europäischen Gesellschaften, in denen zunehmend schöne Erlebnisse, ein hohes Wohlbefinden und positive Affekte angestrebt werden, sind Emotionen ein verstärktes Kriterium für die Bewertung des eigenen Lebens und somit ein wichtiger Faktor für Lebenszufriedenheit (vgl. Mutz & Kämpfer, 2013).

Herschbach (2001) führt aus, dass empirische Studien zur Lebensqualität innerhalb und ausserhalb des medizinischen Bereichs immer wieder den Erwartungen von Forschenden und Praktizierenden widersprechen: Es gilt als Fakt, dass die subjektive Lebensqualität von Personen, welche sich in schwierigen Lebenssituationen befinden oder Schicksalsschläge

erlitten haben, oft positiver wahrgenommen wird, als dies von aussen erwartet werden würde, bzw. dass sich objektiv negative Lebensumstände nur relativ gering auf die subjektive Lebensqualität niederschlagen. Vielmehr sei die Persönlichkeitsstruktur der stärkste Prädiktator für Lebensqualität. Anpassungsmechanismen an schwierige Situationen sowie Sinn- und Bedeutungszuschreibungen gegenüber Schicksalsschlägen eruiert Herschbach (2001) als mögliche Gründe für das in der Forschung bestehende „Zufriedenheitsparadox“. Hinzu kommt, dass man seine Erwartungen durch Vergleiche mit anderen Menschen immer wieder an die Realität anpasst, was wiederum einen Einfluss auf die Lebensqualität hat. Lebensqualität kann somit laut Herschbach (2001, S. 149) auf zwei verschiedenen Arten beeinflusst werden: Zum einen durch Veränderung der Realität und zum anderen durch die Modifikation der Einstellung des Patienten. Je bessere Coping Strategien jemand entwickeln kann, desto zufriedener ist er mit seiner Situation. Diesbezüglich ist die Erforschung der Lebensqualität im jugendpsychiatrischen Bereich sicherlich eine Herausforderung: Einerseits kann man diese zwar gezielt unterstützen, in dem Anpassungs- und Bewältigungsstrategien gefördert werden, andererseits lässt es keine Aussage über gezielte Interventionen zu, sondern vielmehr über die Eigenleistung des Patienten. Keller et al. (2006, S. 371) konnten allerdings in einer Studie, in der Jugendliche sowohl die Lebensqualität anhand des „Inventars zur Lebensqualität (ILK)“ als auch ein Zufriedenheitsfragebogen ausgefüllt haben, zum Schluss, dass eine deutliche Korrelation besteht zwischen der Gesamtbeurteilung der Lebensqualität und der subjektiven psychischen Gesundheit.

Allgemein ist jedoch die Forschungsdichte bezüglich der Verbesserung der Lebensqualität im Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie laut Manß et al. (2012) noch gering, auch wenn bereits mehr als 50 Fragebogenverfahren zur Erfassung der – meist gesundheitsbezogenen – Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen entwickelt worden sind (vgl. Henrich, Goldbeck, Schmitz & Besier, 2010). Aufgrund der grossen Dichte an publizierten Erhebungsinstrumenten zur Erfassung der Lebensqualität formulierte Katschnig (1998, S. 171-172) Leitlinien für deren Bewertung:

- Globale Beurteilung versus Lebensbereiche: Da gezeigt werden konnte, dass sich die Lebensqualität in einzelnen Lebensbereichen unterscheiden kann, sind differenzierte Erhebungsinstrumente globalen vorzuziehen
- Subjektive Wichtigkeit einzelner Bereiche: Es gilt bei Erhebungen zu beachten, inwiefern die einzelnen Lebensbereiche, welche in die Betrachtung der Lebensqualität miteinbezogen werden, für den Einzelnen Relevanz besitzen
- Subjektive und Objektive Einschätzung: Erhebungsinstrumente, welche die Perspektive von mehreren Personen berücksichtigen, sind vorzuziehen

- Unabhängigkeit von Symptomen: Da die Lebensqualität erwiesenermassen unabhängig von Symptomen ist, sollte die Erfassung der Lebensqualität nicht an Symptome gekoppelt sein
- Selbstbeurteilung versus Interview: Da schriftliche Rückmeldungen zu Fehlurteilen führen können wird empfohlen, diese durch mündliche Interviews zu ergänzen

### 3.3.5. Weitere Evaluationsaspekte

Laut Barkmann et al. (2003, S. 525) könnte man als Outcome-Grösse jugendpsychiatrischer Behandlungen die Erweiterung von Kompetenzen überprüfen. Dazu würden allerdings valide Messinstrumente fehlen. Dieser Aspekt wird somit für vorliegende Studie nicht berücksichtigt.

Wetterling, Junghanns, Müßigbrodt, Freyberger und Drilling (1997, S. 749) plädieren zusätzlich dafür, dass bei der Beschreibung von Behandlungserfolg besonders soziale und rehabilitative Aspekte berücksichtigt werden, da ein hoher Grad an sozialer Funktionsfähigkeit eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Lebensführung sei. Auch Winkler (2009, S. 9) merkt an, dass es einen eindeutigen Forschungsbedarf hinsichtlich der sozialen Integration, dem Schulerfolg sowie der Arbeitsfähigkeit von psychisch beeinträchtigten Jugendlichen gibt. Laut einer Expertenurfrage in San Diego (vgl. Winkler, 2009, S. 51) lag die Wichtigkeit der Erhöhung der psychosozialen Kompetenzen im Sinne von „Improved functioning“ sogar an erster Stelle. Dieser Aspekt wurde deshalb bei der Erarbeitung des Fragebogens für vorliegende Studie aufgenommen.

Falls auch die Eltern/Familien in die Therapie einbezogen wurden, kann als Erfolg auch eine Veränderungen innerhalb des sozialen Familiengefüges gelten (vgl. Barkmann et al., 2003, S. 525). Auch dazu gibt es speziell entwickelte Fragebögen z.B. die Familienbögen von Cierpka und Frevert (1995). Da der Erhebungszeitpunkt bei vorliegender Studie versetzt zum Behandlungszeitraum liegt, kann dieser Aspekt nicht berücksichtigt werden.

## 4. Stand der Forschung

### 4.1. Theoretische Grundannahmen zur Behandlung von psychischen Störungen

Für die Entstehung psychischer Krankheiten geht man heute von einer multifaktoriellen Genese aus (vgl. Baierl, 2011, S. 18). Dies bedeutet, dass eine Verkettung von Ursachen und Faktoren zusammenwirken und zu einem Störungsbild führen. Die Faktoren können genetisch, biologisch, lebensgeschichtlich, familiär oder auch soziologisch sein. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch von seiner genetischen Konstitution her unterschiedlich vulnerabel für verschiedene Störungsbilder ist. Zudem spielen die Erfahrungen und die körperliche Entwicklung der ersten Lebenszeit eine wichtige Rolle.

Laut Steinhausen (2013, S. 419-420) gibt es in der klinischen Verlaufsforschung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen drei verschiedene Hypothesen. Die erste ist die Maturationshypothese, welche davon ausgeht, dass psychische Störungen entwicklungsabhängig sind und durch biologische Reifungs- und psychologische Entwicklungsprozesse gut kompensiert werden können. Die zweite ist die Vulnerabilitätshypothese, welche psychische Störungen als frühe Manifestationen von Störungen in allen Lebensabschnitten sieht und davon ausgeht, dass der Zeitpunkt der Manifestation einen Einfluss hat auf die Vulnerabilität. Mit einer frühen Manifestation geht insofern eine erhöhte Vulnerabilität für chronische bzw. beeinträchtigte Verläufe einher. Die dritte Theorie ist die Diversifitätshypothese, welche behauptet, dass Verläufe interindividuell und auch für einzelne Störungsbilder verschieden sind. Diese dritte Hypothese relativiert damit die ersten beiden.

Das Menschenbild der Sozialpädagogik baut darauf auf, dass sich der Mensch während des ganzen Lebens weiterentwickelt und Neues dazulernt und orientiert sich somit an der Maturationshypothese. Auch die Psychiatrie bezieht sich darauf, mit Interventionen kompensatorisch wirken zu können. Laut Baierl (2011, S. 18) gehen die meisten heutigen Konzepte davon aus, dass der Klient selbst Einfluss auf die Veränderung einer psychischen Störung nehmen kann, dafür aber Unterstützung braucht. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen geht man von einem grossen Weiterentwicklungspotential aus. Studien aus der Psychotherapieforschung bestätigen dies, wie im folgenden Kapitel näher erläutert wird. Gleichzeitig gibt es aber Studien, welche auf ungünstige Krankheitsverläufe hindeuten. Es bleibt laut Steinhausen (2013, S. 429) zu klären, inwiefern welche Interventionen wirksam sind und zu evaluieren, ob diese richtig eingesetzt werden. Es stellt sich somit die Frage, ob man überhaupt aus professioneller Perspektive einen nachhaltigen Einfluss nehmen kann. Einige Studien lassen optimistisch stimmen, dass gezielte Interventionen sehr wirkungsvoll sein können: Eine Langzeitstudie zu einer intensiven pädagogisch-

psychosozialen Interventionen an der HighScope Perry Preschool in Amerika belegte, dass die ausgegebenen Beträge für ein einjähriges Vorschulprogramm zur Förderung benachteiligter Kinder sich langfristig auf mehreren Ebenen deutlich positiv auswirkte und sich materiell gesehen 16-fach bezahlt machte (vgl. HighScope Perry Preschool Study, 2005).

Es gilt zu beachten, dass die Wirkung von therapeutischen Angeboten gerade bei Kindern und Jugendlichen stark von den vorhandenen Ressourcen im Umfeld abhängen und

„...dass ohne einen Ort ausserhalb der Klinik, den man als ein gewisse Sicherheit gebendes Zuhause empfinden kann, ohne eine Orientierung gebendes Umfeld, ohne soziale Perspektiven und eigenen Entwicklungsmöglichkeiten angepassten Lebensbedingungen nach der Entlassung kaum an eine Erfolg versprechende stationäre Psychotherapie eines Kindes oder Jugendlichen zu denken ist. Aus einer Situation von Unsicherheit oder gar Bedrohung ist es nicht möglich, sich auf innere Prozesse einzulassen. Ebenso schwer ist es, Motivation zur Arbeit an Symptomen aufzubringen, wenn diese das einzig mögliche Ausdrucksmittel sind, auf seelische Not, Autonomiewünsche oder Protest gegen die vorenthaltene Anerkennung von vitalen Bedürfnissen aufmerksam zu machen“ (Branik, 2003, S. 511).

#### **4.2. Ergebnisse aus der (jugend-)psychiatrischen Wirkungsforschung**

Wirkungsforschung, welche das jugendpsychiatrische Behandlungssetting als Ganzes in den Fokus nimmt, ist dünn gesät. Zu Beginn deshalb ein Blick in die allgemeine Psychotherapieforschung. Lätsch (2015, S. 13) beschreibt unterschiedliche Schwerpunkte: Ab dem Jahr 1952 war die kritische Debatte über die Wirksamkeit von Psychotherapie geprägt durch eine Studie von Hans-Jürgen Eysenck, welche die Wirksamkeit von Psychotherapie bestritt. Folglich widmete sich die Forschung der Frage, ob Psychotherapie überhaupt wirkt. Zwischen den 70er und 80ern Jahren ging es dann vor allem darum zu ergründen, welche Verfahren bei welchen Störungsbildern wirksam sind. Ab ca. 1985 ging es vermehrt um die Unterscheidung von Wirkfaktoren (was wirkt?), und ab Mitte der 90er Jahren rückte die Frage nach Wirkungsweisen in den Vordergrund (wie wirkt Psychotherapie?).

Grundsätzlich lässt sich laut Lätsch (2015) sagen, dass die Befunde aus der Psychotherapie ergeben haben, dass Psychotherapie wirkt und zwei- bis zehnfach erhöhte Remissionsraten (je nach Verfahren und Störungsbild) zu erwarten sind. Baierl (2011, S. 21) kam zum Ergebnis, dass der Behandlungserfolg psychischer Störungen zwischen 60% und 80% liegt. Schmidt (2004, S. 101) führt aus, dass der Blick in verschiedene Studien zeigt, dass bei mehr als 50% der Behandelten positive Langzeiteffekte zu erwarten sind.

Das Funktionsniveau fällt dabei etwas weniger günstig aus als die Symptomatik an sich, bzw. bleibt längerfristig konstanter auf demselben Niveau. Als am wenigsten veränderbar erwiesen sich laut Schmidt familiäre Bedingungen. Die wichtigsten Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung sind die Behandlungsqualität, ein gutes Nachsorgesystem sowie ein gutes Funktionsniveau des sozialen Netzwerks zu nennen. Forschungen zeigen, dass bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die Motivation der Eltern ein wichtiger Faktor ist, wie die Behandlung erlebt wird (vgl. Distler, 2003). Schmidt (2004) erläutert zudem, dass das Symptomspektrum bzw. die Symptombelastung grösseren Einfluss auf den Verlauf hat als die Diagnose an sich.

Laut Lätsch (2015) ergab sich beim Vergleich über Störungsbilder und Ergebnisvariablen hinweg, dass verschiedene Verfahren der Psychotherapie annähernd gleich stark wirken. Man spricht dabei vom „Dodo-Effekt“: Der Unterschied bezüglich des Therapieerfolgs ist zwischen Therapeuten desselben Ansatzes wesentlich grösser als zwischen verschiedenen Ansätzen.

Doch wie sieht es nun bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus? Studien aus der Psychotherapieforschung weisen darauf hin, dass Psychotherapie bei Kindern einen heilsamen, problemspezifischen und anhaltenden Effekt aufweisen (Weisz & Jensen, 1999, S. 130ff). Die Einschätzung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist besonders komplex, da sich diese noch in der Entwicklung befinden (Weisz & Jensen, 1999, S.127). Insgesamt zeigte sich, dass Psychotherapie bzw. psychologisch-psychosoziale Interventionen bei der Mehrzahl der Störungsbilder die primäre Behandlungsoption darstellen. Lediglich bei ADHS waren die Therapieeffekte einer medikamentösen Therapie in einer Studie von Bachmann, Bachmann, Rief und Matzejat (2008) am besten.

Bei den nicht-behandelten psychisch auffälligen Kindern zeigt sich laut Schmidt (2004), dass nur ca. 15 Prozent ihre Symptomatik ins Erwachsenenalter mitnehmen. Steinhausen (2008) allerdings fasste verschiedene Langzeitstudien zusammen und kam zum Schluss, dass Menschen mit psychischen Störungen in der Kindheit und Jugend im Erwachsenenalter vulnerabler sind als die Durchschnittspopulation. Eine Studie aus dem Jahr 2005 aus den USA stellte laut Steinhausen fest, dass 50% der Störungen im Erwachsenenalter bereits vor dem 14. Lebensjahr ihren Anfang nahmen, und 75% vor dem 24. Altersjahr. Steinhausen (2008, S. 421) beschreibt zudem eine Langzeitstudie aus Zürich, bei der Daten von männlichen ehemaligen Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Erwachsenenalter mit einer Kontrollgruppe von Armeeingehörigen verglichen wurden. Die beiden Gruppen wurden anhand der Daten aus dem Schweizerischen Bundesregister, psychiatrischer Dokumentationen und anhand der

Gesundheitsdokumentationen der Armee auf Delinquenz, psychische Störungen und Fehlanpassungen untersucht. Es zeigte sich dabei, dass 20 - 30% der in der Kindheit und Jugend klinisch auffälligen Untersuchungsteilnehmenden später delinquent wurden und dass mindestens 30% im Erwachsenenalter unter psychischen Beeinträchtigungen litten. Diese Zahlen stimmen laut Steinhausen (2008) mit anderen Studien überein: Die Ergebnisse von homotypen, diagnosespezifischen Gruppen ergeben hohe Raten an ungünstigen Verläufen, bei denen die Erwachsenen weiterhin an psychischen Beeinträchtigungen oder anderen psychosozialen Funktionseinschränkungen leiden. Besonders stark betroffen davon sind frühmanifeste Schizophrenien, Autismus-Spektrumsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse verschiedener Evaluationsprojekte von psychiatrischen Behandlungen im Erwachsenen- oder im Kinder- und Jugendbereich vorgestellt.

Wetterling, Junghanns, Müßigbrodt, Freyberger & Drilling (1997) haben in der Erwachsenenpsychiatrie in Frankfurt eine Evaluationsstudie durchgeführt. Insgesamt haben 258 Patienten und Patientinnen an der Studie teilgenommen, welche zu zwei Messzeitpunkten befragt wurden. Es wurde die Behandlungsdauer, die Symptomatik sowie die psychosoziale Kompetenz bei Beginn und bei Beendigung des stationären Aufenthalts erfasst. Sie kamen zum Schluss, dass die Symptomatik deutlich zurückgeht (am meisten bei Studienteilnehmenden mit dem längsten Aufenthalt), wo hingegen die fortbestehenden Beschwerden nur gering in der Ausprägung variieren (vgl. S. 749). Ein Viertel wies bei Austritt deutlich bessere Werte bei den psychosozialen Kompetenzen auf. Die Hälfte eine leichtere oder mittlere Besserung. 5.4% wiesen eine Verschlechterung auf.

Aus einer Befragung von 166 jugendlichen Patienten und Patientinnen und deren Eltern in einer psychiatrischen Klinik in New York von Kaplan et al. (2001) resultierten sehr gute Bewertungen der Behandlungszufriedenheit. Die Wahrscheinlichkeit, die Klinik wieder auszuwählen für eine weitere Behandlung wurde als hoch eingestuft. Die Verbesserung der Problematik wurde ebenfalls sehr positiv bewertet (von den Eltern etwas geringer als von den Jugendlichen selbst).

Seiffge-Krenke (2010) hat an 30 Kurz- und Langzeittherapien bei Jugendlichen die Effizienz der Behandlung aus Sicht der Jugendlichen, der Eltern sowie der Therapeutinnen und Therapeuten untersucht. Dies mit drei Messzeitpunkten in einem Zeitraum von bis zu eineinhalb Jahren. Die Einschätzungen zur Symptombesserung durch die Jugendlichen und durch die Therapeuten/Therapeutinnen stimmten in grossen Teilen überein und zeigten

eine deutliche Besserung. Die Eltern werteten die Symptombelastung von Anfang an geringer und nahmen kaum Veränderungen wahr.

Die Wiener Studie von Reisel et al. (1998), bei der innerhalb eines Jahres alle stationären Patienten und Patientinnen bzw. deren Eltern und Lehrer zu mehreren Messzeitpunkten befragt wurden, kam zum Schluss, dass besonders bei den Kindern, welche zu Beginn im symptomatischen Bereich stark auffällig waren, eine deutliche Verbesserung eintraf. Eine allgemeine Symptomverbesserung zeigte sich sowohl bei der direkten als auch bei der indirekten Befragung. Besonders hilfreich wurden Angebote erlebt, welche ein beratendes oder psychotherapeutisches Beziehungsangebot an den Patienten bzw. die Patientin oder die Eltern beinhalteten.

Von Manß et al. (2012) wurde das stationäre kinderpsychiatrische Behandlungsangebot der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Klingenmünster anhand der Daten von 51 Kindern, deren Eltern und Therapeuten bzw. Therapeutinnen untersucht. Dies geschah anhand eines Symptomratings, anhand der Beurteilung der Lebensqualität sowie anhand der Erfassung der Behandlungszufriedenheit sowohl im Laufe der Therapie als auch drei Monate nach Beendigung der Behandlung. Die Resultate waren erfreulich: Es zeigten sich Verbesserungen der Symptomatik als auch der Lebensqualität, sowohl im Verlaufe der Behandlung als auch drei Monate nach Klinikaustritt. Auch die Zufriedenheitsbefragung ergab positive Ergebnisse.

In der der Adoleszentenstationen der Universitätsklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie Bern wurde zu zwei Messzeitpunkten eine Evaluation zum Behandlungserleben und zur Behandlungszufriedenheit der Patienten und Patientinnen durchgeführt (vgl. Abderhalden, Grieser, Zarotti & Lehmann, 2008, S. 140). 15 Kinder und Jugendliche nahmen an der Evaluation teil. Es ergaben sich folgende Resultate: Es zeigte sich eine mittlere Zustimmung zur Frage nach der Besserung des Problems, weswegen die Jugendlichen in die Psychiatrie gekommen waren. 54% stimmten eher oder vollkommen zu, für 19% hatte sich das Problem eher nicht oder gar nicht gebessert. Den Behandlungserfolg schätzen die Jugendlichen sechs Wochen nach der Entlassung etwas geringer ein als zum Entlassungszeitpunkt.

Eine der wenigen Langzeitstudien bezüglich den Verläufen nach einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung ist die 20-Jahres-Katamnese der kinder- und jugendpsychiatrischen psychosomatischen Klinik Haus Vogt von Fleischhaker et al. (2008). In der Studie wurden 206 ehemalige Patienten und Patientinnen 20 Jahre nach der stationären Behandlung für telefonische Interviews angefragt. Diese konnten schliesslich mit 104 Personen durchgeführt werden. Anhand eines eigens entwickelten Fragebogens,

dem „Freiburger Strukturieren Interview FrStI“, wurde die berufliche und soziale Situation und Zufriedenheit erfragt. Des Weiteren wurde anhand der Kurzversion des „World Health Organisation Quality of Life-Interviews (WHOQOL-BREF)“ die Lebensqualität und anhand der „Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)“ die aktuelle Symptombelastung erfasst. Zudem wurde die rückblickende Einschätzung der Behandlung mit dem „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)“ erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass die psychische Symptombelastung insgesamt deutlich höher ausfiel als für die Allgemeinbevölkerung. Die Lebensqualität wurde mit einer Gruppe von Erwachsenen in aktueller psychiatrischer Behandlung verglichen. In Bezug auf diese Vergleichsgruppe zeigten sich bei den Studienteilnehmenden insgesamt auf allen fünf Subskalen bessere Werte, im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung aber war das Niveau insgesamt tiefer, mit Ausnahme der Lebensqualität in Bezug auf die Umwelt. Der Grad der Selbständigkeit der Studienteilnehmenden zeigte bezüglich Schulbildung und Erwerbstätigkeit ein positives Bild und kaum Abweichungen zur Allgemeinbevölkerung. 89.6 % waren erwerbstätig, der Prozentsatz der Abschlüsse mit Abitur oder Fachhochschulreife war sogar um 8% höher als in der Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung. Ein auffälliger Punkt war, dass 15.6% der Befragten entweder in einer betreuten Einrichtung oder noch bei der Herkunftsfamilie lebten. Überdurchschnittlich viele waren ausserdem in keiner festen Partnerschaft. Fleischhaker et al. (2008, S. 192) haben keine andere Langzeitstudie gefunden, mit der sie ihre Resultate hätten vergleichen können. Es gebe zwar viele katamnestische Untersuchungen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, diese würden sich aber lediglich auf ein spezifisches Krankheitsbild beziehen.

Eine weitere gross angelegte Studie im Bereich der Jugendpsychiatrie ist das Marburger Evaluationsprojekt (vgl. Mattejat & Remschmidt, 2006). Von 1999 bis 2006 wurden die stationären Behandlungen einer vollständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation evaluiert. Zu drei Messzeitpunkten (Eintritt, Austritt, 1.5 Jahres-Katamnese) wurden die Patienten und Patientinnen und ihre Eltern befragt. Bei Austritt zeigte sich folgendes Bild: 15% der Patienten zeigten kaum oder keine psychische Störung mehr, zum Katamnese Zeitpunkt stieg dieser Anteil auf 20-25%. Insgesamt konnte bei 60-75% zum Zeitpunkt des Austritts und bei 70-75% zum Zeitpunkt der Katamnese ein Therapieerfolg im Sinne einer deutlichen Verbesserung konstatiert werden. Eine Verschlechterung war bei 5-10% eingetreten. Es zeigte sich, dass es zwischen verschiedenen Diagnosen signifikante Unterschiede gibt: Tendenziell günstige Verläufe mit überdurchschnittlichem Erfolgswert zeigten Jugendlichen mit Diagnosen im Bereich der Schizophrenien, emotionalen Störungen, Anpassungsstörungen, neurotischen Störungen und Anorexien, langfristig eher ungünstige Verläufe zeigten Jugendliche mit Diagnosen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen,

hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens. Bei der direkten Erfolgsmessung (Fragen an die Eltern nach dem Befinden und der aktuellen Problemsituation des Kindes) zeigte sich ein mehrheitlich positives Bild: 71.8 % der Eltern gaben bei Ende des Aufenthalts an, dass es ihrem Kind „eher gut“ oder „sehr gut“ geht. Bei 45.8% waren bei der Nachuntersuchung die Probleme, welche zur Einweisung geführt haben, nicht mehr vorhanden. Bei über der Hälfte bestanden die Probleme auch weiterhin, was auf „relativ lange andauernde, teilweise chronische Problemkonstellationen“ (Mattejat & Remschmidt, 2006, S. 457) hindeutet. Bei allen indirekt erhobenen Massen wie der Symptomreduktion oder der Lebensqualität zeigten sich hochsignifikante Werte. Die Veränderungen zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung und der Nachuntersuchung waren nur gering, deutliche Veränderungen fanden während der Behandlung statt.

Ebenfalls von Mattejat und Remschmidt (1998, S. 17-34) wurde zur Erprobung des in Kapitel 2.4.2. beschriebenen „Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung“ vorgängig zur oben erwähnten Studie eine Untersuchung bei 73 Mädchen, 58 Jungen und deren Familien und Therapeuten bzw. Therapeutinnen durchgeführt. Die Studie wurde in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Philipps-Universität Marburg umgesetzt. Es zeigte sich, dass die Einschätzung der Behandlungsqualität durch die Therapeuten am Kritischsten gesehen wurde und durch die Eltern am Positivsten. Die Einschätzung der Jugendlichen lag zwischen diesen beiden Polen. Dabei wurde insgesamt die Einschätzung der Prozessqualität der Behandlung etwas günstiger beurteilt als der eigentliche Therapieerfolg.

Bei 35 jugendlichen Patienten und Patientinnen wurden in einer Studie von Winter et al. (2005) der Erfolg der Therapieziele von den Jugendlichen, ihren Eltern sowie den zuständigen Therapeuten und Therapeutinnen evaluiert. Von den Jugendlichen wurden am Häufigsten körperliche Ziele benannt, von den Eltern und Therapeuten/Therapeutinnen intrapsychische Ziele (z.B. Selbstwirksamkeit). 33.7% der Patienten und Patientinnen sagten, sie hätten ihr Ziel erreicht. Die Eltern und Therapeuten waren mit 24.7 bzw. 24.2% etwas weniger optimistisch. Die Mehrheit der Patienten/Patientinnen und ihre Eltern gaben an, dass sich die Behandlung "sehr gelohnt" (45.2%/44%) oder "gelohnt" (38,7%/40%) habe. Bei den Therapeuten und Therapeutinnen kamen 25% zum Schluss, die Behandlung habe sich "sehr gelohnt" und 59.4% die Behandlung habe sich "gelohnt".

Eine sehr aktuelle Studie wurde Ende 2015 in Salzburg abgeschlossen (vgl. Winkler, Thun-Hohenstein & Fritz, 2015): An der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Christian-Doppler-Klinik in Salzburg wurden zu vier Messzeitpunkten anhand von quantiativen Fragebogen und Interviews Patienten und Patientinnen sowie deren Eltern

zum Behandlungserfolg, zur Behandlungszufriedenheit und zur Lebensqualität befragt. Die Ergebnisse zeigen signifikant geringere Ausprägungen im Bereich von Verhaltens- und emotionalen Auffälligkeiten sowie eine Kompetenzensteigerung anhand des YSR-Fragebogens. 16.8% der Probanden und Probandinnen gaben bei der Einschätzung hinsichtlich des Behandlungserfolgs eine völlige Besserung ihres gesundheitlichen Zustandes an. 44.3% eine deutliche Besserung. Bei 2.3% gab es bis 6 Wochen nach Entlassung eine Verschlechterung. Bei der Lebensqualität konnte eine signifikante Steigerung festgestellt werden. Die Ergebnisse zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen wichen dabei jedoch stark voneinander ab. Die grössten Effekte zeigten sich zwischen Aufnahme und Entlassung, die Veränderung zum Katamnesezeitpunkt (1.5 Jahre nach Entlassung) waren gering.

Die Studie von Möller-Leimkühler und Dunkel (2003) befasste sich mit dem Zusammenhang zwischen Behandlungserfahrungen und Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. Sie wollten überprüfen, ob das Konstrukt „Patientenzufriedenheit“ tauglich ist, um zur Qualitätssicherung beizutragen. Sie führten dazu eine Stichtagserhebung in der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München durch, an der 91 Patienten mitwirkten. Sie kamen zum Schluss, dass für die Patientenzufriedenheit besonders die empathische und kommunikative Komponente der Behandlung – sei dies durch das ärztliche, therapeutische oder pflegerische Personal – im Vordergrund steht. Die Studie ergab eine signifikante Korrelation zwischen der Gesamtzufriedenheit mit Arztgesprächen, der vom Arzt zur Verfügung gestellten Zeit und der subjektiv wahrgenommenen Wirksamkeit von Medikamenten. Die generelle Behandlungszufriedenheit sei im Wesentlichen abhängig vom Beziehungsaspekt zwischen den Patienten und dem Behandlungsteam, also vor allem von nichtklinischen Wirkfaktoren. Auch in der Studie von Reisel et al. (1998) in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station zeigte sich, dass von den jungen Patienten und ihren Eltern vor allem jene Angebote als hilfreich und unterstützend erlebt wurde, bei denen auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Eltern eingegangen werden konnte.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt die Studie von Giupponi et al. (2009), in der die Behandlungszufriedenheit zwischen Patienten einer Südtiroler und einer Münchner Klinik verglichen wurde: Die Ergebnisse wiesen ebenfalls auf die herausragende Bedeutung der sozioemotionalen Kompetenzen des behandelnden Arztes für die Behandlungszufriedenheit hin, unabhängig von der jeweiligen Versorgungsstruktur. Ein ähnliches Resultat ergab die Studie von Cropp et al. (2008): Bei dieser Untersuchung mit Jugendlichen zeigte sich unter anderem ein signifikanter Zusammenhang zwischen der gemessenen Symptomreduktion und der Beziehung zum therapeutischen Team (S. 210).

Green et al. (2007) bestätigten dies in ihrer Studie: Die Verbesserung der klinischen Symptomatik stand auch bei der Befragung von 150 Kindern und Jugendlichen bzw. deren Eltern in direktem Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung. Schuld-Werner (2004) kommt allerdings bei einer Untersuchung mit Erwachsenen zum gegenteiligen Schluss, dass erfolgreiche oder weniger erfolgreiche Therapieergebnisse nicht mit der Beziehung zum therapeutischen Team korrelieren.

Die Studie von Cropp, Streeck-Fischer, Jaeger, Masuhr, Schröder & Leichsenring (2008) bestätigt wiederum die Wichtigkeit sozialer Aspekte für den Behandlungserfolg: Die Studie mit Kindern und Jugendlichen in einer psychotherapeutischen Abteilung in Tiefenbrunn untersuchte den Zusammenhang zwischen bestimmten Aspekten des Behandlungserlebens und dem erzielten Behandlungserfolg in Bezug auf Symptomreduktion und Selbsteinschätzung. Die Ergebnisse zeigten einen Zusammenhang zwischen der durch den General-Severity-Index erfassten Symptomreduktion und dem individuell eingeschätzten „Klima zwischen den Mitpatienten“. Cropp et al. (2008) interpretieren dies so, dass die Kinder und Jugendlichen in der Peergroup wichtige Kompetenzerfahrungen und Reifungsprozesse machen können, welche sich in einer verringerten Symptomatik niederschlagen. Die eigene Einschätzung des Behandlungserfolgs korrelierte hingegen stärker mit der „Beziehung zum therapeutischen Team“ und der „Selbstwirksamkeitserwartung“. Die Selbsteinschätzung des Behandlungserfolgs und die effektive Symptomreduktion wurden also nicht durch dieselben Faktoren beeinflusst und bildeten unterschiedliche Facetten der Behandlung ab. Cropp et al. (2008) plädieren deshalb für zweifaktorielle Studien, in denen der Behandlungserfolg sowohl durch indirekte als auch durch direkte Messungen ermittelt wird.

