Universitätsklinikum Ulm,
Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Prof. Dr. Jörg M. Fegert (ärztlicher Direktor)

Einstellungen kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten und deren Eltern zu Arzneimitteln, Verschreibungspraxis und pharmakogenetischen Testungen - Erfragung anhand eines standardisierten Fragebogens und Vergleich mit einer Referenzgruppe an Schulen

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Jörg Sonnabend
geboren 1983 in München

vorgelegt im Jahr 2011

Amtierender Dekan: Herr Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Herr PD Dr. Michael Kölch

2. Berichterstatter: Frau Prof. Dr. Julia Stingl

Tag der Promotion: 08.12.2011

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....III

1 Einleitung.....1
1.1 Einstellungen und medizinische Therapieverfahren.....1
1.2 Gesundheitsmodelle.....2
1.3 Adherence.....3
1.4 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Jugendliche.....5
1.5 Der Einsatz von komplementären und alternativen Therapieformen bei Kindern und Jugendlichen.....6
1.6 Einstellungen zu Medikamenten bei Eltern und Kindern.....8
1.7 Ziele dieser Arbeit.....8

2 Methoden.....10
2.1 Erstellung der Informationsblätter und des Fragebogens.....10
2.2 Studienteilnehmer.....14
2.3 Befragung.....15
2.4 Kodierung, Digitalisierung und Archivierung der Fragebögen.....17
2.5 Score-Systeme.....19
2.6 Statistische Auswertung.....24

3 Ergebnisse.....26
3.1 Vergleich der Stichproben in der KJP und an Schulen.....26
3.2 Reliabilitätsprüfung.....31
3.3 Mittelwerte der Scores für Väter, Mütter und Jugendliche in der KJP.....34
3.4 Aufgrund häufigerer Medikamenteneinnahme der jugendlichen Studienteilnehmer in der KJP werden Unterschiede in der Einstellung zu Medikamenten zwischen den Jugendlichen in KJP und Schulen erwartet.....37
3.5 Vergleich der Einstellungen zu Medikamenten zwischen den Eltern der KJP-Patienten und den Eltern der Schüler.....42
3.6 Einflussfaktoren auf die Einstellung zu Medikamenten bei Jugendlichen in der KJP.....47
3.7 Einflussfaktoren auf die Einstellung zu Medikamenten bei Eltern von KJP-Patienten 52

3.8 Unterschiede in der Einstellung zu Medikamenten zwischen Vater, Mutter und Kind innerhalb der Familie....56

4 Diskussion....60
4.1 Einfluss der Krankheitserfahrung auf die Einstellungen zu Medikamenten….60
4.2 Der Einfluss der Medikamentenerfahrung auf die Einstellungen zu Medikamenten....63
4.3 Intrafamiliäre Unterschiede in den Einstellungen zu Medikamenten....67
4.4 Stichprobenzusammensetzung....69
4.5 Limitationen und Ausblick....70

5 Zusammenfassung....73

6 Literaturverzeichnis....75

7 Anhang....80
7.1 Kurz-Informationsblatt....80
7.2 Informationsblatt für Schüler....82
7.3 Informationsblatt für Eltern....82
7.4 Fragebogen für Schüler....83
7.5 Fragebogen für Eltern....84
7.6 Tabellen-Kodierung....85
7.7 Tabelle der Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse....86
7.8 Tabellarischer Anhang des Ergebnisteils....87

Danksagung....108

Lebenslauf....109

Abkürzungsverzeichnis

Abi	Abitur
AD	Antidepressiva
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom
AMQ	Attitudes towards Medicines Questionnaire
ANOVA	Varianzanalyse; analysis of variance
BeS	Benefit-Score
BMQ	Beliefs about Medicines Questionnaire
dF	Freiheitsgrad
F	statistische Gesamtheit
HaS	Harm-Score
HIV	humanes Immundefizienz-Virus
HS	Hauptschulabschluss
I17	Item 17 (Gentest-Einzelitem)
I21	Item 21 (Antidepressiva-Einzelitem)
I22	Item 22 (Antidepressiva-Einzelitem)
I23	Item 23 (Antidepressiva-Einzelitem)
Jug	Jugendliche/r
KIGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
N	Fallzahl
Max	Maximum
MeE	Medikamentenerfahrung
Min	Minimum
Mut	Mutter
MW	Mittelwert
NRS	Natural-Remedies-Score
OTC	Over-the-counter
OvS	Overuse-Score
QuS	Quadratsumme
RS	Realschulabschluss
Sch	Schüler
SD	Standardabweichung
Sign	Signifikanz

SSS	Sensitive-Soma-Score
STD	Sexually Transmitted Disease; sexuell übertragbare Erkrankung
Tab.	Tabelle
TDM	therapeutisches Drug Monitoring
Vat	Vater
Uni	abgeschlossenes Hochschulstudium

1 Einleitung

1.1 Einstellungen und medizinische Therapieverfahren

Einstellungen werden in der Literatur als Disposition oder Tendenz definiert, eine bestimmte Idee, Person, Sache oder Situation positiv oder negativ zu bewerten. Sie basieren auf Gedanken und Meinungen und sind von Erfahrungen geprägt [56].

Einstellungen und Auffassungen über Therapieverfahren können Einfluss auf die medizinische Behandlung nehmen. So spielen sie eine wichtige Rolle bei der Wahl des medizinischen Behandlungsansatzes, bzw. des medizinischen Therapieverfahrens.

Ein Beispiel hierfür ist die positive Korrelation zwischen der Verletzbarkeit, die Eltern für ihr asthmakrankes Kind empfanden und der Anzahl der Fehltage in der Schule sowie der Anzahl der Allgemeinarztbesuche und der Regelmäßigkeit der Einnahme von Dauermedikation. Dies konnten Spurrier *et al.* im Jahre 2000 im Rahmen einer Studie über australische Kinder zeigen [53]. Ebenso setzten Mütter, die ihr Kind für sehr vulnerabel hielten, bei ihrem Kind häufiger freiverkäufliche Medikamente (OTC-Medikamente) ein als andere, die ihr Kind für nicht so vulnerabel einschätzten [39].

Die Summe aller Vorstellungs- und Wissensinhalte, die sich auf die spezifische Erkrankung der Patienten beziehen, werden als subjektive Krankheitskonzepte oder Krankheitstheorien bezeichnet [14]. Diese können deutlich von den Vorstellungen der behandelnden Ärzte abweichen und somit die Bereitschaft zur aktiven Teilhabe am Behandlungsprozess verringern.

Weiterhin kann der Zusammenhang von Einstellungen und Gesundheitsverhalten durch Gesundheitsmodelle nachvollzogen werden. Exemplarisch dafür werden im Folgenden zwei Modelle vorgestellt.

1.2 Gesundheitsmodelle

Das Health Belief Model, im deutschen Sprachraum auch „Modell gesundheitlicher Überzeugungen“ genannt, ist ein psychologisches Modell, das versucht, Gesundheitsverhalten von Patienten zu erklären und vorherzusagen. Es wurde unter anderem von Becker seit den Fünfziger-Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt [3]. Dabei stehen Gedanken und Einstellungen im Mittelpunkt der Analyse. Eine Grundannahme des Health Belief Modells lautet, dass die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung mit dem Grad der Gesundheitsgefährdung durch die Krankheit und der Möglichkeit, diese durch Verhaltensänderung zu vermindern, ansteigt. Die gefühlte Vulnerabilität und der subjektiv empfundene Schweregrad einer Krankheit beschreiben das Ausmaß der Gefährdung einer Person durch eine bestimmte Krankheit. Dem entgegen steht die Wirksamkeit der Gegenmaßnahme, die sich aus dem subjektiven Nutzen und den Kosten der Maßnahme zusammensetzt. Gesundheitsverhalten wird somit also durch Abwägen zwischen Bedrohlichkeit einer Erkrankung und der Wirksamkeit der Gegenmaßnahme bestimmt [32].

Ein weiteres Beispiel für psychologische Gesundheitsmodelle stellt die Theorie des geplanten Verhaltens dar. Dieses Modell, das 1985 von Ajzen entwickelt wurde, wird ebenfalls häufig zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens von Patienten herangezogen [1]. Der Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten wird über den Begriff der Intention, der zwischen beiden steht, beschrieben. Eine Intention wird als bewusste Entscheidung einer Person definiert, ein bestimmtes Verhalten auszuführen. Die Einstellung wird als affektive Bewertung des Verhaltens definiert. Neben der Einstellung beeinflussen zwei weitere Kategorien die Ausbildung einer Intention. Die subjektive Norm beschreibt die Erwartungen des sozialen Umfelds der Person, die wahrgenommene Verhaltenskontrolle definiert die subjektiv wahrgenommene Schwierigkeit, ein Verhalten auszuführen. Das Modell „Theorie des geplanten Handelns“ wird häufig angewandt, um Gedanken zu Gesundheitsproblemen und Medikamenteneinnahme-Verhalten zu bewerten. Auch Copingstrategien, also Strategien mit denen Personen Stressoren zu bewältigen versuchen, können mit Hilfe dieses Modells nachvollzogen werden [31]. Die Therapietreue (Adherence) beispielsweise gilt als bestimmte Form der Copingstrategie: Patienten wägen ab, ob die Art der Therapie, die gemeinsam mit dem Arzt ausgewählt wurde, zu ihrem gedanklichen Konzept passt. Außerdem bewerten

Patienten den subjektiven Erfolg einer Behandlung und entscheiden darüber, ob sich für sie die Fortführung der Therapie lohnt.

1.3 Adherence

So kann also neben der Wahl der Therapieform (z.B. medikamentöse Therapie, Phytopharmakatherapie) auch die Therapietreue („adherence“) von Einstellungen zur Therapie abhängig sein [38]. Der Begriff „Adherence“ ist im medizinischen Sprachgebrauch als das Ausmaß definiert, in dem Patienten von Ärzten verschriebene Therapien akzeptieren und befolgen [20]. In einer Übersichtsarbeit über die Forschungsergebnisse der letzten 50 Jahre, beschrieb DiMatteo eine Non-adherence-Rate von 25-40% aller für Erwachsene verschriebenen Arzneimittel [9].

Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die belegen, dass mittels Erfragen der Einstellungen von Patienten die Therapietreue eingeschätzt werden kann.

Horne stellte 1999 einen Zusammenhang zwischen Medical Beliefs und Adherence fest [26]. Hierfür wurde das von ihm entwickelte „Beliefs about Medicines Questionnaire“ angewandt. Dieser Fragebogen ist in zwei Blöcke gegliedert, die Einstellungen zu Medikamenten allgemein („BMQ-general“) und krankheitsspezifisch abfragen („BMQ-specific“). Während ersterer die Einstellungen der Probanden zu Medikamenten allgemein anhand von Items zu den zwei Skalen „Overuse“ (übermäßiger Einsatz von Arzneimitteln durch Ärzte) und „Harm“ (Schädlichkeit der Medikamente) erfragt, wurde der BMQ-specific für vier Krankheitsgruppen entwickelt und umfasst Items zu den Skalen Necessity (Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme) und Concerns (Bedenken bezüglich der Medikamenteneinnahme).

Das Antwortverhalten der Probanden wurde in Abhängigkeit zur Adherence, die durch einen weiteren Fragebogen quantifiziert wurde, untersucht. Es zeigte sich für alle fünf untersuchten Krankheitsgruppen (Asthma, Cardiac, Oncology, Renal und Psychiatric), dass Patienten, die ihre medikamentöse Therapie für sehr notwendig erachteten (Necessity-Score), für sich eine höhere Adherence-Rate angaben. Dagegen korrelierten größere Sorgen bezüglich der medikamentösen Therapie (Concern-Score) mit einer niedrigeren Adherence-Rate [26].

Diese Ergebnisse konnten für zahlreiche Erkrankungen in verschiedenen Ländern bestätigt werden. So wurden beispielsweise Studien in Großbritannien (HAART bei HIV [23]) und Italien (Depression, Asthma, Diabetes, Cardiac [55]) durchgeführt.

In einer norwegischen Studie mit psychiatrischen Patienten konnten Jonsdottir *et al*. [28] die Feststellung von Horne [26] bestätigen, dass hohe Werte im Necessity-Score (Notwendigkeit) mit hohen Werten für Adherence und hohe Werte des Concern-Scores (Besorgnis) mit niedriger Adherence korrelierten. Allerdings wurde hierfür die Adherence-Rate nicht mithilfe von Selbstangaben der Patienten in Fragebögen, sondern durch Analyse der Serumspiegel im Rahmen von TDM (therapeutical drug monitoring) bestimmt.

Es ist bekannt, dass es auch bei Kindern und Jugendlichen Probleme mit Non-Adherence gibt. Für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich finden sich Daten für Kinder, die am Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) leiden: die Adherence-Rate für eine Stimulanzien-Therapie mit Methylphenidat wurde mit 53,5% angegeben [42].

Eine unterschiedliche Bewertung der medikamentösen Therapie bzw. deren Wirksamkeit durch Ärzte und Patienten ist als eine wichtige Ursache mangelnder Therapietreue anzusehen [36].

Durch Non-Adherence entstehen jährlich beträchtliche Kosten, die allein für Deutschland auf 10 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt werden [16]. Außerdem kann eine ineffiziente Medikamententherapie Folge einer geringen Adherence sein. Dies kann zu Steigerung von Morbidität und Mortalität führen [49]. Allerdings fällt auf, dass auch die Adherence zu Placebo-Medikamenten mit geringerer Mortalität korreliert. Daraus lässt sich schließen, dass Patienten mit hoher Adherence-Rate eventuell generell gesünder leben und es sich somit um einen Confounder handeln könnte.
Zusammenfassend betrachtet, könnte eine Abfrage von Einstellungen zu Medikamenten mit nachfolgender gezielter Beratung die Therapietreue fördern und somit zum einen die medikamentöse Therapie verbessern und zum anderen volkswirtschaftliche Ressourcen schonen [44].

Auch könnte eine gezieltere Beratung die Arzt-Patientenbeziehung verbessern und die Adherence-Rate steigern. So wurde für Schizophrenie-Patienten beschrieben, dass eine positivere Arzt-Patientenbeziehung mit einer höheren Adherence-Rate korreliert [22]. Dadurch könnten Patienten dazu gebracht werden, eine aktivere Patientenrolle im Rahmen ihrer Krankheitsbewältigung einzunehmen. Es ist hinlänglich bekannt, dass durch das Gefühl einer aktiveren Patientenrolle das Allgemeinbefinden der Patienten gesteigert werden kann [6] und dass sich durch mehr Teilhabe des Patienten an Entscheidungsprozessen und Therapien das Outcome verbessert [17].