In einer Studie in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg wurden während eines Jahres 95 Patienten und Patientinnen, deren Eltern und Therapeuten bzw. Therapeutinnen zum Behandlungserfolg, zum Behandlungserleben und zur Behandlungszufriedenheit befragt. Alle Gruppen schätzten die Behandlung im Hinblick auf die meisten Erfolgsvariablen überwiegend positiv ein. Bei Patienten und Eltern zeigten sich zwischen Aufnahme und Entlassung deutlich positive Veränderungen bei der Einschätzung der Problemausprägung, Problembelastung und der allgemeinen Befindlichkeit der Patienten. Die Eltern hielten den Leidensdruck ihrer Kinder bei Aufnahme für stärker als ihn die Patienten für sich selbst beschrieben. Auch bei der allgemeinen Befindlichkeit gaben die Eltern schlechtere Werte an als ihre Kinder. Bei beiden Punkten gab es zum Zeitpunkt des Austritts eine Annäherung. Trotz der deutlichen Verbesserung im Zeitvergleich ist das Ausmaß der Problembelastung der Eltern zum Zeitpunkt der Entlassung noch hoch. 30% der Eltern schätzten ihre Problembelastung als stark und 24%

als sehr stark ein. Auch 22% der Patienten gaben bei Entlassung noch eine starke oder sehr starke Problembelastung an. Die Veränderung der Problemsicht erwies sich als ein im Sinne der Therapieevaluation lohnendes Erfolgskriterium. Die Problemveränderung aus Sicht von Patienten und Eltern ging vorwiegend mit einer positiven Veränderung im emotionalen Bereich einher. Das therapeutische Klima und die therapeutische Beziehungsgestaltung waren für Patienten und Eltern wichtig. Bei Patienten und Eltern ergaben sich deutlich positive Zusammenhänge zwischen den meisten Erfolgs- und Erlebensmaßen und der Behandlungszufriedenheit. Bei den Patienten schienen Erlebensaspekte, bei den Eltern Erfolgsaspekte einen stärkeren Zusammenhang mit der Behandlungszufriedenheit zu haben. Bei den Patienten bestand im Gegensatz zu den Eltern kein Zusammenhang zwischen der Verringerung des Leidensdrucks und der Behandlungszufriedenheit. Offensichtlich ist im Erleben der Patienten das Ausmaß des eigenen Leidensdrucks nicht ausschlaggebend für die Behandlungszufriedenheit (vgl. Bredel, Brunner, Haffner & Resch, 2004, S. 252).

Betrachtet man diese Studien zusammenfassen, lässt sich folgendes feststellen: Generell scheint sich die Symptombelastung durch eine stationäre Behandlung markant reduzieren zu lassen. Die Veränderungen bleiben in den darauffolgenden Monaten relativ stabil, zumal sich in mehreren Studien zum Katamnesezeitpunkt von 1.5 Jahren nach Austritt keine grossen Veränderungen mehr ergeben haben.

Verbleibende Restsymptomatik steht eher in einem Zusammenhang mit der Schwere der Symptomausprägung als mit einzelnen Krankheitsbildern. Dennoch gibt es Krankheitsbilder, welche generell auf günstigere oder eben ungünstigere Verläufe hindeuten. Menschen, welche in der Jugend eine schwere psychische Störung aufwiesen, sind als Erwachsene vulnerabler als die Allgemeinbevölkerung und weisen eine erhöhte Symptombelastung auf. Dennoch scheint es vielen klinisch auffälligen Jugendlichen zu gelingen, ihre Probleme zu überwinden. Die Lebensqualität scheint sich dementsprechend deutlich zu verbessern gegenüber der Situation in der Krise. Gleichzeitig scheint diese aber auch nach der Behandlung etwas tiefer zu sein als bei der Allgemeinbevölkerung.

Die Zufriedenheit mit der Behandlung scheint in allen erwähnten Studien hoch zu sein. Auffällig ist der starke Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit und sozialen Aspekten: Sowohl die Beziehungen zu den anderen Patienten und Patientinnen als auch die Beziehungen zum Personal scheinen äusserst relevant zu sein.

## 5. Fragestellung und Hypothesen

In diesem Kapitel wird die Fragestellung vorliegender Studie ausgeführt. Anhand der erörterten Forschungsergebnisse werden zu den Unterfragen Hypothesen formuliert. Bezüglich weiterführender therapeutischer und medikamentöser Behandlung sind die Hypothesen aufgrund fehlender Forschungsergebnisse rein spekulativ.

Hauptfragestellung:

Wie sieht der längerfristige Erfolg der stationären Behandlung der jugendpsychiatrischen Therapiestation JPS im weiteren Verlauf nach Beendigung der Hospitalisation aus?

Unterfragen:

Wie sieht die aktuelle Lebenssituation der ehemaligen Patienten und Patientinnen bezüglich Ausbildung/Beruf und Wohnsituation aus?

*Hypothese: Die jungen Erwachsenen konnten mehrheitlich Ausbildungen wieder aufnehmen oder abschliessen und ins Berufsleben einsteigen. Sie wohnen mehrheitlich noch bei den Eltern oder in Institutionen.*

Waren die ehemaligen Patienten und Patientinnen im Anschluss an den stationären Aufenthalt in einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung und wenn ja, wie lange?

*Hypothese: Die jungen Erwachsenen waren mehrheitlich in ambulanten therapeutischen Settings.*

Nehmen die ehemaligen Patienten und Patientinnen noch psychiatrische Medikamente?

*Hypothese: Die Medikation wurde mehrheitlich beibehalten.*

Sind die ehemaligen Patienten und Patientinnen in der Lage, ihren Alltag selbständig zu bewältigen?

*Hypothese: Die ehemaligen Patienten und Patientinnen sind in der Lage, ihren Alltag selbständig zu bewältigen.*

Wie beurteilen die ehemaligen Patienten und Patientinnen rückblickend den Erfolg der Behandlung?

*Hypothese: Jene ehemaligen Patienten und Patientinnen, welche sich an der Studie beteiligen, beurteilen den Erfolg der Behandlung mehrheitlich positiv.*

Wie hat sich die psychische Symptomatik vom Eintritt in die stationäre Behandlung bis heute entwickelt?

*Hypothese: Die Symptombelastung ist im Vergleich zum Eintritt in die stationäre Behandlung deutlich zurückgegangen, aber dennoch ist eine Symptombelastung erkennbar.*

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der rückblickenden Beurteilung des Behandlungserfolgs und der Entwicklung der Symptombelastung?

*Hypothese: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem subjektiven Behandlungserfolg und der Symptombelastung.*

Wie beurteilen die ehemaligen Patienten und Patientinnen ihre Lebenszufriedenheit verglichen mit der Allgemeinbevölkerung?

*Hypothese: Die Lebenszufriedenheit fällt etwas geringer aus als bei der Allgemeinbevölkerung.*

*Ergänzende Fragestellungen zur Lebensqualität für die qualitative Untersuchung (ohne Hypothesen):*

*Auf welche Faktoren führen die Interviewteilnehmenden die Einschätzung ihrer Lebensqualität zurück und welche Faktoren haben die Lebenszufriedenheit rückblickend beeinflusst?*

*Welche Massnahmen und Faktoren in der jugendpsychiatrischen Therapiestation sind förderlich oder hemmend für die Lebenszufriedenheit der Patienten und Patientinnen?*

## **6. Quantitative Erhebung**

### **6.1. Rechtliche Grundlagen**

Im Kanton Luzern gibt es laut § 26 des Gesundheitsgesetzes für Ärztinnen und Ärzte eine Aufbewahrungspflicht der Patientendaten von zehn Jahren (vgl. Meule & Rüedi, 2011). Dem wird auch die JPS gerecht, indem ein internes Archiv geführt wird. Laut dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (2014) ist es für ein Spital zulässig, direkt an ehemalige Patienten und Patientinnen Fragebögen zu versenden, wenn diese mit der Information versehen sind, welche Daten zu welchem Zweck erhoben werden, wer für die Datenbearbeitung verantwortlich ist, wo und wie lange die Daten aufbewahrt werden, wer Zugriff auf die Daten hat und wie das Anonymisierungsverfahren abläuft. Die ärztliche Leitung der JPS, namentlich der Chefarzt Dr. med. Thomas Heinimann und die Leitende Ärztin Dr. med. Raphaela Jülke, haben eingewilligt, den ehemaligen Patientinnen und Patienten die entsprechenden Informationen und notwendigen Fragebogen auf die in den Akten vermerkte Adresse zustellen zu lassen.

Da bei der vorliegenden Studie gesundheitsbezogene Daten erhoben wurden, war diese laut dem Humanforschungsgesetz durch die zuständige Ethikkommission bewilligungspflichtig. Die Eingabe an die Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz erfolgte Ende Dezember 2015. Anfang Februar 2016 wurde eine Bewilligung mit Auflagen ausgesprochen. Nach Erfüllung aller Kriterien wurde Ende Februar die definitive Bewilligung erteilt (siehe Anhang).

Psychiatrische Daten erfordern einen besonders sorgfältigen Umgang in Bezug auf den Datenschutz. Die Daten aus den Akten (Ergebnisse YSR bei Klinikeintritt, Dauer und Zeitpunkt Aufenthalt, Jahrgang, Geschlecht, ICD-10-Diagnosestellung) und die Daten aus den zurückgesendeten Unterlagen erhielten im Sinne einer Verschlüsselung jeweils dieselbe Nummer, damit diese derselben Person zugeordnet und ausgewertet werden konnten. Alle Daten wurden dadurch bereits verschlüsselt in den Computer eingelesen. Sämtliche Datenbearbeitung wurde durch die Autorin durchgeführt, welche durch den Berufskodex dem Datenschutz verpflichtet ist. Die neu gewonnenen Daten werden im klinikinternen Archiv für Unbefugte unzugänglich für die obligatorische Aufbewahrungszeit archiviert.

## 6.2. Untersuchungsdesign und Stichprobe

Vorliegende Studie setzte sich zum Ziel, den längerfristigen Erfolg der stationären Behandlung durch die Befragung ehemaliger Patienten und Patientinnen zu eruieren. Zur Operationalisierung dieses Erfolgs wurden die in Kapitel 2.4. beschriebenen Konzepte für eine Evaluation im jugendpsychiatrischen Bereich hinzugezogen. Dabei wurde auf bestehende, erprobte Fragebogen bzw. Fragebogenskalen zurückgegriffen, welche die aktuelle Lebenssituation (Funktionsniveau), die Symptombelastung, die Patientenzufriedenheit bezüglich des Behandlungserfolgs sowie die Lebenszufriedenheit erfassen. Diese wurden zu einem neuen Evaluations-Fragebogen zusammengesetzt, welcher schriftlich beantwortet werden kann. Es handelt sich insofern um eine quantitativ ausgerichtete Erhebung, welche durch den Postversand des entsprechenden Fragebogens erfolgte.

Für die Erhebung wurde die Jugendlichengruppe ausgewählt, welche zwischen dem 1. März 2012 und dem 1. März 2014 (zwischen 2 und 4 Jahre vor dem Erhebungszeitpunkt) stationär in der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens behandelt wurde. Diese Auswahl wurde aus folgenden Gründen festgelegt:

- Diese Jugendlichengruppe erlaubt bezüglich der Symptombelastung einen Datenvergleich. Seit Ende 2011 wird in der Jugendpsychiatrischen Therapiestation standardmässig bei allen Patienten und Patientinnen die Symptombelastung anhand des YSR-Fragebogens erhoben. Aufgrund dieser Datenlage war die Stichprobe bereits einseitig vorgegeben: Für einen Symptomvergleich konnten nur jene Patienten und Patientinnen befragt werden, welche bereits bei Eintritt den YSR-Fragebogen ausgefüllt haben. Bei den im März 2012 hospitalisierten Jugendlichen war dies der Fall.
- Der Behandlungszeitraum der Befragten erstreckte sich über zwei Jahre vom 1. März 2012 bis 1. März 2014, wodurch eine genügend grosse Anzahl an ehemaligen Patienten und Patientinnen angeschrieben werden konnte. Bei 14 stationären Plätzen und einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 3-4 Monaten braucht es eine Inanspruchnahmepopulation von mindestens zwei Jahren für eine genügend grosse Datenmenge. Andererseits ist ein längerfristiger Verlauf nur erkennbar, wenn ein gewisser zeitlicher Abstand besteht, weshalb März 2014 als Endpunkt ausgewählt wurde.

Des Weiteren wurden für die Stichprobe zwei zusätzliche Kriterien formuliert:

- Die Studienteilnehmenden waren während mindestens zwei Monaten in stationärer Behandlung. Da der erste Monat als Beobachtungs- und Eingewöhnungszeit gilt, wäre eine kürzere Aufenthaltszeit wenig aussagekräftig.
- Die Studienteilnehmenden waren zum Befragungszeitpunkt mindestens 16 Jahre alt. Bei jüngeren ehemaligen Patienten und Patientinnen ist der weitere Werdegang bezüglich Berufsausbildung noch wenig absehbar. Mit 16 Jahren steht man schon auf der Schwelle ins Berufsleben, weshalb dies als Mindestalter ausgesucht wurde.

Die Fragebogen wurden per Post an die ehemaligen Patienten und Patientinnen versendet. Die Adressen zum Zeitpunkt des Klinikaufenthalts müssen während mindestens 10 Jahren archiviert werden. Für den Versand wurde auf diese Adressen zurückgegriffen. Dies beinhaltete die Gefahr, dass die Fragebogen aufgrund von Umzügen nicht zustellbar waren.

Die schriftliche Form der Erhebung wurde vor allem aufgrund vorhandener zeitlicher Ressourcen gewählt. Zudem wird in der Literatur beschrieben, dass ein Vorteil von schriftlichen Fragebogen darin besteht, dass man diesen für sich alleine ohne Beisein eines Interviewers, einer Interviewerin ausfüllen kann. Ein womöglich störender und verzerrender Einfluss der befragenden Person aufgrund von Effekten der Sozialen Erwünschtheit entfällt dabei (vgl. Mayring, 2015). Die Autorin hoffte, dass durch die etwas mehr Distanz schaffende schriftliche Form ein höherer Rücklauf resultieren würde als beispielsweise bei telefonischen Befragungen.

Die Fragebogen wurden am 1. März 2016 mit einem frankierten Antwortcouvert versendet. Aufgrund des geringen Rücklaufs wurde in Anlehnung an die Erfahrungen aus anderen Studien (vgl. z.B. Finsterer, 2008) im April 2016 eine zweite Erhebungswelle durchgeführt.

### **6.3. Erhebungsinstrumente**

#### **6.3.1. Angaben zur aktuellen Situation**

Die Erfassung der aktuellen Arbeits- und Wohnsituation erfolgte in Anlehnung an das „Freiburger Strukturierte Interview“ (Uniklinikum Freiburg, o.J.). Das „Freiburger Strukturierte Interview FrStI“ wurde im Rahmen einer Nachbefragung von ehemaligen Patienten und Patientinnen der psychiatrischen Klinik Haus Vogt von der Uniklinik Freiburg entwickelt und im Rahmen vorliegender Studie freundlicherweise von der Mitautorin Karin Bock zur Anlehnung zur Verfügung gestellt.

Die Fragen wurden in den schriftlichen Gesamtfragebogen integriert.

Ergänzt wird dieser Teil mit Fragen zur aktuellen psychotherapeutischen Behandlung sowie zur aktuellen psychiatrischen Medikation, welche in Rücksprache mit der ärztlichen Leitung der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens in Studie aufgenommen wurden.

Um dem sozialen Funktionsniveau zusätzliche Beachtung zu schenken, wurde zudem folgende Ratingfrage hinzugefügt: „Ich bin aktuell in der Lage, meinen Alltag selbständig zu bewältigen.“ Zur Vereinfachung des Ausfüllens wird diese Frage anhand derselben 5-stufigen Skala (0 = überhaupt nicht / niemals; 4 = ganz genau / immer) wie bei den Fragen aus dem „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung durch den Patienten FBB-P“ beantwortet.

Diese Angaben werden deskriptiv ausgewertet und dienen dazu, ein Bild über die Studienteilnehmenden zu gewinnen.

### **6.3.2. Therapieerfolg und Behandlungszufriedenheit**

Die Selbstbeurteilung des Behandlungserfolgs erfolgt anhand der Skala „Erfolg der Behandlung“ aus dem „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung durch den Patienten FBB-P“ (Mattejat & Remschmidt, 1998).

Der Marburger Fragebogen FBB wurde eigens für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich von Mattejat und Remschmidt (1998) zur Erfassung der Behandlungsqualität im Urteil von Patienten, Eltern und Therapeuten bzw. zur Erfassung der Behandlungszufriedenheit entwickelt. Mit den für die verschiedenen Beurteiler-Gruppen konzipierten Fragebogen wird eruiert, wie positiv bzw. negativ der Behandlungsverlauf und -erfolg von den Kindern und Jugendlichen, ihren Eltern und den zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten eingeschätzt wird. Die subjektive Beurteilung des Behandlungserfolgs bzw. die Behandlungszufriedenheit stehen dabei im Vordergrund. Das Instrument wurde nicht für eine spezifische Therapieform entwickelt und ist sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich verwendbar (vgl. Mattejat & Remschmidt, 1998, Vorwort). In erster Linie ist der Fragebogen für die Qualitätssicherung entworfen worden, kann aber auch zur empirischen Therapieevaluation genutzt werden. In der Regel werden die Fragebogen direkt im Anschluss an eine Therapie ausgefüllt, sie können aber auch bei katamnestischen Erhebungen eingesetzt werden (vgl. Mattejat & Remschmidt, 1998, V).

Der FBB wurde in mehreren Verfahren erprobt und auf seine psychometrischen Merkmale überprüft. Laut Mattejat & Remschmidt (1998) ist er hinsichtlich seiner Reliabilität und Validität ein verlässliches Verfahren, um die Behandlungsbeurteilungen subjektiv valide erfassen zu können. Die interne Konsistenz lag bei den Fragen zur Ergebnisqualität bei  $\alpha = 0.726$ .

Für ein umfassendes Bild ist der Einbezug verschiedener Perspektiven für Mattejat und Remschmidt (1998) sehr wichtig, gerade weil die Auswertung der Fragebogen wenig intersubjektive Übereinstimmung ergeben: der Behandlungserfolg wird von den Therapeuten und Therapeutinnen oft als geringer beurteilt als von den Eltern. Die Einschätzung der Jugendlichen liegt oft im Mittelbereich (vgl. Mattejat & Remschmidt, 1998, S. 12 -14). Für vorliegende Studie kann aufgrund des Untersuchungsdesigns nur die Patienten-Perspektive berücksichtigt werden. Eine Befragung der anderen Gruppen (Therapie/Eltern) wäre aufgrund der zeitlichen Verzögerung zur Behandlung nur unter sehr erschwerten Bedingungen möglich.

Beim FBB werden einerseits Aspekte der Prozessqualität (Qualität des Behandlungsverlaufs) und andererseits Aspekte der Ergebnisqualität (Qualität des Behandlungserfolgs) gemessen. Für die vorliegende Studie interessieren die Aspekte zur Ergebnisqualität. Es wurde deshalb nur die entsprechende Skala „Erfolg der Behandlung“ verwendet. Diese Skala setzt sich wiederum aus zwei verschiedenen Teilen zusammen: Dem Erfolg hinsichtlich des Patienten selbst sowie dem Erfolg hinsichtlich der Familienbeziehungen, wobei sich letzteres nur auf die Bewertung einer einzelnen Aussage bezieht. Dieser zweite Teil wurde aus folgenden zwei Gründen nicht mit auf den Fragebogen vorliegender Studie aufgenommen: Einerseits interessiert aufgrund der Fragestellung vor allem die Situation der ehemaligen Patienten und Patientinnen selbst. Andererseits erscheint die Beantwortung dieser Frage aufgrund des zeitlichen Abstands zur Therapie äusserst schwierig, bzw. liegt die Vermutung nahe, dass viele andere Faktoren und Inputs in der Zwischenzeit auf die familiären Beziehungen eingewirkt haben und ein Zusammenhang zur Behandlung nur schwer herstellbar sein dürfte.

Der Behandlungserfolg wird demnach aufgrund der Bewertung von vier Aussagen aus dem FBB ermittelt. Aus Urheberrechtsgründen werden die wesentlichen Punkte aus den Aussagen an dieser Stelle nur Stichwortartig erläutert:

- Nutzen der Behandlung
- Behandlungsverlauf
- Zufriedenheit mit der Behandlung
- Problembesserung

Die zugehörigen Aussagen werden anhand einer 5-stufigen Skala von 0 (überhaupt nicht / niemals) bis 4 (ganz genau / immer) auf deren subjektive Richtigkeit bewertet.

Die Auswertung des Tests erlaubt eine deskriptive Beschreibung des Behandlungserfolgs im Urteil der ehemaligen Patienten und Patientinnen mit Hilfe der Interpretationshinweise aus den Handanweisungen (Mattejat & Remschmidt, 1998).

Zur Ermittlung der Behandlungszufriedenheit wurden drei zusätzlich Fragen konzipiert, welche die Ergebnisse aus den Skalen aus dem FBB-P ergänzen und abrunden sollen. Zum einen sollten die Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Gelegenheit erhalten, ihre Meinung unabhängig von festgelegten Antwortmöglichkeiten zu äussern. Die subjektive Einschätzung erhält dadurch mehr Gewicht und erlaubt eine zusätzliche Differenzierung. Folgende Fragen mit Platz für persönliche Anmerkungen wurden deshalb dem Gesamtfragebogen hinzugefügt:

- „Gibt es etwas, was Ihrer Meinung nach während der stationären Behandlung anders hätte laufen sollen?“
- „Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?“

Zum anderen ist aufgrund des zeitlichen Abstands zur Behandlung eine rückblickende Einschätzung im Hinblick auf den weiteren Werdegang interessant. Folgende Skalenfrage wurde diesbezüglich konzipiert:

- Wie bedeutsam in Hinblick auf Ihren weiteren Werdegang schätzen Sie rückblickend die stationäre Behandlung auf einer Skala von 1 bis 10 ein? (1 = überhaupt nicht bedeutsam, 10 = sehr bedeutsam)

Bei der Konzipierung dieser Fragen wurde die FBS-Checkliste (vgl. Faulbaum, Prüfer, Rexroth, 2009, S. 114-126) berücksichtigt.

### **6.3.3. Youth self report**

Die Erhebung der Symptombelastung erfolgte anhand der deutschen Version des „youth self-report YSR“ (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998). Der Fragebogen für Jugendliche (youth self-report YSR) wurde ursprünglich 1991 von Achenbach entwickelt und erfasst psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen von 11 bis 18 Jahren im Selbsturteil (Döpfner & Steinhausen, 2012, S. 147).

Für die beabsichtigte Studie kommt nur der zweite Teil des Fragebogens zum Einsatz, bei dem es um Verhaltensauffälligkeiten, Emotionalität und körperliche Beschwerden geht. Dieser Teil enthält ausschliesslich geschlossene Fragen, welche auf einer Ratingskala von 0 (= nicht zutreffend) über 1 (= manchmal oder etwas zutreffend) bis 2 (= genau oder häufig zutreffend) schriftlich beantwortet werden.

Der YSR weist die Antworten 8 verschiedenen so genannten Syndromskalen zu. Unter einem Syndrom versteht man die Anhäufung von miteinander zusammenhängenden Symptomen (vgl. Stangl, 2016). Folgende Syndromskalen werden im YSR berücksichtigt: Sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich depressiv, soziale Probleme, schizoid zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten. 20 Items sind keiner Skala zugeordnet. Wird beim Test in einer Skala ein Prozentrang von mehr als 98 erreicht, wird von einer klinischen Auffälligkeit gesprochen. Der Bereich zwischen den Prozenträngen 95 und 98 wird als Grenzbereich definiert.

Dementsprechend gelten bei den einzelnen Syndromskalen T-Werte zwischen 67 und 70 als grenzwertig, T-Werte > 70 als klinisch auffällig (vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998).

Die einzelnen Syndromskalen sind teilweise wiederum zu den übergeordneten Skalen „Internalisierend“ und „Externalisierend“ zuzuordnen. Es lässt sich insofern eine Aussage darüber treffen, ob jemand im internalisierenden oder externalisierenden Störungsbereich auffällig ist. Ein T-Wert zwischen 60 und 63 gilt hierbei als grenzwertig, ein T-Wert > 63 als klinisch auffällig. Ebenso kann aus allen Bereichen ein Gesamtwert errechnet werden, welcher eine Einschätzung über die gesamthafte Symptombelastung einer Person zulässt.

Eine Orientierung an der amerikanischen Normierung ist laut Finsterer (1998) zulässig, da die meisten Analysen im deutschsprachigen Raum auf relativ geringfügige Abweichungen von den amerikanischen Werten hinweisen. Soweit Abweichungen ermittelt wurden, liegen die deutschen Werte meist unter den amerikanischen, so dass die Auffälligkeit eher unter- als überschätzt wird. Die Mehrzahl der Syndromskalen hat sich in deutschsprachigen Analysen als hinreichend konsistent erwiesen. Die Konsistenzen der Skalen Sozialer Rückzug, Soziale Probleme (bei Jungen) und schizoid/ zwanghaft sind allerdings für die Individualdiagnostik unzureichend. Hohe Ausprägungen auf den Syndromskalen sollten als Anhaltspunkt dafür dienen, den Symptombelastungen der Jugendlichen weiter nachzugehen. Mit Ausnahme der Skala Sozialer Rückzug lässt sich hinreichende Validität nachweisen (vgl. Finsterer, 1998).

Die Auswertung des Tests erfolgt anhand eines eigens dafür entwickelten und für die Autorin in der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens zur Verfügung gestellten Tools

im Excel, bei dem die Antworten automatisch den entsprechenden Syndromskalen zugewiesen werden, so wie dies der Test beabsichtigt.

Der Test ist angedacht für die Altersgruppe bis 18 Jahre. Obwohl ein Teil der Stichprobe über 18 Jahre alt ist, wurde aufgrund der besseren Vergleichbarkeit der Daten zwischen dem bei Eintritt und dem zum aktuellen Erhebungszeitpunkt ausgefüllten Fragebogen entschieden, den YSR für die gesamte Stichprobe einzusetzen. Ebenfalls wurde zwecks Vergleichbarkeit auf denselben, inzwischen durch eine aktualisierte Version abgelösten Test zurückgegriffen.

Die Signifikanz der Veränderung der Symptomatik anhand der beiden Datensätze (Eintritt und aktuelle Erhebung 2016) wird anhand eines t-Tests für abhängige Stichproben überprüft und mit SPSS berechnet.

#### **6.3.4. Fragen zur Lebenszufriedenheit**

Die Befragung zur Lebenszufriedenheit geschah anhand des Moduls „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ aus dem Fragebogen FLZ<sup>M</sup> von Henrich und Herschbach (1990). Der Test wurde am Institut für psychosomatische Medizin in München zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität entwickelt (vgl. Henrich & Herschbach, 2001). Der FLZ<sup>M</sup> wurde nicht veröffentlicht, kann aber direkt über das Institut für psychosomatische Medizin in München bezogen werden und wurde für vorliegende Studie von Prof. Dr. P. Herschbach zur Verfügung gestellt.

Der Fragebogen wurde während mehr als 10 Jahren entwickelt und auf seine psychometrischen Eigenschaften überprüft. Mit Cronbach's  $\alpha = 0.82-0.89$  ist die Reliabilität gegeben. Auch die anderen Gütekriterien wurden laut Henrich & Herschbach (2000, S. 153-156) in drei repräsentativen Stichproben in den 1990er-Jahren getestet und seien zufriedenstellend.

Zusätzlich zum Modul „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ gibt es ein Modul zur „gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit“ sowie krankheitsspezifische Module für die Befragung von Patienten und Patientinnen mit schweren oder chronischen Erkrankungen. Das Modul „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ erfasst mit acht Items multidimensional und subjektiv die Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen (Freunde/Bekannte, Freizeit/Hobbies, Gesundheit, Einkommen/finanzielle Sicherheit, Beruf/Arbeit, Wohnsituation, Familienlebe/Kinder, Partnerschaft/Sexualität). Das Besondere dieses Fragebogens ist, dass der subjektiven Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche grosse Bedeutung zukommt. Dies geschieht, in dem die einzelnen Lebensbereiche erst auf ihre

Wichtigkeit (W) und erst dann auf den Grad der Zufriedenheit (Z) hin bewertet werden. Die Einschätzung erfolgt anhand einer fünfstufigen Skala (Wert 1 bis 5). Anschliessend werden diese beiden Einschätzungen (Wichtigkeit und Zufriedenheit) mithilfe einer Formel ( $gZ = (W-1) * (Z^2-5)^3$ ) zu einer gewichteten Zufriedenheit zusammengefasst. Somit ergeben sich beispielsweise höhere Werte in Lebensbereichen, welche als sehr wichtig erachtet werden als in Lebensbereichen, welche keine grosse Wichtigkeit haben, auch wenn bezüglich Zufriedenheit derselbe Wert angekreuzt wurde. Abschliessend kann die globale gewichtete Zufriedenheit durch die Addition der einzelnen Werte ermittelt werden. Allerdings wird dieses Vorgehen teilweise kritisch betrachtet: Laut Krannich et al. (2013) wurde in anderen Studien festgestellt, dass oft nur Werte im mittleren Bereich der jeweiligen Skala angegeben werden und Copingeffekte (kognitive Anpassungsprozesse und Sinnfindung in relevanten belastenden Lebenssituationen) die Ergebnisse verzerren können. Bei der vorliegenden Auswertung werden deshalb sowohl die reinen Zufriedenheitsangaben als auch die wie im Ursprungstest vorgesehenen gewichteten Zufriedenheitsangaben berücksichtigt.

Es liegen Normdaten von Henrich & Herschbach (1990) aus den 90er Jahren von der deutschen Normalbevölkerung vor. Obwohl diese Datenerhebung schon einige Zeit zurückliegt und in Westdeutschland und nicht in der Schweiz getätigt wurde, erscheint der Einbezug dieser Daten sinnvoll, zumal die Lebenszufriedenheit im zeitlichen Verlauf innerhalb der einzelnen Länder Europas laut Weller (1996) relativ stabil ist. Anfang bis Mitte der 90er-Jahre lag die Lebenszufriedenheit in Deutschland laut Studien konstant leicht über dem europäischen Durchschnitt (Weller, 1996). In der letzten Erhebung des Sozio-ökonomischen Panel SOEP von 2013 war die Lebenszufriedenheit in Deutschland leicht höher als in den 90er Jahren (vgl. Schupp, Goebel, Kroh & Wagner, 2014). Auch der Happiness-Index besagt, dass Deutschland in der letzten Erhebung zwischen 2013 und 2015 verglichen mit der Erhebung 10 Jahre zuvor leicht besser gestellt ist (vgl. Helliwell, Layard & Sachs, 2016). Die Schweiz liegt laut diesem Index auf dem 2. Platz der glücklichsten Länder weltweit und leicht höher als Deutschland. Im Vergleich zur letzten Erhebung zwischen 2005-2007 ist dabei der Level relativ stabil geblieben mit einem leicht positiven Effekt. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass bei einer heutigen Befragung zur Lebenszufriedenheit die Resultate in der Schweiz leicht besser zu erwarten sind als bei der Vergleichsstudie in Deutschland von 1996. Da allerdings die Lebenszufriedenheit bei Menschen, welche eine stationäre psychiatrische Behandlung bedurften, laut Studien etwas

---

<sup>3</sup> gZ = gewichtete Zufriedenheit

tiefer liegt als in der Normalbevölkerung, ist zu erwarten, dass sich dieser Unterschied etwas ausgleichen sollte.