Dies könnte auch für Kinder gelten. So könnte durch verbesserte Kommunikation mit dem Arzt, wie z.B. direkte Gespräche mit dem Kind unter Vermeidung von Kommunikation über die Mutter, mehr Konkordanz beziehungsweise Adherence erreicht werden. Denn ein Beispiel von Kindern, die an Asthma leiden, zeigt, dass diese in der Regel stolz darauf sind, ihre Medikamente selbst zu verwalten, was wiederum die Adherence in solchen Fällen ansteigen lässt [46]. Eine amerikanische Studie, die bei an Asthma erkrankten Kindern über drei Monate hinweg die Adherence-Rate mittels speziellen Inhalators, der jede Medikamenteneinnahme aufzeichnet, maß, zeigte, dass Adherence auch im Kindesalter ein großes Problem darstellt. So wurden an 42% der Tage überhaupt keine verschriebenen inhalativen Glukokortikoid-Sprays von den Kindern angewandt. Auch zeigte sich, dass die von den Patienten in Form eines Medikamententagebuchs dokumentierte Einnahmehäufigkeit über derjenigen lag, die durch den Inhalator gemessen wurde. Ein weiteres Ergebnis dieser Studie war die Korrelation zwischen medizinischem Wissen der Patienten und der Adherence. Je mehr ihnen über Asthma bekannt war, desto öfter nahmen Patienten ihre Medikamente ein [4].

1.4 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Jugendliche

Durch Untersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) sind genaue Zahlen über die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren in Deutschland bekannt [29]. Danach haben 53 % der Jugendlichen im letzten Jahr eine allgemeinmedizinische Praxis aufgesucht, 25% besuchten den Kinderarzt, 22% den Augenarzt. Ein Anteil von 37% der

Mädchen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren besuchte im Verlauf des letzten Jahres den Frauenarzt.

Im Rahmen der KIGGS-Studie wurde auch die Prävalenz medikamentöser Therapien bei Jugendlichen in Deutschland untersucht [33]. Es gaben 51% der Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren an, in den letzten 7 Tagen Medikamente eingenommen zu haben. Bei Jungen war dieser prozentuale Anteil mit 41 % deutlich geringer als bei Mädchen (61%). Orale Kontrazeptiva wurden von 24% der Mädchen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren eingenommen. Betrachtet man die Medikamente, die Kinder und Jugendliche unter 17 Jahren in Deutschland einnehmen, nach Arzneimittelklassen, so fällt auf, dass die meisten Medikamente (17%) zur Behandlung von Atemwegsbeschwerden eingesetzt werden. Danach folgen Medikamente zur Behandlung des alimentären Systems und des Stoffwechsels (16%) und Derminativa (10%). Der Anteil der Kinder, die in der letzten Woche Medikamente zur Behandlung des Nervensystems einnahmen lag bei 7%. Von den eingenommenen Arzneimitteln waren 5% homöopathische Präparate.

Aus den für die KIGGS-Studie erhobenen Daten, arbeiteten Kölch *et al.* die Prävalenz psychotroper Medikamente bei Kindern und Jugendlichen heraus [34]. Dabei wurde eine Therapie mit Psychostimulanzien (Methylphenidat) nicht in die Auswertung eingeschlossen. Insgesamt hatten 6,3 von 1000 Jugendlichen der Altersgruppe zwischen 14 und 17 Jahren in der vorangegangenen Woche Psychopharmaka eingenommen. Bezogen auf alle Kinder unter 17 Jahren betrug der Anteil 4,8 je 1000 Kinder. Davon entfielen 2,7 pro 1000 Kinder auf Sedativa, 1,1 pro 1000 Kinder auf Antipsychotika, 0,7 pro 1000 Kinder auf Antidepressiva und 0,4 pro 1000 Kinder auf Anxiolytika.

Betrachtet man die Prävalenz einer Pharmakotherapie mit Methylphenidat, so bekamen in Deutschland im Jahre 2007 1,06 % der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren mindestens einmal Methylphenidat verschrieben [48].

1.5 Der Einsatz von komplementären und alternativen Therapieformen bei Kindern und Jugendlichen

Es ist aus Untersuchungen bekannt, dass viele Menschen - auch Jugendliche - neben den verschriebenen konventionellen Therapieverfahren zusätzlich alternati-

ve Heilmethoden und Phytopharmaka anwenden. So sollen Eltern pflanzliche Arzneimittel für die Behandlung ihrer Kinder bevorzugen, zumindest zeigen pharmakoepidemiologische Untersuchungen, dass ein nicht zu vernachlässigender Teil der Eltern ihre Kinder damit therapiert. Die Verbreitung von komplementären und alternativen medizinische Verfahren bei US-amerikanischen Kindern wurde von Pitetti im Jahre 2001 untersucht [43]. 12 % der befragten Erziehungsberechtigten gaben an, bereits mindestens eine Form der komplementären und alternativen Heilmethoden bei einem ihrer Kinder angewandt zu haben. Unter Naturheilmittel und Homöopathika summierten sich 60% der komplementären und alternativen Heilmethoden, wobei in 40% der Fälle, in denen Naturheilmittel oder Homöopathika eingesetzt wurden, dies zusätzlich zu konventionellen Medikamenten erfolgte.

Für Deutschland wurden im Rahmen der KIGGS-Studie Zahlen über die Prävalenz homöopathischer Arzneimittel ermittelt. So hatten 4,6 % der befragten Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) in der letzten Woche homöopathische Arzneimittel eingenommen. In 60 % der Fälle erfolgte dies begleitetend zu einer konventionellen Therapie [11].

Auch bei psychiatrischen Krankheitsbildern werden pflanzliche Medikamente eingesetzt. Der Anteil von Hypericum-perforatum-Präparaten (Johanniskraut) an den 2003 in Deutschland an Kinder und Jugendliche verschriebenen Antidepressiva lag bei 40% [13].

Ebenso werden bei ADHS alternative Heilmittel, wie beispielsweise langkettige, mehrfach ungesättigte Fettsäuren häufig eingesetzt. So wurde im Rahmen einer australischen Studie zu ADHS [50] herausgefunden, dass 67% der Familien mit einem von dieser Krankheit betroffenen Kind komplementäre medizinische Heilverfahren bereits ausprobiert hatten. Die häufigsten alternativen Heilverfahren waren Ernährungsumstellung (66%), Vitamine und Mineralstoffe (32%), Aromatherapie (24%), Nahrungsergänzungsmittel (24%), chiropraktische Therapie (20%) und Phytopharmaka (14%). Zu den häufig bei ADHS eingesetzten Phytopharmaka zählen Präparate aus Ginkgo, Echinacea und Johanniskraut. In 64% der Fälle waren die Pädiater über den Einsatz alternativer Heilmethoden bei ihren Patienten nicht informiert. Dies könnte unter anderem daran liegen, dass viele Ärzte nur ungern über komplementäre Heilmethoden informieren, da sie unsicher sind, wie sie Wirksamkeit und Nebenwirkungen komplementärer Therapieverfahren bewerten

sollen und deshalb auch auf detaillierte Nachfragen im Rahmen der Anamnese verzichten [30].

Auch bei weiteren Erkrankungen im Kindesalter werden komplementäre und alternative Heilmethoden in einem hohen Prozentsatz eingesetzt:

bei Mucoviszidose (66%) [54], bei rheumathoider Arthritis (70%) [52], bei Malignomen (46%) [47] und bei Asthma (55%) [2].

1.6 Einstellungen zu Medikamenten bei Eltern und Kindern

Im Gegensatz zur Häufigkeit der Medikamenteneinnahme Jugendlicher, wurden deren Einstellungen zu Medikamenten bislang wenig untersucht. Dies gilt auch für die Frage, inwieweit Kinder und Jugendliche die Einstellungen ihrer Eltern zu Medikamenten teilen.

Bisher gibt es zu dieser Fragestellung einige Erkenntnisse aus der Asthmaforschung. So ist beispielsweise die Vorstellung, dass es sich bei Asthma um eine häufig auftretende akute Erkrankung handelt („Ohne Symptome kein Asthma!“), unter Müttern und Kindern verbreitet. Diese Verkennung der chronischen Komponente der Erkrankung führt zu unregelmäßigerer Einnahme der Dauermedikation und behindert somit eine erfolgreiche Therapie [57]. Auch eine amerikanische Studie bestätigte, dass 53 % der Aussage „Ohne Symptome kein Asthma!“ zustimmten und dies negativ mit der Adherence von inhalativen Glukokortikoiden korreliert [18]. In diesem Kontext könnte durch Psychoedukation die Adherence-Rate und damit der Therapieerfolg verbessert werden. Dabei sollte die Übermittlung von Informationen an Jugendliche angepasst werden. Diese möchten nicht durch ausgehändigte Broschüren, sondern durch persönliche Beratung möglichst mit audiovisueller Unterstützung informiert werden [58].

1.7 Ziele dieser Arbeit

Für Jugendliche ist es bisher noch nicht in ausreichendem Maß geklärt, wie sich deren allgemeine Einstellungen zu Medikamenten darstellen und welche Befürchtungen sie gegenüber einer pharmakologischen Therapie hegen.

Aus diesem Grund wurden im Rahmen der AMQ-Studie Jugendliche und deren Eltern mittels eines Fragebogens nach ihren Einstellungen zu Medikamenten befragt.

Da diese Befragung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und an Schulen stattfand, ist es Ziel dieser Arbeit die Einstellungen der Jugendlichen in der KJP zu untersuchen und die Einstellungen der Kollektive in KJP und Schulen miteinander zu vergleichen.

Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

- Gibt es Unterschiede in der Einstellung zu Medikamenten zwischen KJP-Patienten und Schülern?
- Haben Eltern von KJP-Patienten andere Einstellungen zu Medikamenten als Eltern der Schüler?
- Gibt es Einflussfaktoren auf die Einstellungen jugendlicher KJP-Patienten zu Medikamenten wie z.B. Vorerfahrung mit Medikamenten?
- Gibt es Einflussfaktoren auf die Einstellungen zu Medikamenten bei Eltern von jugendlichen KJP-Patienten?
- Bestehen in der Familie jugendlicher KJP-Patienten intrafamiliäre Unterschiede zwischen Vater, Mutter und Kind bezüglich der Einstellungen zu Medikamenten?

2 Methoden

2.1 Erstellung der Informationsblätter und des Fragebogens

2.1.1 Inhalt der ausgeteilten AMQ-Umschläge

Jeder teilnehmende Jugendliche erhielt einen DIN A4-Umschlag, der fünf Blätter enthielt:

- ein für Jugendliche konzipiertes Informationsblatt, das dem Sprachverständnis der Schüler angepasst war und einen Schüler-Fragebogen
- ein ausführliches Informationsblatt, das für die Eltern/Erziehungsberechtigten/Pflegeeltern erstellt wurde und sich auf der Rückseite des Informationsblattes für Schüler befand und zwei identische Eltern-Fragebögen
- zusätzlich ein verkürztes Informationsblatt „Kurzinfo“ mit kompakten Informationen

2.1.2 Informationsblätter

Die Informationsblätter umfassten für Eltern und Schüler je eine Seite. Hier wurden unter anderem wichtige Themen wie Freiwilligkeit der Teilnahme und Datenschutz erläutert.

Der Text des Informationsblattes für Schüler war verkürzt und vereinfacht abgefasst. Zusätzlich befand sich in jedem Umschlag eine "Kurzinfo", die kompakt den Studieninhalt sowie den Datenschutz beschrieb und das Ausfüllen des Fragebogens erklärte. Vorbild für die "Kurzinfo" war "Appendix 4: An example of general instructions for the BMQ" [27].

2.1.3 Fragebögen

2.1.3.1 Grundlage

Grundlage für den Fragebogen war der "Beliefs about Medicines Questionnaire General 12" [27].

Zunächst wurde der BMQ-Fragebogen ins Deutsche übersetzt. Um einer Sinnverschiebung bei der Übersetzung vorzubeugen, erfolgte eine Re-Übersetzung ins Englische. Diese Rückübersetzung wurde von einem unabhängigen "Native Speaker" mit guten Deutsch-Kenntnissen durchgeführt.

Es wurden drei zusätzliche Items in den Fragebogen aufgenommen, um die Einstellungen der Studienteilnehmer zu pflanzlichen Medikamenten zu erfragen.

Eine weitere Aussage beschäftigte sich mit der Individualisierung der pharmakologischen Therapie durch Gentests.

Die Teilnehmer der Studie sollten jede der insgesamt 23 Aussagen auf einer Fünf-Punkt-Likert-Skala von "stimme gar nicht zu" bis "stimme voll zu" bewerten.

2.1.3.2 Fallbeispiel

Im Anschluss an diese Fragen folgte ein fiktives Fallbeispiel, in dem den Teilnehmern das Krankheitsbild der Depression und deren medikamentöse Therapie durch Antidepressiva vorgestellt wurde. Es wurden typische Symptome eines depressiven Jungen beschrieben. Die Schüler sollten sich in die Situation dieses Jungen hineinversetzen. Im Fragebogen für Eltern sollten diese sich vorzustellen, dass es ihrem Kind ähnlich wie dem Jungen im Fallbeispiel ginge. Unter diesen Voraussetzungen sollten die Studienteilnehmer nun drei Aussagen zum Thema Antidepressiva beurteilen. Diese drei Standpunkte entstammten ebenfalls dem Vorbild des BMQ, allerdings der Version für spezielle Erkrankungen (BMQ-Specific for Depression) [27].

2.1.3.3 Soziodemographische Daten der Teilnehmer

Im Kopf des Fragebogens wurden soziodemographische Daten abgefragt: Alle Teilnehmer sollten Alter, Geschlecht und Nationalität nennen, sodass die teilnehmenden Schüler in folgende drei Altersgruppen aufgeteilt werden konnten: 12 und 13 Jahre alte Jugendliche wurden der Altersgruppe 1 zugeordnet, 14 und 15 Jahre alte der Altersgruppe 2 und 16- und 17-Jährige der Altersgruppe 3.