Im Jahr 2006 wurde in Deutschland bei der Altersgruppe der 14- bis 64-Jährigen erneut eine bevölkerungsrepräsentative Befragung mit dem FLZ<sup>M</sup> durchgeführt, um eine alters- und geschlechtsspezifische Neunormierung zu erhalten (vgl. Daig et. al, 2011). Allerdings sind nur sehr begrenzt Rohdaten von diesem Test öffentlich zugänglich. Trotz verschiedenster Bemühungen war ein Einblick in diese Rohdaten nicht möglich, weshalb er nur ansatzweise für einen Daten-Vergleich hinzugezogen werden kann.

## **6.4. Ergebnisse**

### **6.4.1. Rücklauf**

Von allen stationär behandelten Patienten und Patientinnen zwischen dem 1. März 2012 und dem 1. März 2014 entsprachen fünf Personen nicht den Kriterien der Stichprobe: Drei Personen waren weniger als zwei Monate in stationärer Behandlung und zwei Personen waren zum Untersuchungszeitpunkt noch keine 16 Jahre alt.

Insgesamt wurden bei einem ersten Versand 78 ehemalige Patienten und Patientinnen angeschrieben, wobei 7 Personen davon mindestens zwei Mal während zwei oder mehr Monaten stationär behandelt worden sind.

8 Briefe wurden durch die Post aufgrund veralteter Adressen retourniert. Eine Person meldete sich um mitzuteilen, dass sie nicht teilnehmen möchte. 11 ausgefüllte Fragebogen wurden retourniert.

Es folgte ein zweiter Versand an die verbleibenden 59 Personen. 1 Brief wurde durch die Post als unzustellbar retourniert. 3 Personen meldeten sich, die nicht teilnehmen mochten. 9 ausgefüllte Fragebogen wurden retourniert.

Dies ergibt einen totalen Rücklauf von 20 Fragebogen.

### **6.4.2. Angaben zur Probandengruppe**

Von den 20 Studienteilnehmenden waren 6 männlich und 14 weiblich. Das mittlere Alter betrug beim Eintritt in die stationäre Behandlung 15 Jahre und 3 Monate ( $SD = 16.69$  Mt), am Stichtag der Befragung vom 1. März 2016 18 Jahre und 7 Monate ( $SD = 28.88$  Mt). Die mittlere stationäre Behandlungsdauer betrug 22 Wochen ( $SD = 12.69$  Wochen). Die

Zeitspanne zwischen dem Abschluss der Behandlung und der Befragung lag zwischen 1 ¾ und 3 ¾ Jahren ( $M = 32.05$  Mt;  $SD = 7.32$  Mt ).

Mit dem Einverständnis der Studienteilnehmenden wurden aus den archivierten Unterlagen die Diagnosestellung herausgelesen, welche während der Behandlung anhand der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 für den Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ gestellt worden waren (vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2016). Diese Diagnosen werden meistens vor allem für die Krankenkassen ausformuliert, zumal bei Kindern und Jugendlichen gegenüber dem Patienten/der Patientin aufgrund von Stigmatisierung und in Hinblick auf ihre Entwicklungsfähigkeit oft auf eine Diagnosestellung verzichtet wird. Trotzdem wird hier die Diagnose dargestellt, um ein Bild über die damalige Problematik der Studienteilnehmenden zu erhalten. Aus Datenschutzgründen wird in nachfolgender Tabelle 1 jeweils nur die übergeordnete Kategorie benannt, nicht aber die genaue Unterkategorie. In der Klammer wird die Anzahl der Personen angegeben, bei denen diese Diagnose vermutet wurde. Wie ersichtlich lagen die Schwerpunkte bei depressiven Problematiken sowie bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen.

Tabelle 1

*Festgehaltene Diagnosen der Studienteilnehmenden zum Zeitpunkt des Klinikaufenthalts*

<b>Diagnosekategorien nach ICD-10</b>	<b>Diagnosestellungen</b>
<u>F00-F09</u> Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	
<u>F10-F19</u> Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
<u>F20-F29</u> Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	F25.0 Schizoaffektive Störung (1)
	F31 Bipolare affektive Störung (2)
<u>F30-F39</u> Affektive Störungen	F32 Depressive Episode (7)
	F40 Phobische Störungen (1)
	F41 Andere Angststörungen (1)
<u>F40-F48</u> Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F42 Zwangsstörungen (1)
	F43 Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung (8)

	F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (1)
	F45 Somatoforme Störungen (2)
<u>F50-F59</u> Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F50 Essstörungen (3)
<u>F60-F69</u> Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (1)
<u>F70-F79</u> Intelligenzstörung	
<u>F80-F89</u> Entwicklungsstörungen	F84 Tief greifende Entwicklungsstörungen (1)
	F90 Hyperkinetische Störungen (4)
	F92 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (1)
<u>F90-F98</u> Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F93 Emotionale Störungen des Kindesalters (1)
	F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (2)
	F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (1)
<u>F99</u> Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	

#### 6.4.3. Ergebnisse zur aktuellen Lebenssituation und zur Alltagsbewältigung

Der erste Teil des Fragebogens ging der Frage nach, wie die aktuelle Lebenssituation der ehemaligen Patienten und Patientinnen aussieht. Es wurden deshalb Fragen hinsichtlich der Ausbildung, der Erwerbstätigkeit und der Wohnsituation gestellt. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die entsprechenden Resultate.

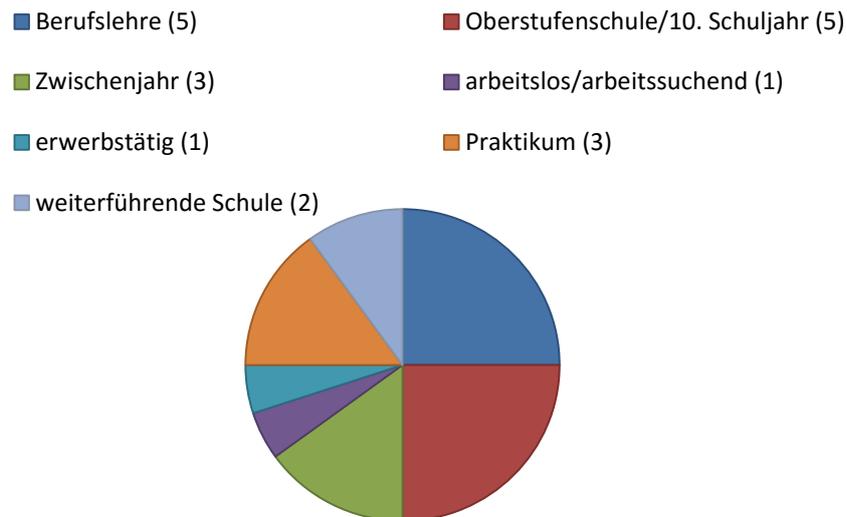


Abbildung 1. Ausbildungs- und Erwerbssituation

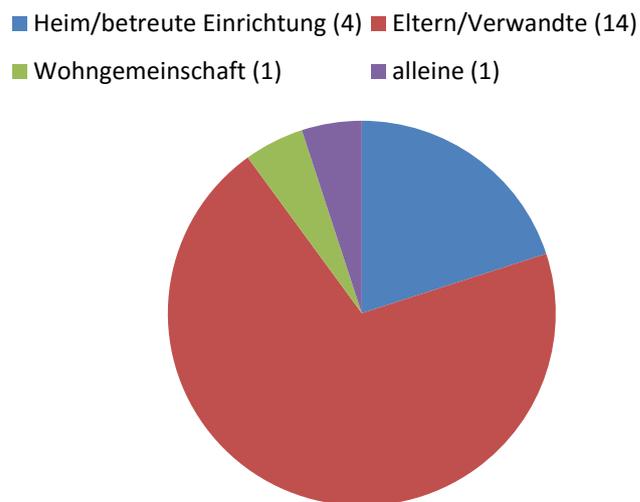


Abbildung 2. Wohnsituation

### **Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen**

*Fragestellung: Wie sieht die aktuelle Lebenssituation der ehemaligen Patienten und Patientinnen bezüglich Ausbildung/Beruf und Wohnsituation aus?*

*Hypothese: Die jungen Erwachsenen konnten mehrheitlich Ausbildungen wieder aufnehmen oder abschliessen und ins Berufsleben einsteigen. Sie wohnen mehrheitlich noch bei den Eltern oder in Institutionen.*

*Ergebnis: Die Hypothese wurde bestätigt. Von den jungen Erwachsenen bezeichnet sich nur eine Person als arbeitssuchend. Drei Personen absolvieren ein Zwischenjahr. Alle anderen sind in der Ausbildung, im Praktikum oder erwerbstätig. Die meisten wohnen bei den Eltern. Nur zwei Personen wohnen alleine oder in einer WG.*

Auch wurde erfragt, wie lange die Studienteilnehmenden im Anschluss an die stationäre Therapie eine weiterführende ambulante oder stationäre in Anspruch genommen haben. Die Resultate sind in Abbildungen 3 ersichtlich.

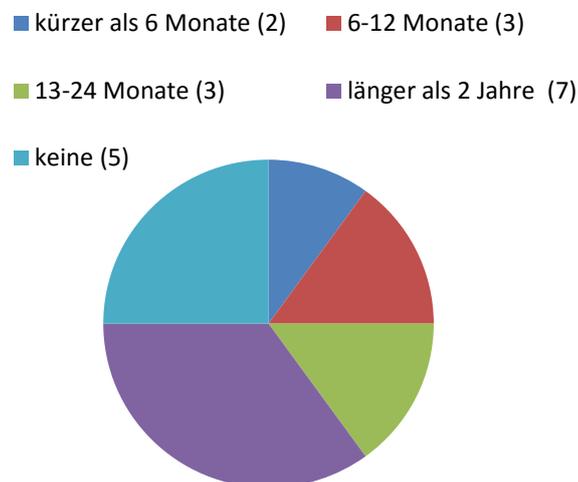


Abbildung 3. Weiterführende psychotherapeutische Behandlung

### **Zusammenfassung des Ergebnisses in Bezug auf die Fragestellungen**

*Fragestellung: Waren die ehemaligen Patienten und Patientinnen im Anschluss an den stationären Aufenthalt in einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung und wenn ja, wie lange?*

*Hypothese: Die jungen Erwachsenen waren mehrheitlich mehr als ein halbes Jahr in therapeutischen Settings.*

*Ergebnis: Die Hypothese hat sich bestätigt. 75% der ehemaligen Patienten und Patientinnen war in einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung. 2/3 davon länger als ein halbes Jahr.*

Abbildungen 4 und 5 zeigen auf, dass sich die Einnahme von psychiatrischen Medikamenten vom Zeitpunkt des Klinikaustritts bis zum Zeitpunkt der Erhebung mehr als halbiert hat.

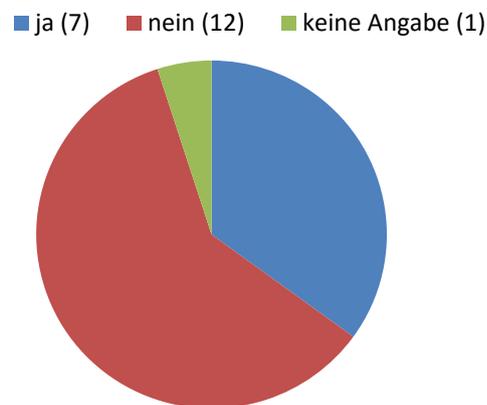


Abbildung 4. Psychiatrische Medikation zum Erhebungszeitpunkt 2016

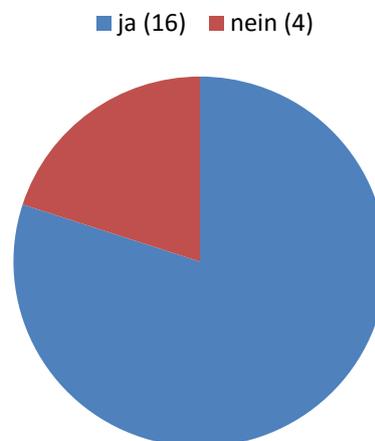


Abbildung 5. Psychiatrische Medikation bei Klinikaustritt

### **Zusammenfassung des Ergebnisses in Bezug auf die Fragestellungen**

*Fragestellung: Nehmen die ehemaligen Patienten und Patientinnen noch psychiatrische verordnete Medikamente?*

*Hypothese: Die Medikation wurde mehrheitlich beibehalten.*

*Ergebnis: Die Hypothese hat sich nicht bestätigt. Von ursprünglich 16 Personen, welche psychiatrische Medikamente einnahmen, sind es zum Erhebungszeitpunkt noch 7 Personen.*

Zur Bestimmung der Alltagskompetenzen gaben die Studienteilnehmenden anschliessend auf einer Ratingskala von 0 bis 4 (0 = überhaupt nicht/nie; 4 = ganz genau/immer) eine Einschätzung zu ihrer Fähigkeit zur selbständigen Alltagsbewältigung an. Wie in Abbildung 6 erkennbar fiel diese mit  $M = 3.40$ ,  $SD = 0.68$  sehr positiv aus.

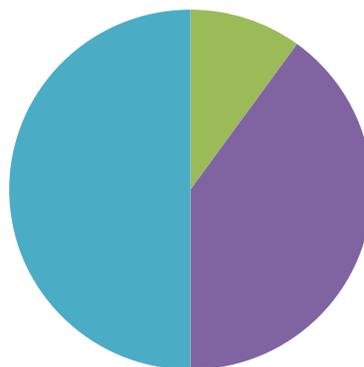
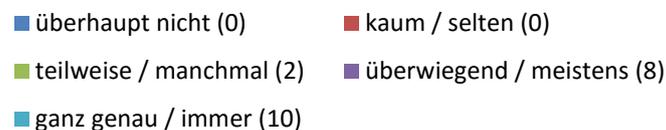


Abbildung 6. „Ich bin aktuell in der Lage, meinen Alltag selbständig zu bewältigen.“

### **Zusammenfassung des Ergebnisses in Bezug auf die Fragestellung**

*Fragestellung: Sind die ehemaligen Patienten und Patientinnen in der Lage, ihren Alltag selbständig zu bewältigen?*

*Hypothese: Die ehemaligen Patienten und Patientinnen sind mehrheitlich in der Lage, ihren Alltag selbständig zu bewältigen.*

*Ergebnis: Die Hypothese wurde mit einem sehr positiven Resultat bestätigt. Alle Studienteilnehmenden sind in der Lage, ihren Alltag selbständig zu bewältigen, wenn auch mit unterschiedlicher Ausprägung.*

#### 6.4.4. Beurteilung des Behandlungserfolgs

Die Beurteilung des Behandlungserfolgs wurde anhand der Skala „Ergebnisqualität“ vom Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung durch den Patienten FBB-P (vgl. Mattejat & Remschmidt, 1998) durchgeführt. Folgende Skalenwerte sind dabei vorgegeben:

0 = überhaupt nicht / niemals

1 = kaum / selten

2 = teilweise / manchmal

3 = überwiegend / meistens

4 = ganz genau / immer

Die sprachliche Interpretation der Ergebnisse wurde aus den Handanweisungen entnommen (vgl. Mattejat und Remschmidt, 1998, S. 11).<sup>4</sup>

Die erste Aussage, bei der es darum ging, wie hilfreich die Behandlung war, fand mit  $M = 2.95$ ,  $SD = 1.00$  knapp überwiegend Zustimmung (vgl. Abbildung 7).

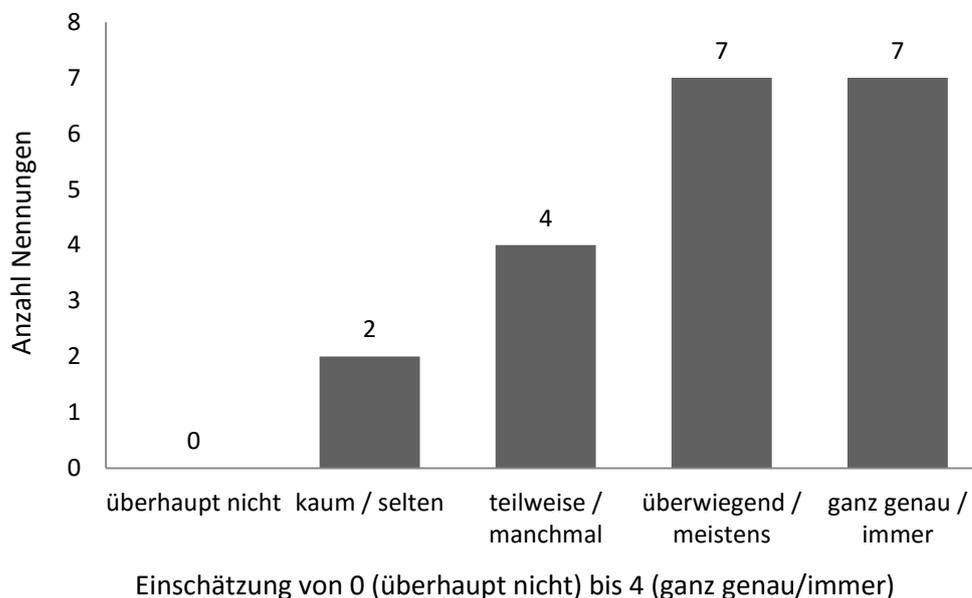


Abbildung 7. Übereinstimmung, dass die Behandlung hilfreich war.

<sup>4</sup>  $0 \leq x \leq 0.5$  = völlig erfolglos (keine Fortschritte)  
 $0.5 < x \leq 1.5$  = überwiegend erfolglos (geringe Fortschritte)  
 $1.5 < x \leq 2.5$  = teilweise erfolgreich (mässige Fortschritte)  
 $2.5 < x \leq 3.5$  = überwiegend erfolgreich (deutliche Fortschritte)  
 $3.5 < x \leq 4$  = vollständig erfolgreich (sehr gute Fortschritte)

Der zweiten Aussage zu einem optimalen Behandlungsverlauf wurde mit  $M = 2.65$ ,  $SD = 0.93$  teilweise zugestimmt (vgl. Abbildung 8).

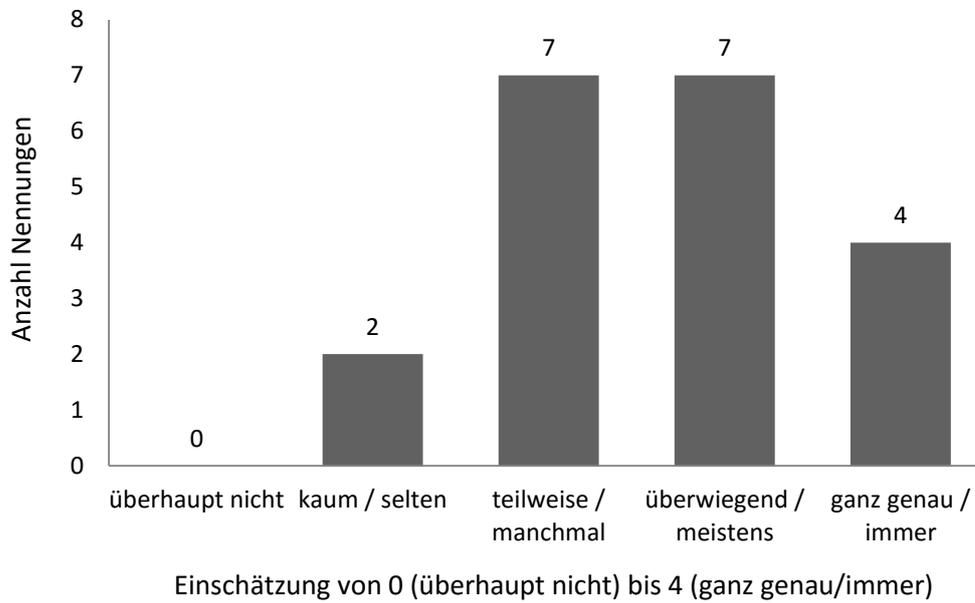


Abbildung 8. Übereinstimmung mit einem optimalen Behandlungsverlauf.

Auch die Behandlungszufriedenheit wurde insgesamt mit  $M = 2.95$ ,  $SD = 0.89$  knapp überwiegend positiv beurteilt (vgl. Abbildung 9).

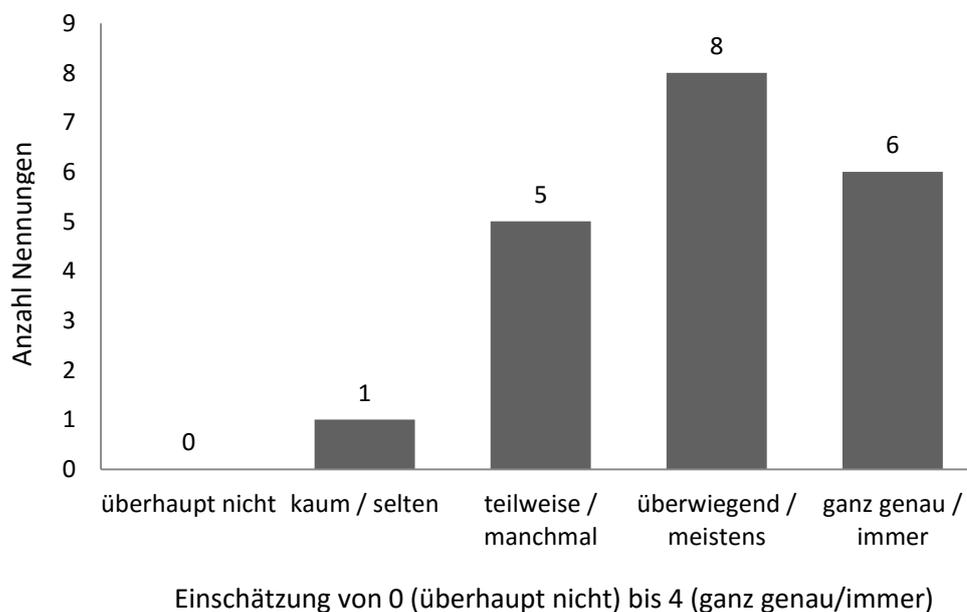


Abbildung 9. Zufriedenheit mit Behandlung.

Die letzte Aussage bezüglich der Problembesserung wurde mit  $M = 2.80$ ,  $SD = 1.06$  am unterschiedlichsten beurteilt (vgl. Abbildung 10).

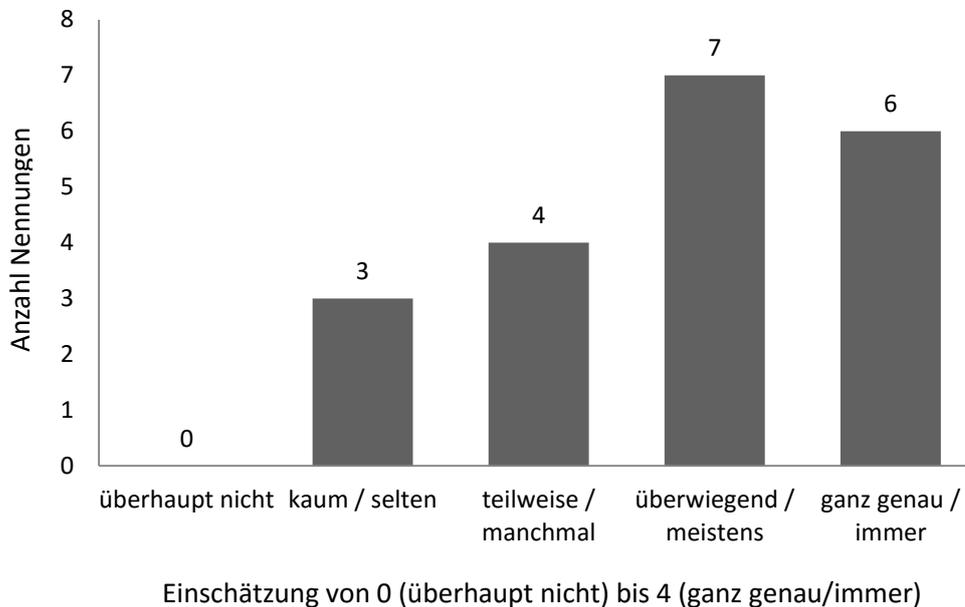


Abbildung 10. Einschätzung der eingetretenen Problembesserung.

Die Gesamtbeurteilung ergibt sich durch den Mittelwert aus den Bewertungen der vier Aussagen. Insgesamt wurde die Behandlung mit  $M = 2.84$ ,  $SD = 0.86$  überwiegend erfolgreich beurteilt.

Da diese vier Fragen aus dem erprobten „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ von Matzejat und Remschmidt (1998) stammen, bietet sich ein Datenvergleich mit anderen Erhebungen an. Allerdings muss dazu vorgängig gesagt werden, dass die Vergleichsdaten von Matzejat und Remschmidt nicht rückwirkend erhoben wurden, sondern direkt nach Beendigung der jeweiligen Behandlungssettings. Da der Stichprobenausfall vorliegender Studie sehr hoch war ist zu erwarten, dass das Ergebnis eher positiver ausfällt, da eher jene Patienten geneigt sind an solchen Studien mitzumachen, welche die Behandlung positiv wahrgenommen haben (vgl. Finsterer, 2008).

Matzejat und Remschmidt (1998, S. 17-34) stellen die Daten von drei Studien zur Verfügung, welche alle in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Philipps-Universität Marburg durchgeführt wurden.

Die erste Stichprobe wird „Projektstichprobe“ genannt. In dieser Studie wurde der FBB-Fragebogen laut Matzejat und Remschmidt (1998, S. 17) einer ersten Erprobung

unterzogen. Es wurden dabei 131 Familien untersucht, wobei der Altersdurchschnitt bei 15.5 Jahren lag und sich die Patientengruppe aus 55% Mädchen und 45% Jungen zusammensetzte, was laut Mattejat und Remschmidt (1998, S. 17) einer typischen kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation entspricht. Der Schwerpunkt der stationären Behandlungen lag bei der Mehrzahl der Fälle bei der Einzeltherapie, wobei die milieuthérapeutische Komponente eine wichtige Rolle spielte. Eine ausführliche Abschlussuntersuchung wurde in dieser Stichprobe nur dann durchgeführt, wenn die Jugendlichen mind. 4 Wochen behandelt wurden. Es wurden dabei die Sichtweisen von den Patienten und Patientinnen, deren Eltern sowie den Therapeutinnen und Therapeuten erfasst. Für den Datenvergleich interessieren nur die Werte aus den Fragebogen der Jugendlichen. Davon konnten insgesamt 81 erhoben werden.

Die zweite Stichprobe, „Klinische Stichprobe“ genannt, wurde im Rahmen der Implementierung des Fragebogens in der Klinik erstellt (vgl. Mattejat und Remschmidt, 1998, S. 17-18). Aus organisatorischen Gründen wurde dabei der Elternfragebogen noch weggelassen. Mit Ausnahme der Jugendlichen, welche nur für eine Kurzintervention oder nicht für eine diagnostische Abklärung oder therapeutische Behandlung aufgenommen wurden (dies entspricht 9.7% aller Patienten) wurde allen Jugendlichen ab 12 Jahren beim Abschluss einen Fragebogen zum Ausfüllen abgegeben. Das mittlere Alter dieser Gruppe betrug bei der Aufnahme 14.7 Jahre. Es waren insgesamt 63 % Mädchen und 37 % Jungen. Insgesamt konnten 284 Patienten-Fragebogen ausgewertet werden.

Die dritte Studie („QS-Stichprobe“) wurde im Rahmen eines Modellprojekts zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung erhoben. Der FBB-Fragebogen ist dabei ein Bestandteil der Therapieevaluation. Die Daten liegen hierbei von 114 stationären oder tagesklinischen Fällen vor. Das mittlere Alter bei der Aufnahme betrug 13.6 Jahre, 54 % waren Mädchen, 46 % Jungen.

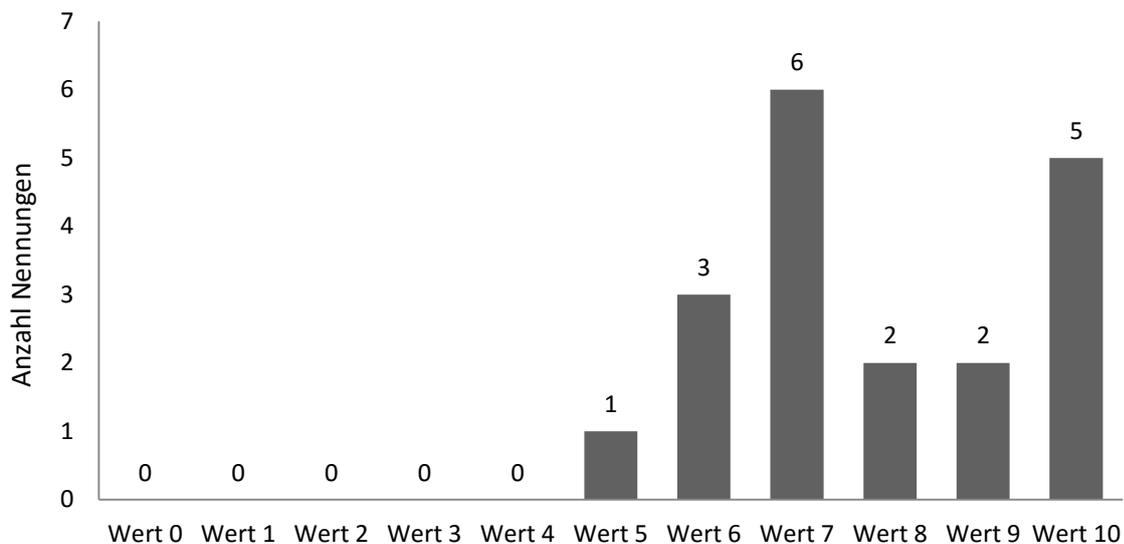
Tabelle 2 zeigt den Vergleich des Gesamtergebnisses vorliegender Studie mit den drei erwähnten Studien von Mattejat und Remschmidt.

Tabelle 2

Vergleich der Einschätzung des Behandlungserfolgs durch die Patienten und Patientinnen der vorliegenden Studie mit den Studien von Mattejat und Remschmidt (1998)

	Vorliegende Studie		Projekt-Stichprobe		Klinische Stichprobe		QS-Stichprobe	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Erfolg der Behandlung</b>	<b>2.84</b>	0.86	<b>2.92</b>	0.75	<b>2.73</b>	0.82	<b>2.69</b>	0.74

Die anschließende Bewertung der Bedeutsamkeit der stationären Behandlung für den weiteren Werdegang auf der Ratingskala von 1 bis 10 fiel mit  $M = 7.84$ ,  $SD = 1.64$  hoch aus. Eine Person hat diese Frage nicht beantwortet.