Die soziodemographische Erhebung umfasste bei Jugendlichen zusätzlich die aktuell besuchte Klassenstufe und außerdem sollten sie drei geschlossene Fragen zu ihrer Medikamenten-Anamnese beantworten. Wurde mindestens eine dieser drei Fragen bejaht, so wurden diese Jugendlichen bei der Auswertung als Jugendliche mit Medikamentenerfahrung (MeE) bezeichnet. Der Terminus „Medikamentenerfahrung“ wurde in dieser Form verwendet, da jede der 3 Fragen zur Medikamenten-Anamnese eine erhebliche Medikamenteneinnahme behandeln. So ist es einmal eine Einnahme, die über einen Monat lang andauerte. In einer weiteren Frage wird eine regelmäßige Medikamenteneinnahme behandelt und zuletzt die Erfahrungen mit psychiatrischen Arzneimitteln. Bei Letzterer ist zwar die zeitliche Dauer der Einnahme nicht angegeben, jedoch bewertet auch diese Frage aufgrund kritischer Indikationsstellung und meist chronischer Therapie bei pharmakologischer Therapie mit Psychopharmaka eine erhebliche Vorerfahrung mit Medikamenten.

Ebenso wie die Jugendlichen, sollten auch die Eltern im Kopf des Fragebogens zusätzliche Angaben machen: Sie wurden gebeten, ihren letzten Schulabschluss aus den vier Kategorien „Hauptschule“, „Realschule“, „Abitur“ und „abgeschlossenes Studium“ auszuwählen. Bei der Auswertung wurden diese numerisch kodiert, wobei der Wert 1 dem Hauptschulabschluss und 4 dem abgeschlossenem Studium entspricht. Im Rahmen der Auswertung wurde hierfür der Begriff „Elternbildung“ verwendet. Lag für beide Elternteile ein Wert zur Verfügung, so wurde der höhere Wert für Vater, Mutter und Kind dieser Familie verwendet. Desweiteren wurden die Eltern nach dem Alter ihres teilnehmenden Kindes gefragt. Teilnehmende Schüler und die Patienten der KJP erhielten den identischen Fragebogen.

2.1.3.4 Fragebogen-Items

Die Items der Eltern-Fragebögen waren mit denen der Schülerversion identisch. Allerdings stellen die drei Items zum Thema Antidepressiva eine Ausnahme dar: Diese Items wurden im Fragebogen der Eltern umformuliert, sodass sich die Antidepressiva-Einnahme nicht auf die Eltern, sondern auf das eigene, teilnehmende Kind bezog (siehe Tab. 3).

Daraufhin wurde ein formaler Ethikantrag bei der Ethikkommission der Universität Ulm eingereicht, um eine Vorbefragung und im weiteren Verlauf die AMQ-Studie durchführen zu können. Der Antrag wurde im März 2009 mit positivem Votum bewertet.

2.1.4 Vorbefragung

Um die Funktionalität des Fragebogens und der Informationsblätter zu überprüfen, wurde eine Vor-Befragung an einer neunten Klasse einer Hauptschule [Maria Theresia Hauptschule, Günzburg, 02.03.2009] durchgeführt. Zwölf Schüler markierten Unklares oder Unverständliches. Aufgrund der Ergebnisse wurden folgende Änderungen im Layout vorgenommen:

- Im Kopf der Schülerbogen wurden Kästchen, die mit "trifft zu / trifft nicht zu" beschriftet waren, in "Ja"- und "Nein"-Kästchen umgewandelt.
- Die Beschriftung der Items wurde dahingehend verbessert, dass alle Aussagen einschließlich derjenigen zu den Antidepressiva durchnummeriert wurden.
- Es wurde zusätzlich eine verkürzte "Kurzinfo für Eltern und Schüler" erstellt, um die essentiellen Informationen zur Befragung in eine kompaktere Form zu bringen und so das Verständnis und die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen.

Die erhobenen Daten aus der Vorbefragung flossen nicht in die Auswertung der Studie ein.

2.2 Studienteilnehmer

2.2.1 Rücklaufziel und Kriterien der Fragebogen-Vollständigkeit

Ziel der AMQ-Studie war es, pro Schulart (Gymnasium, Real- und Hauptschule) je 150 Schüler-Fragebögen sowie 150 Fragebögen von KJP-Patienten zurückzuerhalten.

Als vollständig galten Fragebögen mit folgenden Eigenschaften:

- Die Angaben im Kopf des Fragebogens mussten vollständig sein. Für Schüler waren dies Alter, Geschlecht, Nationalität, Klassenstufe und die Beantwortung dreier Fragen zur bisherigen Medikamenteneinnahme. Beim Eltern-Fragebogen entsprach dies Alter, Geschlecht, Nationalität, der letzte Bildungsabschluss und das Alter des teilnehmenden Kindes.
- Für alle 23 Aussagen musste zweifelsfrei erkennbar sein, welches der fünf Kästchen angekreuzt war. Wurden für eine Frage zwei Kästchen markiert, so zählte die entsprechende Frage als unbeantwortet und der Fragebogen als unvollständig.

Der Rücklauf sollte in jeder der drei Altersklassen (12-13, 14-15 und 16-17 Jahre) pro Schultyp, beziehungsweise KJP etwa 50 Schüler-Fragebögen umfassen.

Patienten- und Schülerbögen waren, wie bereits erwähnt, identisch.

Somit wurden die KJP-Patienten nicht nach der Schulart, die sie besuchten, gefragt, sodass eine Auswertung hinsichtlich des Vergleiches zwischen Schülern und KJP-Patienten nach Schulart nicht durchgeführt werden konnte.

Alle Schüler wurden in die Auswertung einbezogen und in der KJP wurden die Jugendlichen unabhängig von der Art des jeweiligen Krankheitsbildes eingeschlossen.

2.3 Befragung

2.3.1 Befragung in den Schulen

2.3.1.1 Kontaktaufnahme und Organisation

Nach telefonisch eingeholtem Einverständnis, wurde der jeweiligen Schulleitung das "Informationsblatt für interessierte Schulen" zugesandt.

Zudem wurde den Schulleitungen erklärt, dass bei der Durchführung der Befragung ein Studienverantwortlicher behilflich sein könnte. Die Planung des Ablaufs berücksichtigte folgende Punkte:

Es sollten zunächst von der Schulleitung sechs Klassen ausgewählt werden. Dabei sollte es sich um jeweils zwei Klassen der Klassenstufen sechs oder sieben, acht oder neun und zehn oder elf handeln. Auf eine geringstmögliche Belastung des Schulbetriebs wurde Rücksicht genommen.

2.3.1.2 Ablauf

Die Befragung lief stets folgendermaßen ab:

Nach Vorstellung durch Lehrer oder Schulleiter erläuterte der Studienverantwortliche den Schülern in wenigen Minuten relevante Punkte wie Datenschutz und Freiwilligkeit der Teilnahme. Die Schüler sollten möglichst alle Fragen beantworten und außerdem wurde um die Teilnahme von mindestens einem Elternteil pro Schüler gebeten. Das Ausfüllen der Fragebögen sollte zu Hause erfolgen. Die Umschläge mit den ausgefüllten Fragebögen sollten in die Rückgabe-Box im Klassenzimmer gelegt werden.

Abschließend wurde jedem Schüler ein Umschlag ausgegeben. Der Unterricht wurde durch die Vorstellung der Studie und das Austeilen der Bögen jeweils circa zehn Minuten unterbrochen.

2.3.1.3 Rückgabe

Nach etwa fünf Tagen wurden die Rückgabe-Boxen vom Studienverantwortlichen abgeholt. Schüler, die ihren Umschlag noch nicht abgegeben hatten, wurden durch ein Erinnerungsschreiben im Klassenzimmer zur Teilnahme animiert.

2.3.1.4 Teilnahmebereitschaft der Schulen

Mit sieben von neun Schulen stand ein Großteil der kontaktierten Schulleitungen der Befragung offen gegenüber. Die Studienverantwortlichen wurden in allen Schulen in freundlicher Art und Weise bei der Durchführung der Befragung unterstützt.

Tab. 1: Teilnehmende Schulen und Zeitpunkt der Befragung mit dem AMQ-Fragebogen

AMQ Attitudes towards Medicines Questionnaire

Schule	Datum
Staatliche Realschule Bobingen	23.03.2009
Johann-Michael-Sailer-Gymnasium Dillingen	26.03.2009
Josef-Anton-Schneller-Hauptschule Dillingen	30.03.2009
Ulrich-von-Ensingen-Realschule Ulm	15.06.2009
Anna-Essinger-Gymnasium Ulm	17.06.2009
Adalbert-Stifter-Hauptschule Ulm	23.06.2009

2.3.2 Befragung in den Kinder- und Jugendpsychiatrien (KJPs)

2.3.2.1 Ablauf

Es wurden jugendliche Patienten und deren Eltern in zwei Kinder- und Jugend-Psychiatrien befragt.

Tab. 2: Teilnehmende KJPs und Zeitraum der Befragung mit dem AMQ-Fragebogen

KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie AMQ Attitudes towards Medicines Questionnaire

KJP	Zeitraum
Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uni-Klinik Ulm	Mai bis Juli 2009 und Februar bis März 2010
Kinder- und Jugendpsychiatrie Weißenau	September bis Dezember 2009

2.3.2.2 Organisation

Mithilfe der Ambulanz-Sekretariate wurde auf eine gleichmäßige Verteilung der Patienten hinsichtlich der drei Altersgruppen geachtet.

2.3.2.3 Befragung in den Ambulanzen

Ein Großteil der Befragung fand in den Ambulanzen der KJPs statt. Dort erhielten die teilnehmenden Patienten die Fragebögen bei der Anmeldung durch die Ambulanz-Sekretärinnen ausgehändigt. So konnte die Wartezeit für das Ausfüllen der Fragebögen genutzt werden. Die Patienten wurden gebeten, den Fragebogen selbstständig und vollständig im Warteraum auszufüllen. Die Familien, beziehungsweise die jugendlichen Patienten wurden außerdem durch die Sekretärinnen auf die Informationsblätter aufmerksam gemacht und um die Teilnahme von mindestens einem Elternteil gebeten.

2.3.2.4 Befragung auf den Stationen

Auch hospitalisierte Patienten wurden um eine Teilnahme an der Studie gebeten. Die Organisation wurde von Mitarbeitern der KJPs übernommen und ausgefüllte Bögen wurden im Sekretariat der Ambulanzen gesammelt.

2.4 Kodierung, Digitalisierung und Archivierung der Fragebögen

2.4.1 Kodierung

Jeder Umschlag, beziehungsweise damit entsprechend jede Familie, und jeder Fragebogen wurde mit einer unterschiedlichen und individuellen Nummer versehen.

Durch diese Ziffern können folgende Informationen ausgelesen werden:

- aus welchem Umschlag Schüler- und zwei Eltern-Fragebögen entstammen und wieviele der drei Fragebögen von dieser Familie ausgefüllt wurden;

- in welcher Schule und Klassenstufe beziehungsweise KJP der Umschlag ausgegeben wurde;
- wie viele der ausgeteilten Umschlägen und Bögen von den jeweiligen Schulklassen und KJPs bearbeitet wurden.

Bei der Digitalisierung der Daten wurde kontrolliert, ob der Schülerbogen auch zum mitabgegebenen Elternbogen passt. Dies war neben der eindeutigen Numerierung auch durch die Angabe des Alters des Kindes durch die Eltern möglich. Bestanden hier Differenzen, wurde dies in der Kommentarspalte der Auswertungstabelle vermerkt.

2.4.2 Digitalisierung

2.4.2.1 Verwendetes Programm

Für die Digitalisierung der Daten wurde das Programm "OpenOffice.org Calc 3.1.0" von Sun Microsystems genutzt. Sämtliche Antworten der ausgefüllten Fragebögen wurden per Hand in eine Tabelle des Formates „.xls“ eingetragen. Pro Fragebogen wurde dabei eine Zeile verwendet.

2.4.2.2 Tabellenstruktur

Eine Zeile dieser Tabelle bestand aus 39 Spalten:

- zwei Spalten für die Kodierung von Umschlag und Bogen
- elf Spalten für die soziodemographischen Angaben aus dem Kopf des Fragebogens
- je eine Spalte für die 23 Items
- eine Spalte für die Vollständigkeit
- eine Kommentar-Spalte für Unklarheiten, Besonderheiten oder Kommentare der Teilnehmer
- eine Spalte, die die Korrektur der Dateneingabe vermerkte.

Um die Auswertung innerhalb einer Familie zu ermöglichen wurde eine zusätzliche Tabelle erstellt, in der die Zeilen-Struktur verändert wurde: Alle drei Fragebögen einer Familie stehen hier in einer Zeile. Diese Umstrukturierung wurde automatisiert mit dem Programm SPSS (Version 16) durchgeführt.

2.4.2.3 Dateneingabe und Standardisierung

Zur Erleichterung der Daten-Eingabe wurde mit externen Eingabegeräten (USB-Num-Pads) gearbeitet und Tabellen-Spalten wurden an markanten Stellen des Fragebogens farbig unterlegt.

Um eine einheitliche Digitalisierung der Daten zu garantieren, wurde die Dateneingabe von zwei Studienmitarbeitern durchgeführt. Zur Vereinheitlichung der Eingabe und um Unklarheiten zu vermeiden, standen diese in engem Kontakt und verwendeten eine häufig aktualisierte Abkürzungstabelle (siehe Tab. 44 im Anhang).

2.4.3 Archivierung

Nach Digitalisierung und Kontrolle der eingegebenen Daten wurden die Umschläge sortiert im Forschungshaus der Universität Ulm [Heidenheimerstraße 87, 89073 Ulm] eingelagert.

2.5 Score-Systeme

Zur Auswertung der Einzelitems wurden diese zu Scores zusammengefasst. Ein Score bezieht sich auf jeweils drei oder vier Fragen des AMQ-Fragebogens (siehe Tab. 3). Da jede Aussage auf einer Fünf-Punkt-Likert-Skala (von 1 = „stimme gar nicht zu“ bis 5 = „stimme voll zu“) zu bewerten war, reichen die Werte der Scores von 3 bis 15, beziehungsweise von 4 bis 20.

Der geplante Antidepressants-Score musste aufgrund schlechter Reliabilität (siehe 3.2) verworfen werden. Stattdessen wurden die drei betroffenen Items einzeln ausgewertet.