Einschätzung auf einer Skala von 0 (= überhaupt nicht bedeutsam) bis 10 (= sehr bedeutsam)

Abbildung 11. Bewertungen der Frage „Wie bedeutsam in Hinblick auf Ihren weiteren Werdegang schätzen Sie rückblickend die stationäre Behandlung auf einer Skala von 1 bis 10 ein (1 = überhaupt nicht bedeutsam, 10 = sehr bedeutsam)?“

#### 6.4.5. Handschriftliche Rückmeldungen

Auf die Frage „Gibt es etwas, was Ihrer Meinung nach während der stationären Behandlung anders hätte laufen sollen?“ schrieben 10 der Studienteilnehmenden eine Anmerkung, wobei 3 davon schrieben, dass sie keine konkreten Veränderungsvorschläge hätten. Unter der Frage „Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?“ schrieben 7 Studienteilnehmenden einen Kommentar. Eine Person schickte zusammen mit dem Fragebogen eine 4 Seiten umfassende, kritische Rückmeldung, dementsprechend stark ist diese Person in der folgenden Zusammenfassung vertreten:

#### ***Kritische Punkte („Gibt es etwas, was Ihrer Meinung nach während der stationären Behandlung anders hätte laufen sollen?“)***

##### **Allgemein:**

- sich mehr ernst genommen fühlen/besser auf Meinung der Jugendlichen hören, den Jugendlichen mehr vertrauen (3 Nennungen)
- Zu wenig auf individuelle Probleme eingegangen, mehr Interesse an bzw. Kenntnisse über Bedürfnisse und Probleme der einzelnen Patienten und Patientinnen wären wünschenswert; Lebensgewohnheiten der Patienten und Patientinnen wurden zu wenig berücksichtigt
- Schlechter Einfluss durch andere Patienten und Patientinnen (Zugang zu Cannabis und Alkohol), zu wenig Kontrolle diesbezüglich durch die JPS
- zu wenig Unterstützung in der Abgrenzung von den Problemen der anderen Patienten und Patientinnen

##### **Alltag:**

- zu kontrolliert, zu wenig individuell (z.B. Schlafens- und Zimmerzeit) (2 Nennungen)
- zu viel Langeweile, zu viel Zeit drinnen
- zu viele Einschränkungen bezüglich des Ausübens von persönlichen Hobbies
- zu grosse Abkapselung gegen aussen: „Gefühl von Distanz zur öffentlichen Welt“
- Bessere Unterstützung durch Bezugsperson wäre wünschenswert

##### **Schule:**

- Fachlich nicht viel dazu gelernt (2 Nennungen)
- zu wenig gefordert, eintöniger Unterricht
- schlechtes Schulzeugnis, was nachher ein Stolperstein war

- zu wenig Unterstützung beim Finden einer Anschlusslösung betreffend Schule

#### **Therapie:**

- Gutachten und Berichten aus vorgängigen Therapien und Abklärungen wurde zu wenig Beachtung geschenkt
- Ablösung Elternhaus zu stark gewichtet
- Maltherapie war enttäuschend

#### **Interdisziplinäre Behandlung:**

- zu rigide in der Behandlung bei Essstörung trotz normalem Körpergewicht (häufige Gewichtskontrolle und starre Zwischenmahlzeiten)
- mehr auf Schlafprobleme eingehen
- Zu wenig Austausch zwischen den einzelnen Therapien (Mal-, Bewegungs- und Gesprächstherapie)

#### **Austrittsplanung:**

- zu frühe Entlassung (zu wenig stabil)
- Anschlusslösung als Fehlentscheidung
- zu wenig Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung bezüglich Anschlusslösung
- und zu wenig Vorbereitung auf die Zeit danach (z.B. welche Auskunft gibt man anderen bezüglich Klinikaufenthalt)

#### **Zeugnis [Austrittsbericht]:**

- Bericht war unfair geschrieben

#### **Anmerkungen („Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?“)**

- Behandlung war persönlich hilfreich, Behandlung hat weitergeholfen, zufrieden mit Behandlung, viel über sich selbst gelernt (5 Nennungen)
- Die Zeit in der JPS war nicht sehr schlimm
- Im Nachhinein hat der Aufenthalt mehr Schaden angerichtet als Positives bewirkt

- Danksagung für die Behandlung/Hilfe (4 Nennungen)
- Aktivitäten: interessante Sachen unternommen (Schule), gute Freizeitaktivitäten (Alltag) Sommerlager „hat gut getan“ (3 Nennungen)
- Beziehungsaspekt: Das Team war sehr „nett“/ „genial“, „gute Mischung zwischen streng und nett“, Ehrlichkeit sehr geschätzt, Psychologin war „super“ (4 Nennungen)
- Es half in der Schule weniger Druck zu haben
- Bewegungstherapie ist positiv in Erinnerung geblieben
- Arbeit mit Tieren wäre wünschenswert

### **Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung**

*Fragestellung: Wie beurteilen die ehemaligen Patienten und Patientinnen rückblickend den Erfolg der Behandlung?*

*Hypothese: Jene ehemaligen Patienten und Patientinnen, welche sich an der Studie beteiligten, beurteilen den Erfolg der Behandlung mehrheitlich positiv.*

*Ergebnis: Die Hypothese hat sich bestätigt. Die Behandlung wurde von den Studienteilnehmenden überwiegend als erfolgreich bewertet. Die ehemaligen Patienten und Patientinnen konnten jedoch auch gezielte Kritikpunkte benennen.*

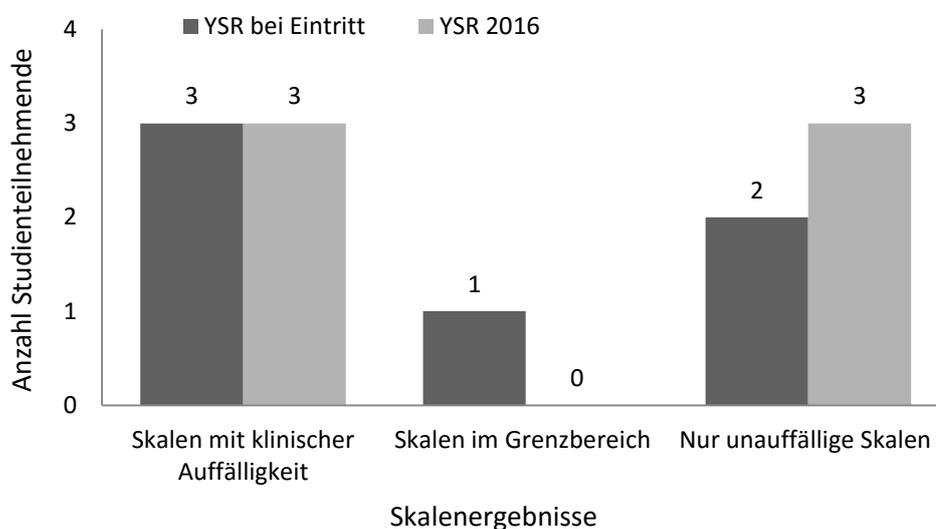
## **6.4.6. Ergebnisse der Symptomerhebung**

### **6.4.6.1. Deskriptive Ergebnisse**

Der YSR-Test (vgl. Arbeitsgruppe Child Behavior Checklist, 1998) ermittelt klinische Auffälligkeiten in einzelnen Syndromskalen, übergeordnete Auffälligkeiten im externalisierenden oder internalisierenden Bereich sowie die gesamthafte klinische Auffälligkeit bei Berücksichtigung von 118 einzelnen Items. Bei der vorliegenden Auswertung wurde einerseits ausgewertet, wie viele Jugendliche zu den zwei Erhebungszeitpunkten (Klinikeintritt und Zeitpunkt der aktuellen Studie) auffällige bzw. grenzwertige Resultate in einem der Syndrombereiche erzielten. Andererseits wurde ermittelt, wie die gesamthafte Auffälligkeit im internalisierenden oder externalisierenden Bereich ausschaut, bzw. wie viele Studienteilnehmende insgesamt Werte erzielten, welche laut dem YSR gesamthafte als klinisch auffällig gelten.

Insgesamt zeigt sich bei den Studienteilnehmenden eine deutliche Verbesserung zwischen der angegebenen Symptombelastung zum Zeitpunkt des Klinikeintritts und der

Symptombelastung zum Erhebungszeitpunkt der aktuellen Studie. Auffallend an den Ergebnissen ist der geschlechtsspezifische Unterschied: Bei den 6 männlichen Studienteilnehmenden war der Rückgang der Symptombelastung deutlich weniger ausgeprägt als bei den 14 weiblichen Studienteilnehmenden (siehe Abbildungen 12 und 13). Deutlich wird zudem, dass die Symptombelastung der Mädchen bei Eintritt höher war als die Symptombelastung der Jungen. Verstärkt wird das Ergebnis dadurch, dass die Resultate zur Symptombelastung bei Eintritt eines der beiden Mädchen, welche zum Erhebungszeitpunkt 2016 klinisch auffällige Resultate erzielte, fehlte.



*Abbildung 12.* Anzahl männliche Studienteilnehmende ( $N = 6$ ) pro Skalenergebnis. Jugendliche, welche in mind. einer Skala einen auffälligen Wert erzielten, fallen hier unter die Rubrik „Skalen mit klinischer Auffälligkeit“; Jugendliche welche in keiner Skala einen auffälligen, aber in mind. einer Skala einen kritischen Wert aufwiesen fallen unter die Rubrik „Skalen im Grenzbereich“.

Bei zwei der männlichen Personen, welche in mind. einer Syndromskala klinisch auffällige Werte erzielt wurden, konnten diese von drei Problembereichen auf einen Bereich reduziert werden. Bei einer Person hat sich die Symptombelastung verstärkt: Es sind in einem vorher unauffälligen Bereich klinische Auffälligkeiten ersichtlich (vorher Auffälligkeiten in einem Syndrombereich und grenzwertige Werte in einem anderen Bereich; neu Auffälligkeiten in zwei Bereichen, grenzwertige Werte in einem Bereich).

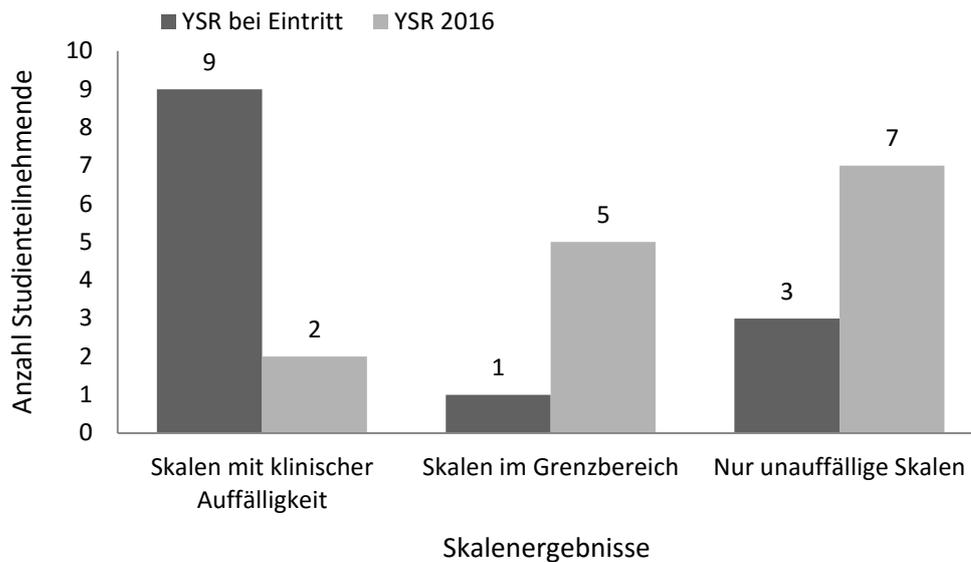


Abbildung 13. Anzahl weibliche Studienteilnehmende ( $N = 13$  für den YSR bei Eintritt;  $N = 14$  für den YSR 2016) pro Skalenergebnis. Jugendliche, welche in mind. einer Skala einen auffälligen Wert erzielten, fallen hier unter die Rubrik „Skalen mit klinischer Auffälligkeit“; Jugendliche welche in keiner Skala einen auffälligen, aber in mind. einer Skala einen kritischen Wert aufwiesen fallen unter die Rubrik „Skalen im Grenzbereich“.

Bei den weiblichen Studienteilnehmenden gab es bei allen Syndromskalen eine deutliche Verbesserung. Sieben Patientinnen hatten bei Eintritt klinisch auffällige Werte in mind. 2 Bereichen. Zum Erhebungszeitpunkt hatten nur noch zwei weibliche Jugendliche klinisch auffällige Werte, ein Mädchen in nur einem Bereich, das andere Mädchen in vier Bereichen. Vom letztgenannten Mädchen fehlt der YSR-Eintrittstest, weshalb keine Aussage über eine Verbesserung oder Verschlechterung der Symptombelastung gemacht werden kann. Eine detaillierte Darstellung der einzelnen Ergebnisse findet sich bei den Rohdaten im Anhang.

Nun interessiert natürlich in welchen Syndromskalen Auffälligkeiten gemessen wurden. Abbildung 14 zeigt die verschiedenen Bereiche zu den zwei verschiedenen Messzeitpunkten zusammengefasst für die 20 Studienteilnehmenden. Von total 27 kritischen Skalenergebnissen beim Eintritts-Fragebogen sind es in der vorliegenden Studie nur noch 9 kritische Skalenergebnisse. Diese verteilen sich dies auf 12 Personen zum Zeitpunkt des Eintritts und 5 Personen zum Zeitpunkt der Erhebung, wobei die Daten vom Eintrittszeitpunkt von einer Studienteilnehmenden, welche bei der aktuellen Erhebung in 4 Skalen Auffälligkeiten aufwies, fehlten.

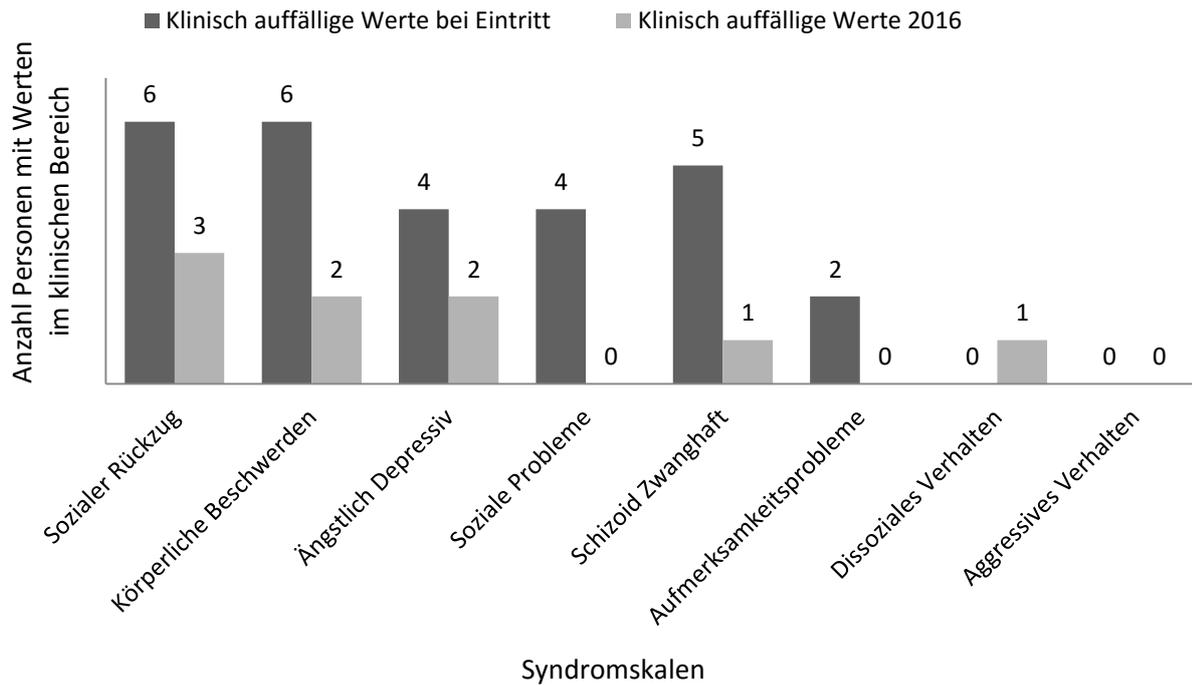
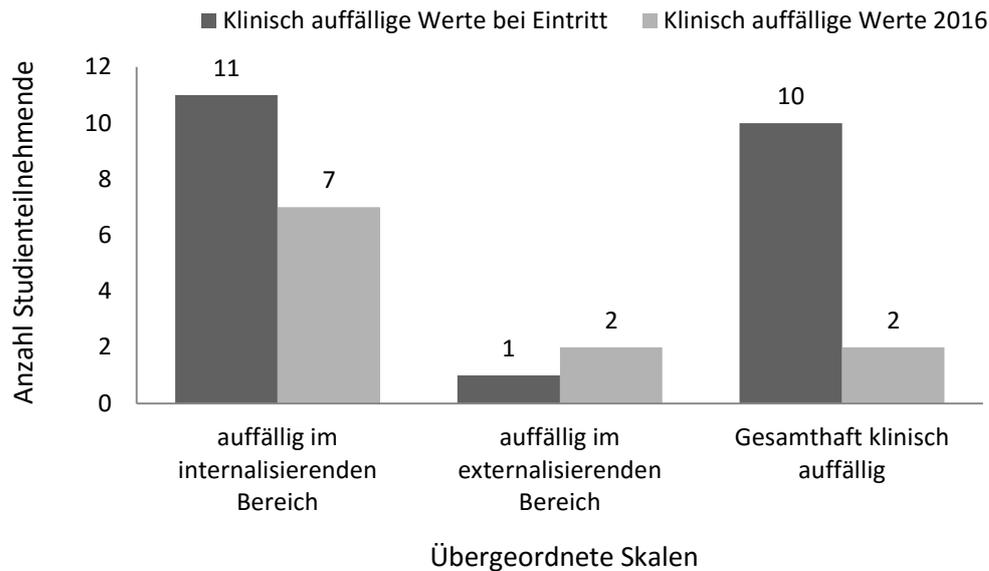


Abbildung 14. Anzahl klinisch auffällige Werte in den einzelnen Syndromskalen bei Eintritt und zum Erhebungszeitpunkt 2016

Wie bereits erwähnt werden beim YSR neben der Symptombelastung auch die übergeordneten klinischen Auffälligkeiten im internalisierenden oder externalisierenden Bereich ermittelt. Zudem kann aus allen Daten ein Gesamtwert errechnet werden. Dabei ist wiederum ersichtlich, ob es Auffälligkeiten gibt, welche nur auf 2% der Bevölkerung zutreffen und somit als klinisch auffällig zu bewerten sind. Für vorliegende Stichprobe ergibt sich dabei folgendes Bild (Abbildung 15):



*Abbildung 15.* Anzahl Werte im auffälligen Bereich bei den übergeordneten Skalen bei Eintritt und zum Erhebungszeitpunkt 2016, wobei die Daten vom Eintritt von einer Studienteilnehmenden fehlen.

Es ist allgemein ersichtlich, dass die internalisierenden Auffälligkeiten viel stärker ausgeprägt sind als die externalisierenden Auffälligkeiten. Die gesamthafte Auffälligkeit hat sich erheblich verbessert. Beim Erhebungszeitpunkt vorliegender Studie erzielten 6 Teilnehmende Gesamtwerte im Grenzbereich. Beim Zeitpunkt des Eintritts lag bei 3 Teilnehmenden der Gesamtwert im Grenzbereich. Dennoch kann man anhand der Datenlage von einer deutlichen Symptomverbesserung ausgehen. Deren Signifikanz wird im folgenden Kapitel überprüft.

#### 6.4.6.2. Überprüfung der Signifikanz

Der Signifikanztest der Symptomreduktion erfolgte mit Hilfe eines t-Tests für abhängige Stichproben. Der t-Test wurde mit dem Programm SPSS durchgeführt. Für diesen Test wurden nur die kompletten 19 Datensätze berücksichtigt, was zu einer leichten positiven Verzerrung führen dürfte.

Wie in Tabelle 3 ersichtlich, zeigen sich bei allen Syndromskalen signifikante Verbesserungen mit Ausnahme der Skala „Dissoziales Verhalten“. Auch die übergeordnete Skala „Internalisierende Auffälligkeiten“ zeigte signifikante Veränderungen, im Gegensatz zur übergeordneten Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“. Die Gesamtauffälligkeit hat sich höchst signifikant verringert.

Tabelle 3

*Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben*

<b>Syndromskala</b>	<b>Test-Ergebnisse</b>
Sozialer Rückzug	$t(18) = 2.81, p = .012$
Körperliche Beschwerden	$t(18) = 3.34, p = .004$
Ängstlich depressiv	$t(18) = 2.30, p = .034$
Soziale Probleme	$t(18) = 4.62, p < .000$
Schizoid Zwanghaft	$t(18) = 3.56, p = .002$
Aufmerksamkeitsprobleme	$t(18) = 2.30, p = .034$
Dissoziales Verhalten	$t(18) = 4.93, p = .291$
Aggressives Verhalten	$t(18) = 2.35, p = .030$
Internalisierende Auffälligkeiten	$t(18) = 2.97, p = .008$
Externalisierende Auffälligkeiten	$t(18) = 1.66, p = .114$
Gesamtauffälligkeit	$t(18) = 4.72, p < .000$

**Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung**

*Fragestellung: Wie hat sich die psychische Symptomatik vom Eintritt in die stationäre Behandlung bis heute entwickelt?*

*Hypothese: Die Symptombelastung ist im Vergleich zum Eintritt in die stationäre Behandlung deutlich zurückgegangen, aber dennoch ist eine Symptombelastung erkennbar.*

*Ergebnis: Die Hypothese hat sich bestätigt. Es hat eine signifikante Verbesserung der Symptomatik stattgefunden. Eine Symptombelastung im klinischen Bereich ist bei wenigen Studienteilnehmenden vorhanden.*

**6.4.7. Lebenszufriedenheit**

Bei der Auswertung der Fragen zur Lebenszufriedenheit betrachten wir zuerst die reinen, ungewichteten Zufriedenheitsangaben. Die Probanden konnten Bewertungen der einzelnen Lebensbereiche auf einer Skala zwischen 1 = unzufrieden, 2 = eher unzufrieden, 3 = eher zufrieden und 4 = sehr zufrieden angeben. Die vom Test vorgesehene Gewichtung je nach individueller Wichtigkeit der einzelnen Lebensbereiche ruft teilweise kritische Stimmen

hervor (vgl. Daig et al., 2011), weshalb hier im ersten Schritt die reinen Zufriedenheitswerte aufgeführt werden. Der Tabelle 4 ist zu entnehmen, dass die mittleren Zufriedenheitswerte mehrheitlich zwischen den Skalenwerten 3 „eher zufrieden“ und 4 „ziemlich zufrieden“ liegen.

Tabelle 4

*Mittelwerte und Standardabweichungen der ungewichteten Zufriedenheitsangaben*

	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>
Freunde / Bekannte	3.88	1.07
Freizeitgestaltung / Hobbies	3.73	0.82
Gesundheit	3.28	0.82
Einkommen / finanzielle Sicherheit	2.88	1.05
Beruf / Arbeit	3.32	1.29
Wohnsituation	3.50	1.50
Familie / Kinder	4.00	0.75
Partnerschaft / Sexualität	2.94	1.06
Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt	3.55	0.76

Da der Test zweigeteilt ist in die Einschätzung der Wichtigkeit der einzelnen Lebensbereiche und in die Einschätzung der Zufriedenheit bezüglich derselben, bietet sich ein Vergleich dieser beiden Einschätzungen an. Dabei kann man wie in Abbildung 16 ersichtlich sehen, ob die Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit den Bereichen, welche ihnen wichtig sind, auch zufrieden sind oder nicht.

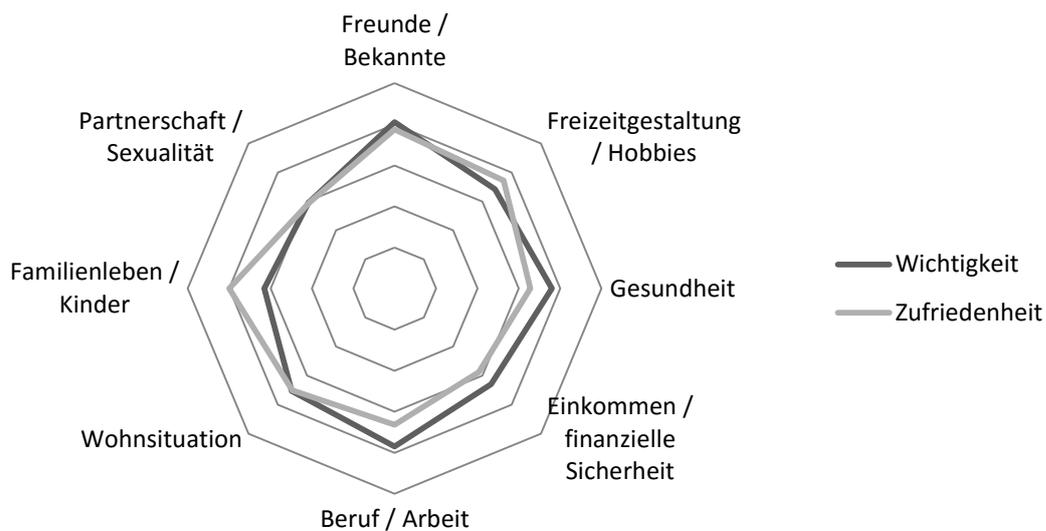


Abbildung 16. Vergleich Wichtigkeit und Zufriedenheit mit den einzelnen Lebensbereichen. Je weiter aussen die Linie liegt, desto grösser die Wichtigkeit bzw. Zufriedenheit.

Der Test sieht eine Gewichtung der einzelnen Bereiche vor und rechnet mit einer Formel die Wichtigkeit, welche die einzelnen Lebensbereiche für den Studienteilnehmenden aufweisen, zur Lebenszufriedenheit hinzu (siehe Kapitel 4.2.4.) Die so errechneten Werte zur allgemeinen Lebenszufriedenheit lassen sich am Besten in einem Vergleich zu anderen Studien einordnen. Von Henrich und Herschbach (2001) liegen Daten in verschiedenen Altersgruppen der Normalbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland West aus dem Jahr 1994 vor. Hinzugezogen werden die Daten von der jüngsten Gruppe (18 bis 25 Jahre). Zudem werden die Daten aus der bevölkerungsrepräsentativen Studie aus Deutschland aus dem Jahr 2006 hinzugezogen, welche u.a. spezifisch die Lebenszufriedenheit der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen ermittelt haben (Daig et al, 2011), dort liegt allerdings nur der Summenwert vor. Wie in Tabelle 5 und Abbildung 17 ersichtlich waren die Werte vorliegender Studie in allen Kategorien und auch in der Gesamtwertung niedriger als in den Vergleichsstudien.

Tabelle 5

*Vergleich der Mittelwerte der einzelnen Bereiche der Lebenszufriedenheit mit denselben Werten aus einer Vergleichsstudie aus Deutschland.*

	<b>Vorliegende Studie</b> <b>(N = 20)</b>		<b>Studie von Henrich und Herschbach</b> <b>(N = 182)</b>		<b>Studie von Daig et al.<sup>b</sup></b> <b>(N = 530)</b>	
	<i>M<sup>a</sup></i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Freunde/ Bekannte	<b>9.70</b>	7.21	<b>10.93</b>	7.17		
Freizeitgestaltung/Hobbies	<b>6.45</b>	5.96	<b>7.90</b>	6.86		
Gesundheit	<b>4.45</b>	4.47	<b>9.39</b>	7.08		
Einkommen/ finanzielle Sicherheit	<b>1.65</b>	4.50	<b>5.43</b>	7.28		
Beruf/Arbeit	<b>4.35</b>	9.19	<b>6.03</b>	7.24		
Wohnsituation	<b>5.23</b>	8.99	<b>7.93</b>	6.66		
Familie/Kinder	<b>5.35</b>	8.85	<b>7.87</b>	6.62		
Partnerschaft/Sexualität	<b>1.45</b>	6.17	<b>9.43</b>	8.53		
Summenwert	<b>38.63</b>	24.96	<b>64.7</b>	36.24	<b>62.46</b>	33.10

<sup>a</sup> Bei den einzelnen Lebensbereichen können die Werte laut dem Test zwischen -12 und 20 liegen; beim Summenwert zwischen -64 und 160.

<sup>b</sup> Werte für die einzelnen Bereiche fehlen

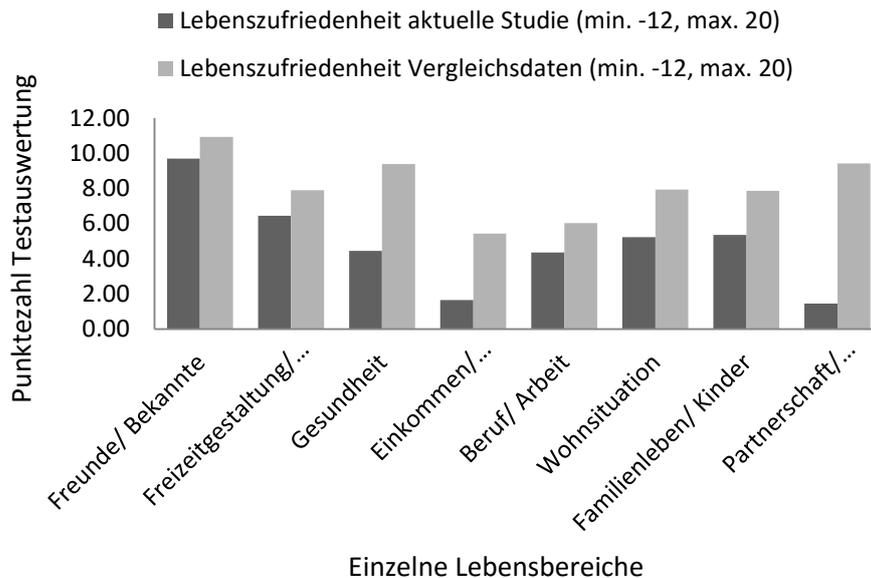


Abbildung 17. Lebenszufriedenheit in den einzelnen Lebensbereichen im Vergleich zur Studie von Henrich & Herschbach (2001)

### **Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung**

*Fragestellung: Wie beurteilen die ehemaligen Patienten und Patientinnen ihre Lebenszufriedenheit verglichen mit der Allgemeinbevölkerung?*

*Hypothese: Die Lebenszufriedenheit fällt etwas geringer aus als bei der Allgemeinbevölkerung.*

*Ergebnis: Die Hypothese hat sich bestätigt. Die Lebenszufriedenheit fällt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in allen Lebensbereichen geringer aus, liegt insgesamt aber dennoch im positiven Bereich.*

#### **6.4.8. Zusammenhang subjektive Behandlungserfolgseinschätzung und Lebenszufriedenheit**

Die Werte aus der Befragung zur Lebenszufriedenheit wurden mit den Werten aus dem Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung verglichen. Es wurde dabei der Frage nachgegangen, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen der subjektiven Erfolgseinschätzung der Behandlung und der Lebenszufriedenheit. Hierfür wurde ein Pearson Korrelationstest ausgewählt. Da zu Beginn der Untersuchung noch nicht bekannt war, ob ein positiver oder ein negativer Zusammenhang zwischen den Variablen besteht,

wurde ein sogenannter zweiseitiger Test durchgeführt, welcher mit Hilfe des Programms SPSS ausgewertet wurde.

Der Pearson Korrelationstest ergab einen mittleren positiven Zusammenhang, der allerdings nur bei einem Niveau von 10% Irrtumswahrscheinlichkeit und somit marginale Signifikanz erzielte mit  $r(20) = .41, p = .077$ .