Tab. 3: Im AMQ-Fragebogen verwendete Scores und deren Items

AMQ Attitudes towards Medicines Questionnaire

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Score	Item	Zum Score gehörende Items, die vom Teilnehmer von „stimme gar nicht zu“ (=1) bis „stimme voll zu“ (=5) zu bewerten waren.
Overuse-Score (OvS)	1	Ärzte verschreiben zu viele Medikamente.
	11	Ärzte vertrauen Medikamenten zu sehr.
	12	Wenn Ärzte mehr Zeit für ihre Patienten hätten, würden sie weniger Medikamente verschreiben.
Harm-Score (HaS)	2	Menschen, die Medikamente schlucken, sollten bei der Einnahme ab und zu eine Pause einlegen.
	4	Die meisten Medikamente machen süchtig.
	5	Naturheilmittel sind sicherer als Medikamente.
	9	Medikamente schaden mehr als dass sie nützen.
Benefit-Score (BeS)	3	Medikamente helfen vielen Menschen besser zu leben.
	6	In den meisten Fällen überwiegt bei Medikamenten der Nutzen gegenüber den Risiken.
	7	In Zukunft wird man Medikamente entwickeln, die die meisten Krankheiten heilen können.
	10	Medikamente verlängern das Leben vieler Menschen.
Sensitive-Soma-Score (SSS)	13	Mein Körper reagiert sehr sensibel auf Medikamente.
	14	Ich reagiere normalerweise stärker auf Medikamente als die meisten Menschen.
	15	Früher habe ich Medikamente schon mal schlecht vertragen.
	16	Schon sehr kleine Mengen an Medikamenten können meinen Körper umhauen.
Natural-Remedies-Score (NRS)	18	Pflanzliche Medikamente sind verträglicher als chemisch hergestellte.
	19	Pflanzliche Medikamente wirken besser als chemisch hergestellte.
	20	Wenn möglich, würde ich ein pflanzliches Medikament bevorzugen.

Tab. 4: Einzelitems im AMQ-Fragebogen

AMQ Attitudes towards Medicines Questionnaire

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Thema	Item	Zu bewertende Aussagen
Antidepressiva (Schülerfragebogen)	21	Manchmal mache ich mir Sorgen, dass ich zu stark abhängig von diesen Antidepressiva werde. („Concern“)
	22	Diese Antidepressiva schützen mich davor, dass es mir noch schlechter geht. („Necessity“)
	23	Ich versuche es vor Anderen zu verbergen, dass ich diese Antidepressiva nehme. („Concern“)
Antidepressiva (Elternfragebogen)	21	Manchmal mache ich mir Sorgen, dass mein Kind zu stark abhängig von diesen Antidepressiva wird. („Concern“)
	22	Diese Antidepressiva schützen mein Kind davor, dass es ihm noch schlechter geht.(„Necessity“)
	23	Ich versuche es vor Anderen zu verbergen, dass mein Kind diese Antidepressiva nimmt. („Concern“)
Gentest (beide Fragebögen)	17	Ich würde meine Gene testen lassen, wenn ich dadurch wissen könnte, welches Medikament am besten zu mir passt.

2.5.1 Overuse-Score (OvS)

Der Overuse-Score soll angeben, inwieweit der Befragte die Verschreibungspraxis von Medikamenten für übertrieben hält. Der übertriebene Einsatz von Medikamenten bezieht sich auf Verschreibungen durch Ärzte und nicht auf die eigenständige Einnahme durch den Patienten. Der Wert 15 würde also eine sehr starke Überzeugung des Teilnehmers widerspiegeln, dass Ärzte zu viele Medikamente verschreiben. Dieser Score entspricht nicht dem Overuse-Score aus dem ursprünglichen „BMQ-General-Questionnaire“([27]), da hier analog zu Horne [24] und Ramström [44] aus Gründen der Reliabilität das Item „Naturheilmittel sind sicherer als Medikamente.“ aus der Wertung entfernt wurde (siehe auch 3.2). Somit besteht der Score aus den Items 1, 11 und 12.

2.5.2 Harm-Score (HaS)

Der Harm-Score misst, inwieweit sich der Befragte Sorgen darüber macht, durch Arzneimittel Schaden zu erleiden. Je größer der Score ist, desto höher ist diese

Sorge bezüglich einer Medikamenteneinnahme anzusehen. Der Harm-Score setzt sich aus den Bewertungen von vier Aussagen zusammen und wurde nur teilweise aus [„BMQ-Development“] [27] übernommen: Das Item „Fast alle Medikamente sind Gift.“ wurde aus der Wertung genommen; dafür wurde das Item „Naturheilmittel sind sicherer als Medikamente.“ in den Harm-Score aufgenommen. Letzteres stammt aus dem Overuse-Score des ursprünglichen „BMQ-General-Questionnaire“[27]. Diese Veränderungen wurden von Rob Horne in einer der BMQ-Folge-Publikationen des Jahres 2004 durchgeführt [24], und wurden auch bereits für andere Studien angewandt (in Schweden [44]). Die Details zur Reliabilitätsprüfung finden sich in Kapitel 3.2.

2.5.3 Benefit-Score (BeS)

Dieser Score gehört nicht, wie die beiden obigen Scores, zum ursprünglichen, aus acht Items (Harm- und Overuse-Score) bestehenden „BMQ-General-Questionnaire“. Er erweitert den BMQ um vier Fragen, die die Ansichten der Studienteilnehmer über den Nutzen von Medikamenten messen sollen. Ein Wert von 20 zeigt die starke Überzeugung des Befragten an, dass Medikamente in hohem Maße nützen.

2.5.4 Sensitive-Soma-Score (SSS)

Der Sensitive-Soma-Score soll die subjektiv wahrgenommene Empfindlichkeit gegenüber möglichen unerwünschten oder negativen Arzneimittelwirkungen bemessen. Er wurde von Diefenbach entwickelt und besteht in der ursprünglichen Version aus fünf Items [25]. Der in der AMQ-Studie verwendete Score wurde leicht abgewandelt und besteht nun aus vier der fünf Items. Der Score kann also Werte zwischen 4 und 20 annehmen. Ein Wert von 20 würde eine große Zustimmung zu den 4 Items bedeuten und somit eine sehr hohe Empfindlichkeit des Befragten in Bezug auf die Wirkung von Medikamenten ausdrücken.

2.5.5 Natural-Remedies-Score (NRS)

Der Natural-Remedies-Score gibt an, wie sehr der Befragte pflanzlichen Medikamenten vertraut. Dieser Score besteht aus drei zu bewertenden Aussagen. Es können also Werte zwischen 3 und 15 erreicht werden. Ein hoher Score-Wert zeigt an, dass der Befragte pflanzliche Präparate gegenüber konventionellen Pharmaka bevorzugt. Die drei Items des Scores wurden für die AMQ-Studie neu entwickelt.

2.5.6 Gentest-Einzelitem (I17)

Auch dieses Einzelitem war auf einer Fünf-Punkt-Likert-Skala von „stimme gar nicht zu“ (=1) bis „stimme voll zu“ (=5) zu bewerten. Es wurde Schülern und Eltern in identischer Formulierung vorgelegt (siehe Tab. 4).

Auch dieses Einzelitem wurde im Rahmen der Entwicklung des AMQ-Fragebogens neu erstellt.

2.5.7 Antidepressiva-Einzelitems (I21 bis I23)

Ursprünglich sollte zur Auswertung dieser drei Items, die aus dem auf Antidepressiva bezogenen Teil des „BMQ-Specific-Questionnaire“ übernommen wurden [27], ein „Antidepressants- Score“ verwendet werden.

Die Fragebögen des „BMQ-Specific-Questionnaire“ stammen ebenfalls von Rob Horne und messen Patienten-Erfahrungen mit Medikamenten. Die Erkrankungen, für die der BMQ-Specific-Questionnaire angewandt wurde lauten Diabetes, Herzinsuffizienz, Asthma, Nierenerkrankungen und psychiatrische Erkrankungen. Der BMQ-Specific-Questionnaire ist in zwei Item-Blöcke aufgeteilt: Zum einen fragt der „Necessity“-Teil ab, inwieweit Teilnehmer die Einnahme ihrer Arzneimittel für notwendig halten. Zum anderen analysiert der „Concerns“-Teil, wie groß die Befürchtungen vor negativen Folgen der Medikamenteneinnahme sind. In der AMQ- Studie wurden, wegen des begrenzten Rahmens, nur zwei „Concern“-Items und ein „Necessity“-Item eingefügt.

Der geplante Antidepressants-Score sollte dann aus der Summe der Punktwerte der beiden „Concern“-Antworten und dem inversen Wert der „Necessity“-Antwort errechnet werden.

Ein hoher Wert sollte Sorgen des Befragten gegenüber einer Antidepressiva-Einnahme abbilden.

Aufgrund fehlender Korrelationen (siehe 3.2 Reliabilitätsprüfung) konnte dieser Score jedoch nicht beibehalten werden. Stattdessen wurden die drei Items einzeln ausgewertet.

2.6 Statistische Auswertung

Für die statistische Auswertung der digitalisierten Antworten aus den Fragebögen wurde die Statistik-Software SPSS (Version 17.0) verwendet. Folgende Tests wurden durchgeführt:

2.6.1 Verwendete statistische Methoden:

2.6.1.1 Cronbachs α

Zur Prüfung der Reliabilität (siehe 3.2) der verschiedenen Scores, wurde die interne Konsistenz mittels Cronbachs α beurteilt. Die α-Werte aller Scores für KJP und Schulen finden sich in Tabelle 21.

2.6.1.2 Hauptkomponentenanalyse

Mittels Hauptkomponentenanalyse wurde untersucht, inwieweit die 23 Einzelitems mit den Hauptfaktoren, die den späteren Scores entsprechen, korrelieren. Die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse wurden in Kombination mit der Analyse der internen Konsistenz durch Cronbachs α zur Prüfung der inhaltlichen Konsistenz der Scores und damit letztendlich zu deren Auswahl verwendet.

2.6.1.3 T-Test

Es wurden sowohl der T-Test bei unabhängiger wie auch bei verbundener Stichprobe angewandt. Das Signifikanzniveau betrug 5%.

2.6.1.3.1 T-Test bei unabhängiger Stichprobe

Der T-Test bei unabhängiger Stichprobe wurde verwandt, um Mittelwertsunterschiede bei Einflussfaktoren mit zwei Subgruppen statistisch zu bewerten. Beispiele für den Einsatz dieses Tests sind der Vergleich zwischen Jugendlichen, beziehungsweise deren Eltern in KJP und Schule, der Vergleich zwischen Jungen und Mädchen, beziehungsweise Müttern und Vätern und der Vergleich zwischen Jugendlichen mit oder ohne Medikamentenerfahrung. Grundsätzlich wurden die Werte für Varianzgleichheit der Mittelwerte der Subgruppen übernommen. Ergab sich jedoch im Levene-Test auf Varianzgleichheit eine Signifikanz von ≤ 0,20, so wurden die Werte für ungleiche Varianzen in die Ergebnis-Tabelle übertragen.

2.6.1.3.2 T-Test bei verbundener Stichprobe

Um intrafamiliäre Unterschiede nachzuweisen wurde nach Umstrukturierung der Tabelle der T-Test bei verbundener Stichprobe durchgeführt. Pro Score oder Einzelitem wurde jeweils die Differenz der Mittelwerte Kind-minus-Vater, Kind-minus-Mutter und Mutter-minus-Vater untersucht.

2.6.1.4 ANOVA mit Post-hoc-Test (Bonferroni)

Bei Einflussfaktoren, die die Datensätze in mehr als zwei Subgruppen aufteilten (Altersgruppe: 3 Subgruppen, Elternbildung: 4 Subgruppen), wurden die Mittelwertsunterschiede mittels Varianzanalyse (Anova) und Post-hoc-Test nach Bonferroni bewertet. Allerdings wurde das Ergebnis des Post-hoc-Tests nur dann in die Ergebnistabellen aufgenommen, wenn bei der Varianzanalyse das Signifikanzniveau von ≤ 5% erreicht wurde.

2.6.1.5 Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test

Kreuztabellen wurden vor allem durchgeführt, um Stichproben miteinander zu vergleichen, also die Stichproben in der KJP und an den Schulen. Um eventuell vorhandene Unterschiede statistisch beurteilen zu können, wurde dabei der Chi-Quadrat-Test mit Signifikanzniveau von 5 % durchgeführt.

2.6.1.6 Häufigkeitsanalysen mit Mittelwert und Standardabweichung

Diese Form der deskriptiven Statistik fand in Übersichtstabellen Anwendung, die zu Beginn der Ergebnisse dargestellt sind. Damit sollten allgemeine Trends bei der

Bewertung der Scores und Items durch Jugendliche, Väter und Mütter aufgezeigt werden.

3 Ergebnisse

3.1 Vergleich der Stichproben in der KJP und an Schulen

3.1.1 Anzahl der Teilnehmer

Tab.5: Verteilung der Probanden der AMQ-Studie auf KJP und Schulen

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:2,75 dF:2 Sign:0,253 AMQ Attitudes towards Medicines Questionnaire KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
Schüler	551 (40%)	157 (43%)	708 (41%)
Mütter	492 (36%)	140 (38%)	632 (36%)
Väter	322 (24%)	72 (20%)	394 (23%)
Gesamt	1365	369	1734

3.1.2 Verteilung nach Geschlecht

Tab.6: Verteilung der an der AMQ-Befragung teilnehmenden Jugendlichen nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:2,26 dF:1 Sign:0,133 AMQ Attitudes towards Medicines Questionnaire KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
weiblich	260 (47%)	84 (54%)	344 (49%)
männlich	289 (53%)	71 (46%)	360 (51%)
Gesamt	549	155	704

Tab.7: Verteilung der an der AMQ-Befragung teilnehmenden Eltern nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:2,38 dF:1 Sign:0,123 AMQ Attitudes towards Medicines Questionnaire KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
weiblich	488 (60%)	140 (66%)	628 (61%)
männlich	322 (40%)	72 (34%)	394 (39%)
Gesamt	810	212	1022

3.1.3 Altersverteilung

Tab.8: Vergleich des mittleren Alters der Jugendlichen und der Eltern an Schule und KJP

KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			KJP					
	N	MW	SD	N	MW	SD	T	dF	Sign(2-seitig)
Jugendliche	550	14,30	1,68	155	14,54	2,04	-1,30	216,80	0,196
Eltern	800	43,66	5,98	210	44,41	6,71	-1,57	1008	0,117
Alle	1350	31,70	15,19	365	31,72	15,69	-,02	561,94	0,981

3.1.4 Vergleich nach Medikamentenanamnese

Tab.9: Regelmäßige Medikamenteneinnahme bei teilnehmenden Jugendlichen

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:51,93 dF:1 Sign:0,000; KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
Nein	456 (84%)	86 (57%)	542 (78%)
Ja	87 (16%)	66 (43%)	153 (22%)
Gesamt	543	152	695

Tab.10: Einnahme psychiatrischer Medikamente bei teilnehmenden Jugendlichen

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:81,68 dF:1 Sign:0,000;KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
Nein	504 (93%)	98 (65%)	602 (87%)
Ja	38 (7%)	53 (35%)	91 (13%)
Gesamt	542	151	693

Tab.11: Medikamenteneinnahme von mindestens einmonatiger Dauer bei teilnehmenden Jugendlichen

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:27,63 dF:1 Sign:0,000;KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
Nein	367 (69%)	69 (46%)	436 (64%)
Ja	165 (31%)	82 (54%)	247 (36%)
Gesamt	532	151	683

Tab.12: Medikamentenerfahrung (MeE) der Jugendlichen:

Ja (= mindestens eine Frage der 3 Fragen zur Medikamentenanamnese AMQ-Fragebogens wird vom Jugendlichen mit Ja beantwortet);

Nein (= alle 3 Fragen wurden mit Nein beantwortet)
Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:41,08 dF:1 Sign:0,000 AMQ Attitudes towards Medicines Questionnaire KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
Nein	346 (65%)	55 (36%)	401 (59%)
Ja	187 (35%)	98 (64%)	285 (42%)
Gesamt	533	153	686

Jede der drei Fragen zur bisherigen Medikamenteneinnahme wurde in der KJP öfter als an den Schulen mit „Ja“ beantwortet. Der Unterschied war jeweils statistisch hochsignifikant. Auch bei der Medikamentenerfahrung bestätigte es sich, dass in der KJP hochsignifikant häufiger Medikamentenerfahrung vorlag.