### **Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung**

*Fragestellung: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der rückblickenden Beurteilung des Behandlungserfolgs im Sinne einer Behandlungszufriedenheit und der Entwicklung der Symptombelastung?*

*Hypothese: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit und einem Rückgang der Symptombelastung.*

*Ergebnis: Die Hypothese lässt sich aufgrund des geringen Datensatzes nicht abschliessend beurteilen. Anhand bestehender Daten ist eine marginale Signifikanz erkennbar, diese ist aber aufgrund ihrer hohen Irrtumswahrscheinlichkeit wenig aussagekräftig.*

## **7. Qualitative Erhebung**

### **7.1. Untersuchungsdesign und Stichprobe**

Da der Rücklauf aus beiden Erhebungswellen gering war, wurden die Ergebnisse mit qualitativen Befragungen ergänzt. Der Feldzugang für diese Befragungen wurde bereits beim Versand der Fragebogen hergestellt: Die Studienteilnehmenden hatten die Möglichkeit, ihre E-Mail-Adresse oder Telefonnummer für eine Kontaktaufnahme zu hinterlassen. Insgesamt hatten sich so 11 Studienteilnehmende für eine weiterführende Befragung zur Verfügung gestellt.

Aufgrund der Ergebnisse aus der quantitativen Erhebung wurde in den Interviews das Thema „Lebenszufriedenheit“ vertieft. Laut Katschnig (1998, S. 170-171) macht zudem eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden in Bezug auf die Erhebung von Lebensqualität Sinn. Die Studienteilnehmenden sollten in vorliegender Studie die Möglichkeit haben, die persönliche Einschätzung ihrer Lebenszufriedenheit zu erörtern. Es wurden dafür drei Studienteilnehmende angefragt. Diese drei Studienteilnehmenden

wurden folgendermassen ausgewählt: Eine Person hatte im Fragebogen eine niedrige Lebenszufriedenheit angegeben, eine Person eine Lebenszufriedenheit im mittleren Bereich, und eine Person hatte eine sehr hohe Lebenszufriedenheit ausgewiesen. Diese Auswahl wurde getroffen, um Rückschlüsse zu ziehen, welche Faktoren die unterschiedlichen Einschätzungen beeinflussen. Eine der drei angefragten Personen reagierte nicht auf die Anfrage, weshalb eine vierte Person angefragt wurde (unter denselben Auswahlkriterien). In Entsprechung zur Aufteilung der Geschlechter beim Rücklauf der quantitativen Befragung war eine Interviewperson männlich, zwei Personen weiblich.

Es wurde ein Gesprächsleitfaden entworfen und ein offenes, themenzentriertes Leitfadenterview geführt. Die Auswertung dieser Interviews erfolgte anhand der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2015, S. 85-90) auf Grundlage einer wortwörtlichen Transkription nach Kobi (2013b).

## **7.2. Analyserichtung und Fragestellung**

Laut Mayring (2015, S. 58-60) ist es wichtig, vor der Differenzierung der Fragestellung die Richtung der Analyse genau festzulegen. Die vorliegende Analyse hatte das Ziel, den emotionalen Hintergrund (in diesem Falle die Lebenszufriedenheit) der befragten Personen sowie ihre kognitive Einschätzung darüber, welche Faktoren diesen emotionalen Hintergrund beeinflusst haben, zu erfassen. Ein weiteres Ziel der Interviews war zudem, die Erfahrungen der Studienteilnehmenden zu nutzen um Rückschlüsse für die Praxis zu ziehen: Inwiefern kann oder könnte Lebenszufriedenheit im stationären jugendpsychiatrischen Setting positiv unterstützt werden? Das Zielpublikum der Analyse sollten demnach klar Fachpersonen aus dem Feld der Jugendpsychiatrie sein.

Die Fragestellung der Interviews schliesst an die Erkenntnisse aus anderen Studien (vgl. z.B. Fleischhaker et al., 2008) und auch an die quantitative Erhebung vorliegender Studie an: Es wurde festgestellt, dass die Lebenszufriedenheit von ehemaligen Patienten und Patientinnen der Jugendpsychiatrie trotz deutlicher Symptomverbesserung geringer ausfällt als die Lebenszufriedenheit in der Allgemeinbevölkerung. Es sollte deshalb erörtert werden, welche Faktoren die Lebenszufriedenheit der ehemaligen Patienten und Patientinnen beeinflussen. Wie bereits erwähnt sollen zudem Rückschlüsse für die Behandlung gezogen werden können. Daraus ergaben sich folgende Fragen:

Wie schätzen die Befragten ihre Lebenszufriedenheit ein?

Auf welche Faktoren führen die Interviewteilnehmenden die Einschätzung ihrer Lebenszufriedenheit zurück und welche Faktoren haben diese rückblickend beeinflusst?

Welche Massnahmen und Faktoren in der jugendpsychiatrischen Therapiestation sind förderlich oder hemmend für die Lebenszufriedenheit der Patienten und Patientinnen?

### 7.3. Konstruktion des Interviewleitfadens

Auf Grundlage der Fragestellung wurden Interviewfragen formuliert. Da es um eine subjektive, sehr persönliche Einschätzung geht, wurden die Interviewfragen bewusst offen formuliert, um einen narrativen Erzählfluss zu generieren. Das Thema des Interviews wurde aber klar fokussiert auf die Lebenszufriedenheit. Die Interviewfragen sollten möglichst flexibel abwandelbar sein, damit das Interview an die jeweilige Situation angepasst werden konnte. Es wurde deshalb auf ein offenes, themenzentrierte Leitfadeninterview gesetzt.

Folgender Interviewleitfaden wurde mit Berücksichtigung der Checkliste für Interviewfragen (Kobi, 2013a) erstellt:

- In diesem Interview geht es um Ihre persönliche Lebenszufriedenheit. Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit zum Nachdenken: Was verstehen Sie persönlich unter Lebenszufriedenheit? Was macht Lebenszufriedenheit Ihrer Meinung nach aus?
- Wenn Sie nun an Ihr eigenes Leben denken: Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Leben? Was erscheint Ihnen besonders wichtig für Ihre Lebenszufriedenheit?
- In welchen Lebensbereichen sind Sie besonders zufrieden?
- In welchen Lebensbereichen haben Sie offene Wünsche oder Befürchtungen und welche sind dies?
- Wenn Sie zurückdenken an den Zeitpunkt ihres Klinikeintritts bis heute: Was können Sie über die Veränderung Ihrer Lebenszufriedenheit in dieser Zeit erzählen?
- Wenn Sie zurückblicken: Was hat Sie in der Klinik in ihrer Lebenszufriedenheit unterstützt?
- Inwiefern hätte man Sie in der Klinik bezüglich ihrer Lebenszufriedenheit unterstützen können?

- Welchen Tipp würden Sie Jugendlichen geben, welche aktuell in der Klinik sind, um in allen Lebensbereichen eine möglichst hohe Zufriedenheit zu erreichen?

#### **7.4. Durchführung der Befragung**

Die drei Studienteilnehmenden wurden per Mail für ein Interview angefragt und bereits zu diesem Zeitpunkt über Inhalt und Ziel des Interviews informiert. Als Ort wurde die Hochschule für Soziale Arbeit in Luzern vorgeschlagen, die Interviewteilnehmenden konnten aber auch einen anderen Ort angeben. Alle drei Interviews wurden durch die Autorin durchgeführt. Die Autorin kannte alle Interviewteilnehmenden persönlich, da sie zur Zeit des Klinikaufenthalts bereits als Sozialpädagogin in der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens tätig war. Dies war sicherlich ein Umstand, welcher positive und negative Aspekte mit sich brachte: Einerseits schienen die Studienteilnehmenden dadurch relativ offen über ihre Situation zu reden, da sie mit der Interviewerin vertraut waren. Andererseits schienen sie teilweise in eine Rechtfertigungsposition hineinzugelangen, als sie kritische Punkte ihrer Behandlung benannten, bzw. ist unklar, ob sie sich in gleichem Umfang getrauten sich kritisch zu äussern, wie sie dies bei einer neutralen Interviewerin getan hätten.

Ein Interview wurde auf Vorschlag der Studienteilnehmenden hin in der Klinik durchgeführt. Das zweite Interview fand in einem Besprechungszimmer der Hochschule für Soziale Arbeit in Luzern statt. Ein weiteres Interview fand auf Wunsch der Studienteilnehmenden an einem öffentlichen Ort in einem Bistro statt.

Die Interviews wurden auf einem Transkriptionsgerät aufgezeichnet. Interview A dauerte 9 Minuten und 35 Sekunden, Interview B 25 Minuten und 10 Sekunden, Interview C 22 Minuten und 38 Sekunden.

#### **7.5. Auswertung der Daten**

Die Audiodateien wurden mit Hilfe der Transkriptionssoftware f5 nach den Richtlinien von Kobi (2013b) transkribiert. Die Transkripte liegen aufgrund des Datenschutzes in einem separaten Anhang nur dem Gutachter und der Gutachterin dieser Arbeit vor.

Zur Auswertung wurde die induktive Kategorienbildung nach Mayring (2015, S. 85-90) angewendet. Diese sieht vor, dass man anhand der vorher festgelegten Fragestellungen induktiv aus dem Material heraus Kategorien entwickelt, welche ein Hinweis auf die Beantwortung der Fragen liefern. Das Ergebnis ist ein System an Kategorien, welche sich

auf konkrete Textstellen beziehen. Diese Kategorien können dann laut Mayring entweder als ganzes Kategoriensystem in Bezug auf die Fragestellung interpretiert werden, oder aber mit Hilfe induktiv oder deduktiv gebildeter Hauptkategorien. In der vorliegenden Analyse ergaben sich im Sinne dieser zweiten Vorgehensweise nach induktiver Bildung für die einzelnen Fragen Haupt- und Unterkategorien, bzw. in Bezug auf Frage 1 unterschiedliche Einschätzungen der einzelnen interviewten Personen. Die Kategorien und Hauptaussagen werden für jede Fragestellung dargelegt. Die einzelnen Kategorien sind dabei selbsterklärend. Die aussagekräftigsten Kategorien werden mit Textbeispielen aus den Interviews zusätzlich erläutert und in einen Zusammenhang gebracht.

Als erstes wird in Abbildung 18 die Auswertung der ersten Frage dargestellt.

*Fragestellung 1: Wie beurteilen die jungen Erwachsenen ihre allgemeine Lebenszufriedenheit?*



Abbildung 18. Zusammengefasste Antworten zu Frage 1 aus den drei Interviews.

Die drei Interviewpersonen schätzten – entsprechend den Ergebnissen aus dem quantitativen Fragebogen – ihre Lebenszufriedenheit sehr unterschiedlich ein. Während die Person aus Interview A über eine umfassende Lebenszufriedenheit verfügte (*„Weil wirklich jedes...alles stimmt momentan.“*), schätzte die Person aus Interview C ihre Lebenszufriedenheit als sehr gering ein (*„Momentan ist bei mir so persönlich Lebenszufriedenheit minim.“*). Die Person aus Interview B konnte sich sehr differenziert zu ihrer Lebenszufriedenheit äussern (*„...jetzt kann ich eigentlich sagen wo ich zufrieden bin und wo noch nicht.“*) und sah sowohl positive als auch kritische Punkte, wobei die Lebenszufriedenheit im Vergleich von früher zu heute zwar gesteigert werden konnte (*„...dass ich nun eigentlich zufrieden bin, also zufriedener bin.“*) aber im Vergleich vom Erhebungszeitpunkt zur Zukunft noch weiteres Steigerungspotential aufwies (*„(...) wie unzufrieden ich eigentlich mit anderen Sachen bin. Oder wo ich merke, ich möchte an einen anderen Ort hingelangen.“*). Diese Person äusserte Einschränkungen in ihrer Lebenszufriedenheit, war aber zuversichtlich auf eine positive Entwicklung (*„Also dass ich so sagen kann, ich könnte vielleicht so in Zukunft mal so wirklich sagen ich bin zufrieden damit, was ich mache und wo ich gerade stehe.“*).

*Fragestellung 2: Auf welche Faktoren führen sie diese Einschätzung zurück und welche Faktoren haben die Lebenszufriedenheit rückblickend beeinflusst?*

Bei der Auswertung der Interviews fiel etwas ganz besonders auf: Die genannten Faktoren, welche die Lebenszufriedenheit beeinflussen, lassen sich klar unterscheiden zwischen äusseren Faktoren (siehe Abbildung 19) und solchen, welche auf die eigene Person bezogen werden können (siehe Abbildung 20). Es wurden dementsprechend zwei Hauptkategorien gebildet.

Zur Verdeutlichung der Interviewinhalte werden jene Faktoren, welche sich laut den Interviews positiv auswirken grün und jene, welche sich negativ auswirken orange dargestellt. Teilweise lassen sich auch Kategorien bilden aus Faktoren, welche sich aus der momentanen Situation heraus für eine Person positiv, für eine andere aber negativ auswirken. Oder es wurde beschrieben, dass die Faktoren je nach Lebenssituation anders ausgestaltet sind und dementsprechend die Lebenszufriedenheit positiv oder negativ beeinflussen. Diese Faktoren werden hier blau dargestellt. Damit erkennbar ist, welche Kategorien aufgrund von wie vielen Textstellen aus wie vielen Interviews gewonnen wurden, wird in der Klammer nach der Nennung der jeweiligen Kategorie die Anzahl

Textstellen und die Interviews genannt (3/A+B bedeutet: Insgesamt 3 Textstellen aus den Interviews A und B).

## Hauptkategorie 1: Äussere Faktoren

### Arbeit

- Allgemeine Zufriedenheit mit Tätigkeit (1/C)
- Zukunfts- und Weiterentwicklungsperspektive (3/A+B)
- Tagesstruktur und Aufgabe (1/A)
- Ausbildungsmöglichkeit (1/A)
- Stress (1/B)
- Mitarbeitende/Arbeitsklima(1/B)

### Freizeit/Ausgleich

- Fehlende Zeit für Sport (1/A)
- (mangelnde) Freizeit (1/B)

### Mangelnde Freude in der Schule (2/C)

### Fehlende Veränderung in der Herkunftssituation (1/C)

### Situation in der Familie (2/A+B)

### Soziale Kontakte/Partnerschaft (5/A+C)

### Erleben fehlender Moral in der Gesellschaft (4/C)

### Zusammenspiel äusserer Umstände

- Stimmige Kombination von allem (1/A)
- Überlastung (1/B)

Abbildung 19. Äussere Faktoren, welche die Lebenszufriedenheit beeinflussen

## Hauptkategorie 2: Auf eigene Person bezogene Faktoren

### Positive oder negative Emotionalität (3/B+C)

### Stabile Innere Sicherheit trotz schlechter Umstände (1/B)

### Willensstärke (1/B)

### (mangelnder) Antrieb (2/B+C)

### Funktionsfähigkeit im Alltag (1/B)

### (mangelnde) Zufriedenheit mit sich und der eigenen Kompetenz (11/B+C)

### Selbstreflexionsfähigkeit (1/B)

### (mangelndes) Gefühl von Sinnhaftigkeit (5/C)

### Innere Wertekonflikte (3/C)

**Bisher Erreichtes Würdigen und gleichzeitig Perspektive haben (2/A+B)****Pessimismus gegenüber der Zukunft (3/C)****Kreativität (1/B)****Kontrollüberzeugung**

- Gefühl (fehlender) Entscheidungsmöglichkeit (3/B+C)
- Gefühl (fehlender) Steuerungskompetenz und Einflussnahme (4/C)

Abbildung 20. Auf eigene Person bezogene Faktoren, welche die Lebenszufriedenheit beeinflussen

Bei den äusseren Faktoren war die momentane Tätigkeit (Arbeit oder Schule) sehr wesentlich für Zufriedenheit oder Unzufriedenheit und wurde von allen Studienteilnehmenden als äusserer Faktor genannt („*Dadurch, dass ich dann habe arbeiten können, wieder in das reingekommen bin, und das mir mega gut getan hat...*“ versus „*Ähm, ich bin sehr unzufrieden gewesen mit meinem >Schaffen> [Arbeit]*“). Verschiedene Unterkategorien konnten diesbezüglich gebildet werden. Mehrfach genannt wurde eine Zukunfts- und Weiterentwicklungsperspektive als positiver Faktor („*Und ich habe nun wirklich jetzt eigentlich endlich das gefunden, was ich später mal machen will, also so in diese Richtung.*“).

Als wichtige Faktoren wurden zudem mehrfach Soziale Kontakte/Partnerschaft genannt: „*Mit dem Freund läuft auch alles super, der gibt mir halt schon auch noch Bestärkung.*“; „*Und Schulkolleginnen und alles, das mir wirklich mega gut tut.*“. Auch die Situation in der Herkunftsfamilie war ein Thema: „*...dann zu Hause, mit der Familie ist super. So Zusammenhalt und alles.*“. Gleichzeitig zeigten die Interviews, dass schwierige Situationen zu Hause sehr belastend sein können und die Lebenszufriedenheit einschränken.

Als weiterer äusserer Faktoren wurde das Thema Entscheidungsmöglichkeit aufgegriffen, sowohl in positiver Hinsicht als Wiedererwerb von Möglichkeiten („*...dass ich wieder selbst entscheiden kann, was ich mache und wann.*“) als auch in negativer Hinsicht als Einschränkung bei mangelnder Entscheidungsmöglichkeit: „*Ich will es einfach nicht mehr machen. Ich möchte es gar nicht machen, das regt mich zu sehr auf, ich will damit nichts zu tun haben. Und...das hat immer wieder zu Problemen geführt.*“. Eng damit zusammen hängt auch die Möglichkeit, selbst Einfluss zu nehmen und die Kontrolle über sein Leben zu haben („*...so das Gefühl haben, weisst du, dass ich halt einfach alles so unter Kontrolle habe.*“) bzw. die fehlende Möglichkeit, sein Leben zu verändern als kritischer Faktor („*Und ich weiss nicht wie ich kann dies verändern, oder wie ich kann dies probieren...ja. Etwas daran zu ändern. Aber...ich sehe eben nichts. Und das macht mich dann natürlich sehr unzufrieden, weil ich sehe keine Lösung dafür.*“). Für jene Person mit der tiefsten

Lebenszufriedenheit stand dieser Aspekt der fehlenden Einflussmöglichkeit und des Ausgeliefertseins stark im Fokus. Dabei war auch das Erleben fehlender Moral in der Gesellschaft ein wesentlicher einschränkender Faktor für die eigene Lebenszufriedenheit: *„Das ist mein grösstes Problem: Ich bin unzufrieden, wie wir als ganze Menschheit uns gegenseitig behandeln. Das ist mein grösstes Problem. Ich bin sehr unzufrieden damit.“* Auch das fehlende Gefühl von Sinnhaftigkeit war ein wesentlicher Faktor in diesem Interview für die tiefe Lebenszufriedenheit: *„Weil ich einfach nie einen Sinn gesehen habe.“*

Auf der anderen Seite scheint die Lebenszufriedenheit positiver auszufallen, wenn man sich selbst als kompetent erlebt und daran glaubt, seine Situation und auch seine Emotionalität beeinflussen zu können. Dies kam besonders in Interview B zum Tragen. Der Hauptfaktor für die Zufrieden- bzw. Unzufriedenheit schien in diesem Fall stark mit der Einschätzung der eigenen Kompetenz zusammenzuhängen. Dies wurde in mehreren Textstellen deutlich: *„Und jetzt merke ich einfach so wie: Es geht auch anders, ich könnte es auch anders machen. Und das ist für mich jetzt eigentlich wie...eigentlich ein Ansporn eine Methode zu finden um eigentlich zufrieden zu werden in diesem Bereich.“* *„...ich bin eigentlich mega zufrieden damit, wie ich jetzt damit umgehen kann. Wie ich jetzt eigentlich in der Lage bin, mit dem, also mit dem klarzukommen. Und das ist eigentlich etwas, das mich mega zufrieden macht.“* *„...oder auch eben durch die Ressourcen welche man selbst hat oder so, kann man dies so irgendwie wie wieder ein bisschen ausgleichen.“* Auch von der Person aus Interview A wurde erwähnt, dass ihr die erworbenen Bewältigungsstrategien helfen, um keine Angst mehr vor erneuten Krisen im Leben zu haben. Auch diese Aussage deutet auf die Bedeutung der Einschätzung der eigenen Kompetenz hin.

Als weiterer auf die eigene Person bezogener Faktor wurde unter anderem die emotionale Befindlichkeit und der Antrieb erwähnt (*„Ich habe das Gefühl die Emotionalität, also dass man halt emotional <zwäg> ist.“*; *„Ich habe das Gefühl ähm so der allgemeine Tatendrang, oder so der allgemeine Antrieb, so das...das ‚ich will etwas machen‘, genau, damit bin ich im Moment völlig zufrieden (...).“*). Eine allgemeine innere Sicherheit und Stabilität scheint zudem entscheidend zu sein. Die folgende Textstelle ist wohl für das Interview B eine Schlüsselstelle und macht deutlich, wie die auf die eigene Person bezogenen Faktoren die Lebenszufriedenheit unabhängig von äusseren Faktoren prägen können: *„(...) wenn man so ein bisschen Sicherheit gefunden hat, ich denke dass man dann einfach vielmehr eigentlich zufrieden sein kann, auch mit schlechteren Umständen.“*

Anhand Abbildung 21 wird die Auswertung von Frage 3 zu den förderlichen und hemmenden Faktoren und Massnahmen in der Jugendpsychiatrie ersichtlich. Es konnten dabei vier Kategorien gebildet werden: Analog zur Kategorisierung der Antworten zu Frage

2 ergab sich bei der Auswertung eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen allgemeinen und auf die eigene Person bezogenen Faktoren. Bei Zweitem stand besonders der persönliche Kompetenzerwerb bzw. ein positives oder negatives Selbstbild im Fokus. Die Antworten liessen sich im Gegensatz zur Auswertung der Frage 2 viel klarer unterscheiden in förderliche und hinderliche Faktoren. Es entstanden deshalb vier Kategorien. Diese wurden so formuliert, dass sie sich direkt an die Zielgruppe der Auswertung richten, welche Fachpersonen aus der Jugendpsychiatrie sind. Analog zu vorher werden wieder die Anzahl Textstellen und die zugehörigen Interviews in Klammern angegeben.

*Fragestellung 3: Welche Massnahmen und Faktoren in der jugendpsychiatrischen Therapiestation sind förderlich oder hemmend für die Lebenszufriedenheit der Patienten und Patientinnen?*

### **Hauptkategorie 1: Allgemeine förderliche Faktoren und Massnahmen**

Strukturierter Alltag (2/A)

Vertrauensvolle Atmosphäre, in der man sich selbst sein kann (1/A)

Gutes Auskommen mit den anderen Jugendlichen (1/A)

### **Hauptkategorie 2: Allgemeine hinderliche Faktoren und Massnahmen**

Krasser Übergang Klinik – nachher (1/B)

Einschränkungen im Zusammensein mit den Gleichaltrigen (3/B)

zu ernste Grundhaltung (2/B)

### **Hauptkategorie 3: Förderliche Faktoren und Massnahmen in Bezug auf die eigene Person**

zu Neuem ermutigen (1/A)

Bedürfnisse und eigene Emotionen äussern lernen(2/A+B)

Realistisches Selbstbild vermitteln; Stärken und Schwächen spiegeln (2/A+B)

Soziale Kontakte reflektieren lernen (1/B)

### **Hauptkategorie 4: Hinderliche Faktoren in Bezug auf die eigene Person**

Jugendliche in eine Verteidigungsrolle dängen und dadurch verunsichern (2/B)

Jugendliche nicht ernst nehmen (1/B)

*Abbildung 21. Massnahmen und Faktoren in der Jugendpsychiatrie, welche die Lebenszufriedenheit beeinflussen.*

Als erste Hauptkategorie konnten allgemeine Massnahmen herauskristallisiert werden, welche die Lebenszufriedenheit positiv zu beeinflussen scheinen. Die genannten Unterkategorien sind aufgrund der Nennungen in den Interviews alle etwa gleich stark zu gewichten und selbsterklärend, weshalb sie an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. In der zweiten Kategorie wurden im Gegenzug dazu alle allgemeinen hinderlichen Faktoren zusammengefasst. All diese Punkte sind in Interview B genannt worden. Besonders im Fokus standen dabei Einschränkungen im Zusammensein mit Gleichaltrigen:

*„Zum Beispiel was ich mega geschätzt habe, dass man halt ähm den Kontakt zu den anderen Jugendlichen. Und eben auch mal halt einfach auf dem Sofa sein können und einfach mal Reden und so. Und einfach wirklich auch mal - also jetzt nicht über die JPS, sondern auch sonst mal. Und ich habe wie das Gefühl, das ist manchmal ein wenig fest unterdrückt worden, halt einfach so...“*

Auffallend bei der Auswertung der drei Interviews war wie bereits erwähnt, dass sich besonders viele Faktoren auf die eigene Person bezogen. Der Erwerb von Selbstkompetenz war dabei zentral. Zwei Personen nannten als positiven Faktor, dass sie gelernt haben, eigene Bedürfnisse und Emotionen zu äussern: *„Und einfach auch sonst, zum Beispiel auch einfach mal sagen ähm, sagen was man braucht. Auch mal Nein sagen können (...).“*; *„Und das habe ich gelernt, dass ich einfach einfach auf die Leute zugehe und ihnen klar sage, wie dass es in mir vorgeht und...ja. Das habe ich gelernt und das ist...Das ist wirklich eine riesen Bereicherung.“* Ebenso wurde von denselben zwei Personen erwähnt, dass sie von Rückmeldungen und Feedbacks für den Aufbau eines realistischen Selbstbilds profitiert haben: *„...im neutralen Kontext einfach so, ähm, hat man einfach so Feedbacks bekommen. Und ich habe das Gefühl dadurch habe ich einfach mega viel gelernt auch.“*; *„Und einfach auch generell, ich habe wie gefunden, hier hat man mir wie mega geholfen auch meine eigenen Stärken und Schwächen so ein bisschen zu erkennen... Also vor allem...Ich finde vor allem eigentlich mehr die Stärken. Ich habe das Gefühl, ich habe hier mega viel gelernt, was ich eigentlich gut kann, was ich eigentlich vorher gar nicht so ganz gewusst habe. Ich habe das Gefühl, das hat mir eigentlich für mein Selbstbild schon auch recht geholfen.“*

Die hinderlichen Faktoren in Bezug die eigene Person wurden wiederum alle von derselben Person (Interview B) genannt. Die beiden Kategorien („Jugendliche in eine Verteidigungsrolle drängen und dadurch verunsichern“ und „Jugendliche nicht ernst nehmen“) gehen eng ineinander über: *„Ich habe das Gefühl manchmal dadurch, dass halt alle...dass die einen halt wegen allem, wegen jedem kleinen Bisschen dann halt ähm reklamiert haben, ist nachher eigentlich halt wie quasi, wenn man mal einfach etwas gesagt hat, wenn man einfach mal etwas gemacht hat, hat es gleich geheissen ‚Ja du hast dies gemacht‘ oder einfach so...(...)...also eben, dass man sich schon mal etwas verteidigen muss (...) und ich habe so wie gemerkt, oder auch beim Arbeiten zum Beispiel auch, dass ich mega schnell das Gefühl habe, dass ich etwas Falsches gemacht habe.“*

Die konkrete Bildung der einzelnen Kategorien in Bezug auf die einzelnen Textstellen ist aufgrund des Datenschutzes nur dem Gutachter und der Gutachterin dieser Arbeit zugänglich, zumal aufgrund der Textstellen Rückschlüsse auf die einzelnen Interviewteilnehmenden möglich wären.

## 8. Diskussion

### 8.1. Allgemeine Erkenntnisse

Die Ergebnisse der Studie entsprechen grösstenteils den Erwartungen und somit auch den Ergebnissen anderer Studien und theoretischer Überlegungen. Aufgrund der gewählten Kriterien kann der Erfolg der stationären Behandlung bei der Stichprobe grösstenteils als gegeben betrachtet werden. Welche anderen Faktoren in welchem Masse Einfluss auf diesen Erfolg hatten, ist nicht zu eruieren. Die meisten Studienteilnehmenden waren während mehrerer Monate in einer weiterführenden therapeutischen Behandlung. Es ist anzunehmen, dass diese Begleitung zusätzlich neben vielen individuellen Faktoren zum Erfolg einer gelingenden Lebensbewältigung beigetragen hat.

Wenn auch die Mehrheit der Rückmeldungen positiv war und die Evaluation ein positives Gesamtergebnis widerspiegelt, sind die kritischen Rückmeldungen nicht zu vernachlässigen. Insbesondere sollte nicht vergessen werden, dass stationäre psychiatrische Settings in Einzelfällen auch negative Auswirkungen mit sich bringen, wie dies von einer Studienteilnehmenden bei der schriftlichen Rückmeldung deutlich zum Ausdruck gebracht worden ist (*„Insgesamt hat der Aufenthalt mehr geschadet als genützt.“*). In Anbetracht aller Ergebnisse lässt sich vermuten, dass es bei zwei der Studienteilnehmenden im Verlauf ihres weiteren Lebens insgesamt zu einer Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit gekommen ist. In Anbetracht von Resultaten aus anderen bereits erwähnten Studien (vgl. Abderhalden et al., 2008; Matzejat & Remschmidt, 2006) entsprechen diese 10% Erfahrungswerten.

Obwohl bei den allermeisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen keine klinische Symptombelastung mehr vorhanden ist, fällt die Lebenszufriedenheit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung leicht ab. Die Erkenntnisse aus den Interviews lassen darauf schliessen, dass die Lebenszufriedenheit sehr individuell und sowohl von äusseren Faktoren als auch von auf sich selbst bezogenen Faktoren abhängig ist. Bei den äusseren Faktoren hat die Arbeit bzw. Schule eine grosse Bedeutung, bei den auf sich selbst bezogenen Faktoren besonders die Emotionalität, die Zufriedenheit mit sich selbst und der eigenen Kompetenz sowie die Kontrollüberzeugung. Die beiden letztgenannten Punkte lassen sich als Selbstwirksamkeitserwartung zusammenfassen, zumal diese definiert wird als subjektive Überzeugung, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen und die eigene Umwelt aufgrund seiner Kompetenzen beeinflussen zu können (vgl. Warner, 2016). Auch das Gefühl von Sinnhaftigkeit scheint bei den Interviewten äusserst relevant zu sein. Da gerade diese Faktoren Ziele der

Sozialpädagogik im milieutherapeutischen Setting sind (vgl. Kapitel 2.4.), wird durch die Ergebnisse aus den Interviews die Bedeutung der Sozialpädagogik im Feld der Jugendpsychiatrie bestärkt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Fragen nochmals kurz erläutert und zur Diskussion gestellt: Aufgrund des geringen Rücklaufs ist eine Verallgemeinerung der Resultate nicht möglich. Die Diskussion der Ergebnisse muss unter diesem Gesichtspunkt betrachtet werden.

## **8.2. Ergebnisdiskussion zur aktuellen Lebenssituation**

Der Forderung, der Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit einen grossen Stellenwert einzuräumen (vgl. Winkler, 2009, S. 51), wurde mit der Beantwortung der Fragen zur aktuellen Lebenssituation mit einem sehr positiven Ergebnis stattgegeben: Dass 17 der 20 Personen in einem Ausbildungs- oder Arbeitsprozess involviert sind ist sehr positiv zu werten, zumal laut Baierl (2011, S. 16) Ausbildungs- und Arbeitsfähigkeit ein wichtiger Pfeiler für psychische Gesundheit darstellt und dies auch durch die Interviews bestätigt wurde. Zusätzlich lässt auch die positive Selbsteinschätzung zur Alltagsbewältigung auf eine hohe Funktionsfähigkeit schliessen.

Die meisten Studienteilnehmenden wohnen bei ihren Eltern, was aufgrund des Alters plausibel erscheint. Interessant wäre, wie sich die Wohnsituation weiter entwickelt im Laufe der nächsten 10 bis 20 Jahre.