3.1.5 Vergleich des Elternbildung

Tab.13: Vergleich des Bildungsstatus der Eltern (Elternbildung)

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:1,86 dF:3 Sign:0,603;KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
Hauptschulabschluss	290 (37%)	74 (36%)	364 (37%)
Realschulabschluss	288 (37%)	84 (41%)	372 (37%)
Abitur	80 (10%)	17 (8%)	97 (10%)
Abgeschlossenes Studium	131 (17%)	30 (15%)	161 (16%)
Gesamt	790	205	995

Tab.14: Letzter Schulabschluss der Mütter (Elternbildung)

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:3,65 dF:3 Sign:0,302; KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
Hauptschulabschluss	159 (34%)	47 (35%)	206 (34%)
Realschulabschluss	205 (43%)	65 (48%)	270 (44%)
Abitur	53 (11%)	14 (10%)	67 (11%)
Abgeschlossenes Studium	58 (12%)	9 (7%)	67 (11%)
Gesamt	475	135	610

Tab.15: Letzter Schulabschluss der Väter (Elternbildung)

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:2,58 dF:3 Sign:0,461; KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
Hauptschulabschluss	131 (42%)	27 (39%)	158 (41%)
Realschulabschluss	83 (26%)	19 (27%)	102 (27%)
Abitur	27 (9%)	3 (4%)	30 (8%)
Abgeschlossenes Studium	73 (23%)	21 (30%)	94 (25%)
Gesamt	314	70	384

Tab.16: Vergleich der Fragebögen der Jugendlichen nach Elternbildung

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:5,82 dF:3 Sign:0,121; KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
Hauptschulabschluss	133 (27%)	51 (34%)	184 (28%)
Realschulabschluss	190 (38%)	61 (41%)	251 (39%)
Abitur	65 (13%)	13 (9%)	78 (12%)
Abgeschlossenes Studium	110 (22%)	25 (17%)	135 (21%)
Gesamt	498	150	648

3.1.6 Nationalität

Tab.17: Nationalität der teilnehmenden Jugendlichen

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:3,52 dF:1 Sign:0,061; KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
deutsch	469 (87%)	142 (93%)	611 (89%)
nicht-deutsch	68 (13%)	11 (7%)	79 (11%)
Gesamt	537	153	690

Tab.18: Nationalität der teilnehmenden Eltern

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:12,86 dF:1 Sign:0,000; KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; ; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen N (%)	KJP N (%)	Gesamt N (%)
deutsch	689 (85%)	196 (95%)	885 (87%)
nicht-deutsch	118 (15%)	11 (5%)	129 (13%)
Gesamt	807	207	1014

3.1.7 Altersgruppe der Jugendlichen

Tab.19: Verteilung der teilnehmenden Jugendlichen nach Altersgruppen

Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Wert:9,69 dF:2 Sign:0,008; KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schulen (%)	**KJP(%)**	**Gesamt(%)**
1 (12-13Jahre)	191 (36%)	46 (32%)	237 (35%)
2 (14-15Jahre)	213 (40%)	45 (32%)	258 (38%)
3 (16-17Jahre)	125 (24%)	52 (36%)	177 (26%)
Gesamt	529	143	672

Tab.20: Übersicht über die Teilnehmer der AMQ-Studie an Schulen und in der KJP

[1] Bei 2 Jugendlichen in der KJP war das Geschlecht nicht angegeben KJP Kinder-und Jugendpsychiatrie; SD Standardabweichung ; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Gruppe	**Ausgeteilt**	**Rücklauf**		**Vollständig**		**Durchschnitts-alter**	**Elternbildung**
		[absolut]	[%]				
Schulen							
Schülerinnen	910	260	60%	84%		14,32 (SD=1,49)	
Schüler		289	551	84%		14,29 (SD=1,71)	
Mütter	910	492	54%	82%		42,66 (SD=5,52)	2,02 (SD=0,97)
Väter	910	322	35%	83%		45,19 (SD=6,33)	2,13 (SD=1,19)
Gesamt	2730	1365	50%	83%		31,70 (SD=15,19)	2,06 (SD=1,06)
KJP							
Mädchen	275	84	58%	85%		14,71(SD=2,00)	
Jungen		71	157[1]	73%		14,29(SD=2.07)	
Mütter	275	140	51%	81%		43,42 (SD=6,33)	1,89(SD=0,84)
Väter	275	72	26%	79%		46,31 (SD=7,05)	2,26(SD=1,26)
Gesamt	825	369	45%	80%		31,72(SD=15,69)	2,01(SD=1,02)

3.2 Reliabilitätsprüfung

3.2.1 Cronbachs α

Aufgrund unbefriedigender Ergebnisse im ursprünglichen Harm-Score (Harm-Score 99) wurde dieser nach dem Vorbild von Horne [24] verändert: Im veränderten Harm-Score (Harm-Score 04) wurde das Item „Fast alle Medikamente sind Gift." nicht mehr mit einbezogen und durch die Aussage „Naturheilmittel sind sicherer als Medikamente." ersetzt.

Auch der Overuse-Score wurde analog zu Horne [24] modifiziert. Item-5 wurde aus dem Score entfernt, sodass der Score nunmehr aus drei Items besteht (Overuse-Score 04).

Ingesamt betrachtet wurde also Item 5 aus dem Overuse-Score in den Harm-Score übertragen und Item 8 aus den Scores herausgenommen (siehe 2.5 Score-Systeme).

Für den geplanten Antidepressants-Score, in den Item 22 invers eingerechnet werden sollte (Antidepressants-Score Item22i), ergaben sich α-Werte von geringem Betrag. Daraufhin wurde ein veränderter Score mit normaler (nicht inverser) Addition des Items „Diese Antidepressiva schützen mich davor, dass es mir noch schlechter geht." (Antidepressants-Score Item22o) untersucht. Da die Ergebnisse dieser Untersuchung jedoch ebenfalls nicht zufriedenstellend waren, wurden die drei Items einzeln ausgewertet.

Tab. 21: Cronbachs α der Teilnehmer an den Schulen

Nur die **fett** gedruckten Scores wurden für die Auswertung herangezogen.

[1] aus [27] [2] aus [24]

Item 22i Item22invers-gewertet; Item22o Item22regulär-gewertet; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Nur Schulen	Nur Schüler	Nur Mütter	Nur Väter	Alle	BMQ-General
Overuse-Score 99	0,55	0,59	0,52	0,55	0,60[1]
Overuse-Score 04	0,59	0,62	0,60	0,61	0,72[2]
Harm-Score 99	0,60	0,72	0,72	0,67	0,51[1]
Harm-Score 04	0,46	0,71	0,69	0,62	0,62[2]
Benefit-Score	0,49	0,44	0,51	0,45	0,62[2]
Sensitive-Soma-Score	0,73	0,80	0,79	0,78	
Natural-Remedies-Score	0,76	0,72	0,75	0,74	
Antidepressants-Score Item22i	-0,04	0,04	-0,01	-0,07	
Antidepressants-Score Item22o	0,52	0,33	0,35	0,38	

Tab.22: Cronbachs α für Teilnehmer in der KJP

Nur die **fett** gedruckten Scores wurden für die Auswertung herangezogen.

[1] aus [27] [2] aus [24]

Item 22i Item22invers-gewertet; Item22o Item22regulär-gewertet; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Nur KJP	Jugendliche	Nur Mütter	Nur Väter	Alle	BMQ-General
Overuse-Score 99	0,57	0,59	0,60	0,58	0,60[1]
Overuse-Score 04	0,60	0,64	0,59	0,62	0,72[2]
Harm-Score 99	0,53	0,65	0,74	0,63	0,51[1]
Harm-Score 04	0,33	0,68	0,65	0,74	0,62[2]
Benefit-Score	0,53	0,54	0,45	0,50	0,62[2]
Sensitive-Soma-Score	0,71	0,78	0,71	0,75	
Natural-Remedies-Score	0,62	0,83	0,74	0,73	
Antidepressants-Score Item22i	-0,05	0,37	0,06	0,05	
Antidepressants-Score Item22o	0,54	-0,08	0,04	0,23	

Tab. 23: Cronbachs α für alle Teilnehmer (Schüler, deren Mütter und Väter) aus den jeweiligen Schularten verglichen mit Werten aus dem BMQ-General-Questionnaire

Nur die **fett** gedruckten Scores wurden für die Auswertung herangezogen.

[1] aus [27] [2] aus [24]

Item 22i Item22invers-gewertet; Item22o Item22regulär-gewertet; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

ALLE (Väter, Mütter und Jugendliche)	Gymnasium	Realschule	Hauptschule	Schulen gesamt	KJP	Schule und KJP	BMQ-General
Overuse-Score 99	0,61	0,57	0,49	0,55	0,58	0,56	0,60[1]
Overuse-Score 04	0,65	0,65	0,55	0,61	0,62	0,62	0,72[2]
Harm-Score 99	0,63	0,64	0,68	0,67	0,63	0,66	0,51[1]
Harm-Score 04	0,59	0,62	0,59	0,62	0,74	0,61	0,62[2]
Benefit-Score	0,46	0,39	0,51	0,45	0,50	0,46	0,62[2]
Sensitive-Soma-Score	0,76	0,79	0,79	0,78	0,75	0,77	
Natural-Remedies-Score	0,78	0,70	0,72	0,74	0,73	0,74	
Antidepressants-Score Item22i	0,06	-0,06	-0,14	-0,07	0,05	0,35	
Antidepressants-Score Item22o	0,13	0,25	0,53	0,38	0,23	-0,02	

3.2.2 Hauptkomponentenanalyse

Bei der Untersuchung der Ladungskoeffizienten der Einzelitems für alle Studienteilnehmer bezüglich der Hauptfaktoren, zeigte sich ein Modell aus vier Faktoren. Die Items 18-20 wiesen eine Korrelation mit Faktor 1, Natural-Remedies genannt, auf. Die Items 2,4,5 und 9 sowie 3,6,7 und 10 projizierten sich auf Faktor 2. Faktor 2 stellte eine Achse dar mit negativen Ladungen bei den Items zu Harm auf der einen und den Items zu Benefit auf der anderen Seite mit positiven Ladungen zu Faktor 2.

Faktor 3, Sensitive-Soma, erreichte zufriedenstellende Korrelationen mit den Einzelitems 13-16. Faktor 4, Overuse, korrelierte mit den Items 1, 11 und 12. Allerdings wies Item 5 zu Faktor 4 eine Nullladung auf, sodass dieses Item nicht im Overuse-Score enthalten bleiben konnte.

Item 5 korrelierte sowohl zu Faktor 1 als auch zu Faktor 2 (negative Achse). Es wurde allerdings aus Gründen der Einheitlichkeit zu Horne 04 [24] zum Harm-Sco-

re und nicht zum Natural-Remedies-Score, der für die AMQ-Studie entwickelte Items enthält, hinzugefügt.

Bei Item-8 fiel auf, dass es nicht eindeutig zu einem der vier Faktoren (Overuse, Harm/Benefit, Natural-Remedies, Sensitive-Soma) zugeordnet werden konnte. Daraufhin wurde das Item entsprechend Horne[24] und Ramström [44] aus den Scores entfernt. Da dieses Item relativ extrem formuliert ist („Fast alle Medikamente sind Gift."), wurde Item8 für die Auswertung der Ergebnisse nach Hypothesen nicht berücksichtigt.
Eine Tabelle zur Hauptkomponentenanalyse findet sich im Anhang (Tab. 45).

3.3 Mittelwerte der Scores für Väter, Mütter und Jugendliche in der KJP

3.3.1 Jugendliche

Tab.24: Mittelwerte der teilnehmenden Jugendlichen in der KJP

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; Min Minimum; Max Maximum; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Score / Item	Min - Max	N	MW	SD
OvS	3 - 15	156	8,99	2,29
HaS	4 - 20	151	12,13	2,37
BeS	4 - 20	147	14,17	2,52
SSS	4 - 20	150	9,74	2,18
NRS	3 - 15	150	9,57	3,06
I8	1 - 5	154	2,46	1,10
I17	1 - 5	154	2,77	1,21
I21	1 - 5	150	2,92	1,23
I22	1 - 5	149	3,48	1,06
I23	1 - 5	149	3,14	1,32

Für Einzelitems (=Ix) entspricht ein Mittelwert von 3 einer neutralen Bewertung. Bei den Scores entspricht dieser neutrale Wert der Multiplikation aus Anzahl der zum Score zusammengefassten Aussagen (=n) mit dem Wert 3.

Hieraus ergeben sich für Overuse-Score (n=3), Harm-Score (n=4) und I21-Abhängigkeit bei den Jugendlichen in der KJP indifferente Bewertungen.

Natural-Remedies-Score (n=3) und I23-Verbergen erhielten leichte, Benefit-Score(n=4) und I22-Verschlechterung hingegen deutlichere Zustimmung.

Dagegen zeigen die Mittelwerte von Sensitive-Soma-Score (n=4), Item17-Genetik und Item8-Gift an, dass die jugendlichen KJP-Patienten diese Aussagen mehrheitlich eher ablehnten.