16 der insgesamt 20 Studienteilnehmenden waren zum Zeitpunkt des Klinikaustritts auf Medikamente angewiesen. Dies ist ein auffallend hoher Wert. Nach Schätzungen anhand den Erfahrungen der Autorin sind es bei der üblichen Klinikpopulation weniger als 50% der Jugendlichen, welche psychiatrisch verordnete Medikamente einnehmen. Es erscheint bemerkenswert, dass mehr als die Hälfte der Probanden und Probandinnen die Medikamente absetzen konnten.

## **8.3. Ergebnisdiskussion zur Beurteilung des Behandlungserfolgs**

Der Behandlungserfolg liegt bei der Studie bei einer Einschätzung von  $M = 2.84$  von 4 ( $SD = 0.86$ ), was laut Mattejat und Remschmidt (2008) als insgesamt überwiegend erfolgreich zu klassifizieren ist. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslagen der vorliegenden Studie und der Vergleichsstudien (Erhebungszeitpunkt direkt im Anschluss an Behandlung) sowie aufgrund der geringen Anzahl der Rückmeldungen ist eine Schlussfolgerung aus dem Datenvergleich schwierig. In vorliegender Studie wurde erwartet, dass jene, welche an

der freiwilligen Studie teilnehmen, dem Aufenthalt eher positiv gegenüber stehen (vgl. z.B. Finsterer, 2008). Es wurde demnach ein eher höheres Resultat erwartet als bei den Vergleichsstudien. Die letzte, sehr kritische Rückmeldung hat das Gesamtergebnis insoweit verändert, dass das Ergebnis nun in der Rangierung der vier Studien an zweiter statt an erster Stelle steht. Das Endergebnis ist somit kein überragendes Ergebnis, aber es ist sicherlich in einem akzeptablen Bereich. Das Ergebnis zeigt aber auch auf, dass es Potential gibt, die Behandlungen zu optimieren.

Bemerkenswert sind zudem die Angaben auf die Frage, wie bedeutsam die Behandlung in Hinblick auf den weiteren Werdegang war: Der angegebene Wert fiel dort mit  $M = 7.84$ ,  $SD = 1.64$  sehr hoch aus. Dieses Resultat zeigt, wie wichtig der Klinikaufenthalt für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen war. Ob die Bedeutung eher positiv oder negativ ist, wurde nicht erfragt. Trotzdem zeigt dieses Ergebnis, wie behutsam man die Interventionen in der stationären Jugendpsychiatrie gestaltet muss, damit sie den Stellenwert erhalten, den diese Erfahrung für die Jugendlichen in ihrem weiteren Werdegang einnimmt.

#### **8.4. Ergebnisdiskussion zur Symptomveränderung**

Die Verbesserung der Symptomatik zeigt bei den meisten Syndromskalen und auch bei der übergeordneten Skala „internalisierende Auffälligkeiten“ sowie in der Gesamtskala eine höchst signifikante Verbesserung. Dieses Resultat ist sehr positiv zu bewerten. Es zeigt auf, dass es den meisten Studienteilnehmenden gelungen ist, zumindest aus klinischer Sicht und aufgrund ihrer eigenen Einschätzung in einen psychiatrisch unauffälligen Bereich zu gelangen. Nur noch ein Viertel der Studienteilnehmenden erzielten schlussendlich bei einem oder mehreren Syndromskalen auffällige Werte, wobei nur 2 Personen insgesamt unter einer klinisch auffälligen Symptombelastung zu leiden scheinen.

Trotzdem darf nicht vergessen werden, dass nicht in allen Fällen eine Symptomverbesserung eingetreten ist: In einem Fall wurde die Symptomatik frappant schlechter. Eine Jugendliche wies zum Zeitpunkt der Befragung ebenfalls klinische Auffälligkeiten auf und schien sehr belastet zu sein, dort fehlen allerdings die Vergleichsdaten, was wiederum zu einer Verzerrung des Gesamtergebnisses führt.

Allgemein

Zu beachten gilt zudem, dass bei rund einem Drittel der Jugendlichen nach wie vor Probleme und Belastungen im internalisierenden Bereich vorhanden zu sein scheinen.

Das Ergebnis entspricht insgesamt anderen Studienergebnissen (vgl. z.B. Reisel et al., 1998; Seiffge-Krenke, 2010; Manß et al., 2012).

## 8.5. Ergebnisdiskussion zur Lebenszufriedenheit und deren Faktoren

Das quantitative Studienergebnis zu Lebenszufriedenheit bestätigt die Aussage aus anderen Studien (vgl. Fleischhaker et al., 2008): Die Lebenszufriedenheit liegt insgesamt im positiven Bereich. Trotzdem sind Belastungen erkennbar und das Niveau der Vergleichsstudie von Daig et al. (2011) sowie der Vergleichsstudie aus der deutschen Allgemeinbevölkerung von 1996 wurde von der Probandengruppe nicht erreicht. Dies obwohl zu erwarten wäre, dass die Lebenszufriedenheit in der Schweiz 2016 etwas höher ausfällt als in Deutschland 1996 (vgl. Kapitel 6.3.4.). Allerdings ist etwas unklar, ob der Test aus Gründen seiner Konzeption eine solche Aussage zulässt, zumal die Vermischung zwischen Wichtigkeit von und Zufriedenheit in den einzelnen Lebensbereichen kritisch betrachtet werden muss: Die Studienteilnehmenden kamen auch deshalb auf tiefere Gesamtwerte, da einige der vorgegebenen Lebensbereiche nur eine bedingte Wichtigkeit für sie besaßen. Allerdings lässt die Übereinstimmung zwischen der Einschätzung der Lebenszufriedenheit vom Fragebogen mit den Aussagen aus den drei Interviews wiederum darauf schliessen, dass der Test vom Grundsatz her valide ist bzw. eher etwas zu positiv ausfällt: die am tiefsten eingestufte Lebenszufriedenheit wurde im Interview noch negativer bewertet als in den Testergebnissen, dort war sie immer noch leicht im positiven Bereich, während sie im Interview als „minimal“ eingestuft wurde.

Besonders auffallend ist bei den quantitativen Studienergebnissen, dass es eine besondere Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Wichtigkeit und der Zufriedenheit in den Bereichen „Gesundheit“, „Einkommen/finanzielle Sicherheit“ und „Beruf/Arbeit“ gibt. Trotz den positiven Resultaten aus den Fragen zur aktuellen Lebenssituation scheint es für die ehemaligen Patienten und Patientinnen eine Schwierigkeit zu sein, in ein zufriedenstellendes Arbeitsleben mit ausreichendem Einkommen zu gelangen. Allerdings könnte die eher tiefe Einschätzung auch mit dem Alter bzw. Ausbildungsstand zusammen hängen.

Für eine gute Lebenszufriedenheit sind laut Herschbach (2001) Anpassungs- und Bewältigungsstrategien äusserst relevant. Dieser Aussage entsprechen die Ergebnisse aus den Interviews: Aus ihnen geht hervor, dass Lebenszufriedenheit in einem engen Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung steht. Das Gefühl von Ausgeliefertsein von äusseren Faktoren wurde für die Lebenszufriedenheit in Interview C als äusserst hemmend wahrgenommen. Wenn es aber gelingt, sich trotz schlechter äusserer Umstände kompetent zu fühlen, steigert dies laut Interview B die Lebenszufriedenheit. Dieser Grundgedanke entspricht auch dem in Kapitel 2.1. beschriebenen „Kohärenzgefühl“ aus dem Konzept der Salutogenese: Grundlage für Gesundheit ist das Gefühl von Sinnhaftigkeit und selbst etwas zu einem gelingenden Leben

beitragen zu können. Insofern ergibt dieses Bild einen positiv unterstützenden oder aber hemmenden Kreis: Während bei der Person aus Interview C das Gefühl von Ohnmacht und Ausgeliefertsein überwiegt – interpretierbar als negatives Kohärenzgefühl – und dadurch vorhandene Ressourcen aus mangelnder Kontrollüberzeugung nicht genügend aktiviert werden konnten, was wiederum die Gesamtsituation verschlechtert und das Gefühl von Ausgeliefertsein verstärkt und eine pessimistische Grundhaltung schafft, konnte die Person aus Interview B trotz schwieriger Umstände ein Gefühl von Sinnhaftigkeit und Selbstkontrollüberzeugung entwickeln und ihre persönlichen Ressourcen nutzen. Sie wurde dadurch in einer positiven affektiv-motivationalen Grundhaltung bestätigt und konnte bzw. kann zusätzliche Widerstandsressourcen bilden, was sie für die Zukunft optimistisch sein lässt bezüglich ihrer Lebenszufriedenheit. Allgemein fällt auf, dass die in den Interviews genannten positiven Einflussfaktoren der Lebensqualität eng verwoben sind mit dem allgemeinen Verständnis von Gesundheit, wie dieses in Kapitel 2.1. beschrieben wurde. Von den interviewten jungen Erwachsenen wird eine positive Emotionalität zudem aus Grundlage für Lebenszufriedenheit gesehen. Dies deutet darauf hin, dass Lebensqualität ein wichtiger Indikator für (psychische) Gesundheit ist und in diesem Sinne als Evaluationsaspekt von psychiatrischen Behandlungen durchaus grossen Sinn ergibt.

Die Selbstwirksamkeitserwartung für die Lebenszufriedenheit, wie sie aus den Interviews hervorgeht, entspricht zudem der von Rotthaus (2001, S. 78) beschriebenen „persönlichen Wirkmächtigkeit“, welche Selbststeuerungskräfte und Selbstkontrollüberzeugung bedingt. Rotthaus sieht die Förderung dieser Kräfte wie in Kapitel 2.4.2. beschrieben als wichtige Wirkfaktoren in der Jugendpsychiatrie. Diese Hypothese wird durch die Interviews bestärkt: Wenn es der Jugendpsychiatrie gelingt, diese Wirkfaktoren tatsächlich wirken zu lassen, kann die Lebenszufriedenheit und somit auch die psychische Gesundheit nachhaltig unterstützt werden.

Neben den diskutierten auf die eigene Person bezogenen Faktoren kamen in den Interviews äussere Faktoren zum Vorschein, welche die Lebenszufriedenheit beeinflussen. In allen Interviews wurden dabei Arbeit bzw. Schule genannt: Einerseits können sie sinnstiftend sein und eine Tagesstruktur vermitteln, andererseits kommt man durch sie zu sozialen Kontakten. Die Arbeitsatmosphäre – je nachdem wie sie ausgestaltet ist – kann sich positiv oder negativ auf das eigene Wohlbefinden auswirken. Arbeit und Schule können aber auch Stress auslösen, was wiederum einen negativen Effekt hat, es sei denn man hat im Sinne der Selbststeuerung diesbezüglich Bewältigungsstrategien entwickeln können.

Die hohe Bedeutung der Arbeit und Schule deutet auch darauf hin, dass aus struktureller Perspektive Massnahmen notwendig sind: Es ist für Jugendliche mit psychischen Belastungen äusserst wichtig, auf verlässliche Partner im Bildungsbereich zurückgreifen zu können und im Arbeitsmarkt eine Chance zu erhalten. Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Öffentlichkeit oder Unterstützung von Betrieben, damit die Jugendlichen auf dem 1. Arbeitsmarkt Fuss fassen können, Brückenangebote oder Eingliederungsprogramme erscheinen als wichtige Punkte der politischen Agenda. Besonders in Interview A wurde deutlich, dass durch den positiven Wiedereinstieg in die Arbeitswelt eine Grundlage für die Lebenszufriedenheit und somit auch für die psychische Gesundheit geschaffen werden konnte: Durch positive Erfahrungen in der Arbeitswelt werden die erwähnten personenbezogenen Faktoren wie Selbstzufriedenheit oder Selbstwirksamkeit gestärkt.

Zudem gilt zu beachten, dass nicht der Besuch der internen Klinikschule selbst eine Stigmatisierung auslöst oder den weiteren schulischen Werdegang behindert. Eine gute Zusammenarbeit mit externen Schulen ist deshalb erstrebenswert.

Es erstaunt nicht, dass das soziale Umfeld als weiterer wichtiger Faktor für die Lebenszufriedenheit in den Interviews zum Vorschein kam. In der milieuthérapeutischen Behandlung wird dem Umfeld und den sozialen Kontakten ausserhalb der Klinik generell eine hohe Bedeutung zugemessen. Stabile soziale Kontakte und Beziehungsnetzwerke erscheinen für die Lebenszufriedenheit äusserst wichtig.

### **8.6. Ergebnisdiskussion bezüglich der handschriftlichen Rückmeldungen**

Bei den handschriftlichen Rückmeldungen steht klar die Beziehungskomponente im Vordergrund. Einige Jugendliche haben erwähnt, dass sie die Fachpersonen nett oder sympathisch fanden. Es wurde aber auch von mehreren Jugendlichen kritisch bemerkt, dass sie sich zu wenig ernst genommen gefühlt haben. Laut Rotthaus (2001, S. 75) besteht die Herausforderung der Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen darin, die Balance zu halten zwischen der Wahrnehmung des Kindes als gleichwertigen, gleichwürdigen Erziehungspartner einerseits und als dem in unserer Welt noch Unerfahrenen andererseits. Gerade in der Jugendpsychiatrie ist diesem Umstand besondere Rechnung zu tragen, zumal viele Jugendliche auf zusätzliche Unterstützung angewiesen sind, aber dennoch viele teilweise verschüttete Ressourcen aufweisen und unbedingt als gleichwertige Partner ernst genommen werden sollen. Wie aus den Interviews ersichtlich wurde, ist das Verhalten der Erwachsenen in der Jugendpsychiatrie

gegenüber den Jugendlichen entscheidend für den Aufbau eines positiven, realistischen Selbstbilds.

Die positive Bedeutung des stationären Aufenthalts wird durch die direkten schriftlichen Rückmeldungen diesbezüglich von fünf der Studienteilnehmenden sowie durch die schriftlichen Dankäusserungen widerspiegelt. Die erhaltenen kritischen Rückmeldungen sind gut nachvollziehbar und erscheinen plausibel. Sie zeigen nochmals die Wichtigkeit der Lebensweltorientierung auf: Die Einschränkung in Bezug auf das Ausüben persönlicher Hobbies wurde ebenso erwähnt wie die Distanz in der Klinik zur Aussenwelt, was der Lebensweltorientierung widerspricht. Zudem wurden mehrere kritische Punkte in Zusammenhang mit der Anschlusslösung benannt. Auch dies spricht dafür, sich schon während dem stationären Aufenthalt möglichst an der Lebenswelt der Jugendlichen zu orientieren und fließende Übergänge zu schaffen. Auf diesen Punkt wird in Kapitel 10 bei den Schlussfolgerungen für die Praxis noch etwas näher eingegangen.

### **8.7. Abschliessende Gedanken zur Hauptfragestellung**

Kommen wir abschliessend zurück auf die Hauptfragestellung: Wie sieht der längerfristige Erfolg der stationären Behandlung der jugendpsychiatrischen Therapiestation JPS im weiteren Verlauf nach Beendigung der Hospitalisation aus?

Der Erfolg einer Behandlung setzt sich laut den Erörterungen in Kapitel 3.3. aus verschiedenen Aspekten zusammen. Der subjektive Behandlungserfolg, die Symptomreduktion sowie die Lebenszufriedenheit wurden diesbezüglich für vorliegende Studie als Anhaltspunkte genommen und evaluiert. Auch wenn sicherlich unzählige andere Einflussfaktoren den weiteren Werdegang der Jugendlichen und inzwischen jungen Erwachsenen mitbestimmt haben, lässt sich abschliessend sagen, dass die stationäre Behandlung in den überwiegenden Fällen einen positiven, längerfristigen Effekt bzw. Erfolg mit sich gebracht zu haben scheint. Die jungen Erwachsenen blicken mehrheitlich positiv auf die Behandlung zurück. Die Jugendpsychiatrie scheint bei den Studienteilnehmenden einen Beitrag geleistet zu haben, damit diese ihre Krise überwinden und Strategien entwickeln konnten, welche für ein erfülltes Erwachsenenleben erforderlich sind. Damit wäre das Hauptziel der stationären jugendpsychiatrischen Behandlung erreicht.

Gleichzeitig gilt zu beachten, dass eine Behandlung nicht in jedem Fall erfolgreich ist. Eine stetige Reflektion mit den Jugendlichen, ihren Eltern und einweisenden Instanzen im Verlaufe der Behandlung ist angezeigt.

Zum Erfolg der Behandlung scheinen massgeblich milieutherapeutische Aspekte beizutragen. Dies stellt einen hohen Anspruch an die interdisziplinäre Zusammenarbeit und stetige Weiterentwicklungsbereitschaft innerhalb der Klinik und verlangt nach durchlässigen Grenzen, individualisierten Behandlungsplänen und Netzwerkarbeit.

Die vorliegende Arbeit ist nur ein kleines Blitzlicht in der Evaluationsforschung im jugendpsychiatrischen Bereich. Es gibt einen grossen Bedarf für katamnestischen Erhebungen mit einer grösseren Anzahl von Studienteilnehmenden, im Idealfall mit der Berücksichtigung von mehreren Perspektiven und mehreren Erhebungszeitpunkten. Interessant wäre auch eine erneute Befragung der Studienteilnehmenden vorliegender Arbeit zu einem späteren Zeitpunkt.

## **9. Reflektion**

### **9.1. Beschränkte Aussagekraft der Ergebnisse**

Aufgrund des geringen Rücklaufs sind die Ergebnisse aus der quantitativen Befragung zwar für die Praxis relevant, da sie gute Inputs bringen, insgesamt aber nur bedingt aussagekräftig. Aufgrund der geringen Anzahl Datensätze ist es viel mehr ins Gewicht gefallen, dass beim Symptomvergleich ein Datensatz fehlte, was schnell zu Verzerrungen führen kann.

Laut Finsterer (2008, S. 52) nehmen eher Patienten und Patientinnen an solchen Befragungen teil, welche familiär nur gering belastet sind und deren psychosoziale Anpassung nur leicht beeinträchtigt ist. Ebenso konnte Finsterer in der eigenen Studie feststellen, dass häufiger Patienten und Patientinnen bei der Studie teilnahmen, bei denen sich die Symptomatik während der Behandlung gebessert hatte. Daraus lässt sich schliessen, dass die Ergebnisse bei einem höheren Rücklauf wohl kritischer ausgefallen wären.

Es gilt dabei zu beachten, dass bei vorliegender Studie aufgrund des Erhebungszeitpunkts (Katamnese Erhebung) nur die Patientenperspektive berücksichtigt wurde. Aus anderen Studien weiss man, dass es trotz teilweiser Übereinstimmung in der Beurteilung von Erfolgs-, Erlebens- und Zufriedenheitsaspekten wesentliche Unterschiede zwischen der Einschätzung der Patienten und deren Eltern geben kann (z.B. in der Einschätzung des Ausmaßes der Symptomverbesserung) (vgl. Bredel et al., 2004, S. 258). Auch die Einschätzung der Therapeuten unterscheidet sich laut Bredel et al. (2004) oft von der Einschätzung der Patienten und Patientinnen und fällt meist kritischer aus. Insofern wäre

für weitere Studien sicherlich wünschenswert, wenn mehrere Perspektiven abgedeckt werden könnten.

## 9.2. Reflektion bezüglich der Rolle der Forscherin

Die Forscherin befand sich während der ganzen Durchführung der Studie in einer Doppelrolle: Einerseits führte sie diese Untersuchung aus neutraler, wissenschaftlicher Perspektive. Andererseits war sie Mitarbeiterin der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens und somit auch persönlich bekannt mit all den Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Stichprobe. Dies hatte in Bezug auf dieses Forschungsvorhaben positive und negative Aspekte: Einerseits war diese Evaluationsstudie mit Zugang zu heiklem Datenmaterial aus dem Archiv wohl nur dadurch möglich, dass diese durch eine Mitarbeiterin getätigt wurde, welche der ärztlichen Leitung bekannt und auch vertraglich an den Datenschutz gebunden ist. Die bestehende professionelle Beziehung zwischen den Adressaten des Fragebogens und der Forscherin könnte sowohl die Hemmschwelle erhöht als auch gesenkt haben, dies war wohl von Adressat zu Adressat verschieden. Die Bekanntheit der Forscherin führte aber auch zu interessanten Nebeneffekten: Durch eine Mutter einer ehemaligen Jugendlichen beispielsweise wurde sie kontaktiert und bekam anhand derer Erzählungen interessante Einblicke in den weiteren Entwicklungsverlauf der Jugendlichen, welche selbst aber nicht an der Studie teilnehmen wollte. Andere Eltern oder Jugendliche meldeten sich ebenfalls telefonisch, um sich für die Studie abzumelden. In den Interviews erzählten die jungen Erwachsenen sehr persönliche Dinge, was wohl auch einer bestimmten Vertrautheit zu verdanken ist. Andererseits war die Hemmschwelle für kritische Äusserungen wohl höher, als wenn eine neutrale Person das Interview geführt hätte. Dies ist besonders aufgrund entschuldigender Aussagen ersichtlich: „Ähm...*ich hatte das Gefühl ähm...(lacht), aber es ist nicht böse gemeint, gell?*“. Zudem redeten zwei der interviewten Personen oft von der zweiten Person Plural, bezogen also die Forscherin in ihre Überlegungen mit ein („*Ich war mega gerne bei euch!*“) Dieser Umstand könnte auch bei den quantitativen Angaben zum Behandlungserfolg aufgrund des Effekts der Sozialen Erwünschtheit zu Verzerrungen geführt haben.

## 9.3. Reflektion der Methodenwahl

Der Fragebogen war aufgrund des YSR-Tests, welcher zwei Seiten umfasst, sehr lang. Sicherlich trug dieser Umstand zum schlechten Rücklauf bei. Für eine nächste Untersuchung wäre es evt. hilfreich, einen kürzeren Symptomerhebungstest zu verwenden.

In der vorliegenden Studie wäre dadurch die Vergleichbarkeit der Daten nur bedingt möglich gewesen.

Bezüglich der Auswahl der einzelnen Interviewskalen und Fragebogen-Teile lässt sich sagen, dass sich schlussendlich die Auswahl der „Fragen zu Lebenszufriedenheit“ FLZM als etwas unglücklich herausgestellt hat. Dies weil die Auswertung des Tests, welcher eine Gewichtung der einzelnen Lebensbereiche beinhaltet, umstritten ist und die Ergebnisse der vorliegenden Studie schmälern. Ausserdem fehlt die Vergleichsmöglichkeit der fraglichen Altersgruppe mit aktuellen Daten aus der Schweiz.

Rückblickend ist zu sagen, dass der Aufwand für die rechtlichen Abklärungen und für die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben nicht zu unterschätzen ist. Aufgrund der Themenwahl und der damit verbundenen Erhebung gesundheitsbezogener Daten war eine Bewilligung des Forschungsvorhabens durch die Ethikkommission Nordwest-Zentralschweiz notwendig, was zusätzliche zeitliche Ressourcen und eine längere Wartephase mit sich brachte.

## **10. Schlussfolgerungen für die sozialpädagogische Praxis**

Zum Schluss soll an dieser Stelle nochmals ein Bogen geschlagen werden zur Praxis, namentlich zur sozialpädagogischen Tätigkeit in der Jugendpsychiatrie. Folgende Gedanken lassen sich als Schlussfolgerungen aus vorliegenden Studienergebnissen festhalten:

- Ganz wichtig erscheint in Anbetracht dessen, wie bedeutsam der Aufenthalt für die meisten der ehemaligen Patienten und Patientinnen war, welche Verantwortung den Fachkräften der Jugendpsychiatrie zukommt. Auch wenn die alltägliche Begleitung der Jugendlichen für das Betreuungsteam Routine ist, gilt tagtäglich zu bedenken, dass sich die Jugendlichen in einer Ausnahmesituation befinden, welche ihren weiteren Werdegang prägen wird.
- Aufgrund der Resultate aus den Interviews scheint zudem eines ganz besonders bedeutsam zu sein: Nämlich dass es gelingt, die Jugendlichen in ihrer Selbstkompetenz und Selbstwirksamkeit zu bestärken. Wie in Kapitel 2.4.2. beschrieben erscheint es hilfreich, wenn die Jugendlichen lernen, Problemlösungsstrategien aus konkreten Alltagssituationen heraus zu entwickeln. Dazu braucht es einerseits Erfahrungen im Alltag, in denen die Jugendlichen ihre Fähigkeiten erproben und erweitern können und in denen sie erleben, inwiefern sich diese positiv auf ihre Situation auswirken. Die Erhöhung von Handlungskompetenz und einer gelingenden Alltagsbewältigung gelten als Kernaufgaben der

Sozialpädagogik und haben insofern in der Jugendpsychiatrie einen besonderen Stellenwert. Auch dem eng damit zusammenhängenden Empowerment-Konzept scheint in diesem Setting eine ganz besondere Bedeutung zuzukommen: Die Jugendlichen können längerfristig in ihrer Lebenszufriedenheit unterstützt werden, wenn sie ihren Alltag selbständig bewältigen und ihr Leben eigenständig gestalten können.

- Andererseits braucht es Erlebnisse, bei denen die Jugendlichen Neues lernen und in ihre Erfahrungswelt integrieren können. Vielen Jugendlichen blieben laut den schriftlichen Rückmeldungen gemeinsame Aktivitäten in besonders positiver Erinnerung. Dies weist darauf hin, dass der Erlebnispädagogik, welche psychische Gesundheit durch die Förderung von Selbstwirksamkeit und eines realistischen Selbstkonzepts sowie durch den Erwerb neuer Handlungsstrategien (vgl. Haas, 2012) positiv zu unterstützen vermag, auch in der Jugendpsychiatrie einen wichtigen Platz haben sollte.
- Die ressourcenorientierte Grundhaltung der Sozialpädagogik erscheint bezüglich des Gefühls von Selbstwirksamkeit und Sinnhaftigkeit hilfreich: Wenn es den Jugendlichen gelingt, ihre eigenen Stärken zu erkennen und ein positives Selbstbild aufzubauen, kann das Selbstvertrauen gestärkt werden. Die Sozialpädagogen und -pädagoginnen können dazu beitragen, den Blick auf neue Möglichkeiten und verschüttete Fähigkeiten zu lenken. In den Interviews wurde deutlich, wie wichtig für die Jugendlichen die alltäglichen Feedbacks für den Aufbau eines realistischen Selbstkonzepts waren.
- Im Zusammenhang mit dem Erleben von Selbstwirksamkeit erscheint zudem eine partizipative Grundhaltung im Alltag äusserst wichtig, damit die Jugendlichen lernen, Entscheidungen zu treffen und mitzutragen und sich als kompetente Wesen zu begreifen. Es müssen deshalb Entscheidungsspielräume vorhanden sein, welche die Jugendlichen aktiv mitgestalten können. Da die Fluktuation von Jugendlichen auf einer Therapiestation allerdings äusserst hoch ist einerseits, und aufgrund der Wichtigkeit verlässlicher Strukturen andererseits erscheint die Umsetzung davon gar nicht so einfach. Die Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen sind gefordert, eine gute Balance zwischen haltgebenden, klaren Strukturen und Veränderungsmöglichkeiten zu schaffen. Konkrete partizipative Projekte und Aktivitäten erscheinen hierfür sinnvoll.

- Als externer Faktor, welcher die Lebenszufriedenheit massgeblich beeinflusst, wurde die Arbeit oder Schule genannt. Für die Praxis bedeutet dies, dass im Anschluss an eine stationäre Behandlung eine Perspektive diesbezüglich bestehen muss. Auch hierfür erscheint der typisch sozialpädagogische Ansatz der Lebensweltorientierung (vgl. Kapitel 2.4.1.) entscheidend: Schon früh müssen die Zukunftswünsche aufgegriffen und mit den vorhandenen Gegebenheiten abgeglichen bzw. eine Brücke zu realen Möglichkeiten geschlagen werden. Je stärker die Vernetzung der Jugendpsychiatrie mit externen Akteuren und je flüssender der Übergang zwischen Klinikaufenthalt und Anschlusslösung, desto einfacher dürfte es für die Jugendlichen sein in der externen Schule oder Arbeitswelt wieder Fuss zu fassen. Die Sozialpädagogik, welche das Ziel hat, Inklusionsprozesse zu unterstützen, kann hierfür im interdisziplinären Team wichtige Inputs leisten.
  
- Die Orientierung an der Lebenswelt und der Realität der Jugendlichen kommt auch im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung von bestehenden Ressourcen (z.B. Pflegen von Hobbies) zum Tragen. Der Einbezug des Umfeldes während der Behandlung, die Aufrechterhaltung von wichtigen Aussenkontakten und funktionalen Lebensbereichen sollte gewährleistet sein. Von einer Studienteilnehmenden wurde beschrieben, wie sie während der stationären Behandlung eine Distanz zur Aussenwelt wahrgenommen hat. Allgemein wurde mehrfach schriftlich und in den Interviews erwähnt, wie wichtig flüssende Übergänge und eine gute Vorbereitung auf die Zeit nach dem Austritt sind. Wenn es gelingt, die Lebenswelt der Jugendlichen während der ganzen Behandlung im Fokus zu haben, sollte dem entgegen gewirkt werden können. Gerade der Alltag bietet immer wieder Anknüpfungspunkte hierfür. Ausserdem ist es die Sozialpädagogik gewohnt, verschiedene Blickrichtungen zu vereinen: In Anbetracht des komplexen Zusammenspiels zwischen der individuellen Problemlage, subjektiven Deutungsmustern und strukturellen Voraussetzungen kann die Disziplin der Sozialpädagogik einen Beitrag für ein ganzheitliches Verständnis und somit zur gemeinsamen Ausarbeitung eines möglichst passenden Behandlungssettings leisten.
  
- Die Lebensweltorientierung sollte auch hinsichtlich der Ausgestaltung der Begegnungsmöglichkeiten innerhalb der Peergruppe im Alltag der Jugendpsychiatrie berücksichtigt werden. Kontakte mit Gleichaltrigen sind für

Jugendliche äusserst wichtig und es entspricht ihrer Entwicklungsaufgabe, sich mit Peers auszutauschen. Es ist selbstverständlich, dass die Jugendlichen dieses Bedürfnis nach Interaktion auch innerhalb der Klinik pflegen. In Interview B wurde dies besonders deutlich. Aber auch aus anderen Studien geht hervor, wie wichtig die freundschaftlichen Beziehungen innerhalb der Klinik sind: Cropp et al. (2008) haben einen Zusammenhang zwischen dem Klima zwischen den Mitpatienten und dem Behandlungserfolg attestiert. Die Jugendlichen können in der Gruppe laut Cropp et al. wichtige Kompetenzerfahrungen sammeln. Da es laut Jungmann (1998) ein wichtiges Ziel der Jugendpsychiatrie ist, dass die Jugendlichen am Leben der Sozialgemeinschaft teilnehmen können, ist dem Übungsfeld der Peergroup ganz besonders Beachtung zu schenken. Die Aussage aus Interview B, dass die Lebenszufriedenheit in der Jugendpsychiatrie durch zu viel Kontrolle der Beziehung zu den Gleichaltrigen geschmälert wird, ist umso beachtenswerter, da Zaddach (2002) einen direkten Zusammenhang zwischen Beziehungsfähigkeit und Lebensqualität sieht. Dies würde bedeuten, dass die Erprobung und Erweiterung der Beziehungsfähigkeit innerhalb der Jugendpsychiatrie einen positiven Effekt auf die längerfristige Lebensqualität aufweist.