3.3.2 Mütter

Tab.25: Mittelwerte der teilnehmenden Mütter in der KJP

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; Min Minimum; Max Maximum; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Score / Item	Min - Max	N	MW	SD
OvS	3 - 15	138	9,76	2,38
HaS	4 - 20	136	10,93	3,06
BeS	4 - 20	135	14,84	2,33
SSS	4 - 20	130	10,62	2,60
NRS	3 - 15	137	10,78	3,51
I8	1 - 5	140	2,41	1,04
I17	1 - 5	136	3,15	1,31
I21	1 - 5	137	3,61	1,20
I22	1 - 5	133	3,83	0,89
I23	1 - 5	134	2,36	1,08

Insgesamt bewerteten die Mütter der Jugendlichen in der KJP den Overuse-Score und Item17-Genetik leicht positiv. Für Benefit-Score, Natural-Remedies-Score,

Item21-Abhängigkeit und Item22-Verschlechterung fiel die Zustimmung deutlicher aus.

Den Aussagen von Harm-Score und Sensitive-Soma-Score sowie den Einzelitems Item8-Gift und Item23-Verbergen stimmten die Mütter mehrheitlich nicht zu.

3.3.3 Väter

Tab.26: Mittelwerte der teilnehmenden Väter in der KJP

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; Min Minimum; Max Maximum; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Score / Item	Min - Max	N	MW	SD
OvS	3 - 15	69	10,06	2,21
HaS	4 - 20	70	11,46	2,81
BeS	4 - 20	69	15,03	2,02
SSS	4 - 20	69	9,77	2,11
NRS	3 - 15	70	10,26	2,84
I8	1 - 5	70	2,60	1,13
I17	1 - 5	70	3,16	1,06
I21	1 - 5	72	3,61	1,17
I22	1 - 5	71	3,70	0,89
I23	1 - 5	71	2,45	1,05

Der Overuse-Score und Item17-Genetik wurde von den Vätern der Jugendlichen in der KJP leicht positiv bewertet. Dem Benefit-Score und dem Natural-Remedies-Score stimmten die Väter ebenso wie den Einzelaussagen Item21-Abhängigkeit und Item22-Verschlechterung stärker zu.

Dem Harm-Score brachten die Väter neutrale Bewertungen entgegen. Sensitive-Soma-Score und die Items 8-Gift und 23-Verbergen wurden von den Vätern im Mittel eher ablehnend bewertet.

3.4 Aufgrund häufigerer Medikamenteneinnahme der jugendlichen Studienteilnehmer in der KJP werden Unterschiede in der Einstellung zu Medikamenten zwischen den Jugendlichen in KJP und Schulen erwartet.

3.4.1 Allgemein

Tab. 27: Vergleich der teilnehmenden Jugendlichen in KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			KJP					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	543	9,21	2,30	156	8,99	2,29	1,07	697	0,286
HaS	538	11,90	2,57	151	12,13	2,37	-0,98	687	0,325
BeS	**534**	**14,73**	**2,42**	**147**	**14,17**	**2,52**	**2,45**	**679**	**0,015**
SSS	**533**	**8,78**	**3,08**	**150**	**9,74**	**2,18**	**-4,32**	**334,65**	**0,000**
NRS	**532**	**10,65**	**2,41**	**150**	**9,57**	**3,06**	**3,99**	**204,04**	**0,000**
I17	**540**	**3,03**	**1,23**	**154**	**2,77**	**1,21**	**2,32**	**692**	**0,021**
I21	**535**	**3,34**	**1,23**	**150**	**2,92**	**1,23**	**3,66**	**683**	**0,000**
I22	535	3,39	1,08	149	3,48	1,06	-0,90	682	0,369
I23	535	3,25	1,31	149	3,14	1,32	0,90	682	0,367

Grundsätzlich schätzten KJP-Patienten den Nutzen von Medikamenten geringer ein als Schüler, denn der Mittelwert des Benefit-Scores war signifikant niedriger.

Ebenso bewerteten KJP-Patienten den Natural-Remedies-Score negativer als Schüler und stehen somit pflanzlichen Medikamenten kritischer gegenüber.

Item17-Genetik erhielt in der KJP weniger Zustimmung. Jugendliche KJP-Patienten waren also weniger als Schüler dazu bereit, an sich eine pharmakogenetische Untersuchung durchführen zu lassen.

Auch gaben Jugendliche in der KJP einen geringeren Wert für Item21-Abhängigkeit als Schüler an. Sie wären also im Falle einer therapiebedürftigen Depression

in geringerer Sorge bezüglich einer möglichen Abhängigkeit durch Antidepressiva als Schüler.

Allerdings hielten sich KJP-Patienten für sensibler gegenüber der Wirkung von Arzneimitteln als die Vergleichsgruppe an den Schulen, was sich in einem höheren Wert für den Sensitive-Soma-Score zeigte.

3.4.2 Medikamentenerfahrung

Tab. 28: Vergleich der Jugendlichen mit Medikamentenerfahrung in KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz;OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	185	9,14	2,41	98	8,91	2,35	0,76	281	0,448
HaS	183	11,48	2,61	96	11,67	2,29	-0,59	277	0,557
BeS	182	14,97	2,36	90	14,56	2,49	1,35	270	0,179
SSS	**178**	**9,09**	**3,20**	**93**	**9,81**	**2,27**	**-2,14**	**245,13**	**0,034**
NRS	182	10,36	2,47	92	9,98	3,11	1,02	150,34	0,311
I17	183	3,20	1,29	95	2,91	1,24	1,84	197,40	0,068
I21	**183**	**3,37**	**1,24**	**94**	**3,02**	**1,25**	**2,18**	**275**	**0,030**
I22	183	3,40	1,12	94	3,67	1,05	-1,94	275	0,053
I23	183	3,38	1,34	94	3,23	1,31	0,85	275	0,398

Tab. 29: Vergleich der Jugendlichen ohne Medikamentenerfahrung in KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	341	9,23	2,22	54	9,13	2,29	0,30	393	0,762
HaS	**338**	**12,07**	**2,56**	**51**	**13,04**	**2,30**	**-2,56**	**387**	**0,011**
BeS	**336**	**14,61**	**2,47**	**53**	**13,53**	**2,50**	**2,96**	**387**	**0,003**
SSS	**338**	**8,58**	**3,03**	**53**	**9,55**	**2,02**	**-3,00**	**93,60**	**0,003**
NRS	**333**	**10,83**	**2,33**	**54**	**8,74**	**2,86**	**5,10**	**64,96**	**0,000**
I17	**339**	**2,93**	**1,19**	**55**	**2,53**	**1,12**	**2,33**	**392**	**0,020**
I21	**336**	**3,35**	**1,21**	**53**	**2,77**	**1,22**	**3,22**	**387**	**0,001**
I22	336	3,42	1,04	52	3,13	0,99	1,92	69,54	0,059
I23	335	3,19	1,28	52	3,04	1,34	0,81	385	0,418

Auffallend ist, dass sich mehr Unterschiede in der Gruppe der Jugendlichen ohne Medikamentenerfahrung zeigten.

Jugendliche in der KJP mit Medikamentenerfahrung bewerteten den Natural-Remedies-Score ähnlich wie Schüler. Bei Jugendlichen ohne Medikamentenerfahrung war die Einstellung gegenüber pflanzlichen Medikamenten bei Schülern positiver als bei KJP-Patienten.

Auch fand sich ein Unterschied bei Item17-Genetik lediglich in der Gruppe der Jugendlichen ohne Medikamentenerfahrung. KJP-Patienten tendierten hier weniger zu einer pharmakogenetischen Untersuchung.

Außerdem ergaben sich Unterschiede im Harm-Score und im Benefit-Score lediglich bei Jugendlichen ohne Medikamentenerfahrung. Jugendliche in der KJP sahen eine mögliche Schädigung durch Medikamente als bedrohlicher an und glaubten weniger an den Nutzen von Arzneimitteln als Schüler.

Unterschiede in Sensitive-Soma-Score und Item21-Abhängigkeit zeigten sich für beide Subgruppen in ähnlicher Weise (vgl. 3.4.1).

3.4.3 Geschlecht

Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen unterschieden sich Schulen und KJP in den selben Scores und Items voneinander. Es handelte sich um den Sensitive-Soma-Score, den Natural-Remedies-Score und Item21-Abhängigkeit. Die Tendenz entsprach für beide Subgruppen jeweils derjenigen der allgemeinen Stichprobe (siehe 3.4.1). Somit handelte es sich beim Geschlecht der Jugendlichen um keinen Einflussfaktor auf die Unterschiede zwischen KJP und Schule bezüglich der Einstellung gegenüber Medikamenten. Die tabellarische Darstellung ist im Anhang angefügt (Tab.46).

3.4.4 Elternbildung

Es konnte kein klarer Einfluss des Elternbildung auf die Unterschiede zwischen Jugendliche in KJP und Schule gezeigt werden. Zwar fanden sich einzelne Unterschiede, doch konnte kein Muster erkannt werden. Im Anhang sind die Ergebnisse als Tabelle beigefügt (Tab.47).

3.4.5 Altersgruppe der Jugendlichen

Tab.30: Jugendliche der Altersgruppe 1: Vergleich zwischen KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	189	9,07	2,25	46	8,80	2,07	0,74	233	0,460
HaS	187	12,19	2,51	45	12,07	2,32	0,31	230	0,760
BeS	185	14,56	2,28	44	14,30	2,68	0,61	58,60	0,544
SSS	183	9,21	3,16	45	9,47	2,11	-0,65	98,72	0,518
NRS	**183**	**10,84**	**2,55**	**43**	**8,86**	**3,11**	**3,87**	**55,96**	**0,000**
I17	187	3,03	1,19	45	2,64	1,19	1,96	230	0,051
I21	**182**	**3,27**	**1,28**	**44**	**2,68**	**1,20**	**2,80**	**224**	**0,006**
I22	182	3,35	1,13	43	3,42	1,05	-0,38	223	0,702
I23	183	3,16	1,34	43	3,12	1,42	0,18	224	0,854

Tab.31: Jugendliche der Altersgruppe 2: Vergleich zwischen KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	209	9,30	2,24	45	8,87	2,59	1,15	252	0,252
HaS	206	11,94	2,61	44	12,59	2,35	-1,52	248	0,129
BeS	**205**	**14,63**	**2,46**	**40**	**13,65**	**2,53**	**2,29**	**243**	**0,023**
SSS	**206**	**8,59**	**3,17**	**44**	**9,57**	**2,43**	**-2,29**	**77,69**	**0,025**
NRS	**206**	**10,60**	**2,37**	**44**	**9,55**	**2,53**	**2,66**	**248**	**0,008**
I17	207	2,95	1,28	44	2,86	1,19	0,42	249	0,676
I21	207	3,21	1,27	44	2,95	1,36	1,21	249	0,228
I22	207	3,30	1,12	44	3,30	1,09	0,02	249	0,983
I23	206	3,09	1,36	44	3,20	1,29	-0,50	248	0,615

Tab.32: Jugendliche der Altersgruppe 3: Vergleich zwischen KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	124	9,03	2,43	51	9,22	2,38	-0,46	173	0,648
HaS	124	11,23	2,53	49	11,84	2,44	-1,44	171	0,150
BeS	**123**	**15,25**	**2,43**	**49**	**14,16**	**2,34**	**2,68**	**170**	**0,008**
SSS	**124**	**8,34**	**2,87**	**49**	**10,02**	**2,05**	**-4,32**	**122,62**	**0,000**
NRS	122	10,54	2,25	50	10,10	3,28	0,87	68,69	0,388
I17	125	3,06	1,20	52	2,73	1,24	1,63	175	0,106
I21	**124**	**3,65**	**1,06**	**49**	**3,00**	**1,17**	**3,54**	**171**	**0,001**
I22	124	3,56	0,96	49	3,53	1,06	0,16	171	0,877
I23	**124**	**3,62**	**1,13**	**49**	**3,06**	**1,33**	**2,60**	**76,91**	**0,011**

KJP-Patienten der Altersgruppe 3 gaben im Gegensatz zu den niedrigeren Altersgruppen 1 und 2 keine signifikant-geringeren Werte für den Natural-Remedies-Score als Schüler an. Somit hielten KJP-Patienten im Alter von 12 bis 15 Jahren weniger von pflanzlichen Medikamenten, allerdings glichen sich die Werte der KJP-Patienten den Schülern mit steigendem Alter an und für die Altersgruppe 3 konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden.

Mit steigender Altersgruppe stellten sich Unterschiede zwischen KJP und Schule im Sensitive-Soma-Score ein: KJP-Patienten der Altersgruppe 1 gaben hier noch ähnlich hohe Werte wie gleichaltrige Schüler an. In Altersgruppe 2 und 3 erreichten die KJP-Patienten höhere Werte als die Schüler und hielten sich demnach für sensibler gegenüber der Wirkung von Medikamenten.

Der Benefit-Score, der widerspiegelt, wie sehr Jugendliche an den Nutzen von Medikamenten glauben, lag bei KJP-Patienten der Altersgruppen 2 und 3 unter dem Niveau der Schüler. Die Werte für KJP-Patienten und Schüler der Altersgruppe 1 waren nicht unterschiedlich.

3.5 Vergleich der Einstellungen zu Medikamenten zwischen den Eltern der KJP-Patienten und den Eltern der Schüler

Wegen größerer Erfahrung mit Medikamenten und größerem Leidensdrucks in Familien mit Kindern in kinder- und jugendpsychiatrischer Betreuung wird angenommen, dass sich hieraus Unterschiede auf die Einstellung zu Arzneimitteln zwischen Eltern der KJP-Patienten und den Eltern der Schüler ergeben.

3.5.1 Allgemein

Tab. 33: Vergleich der teilnehmenden Eltern in KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	804	10,06	2,42	207	9,86	2,32	1,08	1009	0,280
HaS	**780**	**11,70**	**3,22**	**206**	**11,11**	**2,98**	**2,48**	**341,82**	**0,014**
BeS	784	14,63	2,28	204	14,90	2,23	-1,50	986	0,133
SSS	788	10,20	3,41	199	10,32	2,47	-0,56	410,49	0,578
NRS	789	10,68	2,25	207	10,60	3,30	0,33	258,15	0,745
I17	798	3,24	1,21	206	3,15	1,23	0,91	1002	0,362
I21	**782**	**3,87**	**1,15**	**209**	**3,61**	**1,19**	**2,88**	**318,91**	**0,004**
I22	**780**	**3,44**	**1,02**	**204**	**3,78**	**0,89**	**-4,74**	**354,18**	**0,000**
I23	**779**	**2,62**	**1,09**	**205**	**2,39**	**1,07**	**2,67**	**982**	**0,008**

Die Eltern der Jugendlichen in der KJP gaben für den Harm-Score geringere Werte als die Eltern an den Schulen an. Somit waren die Eltern der KJP-Patienten in geringerer Sorge vor einer Schädigung durch Medikamente.