- Allerdings wurde auch kritisch angemerkt, dass teilweise durch die anderen Jugendlichen negative Dinge gelernt oder die Einzelnen durch die Geschichten der Anderen überfordert wurden. In diesem Zusammenhang kommt der Disziplin der Sozialpädagogik eine besondere Aufgabe zu, da sie wie in Kapitel 2.4.1. erwähnt die soziale Perspektive und die Wechselwirkungen mit der sozialen Umwelt im Blick hat. Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen sind dafür ausgebildet, Gruppenprozesse und -dynamiken zu begleiten und zu reflektieren. In einer Jugendpsychiatrie mit so vielen verschiedenen jungen Menschen mit unterschiedlichen Problemlagen und unterschiedlichen Beziehungserfahrungen erscheint eine gute Unterstützung von positiven sozialen Interaktionsprozessen eine wichtige Aufgabe. Eine stimmige Mischung zwischen Begleitung und Freiraum scheint eine Herausforderung zu sein, welche stetig reflektiert werden muss.
- Der Beziehungsaspekt zwischen den Jugendlichen und den Fachpersonen wurde besonders in den handschriftlichen Rückmeldungen greifbar: Die Wichtigkeit des persönlichen Beziehungsangebots erscheint äusserst relevant. Den Jugendlichen ist es laut den Rückmeldungen sehr wichtig, sich ernst genommen zu fühlen und dass ihre persönlichen Bedürfnisse und Interessen wahrgenommen werden.

- Nicht zuletzt zeigen die unterschiedlichen Rückmeldungen der Studienteilnehmenden die individuellen Bedürfnisse auf, welche hinter einer stationären Behandlung stehen. Eine individuelle Ausrichtung in der Jugendpsychiatrie entspricht auch dem Grundgedanken des Capability Approach, welcher davon ausgeht, dass jeder Mensch eine andere Ausgangslage hat und unterschiedliche Angebote braucht, um sein Potential verwirklichen zu können. Dies spricht für eine individuelle Behandlung mit individuellen Zielen und Massnahmen.

## 11. Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C., Grieser, M., Zarotti, G. & Lehmann, P. (2008). Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit in der stationären Adoleszentenpsychiatrie. In: C. Abderhalden, I. Needhorn, M. Schulz, S. Schoppmann & H. Stefan (Hrsg.). *Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery* (S. 140-149). Unterostendorf: Ibicura.
- Arbeitsgruppe Child Behavior Checklist (1998). *Fragebogen für Jugendliche: deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Pflück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder- Jugend und Familiendiagnostik.
- Bachmann, M., Bachmann, C., Winfried, R. & Mattejat, F. (2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36(5), 321-333.
- Baierl, M. (2011). *Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen*. (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.
- Barkmann, C., Marutt, K., Forouher, N. & Schulte-Markwort, M. (2003). Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52 (7), 517-533.
- Beig, R. & Kölch, M. (2009). Adoleszenz und die Geschichte der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: J. Fegert, A. Streeck-Fischer, H. Freyberger (Hrsg.). *Adoleszenzenpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters* (S. 5 -13). Stuttgart / New York: Schattauer.
- Bertram, C. & Sprengel, A. (2004). Pflege von Kindern mit psychischen Störungen. In: E. Kellerhauser, S. Schewior-Popp, F. Sitzmann, U. Geißner, M. Gümmer und L. Ullrich (Hrsg.). *Thiemes Pflege. Professionalität erleben* (10. Aufl.). Stuttgart/New York: Thieme.
- Bettelheim, B. & Sylvester, E. (1948). A therapeutic milieu. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18, 191-206.
- Borgart, E. (2003). Bedeutung des Prästationären Krankheitsverhaltens für den Therapieerfolg im Rahmen stationärer Verhaltenstherapie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 62, 196-203.
- Branik, E. (2001). Zum Verhältnis von Pflege/Pädagogik und Therapie auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station. *Psychiatrie Pflege Heute*, 7, 248-251.
- Branik, E. (2003). Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 503-516.

- Bredel, S., Brunner, R., Haffner, J. & Resch, F. (2004). Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53 (4), 256-276.
- Bundesamt für Gesundheit (2004). *Psychische Gesundheit. Entwurf zur Stellungnahme bis Mitte Mai 2004. Nationale Strategie zum Schutz, Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit der Bevölkerung der Schweiz.* (PDF). Bern: Bundesamt für Gesundheit. Zugriff am 16.07.2016, verfügbar unter [http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/themen/gesundheitsystem\\_und\\_strategien/nationale\\_gesundheitpolitik/pdf1579.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/themen/gesundheitsystem_und_strategien/nationale_gesundheitpolitik/pdf1579.pdf)
- Bundesamt für Statistik (2012). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Behandlung aufgrund eines psychischen Problems in den letzten 12 Monaten.* Zugriff am 05.12.2015 auf <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01/04.html>
- Bundesamt für Statistik (2016). *Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10).* Zugriff am 14.03.2016 auf <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/05.html>
- Cierpka, M. & Frevert, D. (1995). *Die Familienbögen.* Göttingen: Hogrefe.
- Cropp, C., Streeck-Fischer, A., Jaeger, U., Masuhr, O., Schröder, A. & Leichsenring, F. (2008). Der Zusammenhang zwischen Behandlungserleben und Behandlungserfolg bei der stationären Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36 (3), 205-213.
- Daig, I., Spangenberg, L., Henrich, G., Herschbach, P., Kienast, T. & Brähler, E. (2011). Alters- und geschlechtsspezifische Neunormierung der Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ<sup>M</sup>) für die Altersspanne von 14 bis 64 Jahre. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40 (3), 172-178.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (2016). *Informationen zur Fachgesellschaft.* Zugriff am 04.04.2016 auf <http://www.dgkjp.de/dgkjp/ueber-uns>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). *ICD-10 Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen.* Zugriff am 5.6.2016 auf <http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html>
- Döpfner M. & Steinhausen H.-C. (2012). *KIDS Kinder-Diagnostik-System 3. Störungsübergreifende Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter.* Göttingen: Hogrefe.
- Du Bois, R. (2004). Historische Trennlinien und Berührungspunkte zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In J. M. Fegert & C. Schrapper. *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 421-427). Weinheim und München: Juventa.

- Duden. (2016a). *Das Symptom*. Zugriff am 24.03.2016 auf <http://www.duden.de/rechtschreibung/Symptom>
- Duden. (2016b). *Der Lebensbereich*. Zugriff am 04.06.2016 auf <http://www.duden.de/rechtschreibung/Lebensbereich>
- Duden. (2016c). *Die Therapie*. Zugriff am 14.05.2016 auf <https://www.google.ch/?ion=1&espv=2#q=Definition+Therapie>
- Duden (2016d). *Die Massnahme*. Zugriff am 30.07.2016 auf <http://www.duden.de/rechtschreibung/Masznahme>
- Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter (2014). *Erhebung medizinischer Daten*. Zugriff am 27.10.2015 auf <http://www.edoeb.admin.ch/datenschutz/00768/00808/00833/index.html?lang=de>
- Enzyklo, (2016). *Psychosozial*. Zugriff am 13.05.2016 auf <http://www.enzyklo.de/Begriff/psychosozial>
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Falissard, B. (2015). How should we evaluate non-pharmacological treatments in child and adolescent psychiatry? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1011-1013.
- Faulbaum, F., Prüfer, P., & Rexroth, M. (2009). *Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragenqualität*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fegert, J.M. (2004). Der Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Feststellung seelischer Behinderung und drohender seelischer Behinderung. In: J.M. Fegert & C. Schrappner (Hrsg.). *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 209-222). Weinheim und München: Juventa.
- Felder, W. (2009). *Versorgungsbericht Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Bern*. Zugriff am 21.03.2016 auf [http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/psychiatrie/versorgungsplanung.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/20112014/gef\\_versorgungsplanung\\_4\\_kinder\\_jugendpsychiatrie\\_d.pdf](http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/psychiatrie/versorgungsplanung.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/20112014/gef_versorgungsplanung_4_kinder_jugendpsychiatrie_d.pdf)
- Finsterer, I. (2008). *Behandlungs-Zufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. Eine Nachbefragung*. Unveröffentlichte Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Flammer, A. (2009). Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. In: J. Fegert, A. Streeck-Fischer, H. Freyberger (Hrsg.). *Adoleszenzenpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters* (S. 92 - 104). Stuttgart / New York: Schattauer.
- Flechtner, H. (1998). Lebensqualität in der Onkologie – ein Modell für andere Disziplinen? In K. Schmeck, F. Poustka und H. Katschnig (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 175-183). Wien: Springer.

- Fleischhaker, C., Bock, K., Hennighausen, K., Horwath, D., Kuhn-Hennighausen C., Rauh, R. et al. (2008). 20-Jahres-Katamnese der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Klinik Haus Vogt. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36 (3), 2008, 191-203.
- Fritze, J. (1998). Qualitätsstandards und Dokumentation in der Psychiatrie. In K. Schmeck, F. Poustka und H. Katschnig (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 27 - 46) Wien: Springer.
- Gabriel, T. (2007). Wirkungen von Heimerziehung – Perspektiven der Forschung. *Wirkungsorientierte Jugendhilfe*, 1, 14-18.
- Galamaga, A. (2014). *Philosophie der Menschenrechte von Martha C. Nussbaum. Eine Einführung in den Capabilities Approach*. Marburg: Tectum.
- Green, J., Jacobs, B., Beecham, J., Dunn, G., Kroll, L., Tobias, C. et al. (2007). Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – A prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (12), 1259-1267.
- Haas, S. (2012). *Einfluss der Erlebnispädagogik auf die psychische Gesundheit*. Abschlussarbeit CAS. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit. Unveröffentlichte Arbeit.
- Halfar, B. & Lehmann, R. (2010). Wirkungsaussagen in der Jugendhilfe: Zwischen Glaskugel und fachlichem Kontrolling. In M. Macsenaere, S. Hiller & K. Fischer (Hrsg.). *Outcome in der Jugendhilfe gemessen* (S. 207- 210). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Haller, D. (2011). Wirkungsforschung zur Entwicklung der Professionalität, Identität und Legitimation Sozialer Arbeit. In N. Eppler, I. Miethe & A. Schneider (Hrsg.). *Qualitative und quantitative Wirkungsforschung. Ansätze, Beispiele, Perspektiven* (S. 235-254). Opladen, Berlin, Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Haller, D. (2015). *Wirkungen in Unterstützungsprozessen*. Skript aus dem Modul „Public- und Nonprofit-Management“, Master in Sozialer Arbeit. Bern: Fachhochschule Bern.
- Heiner, M. (1996). Evaluation zwischen Qualifizierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Möglichkeiten der Gestaltung von Evaluationssettings. In M. Heiner (Hrsg.) *Qualitätsentwicklung durch Evaluation* (S. 20-47). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Helliwell, J., Layard, R. & Sachs, J. (2016). *World Happiness Report 2016*. Zugriff am 15.06.2016 auf [http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2016/03/HR-V1\\_web.pdf](http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2016/03/HR-V1_web.pdf)
- Henrich, G. & Herschbach, P. (1990). *Fragen zur Lebenszufriedenheit*. Unveröffentlichter Test. Zur Verfügung gestellt von P. Herschbach.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZ<sup>M</sup>) – A Sort Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16 (3), 150-159.

- Henrich, G. & Herschbach, P. (2001). *FLZ<sup>M</sup>. Fragen zur Lebenszufriedenheit<sup>Module</sup>. Kurzbeschreibung, Normdaten*. München: Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Technischen Universität München.
- Henrich, G., Goldbeck, L., Schmitz, T.G. & Besier, T. (2010). Erfassung der subjektiven Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen – Psychometrische Eigenschaften der „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ FLZ<sup>M</sup> (KJ). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 219-226.
- Herschbach, P. (2001). Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 141-150.
- HighScope Perry Preschool Study (2005). *Lifetime Effects: The HighScope Perry Preschool Study Through Age 40*. Zugriff am 14.11.2015 auf <http://www.highscope.org/content.asp?contentid=219>
- Jungmann, J. (1998). Qualitätsmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Klaus Schmeck, Fritz Poustka und Heinz Katschnig (Hrsg.). *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Wien: Springer.
- Kaiser, M. (2010). *Die Frage nach dem guten Leben im Kontext sozialer Exklusionserfahrungen unter besonderer Berücksichtigung Jugendlicher mit beruflichen Einstiegsproblemen*. Marburg: Tectum.
- Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J. & Kang, G. (2001). Consumer Satisfaction at a Child and Adolescent State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 52 (2), 202-206.
- Katschnig, H. (1998). Qualitätssicherung und Lebensqualität bei psychischen Krankheiten. In: Klaus Schmeck, Fritz Poustka und Heinz Katschnig (Hrsg.). *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 165-174). Wien: Springer.
- Katzenschläger, P., Gottwald, S. & Mannsberger, T. (Hrsg.) (2015). *Milieutherapie. Stationäre jugendpsychiatrische Betreuung unter Berücksichtigung des psychischen Strukturniveaus*. Wien: Krammer.
- Keller, F., Schäfer, S., Konopka, L., Naumann, A. & Fegert, J.M. (2004). Behandlungszufriedenheit von Kindern in stationär-psychiatrischer Behandlung: Entwicklung und psychometrische Eigenschaften eines Fragebogens. *Krankenhauspsychiatrie*, 15, 3-8.
- Klausch, P. (2007). Vorwort. In: Otto, U. *What Works? Expertise zum aktuellen Diskurs um Ergebnisse und Wirkungen im Feld der Sozialpädagogik und Sozialarbeit – Literaturvergleich nationaler und internationaler Diskussion*. Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ.
- Kobi, S. (2013a). *Checkliste Interviewfragen für qualitative Interviews*. Modulunterlagen aus dem Studiengang Master in Sozialer Arbeit, Bern, Luzern, St. Gallen, Zürich. ZHAW Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachbereich Soziale Arbeit.

- Kobi, S. (2013b). *Transkriptionsregeln Kobi für Interviews FOM*. Modulunterlagen aus dem Studiengang Master in Sozialer Arbeit Bern, Luzern, St. Gallen, Zürich. ZHAW Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachbereich Soziale Arbeit.
- Koller, M., Sitter, H., Lorenz, W. (1998). Qualitätsmanagement in der operativen Medizin. In: Klaus Schmeck, Fritz Poustka und Heinz Katschnig (Hrsg.). *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S15-26). Wien: Springer.
- Konopka, L., Keller, F., Löble, M., Felbel, D. & Naumann, A. (2001). Wie wird Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen erfasst? *Krankenhauspsychiatrie*, 12, 152-156.
- Krannich, M., Rief, W., Martin, A., Brähler, E., Mewes, R. & Glaesmer, H. (2013). Wie wirken sich somatoforme und depressive Symptome und Syndrome auf die Lebenszufriedenheit aus? Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung in Deutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63, 217 – 224.
- Krumm, S. & Becker, T. (2012). Historische Aspekte und Konzepte der Sozialpsychiatrie. In: M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch, S. Schlüter-Müller (Hrsg.). *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 40-57). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kuchenbecker, S. (2011). *Pädagogisch-pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (3. Aufl.). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Küffer, M. & Schmelzle, M. (2010). Das Führungskonzept des Mitunternehmertums und der milieutherapeutische Behandlungsansatz in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. (PDF). *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 20 (1), 36-54. Zugriff am 16.03.2016. Verfügbar unter [http://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/forum/forum\\_2010\\_1.pdf#page=37](http://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/forum/forum_2010_1.pdf#page=37)
- Lätsch, D. (2015). *Wirkungsorientierte Steuerung in der Kinder- und Jugendhilfe*. Modulunterlagen Master in Sozialer Arbeit, Modul Sozialökologische Steuerungskonzepte für Soziale Dienste. Bern: Fachhochschule Bern.
- Libal, G. & Fegert, J.M. (2004). Behandlungs- und Hilfeformen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In: J.M. Fegert & C. Schrappner (Hrsg.). *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 225-241). Weinhheim und München: Juventa.
- Luzerner Psychiatrie (2015). *Jugendpsychiatrische Therapiestation*. Zugriff am 18.11.2015 auf <https://www.lups.ch/kinder-jugend-psychiatrie/jugendliche/jugendpsychiatrische-therapiestation/>
- Manß, J., Neugebauer, A., Sieber, J., Heider, J., Schlarb, A., Schröder, A., Behrens, M., Stratmann, G. & Brünger, M. (2012). Evaluation stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung. Lust oder Frust im Praxisalltag? *Psychotherapie im Dialog*, 13, 94-98.
- Mascenaere, M. & Esser, K. (2015). *Was wirkt in der Erziehungshilfe? Wirkfaktoren in Heimerziehung und anderen Hilfearten* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen. Konzeption und Realisierung des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (6), 445-454.
- Mattejat, F. (2008). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. In: Helmut Remschmidt, Fritz Mattejat & Andreas Warnke. *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (S. 107-117). Stuttgart: Thieme.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Meng, H., Bilke, O., Brauch-Scharm, H., Zarotti, G. & Bürgin, D. (2002). Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung. (PDF). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51 (7), 546-558. Zugriff am 16.03.2016. Verfügbar unter [http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2013/4388/pdf/51.20027\\_3\\_43881.pdf\\_new.pdf](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2013/4388/pdf/51.20027_3_43881.pdf_new.pdf)
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F. & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmasse oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 94-103.
- Möller-Leimkühler, A.M. & Dunkel, R. (2003). Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. Ergebnisse einer Stichtagerhebung. *Nervenarzt*, 74, 40-47.
- Moons, P., Budts, W. & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901.
- Mutz, M. & Kämpfer, S. (2013). Emotionen und Lebenszufriedenheit in der „Erlebnisgesellschaft“. Eine vergleichende Analyse von 23 europäischen Ländern im Anschluss an die Gesellschaftsdiagnose von Gerhard Schulze. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 65 (2), 253-275.
- Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ (2013). *Nationale Qualitätsmessungen Kinder- und Jugendpsychiatrie* (PDF). Zugriff am 21.03.2016. Verfügbar unter [http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20130422\\_Umsetzungskonzeption\\_KJP\\_DE.pdf](http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20130422_Umsetzungskonzeption_KJP_DE.pdf)
- Nussbaum, M. (2015). *Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit*. (2. Aufl.). Berlin: Suhrkamp.
- Otto, H. (Hrsg.) (2007). *What Works? Expertise zum aktuellen Diskurs um Ergebnisse und Wirkungen im Feld der Sozialpädagogik und Sozialarbeit – Literaturvergleich nationaler und internationaler Diskussion*. Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe.

- Otto, H., Polutta, A. & Ziegler, H. (2010). *What Works – Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis*. Opladen und Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Petermann, F. & Schmidt M. H. (2004). Qualitätskonzepte und Evaluation in der Jugendhilfe. In F. Petermann & M.H. Schmidt (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Jugendhilfe. Erhebungsverfahren* (1. Aufl., S. 1-21). Weinheim/Basel: Beltz.
- Reisel, B., Floquet P. & Leixnering, W. (1998). Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 705-721.
- Remschmidt, H. & Matzejat, F. (2006). Wie erfolgreich sind stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen? Erste Ergebnisse aus dem Marburger Evaluationsprojekt. *Zeitschrift Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (6), 455-464.
- Richter, D. (2004). Qualitätsindikatoren für die psychiatrische Versorgung – Eine Übersicht über Kriterien, Methoden und Probleme. *Krankenhauspsychiatrie*, 15, 104-113.
- Rotthaus, W. (1998). *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Rotthaus, W. (2001). „Was nützt denn überhaupt?“ Wirkfaktoren in der Arbeit des Pflege- und Erziehungsdienstes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Psychiatrie Pflege*, 01 (7), 74-80.
- Schmeck, K. & Schlüter-Müller, S. (2012). Theoretische Grundlagen der Psychiatrie. In: M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch, S. Schlüter-Müller (Hrsg.). *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 78-85). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmeck, K. (1998). Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In; K. Schmeck, F. Poustka & H. Katschnig (Hrsg.). *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 195-208). Wien: Springer.
- Schmeck, K. (2004). Bezugsdisziplinen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Jörg M. Fegert & Christian Schrappner. *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 251-257). Weinheim und München: Juventa.
- Schmidt, C., Möller, J., Reibe, F., Güntert, B. & Kremer, B. (2003). Patientenzufriedenheit in der stationären Versorgung. Stellenwert, Methoden und Besonderheiten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 128, 619-624.
- Schmidt, M.H. (2004). Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 38 (101), 2536-2541.
- Schmidt, S.J. & Schimmelmann B.G. (2015). Fortschritte, Herausforderungen und neue Perspektiven der Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43 (2), 85-90.

- Schrapper, C. (2004). Teilhabe ermöglichen. In: J.M. Fegert & C. Schrapper (Hrsg.). *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 203-207). Weinheim und München: Juventa.
- Schröder, J.W. & Kettiger, D. (2001). *Wirkungsorientierte Steuerung der sozialen Arbeit. Ergebnisse einer internationalen Recherche in den USA, den Niederlanden und der Schweiz*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schröder, M. & Colla, H.E. (2012). Geteilte Sorge. In: M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch, S. Schlüter-Müller (Hrsg.). *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 21-39). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schubert, M.T., Herle, M. & Wurst, E. (2003). ICD-10 Diagnostik und Lebensqualität. Pilotstudie zur Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31 (4), 285-291.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (PDF)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Zugriff am 18.11.2015. Verfügbar unter [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_52\\_bericht.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_52_bericht.pdf)
- Schupp, J., Goebel, J., Kroh, M. & Wagner, G.G. (2014). *Zufriedenheit in Deutschland so hoch wie nie nach der Wiedervereinigung – Ostdeutsche signifikant unzufriedener als Westdeutsche*. Zugegriffen am 15.06.2016 auf [http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.431931.de/13-47-5.pdf](http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.431931.de/13-47-5.pdf)
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015 (PDF)*. Zugriff am 5.12.2015. Verfügbar unter [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/gesundheitsbericht\\_2015\\_d\\_0.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/gesundheitsbericht_2015_d_0.pdf)
- Sektion für Gesundheits-, Umwelt- und Schriftpsychologie. *Psychische Gesundheit und ihre Förderung. Hintergrund-Informationen*. Gross-Umstadt: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen.
- Spiel, G. & Finsterwald, M. (2010). Indikatoren für die Evaluation der Behandlung psychischer Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters: *Bestrebungen in Europa*. In: R. Kerbl, L. Thun-Hollenstein, L. Damm & F. Waldhauser (Hrsg.). *Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitssystem der Welt* (S. 53-72). Wien & New York: Springer.
- Stadler, B. (2010). Therapie unter geschlossenen Bedingungen – ein Widerspruch? Eine Erkundungsstudie einer Intensivtherapeutischen individuell-geschlossenen Heimunterbringung dissozialer Mädchen am Beispiel des Mädchenheims Gauting. In M Macsenaere, S. Hiller & K. Fischer (Hrsg.), *Outcome in der Jugendhilfe gemessen* (S. 173-178). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Stangl, B. (2006/2007). *Psychologische Begriffsbestimmungen 2006/2007. Syndrom*. Zugriff am 19.06.2016 auf <http://www.stangl.eu/psychologie/definition/Syndrom.shtml>

- Stark, W. (2001). Die Vielfalt der Empowermentperspektive – für eine neue Kultur der Sozialen Arbeit (PDF). *Sozial Aktuell*, 4, (o.S.). Zugriff am 17.05.2016. Verfügbar unter [http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial\\_aktuell\\_2614\\_2616.pdf](http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial_aktuell_2614_2616.pdf)
- Steinhausen, H.-C. (2013). Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? Ergebnisse der Langzeitforschung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41(6), 2013, 419-431.
- Streeck-Fischer, A. (1991). Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 40 (9), 328-333.
- Streeck-Fischer, A., Fegert, M. & Freyberger, H. (2009). Gibt es Adoleszenzenkrisen? In: J. Fegert, A. Streeck-Fischer, H. Freyberger (Hrsg.). *Adoleszenzenpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters* (S. 183 - 189). Stuttgart / New York: Schattauer.
- Tetzer, M. (2012). Sozialpädagogische Theorieperspektiven und der Capabilities Approach. In: M. Schmid, M. Tetzer, K. Rensch, S. Schlüter-Müller (Hrsg.). *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 58-77). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Trageser, J., Fliedner, J., von Stokar, T. & Würsch, B. (2011). *Aktionsprogramm psychische Gesundheit. Situationsanalyse und Evaluationskonzept*. Bern: Infrac.
- Uniklinikum Freiburg. (o.J.). *Freiburger Strukturiertes Interview*. Unveröffentlichter Interviewleitfaden. Zur Verfügung gestellt von K. Bock.
- Universität Zürich (2016). *T-Test für verbundene Stichproben*. Zugriff am 19.06.2016 auf <http://www.methodenberatung.uzh.ch/datenanalyse/unterschiede/zentral/ttestabh.htm>
- Vogt, A. (2011). Die Arbeit des Pflege- und Erziehungsdienstes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein berufliches Profil. In: BundesArbeitsGemeinschaft leitender Mitarbeiter/-innen des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (Hrsg.). *Blickpunkt Pflege und Erziehungsdienst* (S. 45 -94). Norderstedt: Books on Demand.
- Vorderholzer, U., Rufer, M. & Kordon, A. (2005). *Langzeiterfolge nach stationärer, multimodaler Therapie*. Zugriff am 11.11.2015 auf <http://www.zwaenge.ch/de/therapie-bei-zwangserkrankungen>
- Warner, L.M. (2016). *Selbstwirksamkeitserwartung*. Zugriff am 17.07.2016 auf <https://portal.hogrefe.com/dorsch/selbstwirksamkeitserwartung/>
- Weisz, J.R. & Jensen, P.S. (1999). Efficacy and Effectiveness of Child and Adolescent Psychotherapy and Pharmacotherapy. *Mental Health Research*, 1 (3), 125-157.
- Weller, Ingeborg (1996). Lebenszufriedenheit im europäischen Vergleich. *WZB Discussion Paper, No. FS III*, 96-402.

- Weltgesundheitsorganisation WHO (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (PDF)*. (Stand 2014). Zugriff am 16.01.2016. Verfügbar unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>
- Wetterling, T., Junghanns, K., Müßigbrodt, H., Freyberger, H.J. & Dilling, H. (2007). Erfassung der Therapieergebnisse im Rahmen der Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Klinik. Ein Erfahrungsbericht. *Nervenarzt*, 9 (68), 742-751.
- Winkler, R. (2009). *Evaluierungen in der Kinder und Jugendpsychiatrie. Theorie und Praxisbeispiele zu Bewertungsdimensionen, Indikatoren und Instrumenten. HTA-Projektbericht 27*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut.
- Winkler, R., Thun-Hohenstein, L. & Fritz, C. (2015). *Evaluation im Längsschnitt – Behandlungsverläufe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (PDF)*. Zugriff am 04.04.2016. Verfügbar unter [http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/DKVF%202015/Vortraege/Winkler\\_Roman\\_Evaluation\\_im\\_Laengsschnitt.pdf](http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/DKVF%202015/Vortraege/Winkler_Roman_Evaluation_im_Laengsschnitt.pdf)
- Winter, S., Wiegard, A., Welke, M. & Lehmkuhl, U. (2005). Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ. Ein Instrument zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation im Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33 (2), 113-122.
- Wolf, K. (2007). Wirkungen von Heimerziehung – Perspektiven der Forschung. *Wirkungsorientierte Jugendhilfe*, 1, 19-23.
- World Health Organization WHO. (2016). *International Classification of Diseases*. Zugriff am 24.03.2016 auf <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Zaddach, R. (2002). Bezugssysteme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Kuchenbecker (Hrsg.). *Pädagogisch-pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 65-79). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Ziegler, H. (2010). Wirkungsorientierung als Herausforderung der Profession. In M. Macsenaere, S. Hiller & K. Fischer (Hrsg.), *Outcome in der Jugendhilfe gemessen* (S. 193-197). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Zink, M. (2011). *Faktoren der Patientenzufriedenheit am Beispiel der Leistenherniotomie nach Lichtenstein. Eine prospektive Erfassung (PDF)*. Zugriff am 13.05.2016. Verfügbar unter <http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/ZinkMatthias/diss.pdf>

## 12. Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1. AUSBILDUNGS- UND ERWERBSSITUATION .....	54
ABBILDUNG 2. WOHSITUATION.....	54
ABBILDUNG 3. WEITERFÜHRENDE PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG .....	55
ABBILDUNG 4. PSYCHIATRISCHE MEDIKATION ZUM ERHEBUNGSZEITPUNKT 2016.....	56
ABBILDUNG 5. PSYCHIATRISCHE MEDIKATION BEI KLINIKAUSTRITT.....	56
ABBILDUNG 6. „ICH BIN AKTUELL IN DER LAGE, MEINEN ALLTAG SELBSTÄNDIG ZU BEWÄLTIGEN.“ .....	57
ABBILDUNG 7. „DIE BEHANDLUNG IN DER JPS WAR FÜR MICH HILFREICH.“ .....	58
ABBILDUNG 8. „DIE BEHANDLUNG IST IN ALLEN PUNKTEN OPTIMAL VERLAUFEN.“ .....	59
ABBILDUNG 9. „ICH BIN MIT DER BEHANDLUNG ZUFRIEDEN.“ .....	59
ABBILDUNG 10. „MEINE PROBLEME HABEN SICH IM VERLAUFE DER BEHANDLUNG GEBESSERT.“ .....	60
ABBILDUNG 11. BEWERTUNGEN DER FRAGE „WIE BEDEUTSAM IN HINBLICK AUF IHREN WEITEREN WERDEGANG SCHÄTZEN SIE RÜCKBLICKEND DIE STATIONÄRE BEHANDLUNG AUF EINER SKALA VON 1 BIS 10 EIN (1 = ÜBERHAUPT NICHT BEDEUTSAM, 10 = SEHR BEDEUTSAM)?“ .....	62
ABBILDUNG 12. ANZAHL MÄNNLICHE STUDIENTEILNEHMENDE (N = 6) PRO WERTEBEREICH. JUGENDLICHE, WELCHE IN MIND. EINER SKALA EINEN AUFFÄLLIGEN WERT ERZIELTEN, FALLEN HIER UNTER DIE RUBRIK „KLINISCH AUFFÄLLIG“; JUGENDLICHE WELCHE IN KEINER SKALA EINEN AUFFÄLLIGEN, ABER IN MIND. EINER SKALA EINEN KRITISCHEN WERT AUFWIESEN FALLEN UNTER DEN „GRENZBEREICH“ .....	66
ABBILDUNG 13. ANZAHL WEIBLICHE STUDIENTEILNEHMENDE (N = 13 FÜR DEN YSR BEI EINTRITT; N = 14 FÜR DEN YSR 2016) PRO WERTEBEREICH. JUGENDLICHE, WELCHE IN MIND. EINER SKALA EINEN AUFFÄLLIGEN WERT ERZIELTEN, FALLEN HIER UNTER DIE RUBRIK „KLINISCH AUFFÄLLIG“; JUGENDLICHE WELCHE IN KEINER SKALA EINEN AUFFÄLLIGEN, ABER IN MIND. EINER SKALA EINEN KRITISCHEN WERT AUFWIESEN, FALLEN UNTER DEN „GRENZBEREICH“ .....	67
ABBILDUNG 14. ANZAHL KLINISCH AUFFÄLLIGE WERTE IN DEN EINZELNEN SYNDROMSKALEN BEI EINTRITT UND ZUM ERHEBUNGSZEITPUNKT 2016.....	68
ABBILDUNG 15. ANZAHL WERTE IM AUFFÄLLIGEN BEREICH BEI DEN ÜBERGEORDNETEN SKALEN BEI EINTRITT UND ZUM ERHEBUNGSZEITPUNKT 2016, WOBEI DIE DATEN VOM EINTRITT VON EINER STUDIENTEILNEHMENDEN FEHLEN.....	69
ABBILDUNG 16. VERGLEICH WICHTIGKEIT UND ZUFRIEDENHEIT MIT DEN EINZELNEN LEBENSBEREICHEN. ...	72
ABBILDUNG 17. LEBENSZUFRIEDENHEIT IN DEN EINZELNEN LEBENSBEREICHEN IM VERGLEICH ZUR STUDIE VON HENRICH & HERSCHBACH (2001) .....	74
ABBILDUNG 18. ZUSAMMENGEFASSTE ANTWORTEN ZU FRAGE 1 AUS DEN DREI INTERVIEWS. ....	79
ABBILDUNG 19. ÄUSSERE FAKTOREN, WELCHE DIE LEBENSZUFRIEDENHEIT BEEINFLUSSEN .....	81
ABBILDUNG 20. AUF EIGENE PERSON BEZOGENE FAKTOREN, WELCHE DIE LEBENSZUFRIEDENHEIT BEEINFLUSSEN.....	82
ABBILDUNG 21. MASSNAHMEN UND FAKTOREN IN DER JUGENDPSYCHIATRIE, WELCHE DIE LEBENSZUFRIEDENHEIT BEEINFLUSSEN. ....	85

*Bei allen Abbildungen handelt es sich um eigene Darstellungen.*

### 13. Tabellenverzeichnis

TABELLE 1 <i>FESTGEHALTENE DIAGNOSEN DER STUDIENTEILNEHMENDEN ZUM ZEITPUNKT DES        KLINIKAUFENTHALTS</i> .....	52
TABELLE 2 <i>VERGLEICH DER EINSCHÄTZUNG DES BEHANDLUNGSERFOLGS DURCH DIE PATIENTEN UND        PATIENTINNEN DER VORLIEGENDEN STUDIE MIT DEN STUDIEN VON MATTEJAT UND REMSCHMIDT        (1998)</i> .....	62
TABELLE 3 <i>ERGEBNISSE DES T-TESTS FÜR ABHÄNGIGE STICHPROBEN</i> .....	70
TABELLE 4 <i>MITTELWERTE UND STANDARDABWEICHUNGEN DER UNGEWICHTETEN ZUFRIEDENHEITSANGABEN        .....</i>	71
TABELLE 5 <i>VERGLEICH DER MITTELWERTE DER EINZELNEN BEREICHE DER LEBENSZUFRIEDENHEIT MIT        DENSELBE WERTEN AUS EINER VERGLEICHSTUDIE AUS DEUTSCHLAND.</i> .....	73

*Bei allen Tabellen handelt es sich um eigene Darstellungen.*

## 14. Anhang

### Anhang A: Bewilligung Ethikkommission Nordwest-Zentralschweiz

Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz EKNZ

Präsident  
Prof. André P. Perruchoud  
Vizepräsidenten  
Prof. Gregor Schubiger  
Dr. Marco Schärer

Frau  
Sandra Koller  
Zimmeregg 38  
6014 Luzern

Basel, 17. Februar 2016/ VJ

**Gesuch EKNZ 2015-451:  
Evaluation der Ergebnisqualität zwei bis vier Jahre nach Abschluss der stationären Behandlung  
in der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens JPS der Luzerner Psychiatrie**

Sehr geehrte Frau Koller

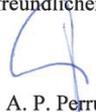
Besten Dank für die Zusendung der revidierten Unterlagen, welche am 09. Februar 2016 samt Beilagen bei uns eingegangen sind. Die Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz hat die nachfolgend erwähnten Dokumente zu oben genannter Studie zustimmend zur Kenntnis genommen und genehmigt:

- Anschreiben vom 05.02.2016.
- Aufklärungsbogen/Information und Einwilligungserklärung - Version vom Februar 2016
- Masterthesis Antrag mit Ergänzungen signiert am 02. Und 03.02.2016

→ Die Auflagen der EKNZ (entsprechend der Verfügung vom 27. Januar 2016) wurden somit erfüllt.

Ich hoffe, Ihnen mit dieser Bestätigung zu dienen und wünsche Ihnen für die Durchführung der Studie viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüssen

  
Prof. A. P. Perruchoud  
Präsident der Ethikkommission  
Nordwest- und Zentralschweiz / EKNZ

## Anhang B: Begleitschreiben Studie

Luzerner  
Psychiatrie **lups.ch**

**Kinder- und Jugendpsychiatrie**  
Jugendpsychiatrische Therapiestation

Fenkernstrasse 15  
6010 Kriens

Tel. 058 856 58 00  
Fax 058 856 58 02  
jps.kriens@lups.ch  
www.lups.ch

Kriens, 1. März 2016

### **Evaluationsstudie**

Sehr geehrte Frau ... /Sehr geehrter Herr...

Vor einiger Zeit waren Sie in der Jugendpsychiatrischen Therapiestation JPS in Kriens in Behandlung. Wir möchten gerne erfahren, wie es Ihnen heute geht und wie Sie die Behandlung rückblickend bewerten.

Ihre Antworten werden uns helfen herauszufinden, wie die Behandlung optimiert werden kann. Bitte unterstützen Sie unsere Bemühungen dadurch, dass Sie den Fragebogen ausfüllen und mit dem beiliegenden frankierten Umschlag zurücksenden.

Im ersten Teil des Fragebogens geht es um ihre aktuelle Wohn-, Ausbildungs- und Arbeitssituation. Es folgt ein Rückblick zu Ihrem Aufenthalt bei uns, wobei uns Ihre persönliche Meinung sehr interessiert. Im zweiten Teil geht es um Ihre gesundheitliche Situation. Bestimmt erkennen Sie diesen Fragebogen wieder: Sie haben ihn bereits einmal vor Eintritt in die JPS ausgefüllt. Der Vergleich der Daten von damals zu heute hilft uns zu erfahren, wie sich Ihre gesundheitliche Situation weiterentwickelt hat. Im dritten Teil geht es um Ihre momentane Lebenszufriedenheit.

Diese Evaluation wird durch unserer Mitarbeiterin Sandra Koller-Haas als Masterarbeit im Studiengang „Soziale Arbeit“ durchgeführt. Alle Ihre Angaben werden nach der Verordnung des Humanforschungsgesetzes verschlüsselt. Dies bedeutet, dass der Verschlüsselungscode (Zuweisung einer zufälligen Fallnummer) von einer nicht am Forschungsprojekt beteiligten Person, getrennt von der Datensammlung und auf einem geschützten Laufwerk, aufbewahrt wird. Alle Angaben werden bereits verschlüsselt in die Datenauswertungsprogramme eingespeist. Die Studienergebnisse lassen somit keinerlei Rückschlüsse auf eine Person zu. Der von Ihnen zurückgesandte Fragebogen wird für Unbefugte unzugänglich während der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist archiviert. Die Ergebnisse werden interessierten Fachkreisen zugänglich gemacht.

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung! Bitte vergessen Sie nicht, beiliegende Einverständniserklärung auszufüllen und mit dem Fragebogen *bis Ende März* zurückzusenden.

Freundliche Grüsse

Dr. med. Thomas Heinimann

Chefarzt KJPD

Dr. med. Raphaela Jülke

Leitende Ärztin

Luzerner  
Psychiatrie **lups.ch**

**Kinder- und Jugendpsychiatrie**  
Jugendpsychiatrische Therapiestation

Fenkernstrasse 15  
6010 Kriens

Tel. 058 856 58 00  
Fax 058 856 58 02  
jps.kriens@lups.ch  
www.lups.ch

**Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der Evaluationsstudie der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens mitzumachen.

Ich willige ein, dass folgende archivierte Daten im Sinne der Evaluation verschlüsselt aus meinen alten Akten verwendet werden dürfen:

- Dauer und Zeitpunkt des Klinikaufenthalts
- Alter und Geschlecht
- Diagnosestellung nach ICD-10 (falls vorhanden)
- Symptombelastung anhand der Ergebnisse des zum Zeitpunkt des Eintritts ausgefüllten Fragebogens „youth self-report“ YSR

Ich willige ein, dass die zurückgesandten Fragebögen verschlüsselt ausgewertet und die Ergebnisse interessierten Fachkreisen zur Verfügung gestellt werden dürfen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Name (in Blockschrift) \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Sind Sie bereit, sich bei Rückfragen für ein persönliches Interview zur Verfügung zu stellen?

- Ja, Sie dürfen mich kontaktieren unter folgender Telefonnummer: \_\_\_\_\_
- Nein danke

Falls Sie Rückfragen zur Studie haben, können Sie sich gerne an Sandra Koller wenden ([sandra.koller@lups.ch](mailto:sandra.koller@lups.ch)). Bei anderen Unklarheiten oder Anliegen wenden Sie sich bitte an die Leitende Ärztin Dr. med. Raphaela Jülke ([raphaela.juelke@lups.ch](mailto:raphaela.juelke@lups.ch)).

## Anhang C: Fragebogen 1. Teil<sup>5</sup>

**1. Fragen zur aktuellen Lebenssituation und Rückblick**

Name: \_\_\_\_\_  
(dieser dient zum statistischen Datenvergleich, wird aber für die Auswertung umgehend verschlüsselt)

Bitte kreuzen Sie jeweils ein Feld an, welches am besten auf Sie zutrifft:

**Sind Sie zurzeit in Ausbildung?**

Nein                       Ja, nämlich:

- Oberstufenschule / 10. Schuljahr
- Weiterführende Schule (z.B. WMS)
- Berufslehre
- Höhere Fachschule/Fachhochschule
- Universität

**Sind Sie zurzeit erwerbstätig?**

Ja                       Nein, weil

- in Ausbildung
- erwerbsunfähig
- arbeitslos / arbeitssuchend
- Hausfrau / Hausmann
- Sonstiges, nämlich: \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation, mit wem wohnen Sie zusammen?**

- Allein
- mit Partner/Partnerin
- Wohngemeinschaft
- Heim / betreute Einrichtung
- Eltern / Verwandte
- Sonstiges, nämlich: \_\_\_\_\_

**Waren Sie nach dem stationären Aufenthalt in der JPS in einer weiterführenden psychotherapeutischen oder psychologischen Behandlung (ambulant oder stationär)?**

Nein                       Ja → Wie lange?

- kürzer als 6 Monate
- 6 bis 12 Monate
- 13-24 Monate
- länger als 2 Jahre

**Nehmen Sie zurzeit psychiatrische Medikamente?**

Ja                       Nein

<sup>5</sup> Aus Urheberrechtsgründen wird auf die Abbildung der Fragen aus dem FBB sowie der weiteren Seiten des Fragebogens verzichtet. Diese beinhalteten den YSR-Test (Arbeitsgruppe Child Behavior Checklist, 1998) sowie die Fragen zur Lebenszufriedenheit (Henrich & Herschbach, 2001).

Bitte beantworten Sie die kommenden Fragen durch Ankreuzen der entsprechenden Zahl anhand folgender Einschätzung:

- 0 = überhaupt nicht / niemals
- 1 = kaum / selten
- 2 = teilweise / manchmal
- 3 = überwiegend / meistens
- 4 = ganz genau / immer

Ich bin aktuell in der Lage, meinen Alltag selbständig zu bewältigen	0	1	2	3	4
<i>(Frage aus FBB)</i>	0	1	2	3	4
<i>(Frage aus FBB)</i>	0	1	2	3	4
<i>(Frage aus FBB)</i>	0	1	2	3	4
<i>(Frage aus FBB)</i>	0	1	2	3	4

Wie bedeutsam in Hinblick auf Ihren weiteren Werdegang schätzen Sie rückblickend die stationäre Behandlung auf einer Skala von 1 bis 10 ein? (1 = überhaupt nicht bedeutsam, 10 = sehr bedeutsam)  
 → Bitte kreuzen Sie an:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Gibt es etwas, was Ihrer Meinung nach während der stationären Behandlung anders hätte laufen sollen?

---



---



---



---



---

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

---



---



---



---



---

**Anhang D: Rohdaten****Merkmale Studienteilnehmende<sup>6</sup>**

Probanden	Dauer Behandlung (Wochen)	Wie lange her (in Monaten)	Medi- kation	Alter am 1. März 2016 (in Monaten)	Alter bei Eintritt (in Monaten)
89	14	35	Nein	219	181
94	33	28	Ja	239	202
66	12	36	Ja	207	168
99	8	42	Ja	323	187
15	20	42	Ja	259	212
87	16	29	Ja	194	153
78	52	28	Nein	207	169
77	32	24	Ja	234	190
73	23	32	Nein	204	163
68	15	39	Ja	207	188
10	15	21	Ja	222	198
7	14	31	Ja	205	169
6	19	27	Ja	197	167
65	34	27	Ja	234	204
95	14	22	Ja	223	201
51	15	35	Ja	209	168
60	14	22	Ja	226	204
96	17	41	Nein	227	186
18	54	35	Ja	231	174
30	21	45	Ja	195	174
<hr/>					
<i>M</i>	22.10	32.05		223.10	182.90
<i>SD</i>	12.70	7.33		28.88	16.70

<sup>6</sup> Einige der Studienteilnehmende waren mehrmals in der Zeit zwischen dem 1. März 2012 und 1. März 2014 zur Behandlung in der JPS. In diesen Fällen wurde die Behandlungsdauer addiert. Der Zeitraum, wie lange die Behandlung zurückliegt, bezieht sich auf den letzten Aufenthalt. Das Alter bei Eintritt auf die erste Behandlung.

## Rohdaten Aktuelle Lebenssituation

Prob.	Ausbildung	Erwerbs- tätigkeit	Wohn- situation	Weiterführende Behandlung	Medi- kation
94	ja	ja	Eltern/ Verwandte	ja	ja
	Berufslehre (ab August 2016)	Praktikum		länger als 2 Jahre	
51	ja	Nein, weil	Eltern/ Verwandte	ja	nein
	Oberstufe/ 10. Schuljar	Schüler		länger als 2 Jahre	
96	ja	nein, weil	Eltern/ Verwandte	ja	nein
	FMS abgeschlossen	ab Sommer Praktikum		6-12 Monate	
66	nein	nein, weil	Eltern/ Verwandte	13-24 Monate	nein
		arbeitslos/ arbeitssuchend			
10	ja	Nein, weil	Heim/ betreute Einrichtung	nein	nein
	Berufslehre	in Ausbildung			
99	nein	Nein, weil	Eltern/ Verwandte	nein	nein
		Sonstiges: Lehrpause			
7	ja	Nein, weil			
	Oberstufenschule /10. Schuljar	Sonstiges: Lehrstelle ab Aug.	Eltern/ Verwandte	nein	nein
65	ja	Nein, weil	Heim/ betreute Einrichtung	nein	nein
	Berufslehre	in Ausbildung			
60	ja	Nein, weil	Eltern/ Verwandte	ja	ja
	Berufslehre	in Ausbildung		regelmässig bei Psychologin (immer noch)	
78	nein	ja	allein	ja	nein
				länger als 2 Jahre	
15	nein	Nein, weil	Wohngemein- schaft	ja	nein
		Zwischenjahr		kürzer als 6 Monate	
68	ja	Nein, weil	Eltern/ Verwandte	ja	nein
	Weiterführende Schule	in Ausbildung		6-12 Monate	
89	ja	Nein, weil	Eltern/ Verwandte	ja	ja
	Berufslehre	in Ausbildung		länger als 2 Jahre	

77	ja	ja	Eltern/ Verwandte	ja	ja
	Berufslehre			länger als 2 Jahre (immer noch)	
87	ja	Nein, weil	Heim/ betreute Einrichtung	ja	ja
		Schülerin		kürzer als 6 Monate	
6	ja	Nein, weil	Betreute Einrichtung	ja	k.A.
	Oberstufen// 10. Schuljahr		Schüler	6-12 Monate	
95	nein	Nein, weil	Eltern/ Verwandte	nein	nein
		Sonstiges; Praktikum			
73	ja, nämlich	Nein, weil	Eltern/ Verwandte	ja	nein
	Oberstufen/ 10. Schuljahr		in Ausbildung	13-24 Monate	
18	nein	ja	Eltern/ Verwandte	ja	ja
		Praktikum		länger als 2 Jahre	
30	ja, nämlich	ja	Eltern/ Verwandte	ja	ja
	Weiterführende Schule (z.B. WMS)			13-24 Monate	

## Rohdaten 1. Teil Fragebogen

### Frage 1: „Ich bin in der Lage, meinen Alltag selbständig zu bewältigen“

Probandennr.																				M	SD
94	51	96	66	10	99	7	65	60	78	15	77	68	89	87	6	95	73	18	30		
Anggebener Wert (min. 0/max. 4)																					
4	3	4	3	2	2	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3.40	0.68

**Rohdaten aus dem FBB zum Behandlungserfolg (min. 0/max. 4)**

Probandennr.	FBB a	FBB b	FBB c	FBB d	Erfolg insgesamt ( <i>M</i> )
94	4	3	3	3	3.25
51	4	4	4	4	4
96	4	3	4	4	3.75
66	1	1	2	1	1.25
10	3	2	2	3	2.5
99	2	2	3	1	2
7	3	4	3	3	3.25
65	3	4	4	3	3.5
60	4	3	4	4	3.75
78	4	3	4	4	3.75
15	2	2	3	3	2.5
77	4	4	4	4	4
68	3	3	3	2	2.75
89	2	2	2	2	2
87	3	3	2	3	2.75
6	2	2	2	2	2
96	3	2	3	1	2.25
73	4	3	3	4	3.5
18	3	2	3	3	2.75
30	1	1	1	2	1.25
<hr/>					
<i>M</i>	2.95	2.65	2.95	2.80	2.84
<i>SD</i>	1.00	0.93	0.89	1.06	0.86

**Zusatzfrage: Wie bedeutsam in Hinblick auf Ihren weiteren Werdegang schätzen Sie rückblickend die stationäre Behandlung auf einer Skala von 1 bis 10 ein?**

Probandennr.																				<i>M</i>	<i>SD</i>
94	51	96	66	10	99	7	65	60	78	15	77	68	89	87	6	95	73	18	30		
Angebener Wert (min. 1/max. 10)																					
6	10	10	k.A.	7	5	7	8	10	9	7	10	6	6	7	9	7	7	10	8	7.84	1.64

## Rohdaten Lebenszufriedenheit

### Wichtigkeit einzelner Lebensbereiche (min. 1/max. 5)

Probandennr.																				M	SD
94	51	96	66	10	99	7	65	60	78	15	77	68	89	87	6	95	73	30	18		
Wichtigkeit Freunde																					
3	4	4	5	3	5	3	3	4	5	5	3	5	5	4	4	5	4	2	5	4.05	0.94
Wichtigkeit Freizeitgestaltung/Hobbies																					
4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	5	3	2	5	2.5	2	3	4	5	3.43	0.91
Wichtigkeit Gesundheit																					
4	2	4	5	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	4	5	4	3.80	0.77
Wichtigkeit Einkommen/finanzielle Sicherheit																					
3	3	3	3	5	3	4	4	3	3	4	2	4	5	3	2	4	3	4	1	3.30	0.98
Wichtigkeit Beruf/Arbeit																					
4	2	4	4	4	3	4	5	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	2	5	3.85	0.81
Wichtigkeit Wohnsituation																					
3	2	4	5	5	3	3	4	4	3	4	5	3	5	2	1.5	4	2	3	5	3.53	1.14
Wichtigkeit Familienleben/Kinder																					
2	3	4	2	3	4	2	4	4	3	3	5	4	5	1	4	5	2	2	1	3.15	1.27
Wichtigkeit Partnerschaft/Sexualität																					
3	3	2	2	4	3	3	5	4	3	3	3	5	1	1	4	3	3	3	1	2.95	1.15

### Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen nach eigener Einschätzung (min. 1/max. 5)

Probandennr.																				M	SD
94	51	96	66	10	99	7	65	60	78	15	77	68	89	87	6	95	73	30	18		
Wichtigkeit Freunde																					
3	4	4	4	3	4	4	2	5	4	5	4	3	5	4	3.5	5	5	1	5	3.88	1.07
Zufriedenheit Freizeitgestaltung/Hobbies																					
4	4	2	4	3	3	4	4	4	5	4	3	3	4	5	2.5	4	3	4	5	3.73	0.82
Zufriedenheit Gesundheit																					
3	4	4	3	4	3	3	4	4	4	3	2	3	2	4	4.5	2	4	3	2	3.28	0.82
Zufriedenheit Einkommen/finanzielle Sicherheit																					
2	3	4	1	2	4	3	4	4	2	3	4	4	2	3	3.5	2	4	2	1	2.88	1.05
Zufriedenheit Beruf/Arbeit																					
4	2	5	1	3	2	4	3	5	3	2	4	3	1		4	4	5	3	5	3.32	1.29
Zufriedenheit Wohnsituation																					
1	5	5	4	3	2	4	2	5	4	5	1	2	5	4	3	4	5	1	5	3.50	1.50
Zufriedenheit Familienleben/Kinder																					
3		5	4	3	3	4	4	5	4	5	5	4	5			4	4	3	3	4.00	0.79
Zufriedenheit Partnerschaft/Sexualität																					
4	3	2	4	3	2	3	2	5	4	4	2	4	1			2	3	2	3	2.94	1.06

Allgemeine Zufriedenheit																					
3	4	4	3	3	2	4	3	5	4	3	4	4	2	4	4	4	4	3	4	3.55	0.76

**Gewichtete Zufriedenheit nach vorgegebener Formel (min. -12/max. 20)**

Probandennr.																				<i>M</i>	<i>SD</i>
94	51	96	66	10	99	7	65	60	78	15	77	68	89	87	6	95	73	30	18		
Wichtigkeit Freunde																					
2	9	9	12	2	12	6	-2	15	12	20	6	4	20	9	6	20	15	-3	20	9.70	7.21
Gewichtete Zufriedenheit Freizeitgestaltung/Hobbies																					
9	6	-2	6	2	3	6	6	6	15	9	4	2	3	20	0	3	2	9	20	6.45	5.96
Zufriedenheit Gesundheit																					
3	3	9	4	6	3	3	9	9	9	3	-2	3	-1	9	12	-3	9	4	-3	4.45	4.47
Zufriedenheit Einkommen/finanzielle Sicherheit																					
-2	2	6	-6	-4	6	3	9	6	-2	3	3	9	-4	2	2	-3	6	-3	0	1.65	4.50
Zufriedenheit Beruf/Arbeit																					
9	-1	15	-9	3	-2	9	4	15	3	-3	12	2	-9	-15	9	9	15	1	20	4.35	9.19
Zufriedenheit Wohnsituation																					
-6	5	15	12	4	-2	6	-3	15	6	15	-12	-2	20	3	0.5	9	5	-6	20	5.23	8.99
Zufriedenheit Familienleben/Kinder																					
1	-10	15	3	2	3	3	9	15	6	10	20	9	20	0	-15	12	3	1	0	5.35	8.85
Zufriedenheit Partnerschaft/Sexualität																					
6	2	-1	3	3	-2	2	-4	15	6	6	-2	12	0	0	-15	-2	2	-2	0	1.45	6.17

**Summenwert gewichtete Lebenszufriedenheit (min. -64/max. 160)**

Probandennr.																				<i>M</i>	<i>SD</i>
94	51	96	66	10	99	7	65	60	78	15	77	68	89	87	6	95	73	30	18		
Summenwert																					
22	16	66	25	18	21	38	28	96	55	63	29	39	49	28	-1	45	57	1	77	38.63	24.96

## Rohdaten und Testergebnisse YSR<sup>7</sup>

Probanden (m)	SR	KB	AD	SP	SZ	AP	DV	AV	Int.	Ext.	Gesamt
Proband 99 alt	74	53	50	62	66	59	67	55	58	60	62
Proband 99 neu	68	53	75	58	62	65	78	57	70	66	68
Proband 07 alt	50	53	50	50	56	50	50	50	47	32	45
Proband 07 neu	50	58	54	50	50	50	50	50	52	37	43
Proband 06 alt	83	53	66	73	79	59	61	51	68	55	67
Proband 06 neu	74	50	66	64	62	59	56	53	65	54	61
Proband 51 alt	66	67	56	50	50	59	56	50	63	51	59
Proband 51 neu	57	53	56	50	50	56	59	53	56	55	54
Proband 65 alt	63	53	50	54	50	50	50	50	54	42	48
Proband 65 neu	60	53	54	50	50	50	50	50	55	37	47
Proband 94 alt	66	80	86	77	62	65	53	55	88	54	72
Proband 94 neu	83	53	62	54	50	50	56	53	66	54	58

Probandinnen (w)	SR	KB	AD	SP	SZ	AP	DV	AV	Int.	Ext.	Gesamt
Probandin 66 alt	75	76	62	66	70	68	58	66	71	64	70
Probandin 66 neu	54	50	60	55	61	65	54	55	57	55	60
Probandin 15 alt	75	62	56	62	77	62	58	50	63	44	63
Probandin 15 neu	69	60	60	62	68	62	50	50	65	42	61
Probandin 87 alt	58	62	62	50	50	56	54	57	61	56	59
Probandin 87 neu	58	50	54	50	65	65	58	58	55	58	59
Probandin 73 alt	64	57	60	59	61	65	50	50	61	46	56
Probandin 73 neu	51	50	50	50	50	56	61	51	48	55	51
Probandin 68 alt	67	57	70	59	56	59	54	51	69	52	63
Probandin 68 neu	50	57	60	59	56	53	50	50	57	44	54
Probandin 10 alt	67	57	69	80	68	81	66	55	66	59	70
Probandin 10 neu	67	57	54	68	65	59	61	51	59	55	60
Probandin 60 alt	75	73	76	66	61	68	50	51	80	51	68
Probandin 60 neu	50	50	50	55	50	50	50	50	42	44	44
Probandin 96 alt	85	62	67	77	80	62	63	57	71	59	70
Probandin 96 neu	54	50	50	55	50	51	50	53	49	49	48
Probandin 95 alt	64	73	67	59	68	62	63	61	71	62	69
Probandin 95 neu	69	62	64	55	56	62	50	53	67	52	63
Probandin 77 alt	67	88	74	59	93	59	54	55	83	55	74

<sup>7</sup> SR = Sozialer Rückzug; KB = Körperliche Beschwerden; AD = Ängstlich Depressiv; SP = Soziale Probleme; SZ = Schizoid Zwanghaft; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; DV = Dissoziales Verhalten; AV = Aggressives Verhalten. Unauffälliger Bereich:  $x < 67$ ; Grenzbereich: 67-70; Auffälliger Bereich:  $x > 70$   
Int. = Auffälligkeit im internalisierenden Bereich; Ext. = Auffälligkeit im externalisierenden Bereich; Gesamt = Gesamthafte klinische Auffälligkeit. Unauffälliger Bereich:  $x < 60$ ; Grenzbereich: 60-63; Auffälliger Bereich:  $x > 63$

Probandin 77 neu	61	50	69	50	68	59	50	53	64	51	62
Probandin 78 alt	50	50	59	55	61	50	58	60	53	59	55
Probandin 78 neu	50	50	56	50	56	50	50	57	49	55	51
Probandin 89 alt	51	82	67	59	50	62	54	62	71	61	67
Probandin 89 neu	51	76	54	50	50	51	50	50	60	42	52
Probandin 18 alt	64	67	80	55	77	74	50	57	77	55	70
Probandin 18 neu	51	70	57	50	56	56	54	53	62	61	54
Probandin 30 alt	k.A.										
Probandin 30 neu	95	82	86	70	93	69	61	57	83	91	104

### Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair Sr1 & sr2	66.5263	19	9.93517	2.27928
Pair kb1 & kb2	64.4737	19	11.34004	2.60158
Pair ad1 & ad2	64.5789	19	10.09574	2.31612
Pair sp1 & sp2	61.6842	19	9.32173	2.13855
Pair sz1 & sz2	65.0000	19	12.14724	2.78677
Pair ap1 & ap2	61.5789	19	7.83380	1.79720
Pair dv1 & dv2	56.2632	19	5.57616	1.27926
Pair av1 & av2	54.8947	19	4.80619	1.10261
Pair int1 & int2	67.1053	19	10.50341	2.40965
Pair ext1 & ext2	53.5263	19	7.96080	1.82633
Pair gesamt1 & gesamt2	63.5263	19	8.09917	1.85808

### Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair Sr1 & sr2	19	.354	.137
Pair kb1 & kb2	19	.249	.305
Pair ad1 & ad2	19	-.005	.985
Pair sp1 & sp2	19	.691	.001
Pair sz1 & sz2	19	.530	.019
Pair ap1 & ap2	19	.231	.341
Pair dv1 & dv2	19	.441	.059
Pair av1 & av2	19	.488	.034
Pair int1 & int2	19	.243	.317
Pair ext1 & ext2	19	.606	.006
Pair gesamt1 & gesamt2	19	.491	.033

11	gesamt2	55.2632	19	6.87057	1.57622
----	---------	---------	----	---------	---------

### Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
PairSr1 - sr2 1	7.21053	11.20307	2.57016	1.81082	12.61023	2.80518	.012	
Pairkb1 - 2 kb2	9.10526	11.87853	2.72512	3.38000	14.83053	3.34118	.004	
Pairad1 - 3 ad2	6.42105	12.16697	2.79129	-.55676	12.28534	2.30018	.034	
Pairsp1 - 4 sp2	7.21053	6.80342	1.56081	3.93138	10.48967	4.62018	.000	
Pairsz1 - sz2 5	8.42105	10.30273	2.36361	3.45530	13.38681	3.56318	.002	
Pairap1 - 6 ap2	5.31579	8.54435	1.96021	1.19755	9.43403	2.71218	.014	
Pairdv1 - 7 dv2	1.68421	6.74168	1.54665	-1.56518	4.93360	1.08918	.291	
Pairav1 - 8 av2	2.26316	4.20109	.96380	-.23830	4.28802	2.34818	.030	
Pairint1 - 9 int2	8.26316	12.10988	2.77820	2.42638	14.09993	2.97418	.008	
Pairext1 - 10 ext2	2.68421	7.04787	1.61689	-.71276	6.08118	1.66018	.114	
Pairgesamt1 11 - gesamt2	8.26316	7.62920	1.75026	4.58600	11.94031	4.72118	.000	

### Korrelation Behandlungserfolg – Lebenszufriedenheit

Probandennr.	Wert Gewichtete Lebenszufriedenheit	M Behandlungserfolg
6	-1	2
7	38	3.25
10	18	2.5
15	63	2.5
18	77	2.75
30	1	1.25
51	16	4
60	96	3.75
65	28	3.5
66	25	1.25
68	39	2.75
73	57	3.5
77	29	4
78	55	3.75
87	28	2.75
89	49	2
94	22	3.25
95	45	2.25
96	66	3.75
99	21	2

#### Correlations

	lebenszufriedenheit	behandlungserfolg
lebenszufriedenheit	Pearson Correlation 1	.405
	Sig. (2-tailed) .077	
	N 20	20
behandlungserfolg	Pearson Correlation .405	1
	Sig. (2-tailed) .077	
	N 20	20

## Anhang E: Persönliche Erklärung Einzelarbeit

### Erklärung der Studierenden zur Master-Thesis-Arbeit

**Studierende:** Koller, Sandra

**Master-Thesis-Arbeit:**

Wie erfolgreich ist eine stationäre Behandlung in der Jugendpsychiatrie?

Aktuelle Lebenssituation, Lebenszufriedenheit, subjektiver Behandlungserfolg und Symptombelastung von ehemaligen Patienten und Patientinnen der Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens

**Abgabe:** 12. August 2016

**Fachbegleitung:** Prof. Dr. phil. Manuel Bachmann, Fachhochschule Bern

Ich, obgenannte Studierende, habe die obgenannte Master-Thesis-Arbeit selbstständig verfasst. Wo ich in der Master-Thesis-Arbeit aus Literatur oder Dokumenten zitiere, habe ich dies als Zitat kenntlich gemacht. Wo ich von anderen Autoren oder Autorinnen verfassten Text referiere, habe ich dies reglementsconform angegeben.

Ort, Datum: Luzern, 4. August 2016

Unterschrift