Die Einzelitems Item21-Abhängigkeit und Item23-Verbergen wurden von den Eltern in der KJP negativer bewertet, als dies an den Schulen der Fall war. Eltern in der KJP hätten also eingedenk des Falles einer Antidepressiva-Einnahme ihres Kindes weniger Angst vor Abhängigkeit des Kindes und würden auch die Antidepressiva-Einnahme des Kindes weniger vor anderen verbergen.

Das Item22-Verschlechterung fand bei Eltern in der KJP im Vergleich zu den Schulen größere Zustimmung. Eltern in der KJP wären also im Falle einer Antidepressiva-Einnahme ihres Kindes eher der Meinung, dass es ihrem Kind ohne Antidepressiva noch schlechter ginge.

3.5.2 Geschlecht der Eltern

Tab.34: Vergleich der Mütter zwischen KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz;OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	481	10,07	2,44	138	9,76	2,38	1,31	617	0,189
HaS	**463**	**11,72**	**3,23**	**136**	**10,93**	**3,06**	**2,60**	**230,24**	**0,010**
BeS	475	14,69	2,15	135	14,84	2,33	-0,71	608	0,481
SSS	474	10,55	3,55	130	10,62	2,60	-0,22	275,56	0,823
NRS	469	10,84	2,22	137	10,78	3,51	0,18	168,76	0,858
I17	477	3,23	1,21	136	3,15	1,31	0,70	204,45	0,485
I21	**465**	**3,95**	**1,13**	**137**	**3,61**	**1,20**	**2,97**	**211,78**	**0,003**
I22	**464**	**3,48**	**0,99**	**133**	**3,83**	**0,89**	**-3,89**	**234,30**	**0,000**
I23	465	2,56	1,09	134	2,36	1,08	1,92	597	0,055

Der Wert des Harm-Scores für Mütter von KJP-Patienten lag unter dem Wert der Mütter von Schülern. Die Mütter der KJP-Patienten äußerten also weniger Angst vor Schädigung durch Medikamente.

Auch Item21-Abhängigkeit erhielt von den Müttern in der KJP weniger Zustimmung. Diese hätten also im Falle einer therapiebedürftigen Depression ihres Kindes weniger Sorge vor Suchtentwicklung durch Antidepressiva als die Mütter der Schüler.

Mütter von KJP-Patienten stimmten außerdem der Aussage, dass Antidepressiva ihr Kind vor Verschlimmerung der Krankheit schützen, stärker zu. Denn die Werte für Item22-Verschlechterung waren höher als diejenigen der Mütter an den Schulen. Das gleiche Ergebnis zeigte sich auch als einziger signifikanter Unterschied zwischen den Vätern in KJP und Schule (Schule: MW=3,39 Sd=1,04 KJP: MW=3,70 Sd=0,89; p=0,009). Eine Tabelle mit den Ergebnissen der Väter findet sich im Anhang (Tab. 49).

3.5.3 Medikamentenerfahrung des Kindes

Tab. 35: Väter von Jugendlichen mit positiver Medikamentenanamnese: Vergleich zwischen KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	100	9,73	2,39	39	9,97	2,37	-0,54	137	0,588
HaS	99	11,24	3,25	39	10,62	2,59	1,19	86,63	0,238
BeS	97	14,56	2,44	39	15,10	2,17	-1,22	134	0,226
SSS	97	9,60	3,13	38	10,32	3,17	-1,19	133	0,235
NRS	**100**	**10,70**	**2,31**	**39**	**9,56**	**2,21**	**2,64**	**137**	**0,009**
I17	100	3,24	1,24	38	3,16	1,15	0,35	136	0,724
I21	99	3,63	1,23	39	3,51	1,12	0,50	136	0,619
I22	**99**	**3,56**	**0,93**	**39**	**3,90**	**0,85**	**-2,07**	**75,44**	**0,042**
I23	99	2,61	1,20	39	2,31	0,95	1,54	87,54	0,128

Tab.36: Mütter von Jugendlichen mit positiver Medikamentenanamnese: Vergleich zwischen KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	157	9,80	2,37	86	9,55	2,54	0,77	241	0,444
HaS	**150**	**11,53**	**3,29**	**86**	**10,16**	**2,87**	**3,35**	**197,50**	**0,001**
BeS	155	14,84	2,17	84	14,76	2,38	0,25	237	0,801
SSS	154	10,63	3,76	85	11,28	3,56	-1,31	237	0,192
NRS	151	10,84	2,09	81	10,20	2,64	1,90	134,83	0,060
I17	153	3,17	1,22	84	3,26	1,32	-0,54	235	0,591
I21	**150**	**3,89**	**1,16**	**87**	**3,40**	**1,25**	**2,95**	**168,25**	**0,004**
I22	**150**	**3,59**	**0,98**	**86**	**3,95**	**0,91**	**-2,90**	**189,43**	**0,004**
I23	**151**	**2,58**	**1,20**	**85**	**2,21**	**1,10**	**2,41**	**186,35**	**0,017**

Es fällt auf, dass sich nur Eltern von Kindern mit positiver Medikamentenanamnese von den entsprechenden Eltern an den Schulen unterschieden.

Väter von KJP-Patienten mit Medikamentenerfahrung wiesen im Vergleich mit denjenigen an Schulen geringere Werte im Natural-Remedies-Score auf und waren somit weniger von den Vorzügen pflanzlicher Medikamente überzeugt.

Auch waren sie – ebenso wie die Mütter der KJP-Patienten – stärker der Meinung, dass es ihrem imaginär an Depression erkranktem Kind ohne Antidepressiva noch schlechter ginge, denn beide Geschlechter stimmten Item22-Verschlechterung in der KJP stärker zu.

Zwischen den Müttern gab es weitere Unterschiede:

So wurde in der KJP der Harm-Score geringer bewertet. Mütter von KJP-Patienten waren also weniger in Sorge vor einer Schädigung durch Medikamente als diejenigen an den Schulen.

Auch ergaben sich für Item21-Abhängigkeit und Item23-Verbergen geringere Mittelwerte für Mütter in der KJP. Letztere würden somit eine mögliche Antidepressiva-Einnahme ihres Kindes weniger verbergen und hätten weniger Angst, dass ihr Kind hiervon abhängig wird als die Mütter der Schüler.

Die Ergebnisse für Eltern von Kindern ohne Medikamentenerfahrung finden sich als Tabelle im Anhang (Tab.48).

3.5.4 Elternbildung

Zwar konnten wenige signifikante Unterschiede jeweils zwischen zwei der vier Subgruppen festgestellt werden, allerdings ist kein Muster erkennbar. Die Elternbildung war also wohl kein Einflussfaktor auf die Unterschiede in der Einstellung zu Medikamenten zwischen Eltern der KJP-Patienten und den Eltern der Schüler. Im Anhang ist die zugehörige Ergebnis-Tabelle zu finden (Tab.50).

3.5.5 Altersgruppe des Kindes

Väter von KJP-Patienten der Altersgruppe 3 hielten weniger von Naturheilmitteln als entsprechende Väter von Schülern (Natural-Remedies-Score: Schule: MW=10,72 SD=2,43 KJP: MW=9,36 SD=2,26 p=0,022). In den anderen beiden Altersgruppen ließ sich im Natural-Remedies-Score kein signifikanter Unterschied nachweisen.

Bei Jugendlichen der Altersgruppe 1 wiesen die Mütter in der KJP einen geringeren Harm-Score als die Mütter der Schüler auf (Schule: MW=11,90 SD=3,11 KJP: MW=10,82 SD=2,65 p=0,031). In den Altersgruppen 2 und 3 fand sich kein derartiger Unterschied. Somit hatten die Mütter der 12 – 13 Jahre alten Jugendlichen in der KJP weniger Sorge, dass sie durch eine Medikamenteneinnahme geschädigt werden könnten.

Eine tabellarische Übersicht findet sich im Anhang (Tab.51).

3.6 Einflussfaktoren auf die Einstellung zu Medikamenten bei Jugendlichen in der KJP

3.6.1 Medikamentenerfahrung

Tab.37:Vergleich Jugendlicher mit und ohne Medikamentenerfahrung

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Ohne Erfahrung			**Mit Erfahrung**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	54	9,13	2,29	98	8,91	2,35	0,56	150	0,575
HaS	**51**	**13,04**	**2,30**	**96**	**11,67**	**2,29**	**3,45**	**145**	**0,001**
BeS	**53**	**13,53**	**2,50**	**90**	**14,56**	**2,49**	**-2,38**	**141**	**0,019**
SSS	53	9,55	2,02	93	9,81	2,27	-0,69	144	0,490
NRS	**54**	**8,74**	**2,86**	**92**	**9,98**	**3,11**	**-2,39**	**144**	**0,018**
I17	55	2,53	1,12	95	2,91	1,24	-1,87	148	0,064
I21	53	2,77	1,22	94	3,02	1,25	-1,16	145	0,247
I22	**52**	**3,13**	**0,99**	**94**	**3,67**	**1,05**	**-3,06**	**110,75**	**0,003**
I23	52	3,04	1,34	94	3,23	1,31	-0,86	144	0,393

Der Vergleich von Jugendlichen in der KJP mit Medikamentenerfahrung und solchen, die keine derartigen Erfahrungen angaben, zeigte, dass Jugendliche mit Erfahrung einen geringeren Harm-Score aufwiesen. Medikamentenerfahrung sorgte also für geringere Angst vor Schädigung durch Medikamente.

Außerdem erreichten Jugendliche mit Medikamentenerfahrung einen höheren Mittelwert für den Benefit-Score. Mit Medikamentenerfahrung vertrauten Jugendliche also stärker auf den Nutzen von Medikamenten.

Auch der Mittelwert des Natural-Remedies-Score lag bei Jugendlichen mit Medikamentenerfahrung höher. Jugendliche mit Medikamentenerfahrung waren also positiver gegenüber pflanzlichen Medikamenten eingestellt.

Schließlich stimmten die Jugendlichen mit Erfahrungen bezüglich Medikamenteneinnahme auch der Aussage, dass es ihnen an Stelle des Kindes im Fallbeispiel ohne Antidepressiva noch schlechter ginge (Item22-Verschlechterung), stärker zu.

3.6.2 Geschlecht

Mädchen unterschieden sich von den Jungen in der KJP lediglich durch eine größere Sorge vor einer möglichen Schädigung durch die Einnahme von Medikamenten (Harm-Score:Mädchen: MW=12,49 SD=2,23 Jungen: MW=11,71 SD=2,47 p=0,045). Die weiteren Ergebnisse sind im Anhang angefügt (Tab.52).

3.6.3 Geschlecht und Medikamentenerfahrung

3.6.3.1 Einflüsse der Medikamentenerfahrung auf die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen

Tab.38: Vergleich der Jungen und Mädchen ohne Medikamentenerfahrung in der KJP

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Mädchen			**Jungen**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	32	9,41	2,15	22	8,73	2,47	1,07	52	0,289
HaS	**30**	**13,60**	**1,92**	**21**	**12,24**	**2,59**	**2,16**	**49**	**0,036**
BeS	32	13,16	2,27	21	14,10	2,77	-1,35	51	0,184
SSS	**33**	**10,03**	**2,10**	**20**	**8,75**	**1,62**	**2,49**	**47,92**	**0,016**
NRS	32	9,19	2,71	22	8,09	3,01	1,40	52	0,168
I17	33	2,73	1,10	22	2,23	1,11	1,65	53	0,105
I21	**33**	**3,21**	**1,08**	**20**	**2,05**	**1,10**	**3,77**	**51**	**0,000**
I22	33	3,33	0,89	19	2,79	1,08	1,96	50	0,056
I23	**33**	**3,48**	**1,20**	**19**	**2,26**	**1,24**	**3,49**	**50**	**0,001**

Auffallend ist, dass sich Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen ausschließlich in der Subgruppe ohne Medikamentenerfahrung fanden.

Ohne Medikamentenerfahrung hatten Mädchen mehr Sorge vor Schädigung durch Medikamente als Jungen, was sich in einem höheren Mittelwert im Harm-Score zeigte.

Außerdem gaben Mädchen ohne Erfahrung mit Medikamenten einen höheren Mittelwert für den Sensitive-Soma-Score als Jungen an. Sie fühlten sich also empfindsamer der Medikamentenwirkung gegenüber.

Mädchen ohne Medikamentenerfahrung gaben an, dass sie mehr Angst vor Abhängigkeit durch Antidepressiva hätten (Item21-Abhängigkeit) und die Einnahme von Antidepressiva eher als Jungen verbergen (Item23-Verbergen) würden.

Die Ergebnis-Tabelle für die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen mit Medikamentenerfahrung findet sich im Anhang (Tab.53).

3.6.3.2 Einfluss des Geschlechts auf die Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Medikamentenerfahrung

Mädchen ohne Medikamentenerfahrung wiesen einen höheren Mittelwert im Harm-Score auf. Somit hatten sie mehr Angst vor Schädigung durch Arzneimittel als Mädchen mit Medikamentenerfahrung.

Außerdem ergab sich für Mädchen ohne Medikamentenerfahrung ein niedrigerer Benefit-Score. Mädchen mit Medikamentenerfahrung sahen also den Nutzen von Medikamenten größer an als Mädchen, die diesbezüglich keine Erfahrungen vorwiesen.

Tab.39: Vergleich von Mädchen in der KJP mit und ohne Medikamentenerfahrung (MeE)

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Ohne MeE			**Mit MeE**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	32	9,41	2,15	51	8,88	2,44	1,00	81	0,322
HaS	**30**	**13,60**	**1,92**	**50**	**11,82**	**2,15**	**3,72**	**78**	**0,000**
BeS	**32**	**13,16**	**2,27**	**47**	**14,26**	**2,06**	**-2,23**	**77**	**0,028**
SSS	33	10,03	2,10	49	9,98	2,14	0,11	80	0,916
NRS	32	9,19	2,71	49	9,94	3,38	-1,06	79	0,295
I17	33	2,73	1,10	50	2,90	1,27	-0,64	81	0,524
I21	33	3,21	1,08	49	2,98	1,33	0,87	77,06	0,388
I22	33	3,33	0,89	49	3,49	1,06	-0,70	80	0,488
I23	33	3,48	1,20	49	3,24	1,36	0,82	80	0,415

Tab.40: Vergleich von Jungen in der KJP mit und ohne Medikamentenerfahrung (MeE)

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz;OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Ohne MeE			**Mit MeE**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	22	8,73	2,47	47	8,94	2,27	-0,35	67	0,730
HaS	21	12,24	2,59	46	11,50	2,45	1,13	65	0,265
BeS	21	14,10	2,77	43	14,88	2,87	-1,04	62	0,301
SSS	20	8,75	1,62	44	9,61	2,41	-1,68	52,93	0,098
NRS	**22**	**8,09**	**3,01**	**43**	**10,02**	**2,82**	**-2,56**	**63**	**0,013**
I17	**22**	**2,23**	**1,11**	**45**	**2,91**	**1,22**	**-2,22**	**65**	**0,030**
I21	**20**	**2,05**	**1,10**	**45**	**3,07**	**1,18**	**-3,28**	**63**	**0,002**
I22	**19**	**2,79**	**1,08**	**45**	**3,87**	**1,01**	**-3,81**	**62**	**0,000**
I23	**19**	**2,26**	**1,24**	**45**	**3,22**	**1,26**	**-2,80**	**62**	**0,007**

Es fällt bei den Jungen auf, dass die Unterschiede bezüglich der Medikamentenerfahrung in komplett anderen Scores oder Items als bei Mädchen auftraten:

Jungen mit Medikamentenerfahrung erreichten einen höheren Mittelwert im Natural-Remedies-Score, sie bevorzugten Naturheilmittel folglich stärker als männliche KJP-Patienten ohne Medikamentenerfahrung.

Auch würden Jungen, die bereits Erfahrungen mit Medikamenten gemacht hatten, eher bei sich einen Gentest (Item17-Genetik) zur Therapieoptimierung durchführen lassen.

Mit Medikamentenerfahrung stimmten Jungen in der KJP im Vergleich zu denjenigen ohne Erfahrungen mit Medikamenten dem Item21-Abhängigkeit und Item23-Verbergen stärker zu und waren eher der Meinung, dass es ihnen, imaginär an einer Depression erkrankt, ohne Antidepressiva noch schlechter erginge (Item22-Verschlechterung).

3.6.4 Elternbildung

Beim Bildungsstatus der Eltern (Elternbildung) handelte es sich um keinen relevanten Einflussfaktor auf die Einstellung zu Medikamenten bei KJP-Patienten. Die Ergebnis-Tabelle findet sich im Anhang (Tab.54).

3.6.5 Altersgruppe

Es finden sich keine signifikanten Unterschiede in den Scores oder den Einzelitems zwischen den Jugendlichen verschiedener Altersgruppen. Folglich ist das Alter kein Einflussfaktor auf die Einstellung zu Medikamenten jugendlicher KJP-Patienten. Die Ergebnis-Tabelle ist im Anhang dargestellt (Tab.55).

3.7 Einflussfaktoren auf die Einstellung zu Medikamenten bei Eltern von KJP-Patienten

3.7.1 Geschlecht (der Eltern)

Mütter und Väter der KJP-Patienten unterschieden sich lediglich durch einen geringeren Mittelwert im Sensitive-Soma-Score der Mütter voneinander (Mütter: MW=10,62 SD=2,60 Väter: MW=9,77 SD=2,11 p=0,014). Die Mütter hielten sich also für sensibler gegenüber der Medikamentenwirkung. Die Ergebnistabelle findet sich im Anhang (Tab.57).

3.7.2 Medikamentenerfahrung des Kindes

Väter von Kindern ohne Medikamentenerfahrung glaubten - ebenso wie entsprechende Mütter (Tab. 41) - stärker an eine Schädigung durch Medikamente (Harm-Score: ohne MeE: MW=12,32 SD=2,88 mit MeE: MW=10,62 SD=2,59 p=0,017). Die zugehörige Tabelle findet sich im Anhang (Tab.56).

Tab.41: Vergleich der Mütter der KJP-Patienten in Abhängigkeit der Medikamentenerfahrung des Kindes

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Mütter von Kindern ohne MeE			**Mütter von Kindern mit MeE**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	45	10,22	2,14	86	9,55	2,54	1,61	103,49	0,111
HaS	**43**	**12,42**	**2,93**	**86**	**10,16**	**2,87**	**4,18**	**127**	**0,000**
BeS	43	14,93	2,30	84	14,76	2,38	0,38	125	0,704
SSS	44	10,14	3,43	85	11,28	3,56	-1,76	127	0,082
NRS	**41**	**11,32**	**2,32**	**81**	**10,20**	**2,64**	**2,30**	**120**	**0,023**
I17	44	3,00	1,31	84	3,26	1,32	-1,07	126	0,287
I21	**42**	**4,07**	**1,00**	**87**	**3,40**	**1,25**	**3,28**	**99,66**	**0,001**
I22	**39**	**3,59**	**0,82**	**86**	**3,95**	**0,91**	**-2,14**	**123**	**0,034**
I23	41	2,61	1,00	85	2,21	1,10	1,96	124	0,053

Mütter von Kindern ohne Medikamentenerfahrung erreichten außerdem einen größeren Mittelwert im Natural-Remedies-Score. Sie waren also stärker als Mütter von medikamentenerfahrenen Kindern von den Vorzügen der Naturheilmittel überzeugt.

Auch hätten Mütter von Jugendlichen ohne Medikamentenerfahrung im Falle einer Antidepressiva-Einnahme ihres Kindes größere Sorgen vor der Abhängigkeit ihres Kindes (Item21-Abhängigkeit), als dies Mütter von Kindern mit Medikamentenerfahrung angaben.

Allerdings waren Mütter von Kindern ohne Medikamentenerfahrung weniger der Meinung, dass es ihrem Kind im Falle einer depressiven Erkrankung ohne Antidepressiva noch schlechter ginge (Item22-Verschlechterung).

3.7.3 Medikamentenerfahrung und Geschlecht des Kindes

3.7.3.1 Einflüsse der Medikamentenerfahrung auf Unterschiede zwischen Eltern von Töchtern oder Söhnen

Zunächst wurden die Fragebögen der Eltern nach der Medikamentenerfahrung ihrer Kinder aufgeteilt. Dann wurden die Datensätze in Abhängigkeit des Geschlechts des Kindes analysiert.

Es fand sich lediglich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Väter von Jugendlichen mit Medikamentenerfahrung: Der Overuse-Score von Vätern von Töchtern lag über dem Wert der Väter, deren Söhne an der Studie teilnahmen (Väter von Töchtern: MW=10,80 SD=2,04 Väter von Söhnen: MW=9,11 SD=2,37 p=0,023). Väter von Töchtern mit Medikamentenerfahrung waren im Vergleich mit entsprechenden Vätern von Söhnen eher der Meinung, dass Medikamente zu zahlreich verschrieben würden. Weitere Ergebnisse sind tabellarisch im Anhang angefügt (Tab.58).

3.7.3.2 Einfluss des Geschlechts des Kindes auf Unterschiede zwischen den Eltern von Kindern mit oder ohne Medikamentenerfahrung

Die Datendatei nach dem Geschlecht des Kindes aufgetrennt und nach der Medikamentenerfahrung des Kindes ausgewertet.

Tab.42: Vergleich der Mütter von KJP-Patientinnen mit und ohne Medikamentenerfahrung

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Mütter von Mädchen ohne MeE			**Mütter von Mädchen mit MeE**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	26	10,58	1,86	48	9,73	2,42	1,68	63,531	0,098
HaS	**25**	**12,20**	**3,40**	**47**	**10,17**	**2,82**	**2,70**	**70**	**0,009**
BeS	27	15,26	2,31	45	14,80	2,18	0,85	70	0,401
SSS	26	10,65	3,60	46	10,91	3,55	-0,30	70	0,768
NRS	**25**	**11,72**	**2,39**	**42**	**9,86**	**2,60**	**2,92**	**65**	**0,005**
I17	27	3,22	1,34	46	3,15	1,32	0,22	71	0,828
I21	**27**	**4,22**	**0,75**	**48**	**3,27**	**1,43**	**3,78**	**72,79**	**0,000**
I22	**26**	**3,54**	**0,65**	**48**	**3,96**	**0,90**	**-2,10**	**72**	**0,039**
I23	26	2,62	0,85	48	2,40	1,11	0,95	63,37	0,346

Auffallend ist, dass Mütter von Mädchen ohne Medikamentenerfahrung pflanzliche Medikamente stärker bevorzugten als Mütter von Töchtern mit Medikamentenerfahrung (Natural-Remedies-Score). Für Mütter von Söhnen zeigte sich dieser Unterschied nicht.

Mütter von Mädchen ohne Medikamentenerfahrung gaben außerdem höhere Zustimmung zur Aussage 21 (Item21-Abhängigkeit) an, als dies Mütter von Töchtern mit Medikamentenerfahrung taten. Hatte die Tochter Erfahrungen mit Arzneien gesammelt, so waren die Mütter nicht mehr so besorgt, ihre Tochter könnte von Antidepressiva abhängig werden. Auch waren Mütter von Mädchen ohne Medikamentenerfahrung weniger der Meinung, dass es ihrer Tochter im Falle einer depressi-

ven Erkrankung ohne Antidepressiva noch schlechter ginge (Item22-Verschlechterung), als Mütter, deren Töchter Medikamentenerfahrung angaben. Diese beiden Unterschiede fanden sich bei Müttern von Söhnen nicht.

Mütter von Jungen ohne Medikamentenerfahrung hingegen hielten sich für weniger sensibel gegenüber der Medikamentenwirkung als Mütter von Jungen, die Medikamentenerfahrung angaben (Sensitive-Soma-Score: Mütter von Jungen: Ohne MeE: MW=9,32 SD= 3,04 ; mit MeE: MW=11,72 SD=3,52 p=0,015). Für Mütter von Mädchen zeigte sich dieser Unterschied nicht.

Der Unterschied im Harm-Score der Mütter von Töchtern fand sich ebenso bei Müttern von Söhnen. Deswegen sei auf Abschnitt 3.7.2 verwiesen.

Die Väter der Jungen, die Medikamentenerfahrung angaben, wiesen geringere Werte für den Harm-Score auf als Väter von Jungen ohne Medikamentenerfahrung (Väter von Jungen: Ohne MeE: MW=13,40 SD= 2,41; mit MeE: MW=10,47 SD=2,70 p=0,008). Bei den Vätern von Mädchen fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

Diese Ergebnis-Tabelle ist ebenfalls im Anhang beigefügt (Tab.59).

3.7.4 Elternbildung

Da sich nur wenige signifikant-unterschiedliche Ergebnisse zwischen den Subgruppen fanden und diese nicht mehr als 2 der Subgruppen bei vierstufiger Skala betrafen, ist davon auszugehen, dass die Elternbildung keinen relevanten Einflussfaktor für die Einstellung zu Medikamenten der Eltern darstellte. Die Ergebnis-Tabellen sind im Anhang angefügt (Tab.60 und 61).

3.7.5 Altersgruppe des Kindes

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Müttern und Vätern in Abhängigkeit der Altersgruppe des Kindes. Das Alter des Kindes stellte also keinen Einflussfaktor für die Einstellung zu Medikamenten der Eltern dar. Die diesbezüglichen Ergebnis-Tabellen befinden sich im Anhang (Tab. 62 und 63).

3.8 Unterschiede in der Einstellung zu Medikamenten zwischen Vater, Mutter und Kind innerhalb der Familie

3.8.1 Bei Jugendlichen in der KJP

Jugendliche gaben im Vergleich zu ihren Eltern geringere Werte für den Overuse-Score an. Somit waren sie weniger als ihre Eltern der Meinung, dass der Einsatz von Arzneimitteln durch Ärzte übertrieben sei.

Auch war der Mittelwert der Jugendlichen im Harm-Score höher als die Werte ihrer Mütter und Väter. Folglich haben Jugendliche in der KJP größere Sorgen vor einer Schädigung durch Medikamente als ihre Eltern.

Desweiteren hielten sich jugendliche KJP-Patienten für nicht so sensibel gegenüber der Medikamentenwirkung wie diese, wie ein geringerer Mittelwert der Jugendlichen im Sensitive-Soma-Score anzeigte.

Jugendliche gaben für den Fall, dass sie an einer therapiebedürftigen Depression litten, weniger Angst vor Antidepressiva-Abhängigkeit (Item21-Abhängigkeit) an. Ihre Eltern sahen diese Gefahr bei einer Antidepressiva-Einnahme durch das Kind größer an.

Allerdings würden Jugendliche in einem solchen Fall die Einnahme von Antidepressiva eher vor Dritten verbergen (Item23-Verbergen) als ihre Eltern dies bei einer Antidepressiva-Therapie ihres Kindes tun würden.

Der Mittelwert des Benefit-Scores der KJP-Patienten lag unter demjenigen ihrer Mütter. Somit schätzen KJP-Patienten den Nutzen von Medikamenten geringer ein.
Auch beim Natural-Remedies-Score ergab sich für die Jugendlichen ein gegenüber ihren Müttern geringerer Mittelwert. Jugendliche waren also weniger von pflanzlichen Medikamenten überzeugt.

Ebenso waren die KJP-Patienten weniger als ihre Mütter dazu bereit, an sich eine pharmakogenetische Untersuchung (Item17-Genetik) zur Therapieoptimierung durchführen zu lassen.

Auch bei Item22-Verschlechterung betrug der Wert für KJP-Patienten weniger als derjenige ihrer Mütter. Jugendliche sind also weniger als ihre Mütter der Meinung,

dass es ihnen, seien sie an einer Depression erkrankt, ohne Antidepressiva noch schlechter ginge. Zwischen Vätern und Müttern der KJP-Patienten ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Tab. 43: Intrafamiliäre Unterschiede zwischen Vater, Mutter und Kind in KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MWD Differenz des Mittelwerts; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; JUG Jugendliche; VAT Väter; M Mütter; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Score/Item	KJP						Schule					
	N	MWD	Sd	T	dF	Sign	N	MWD	Sd	T	dF	Sign
OvS JUG-VAT	**64**	**-1,09**	**2,66**	**-3,28**	**63**	**0,002**	**316**	**-0,75**	**2,88**	**-4,61**	**315**	**0,000**
OvS JUG-MUT	**132**	**-0,83**	**2,79**	**-3,43**	**131**	**0,001**	**473**	**-0,89**	**2,61**	**-7,38**	**472**	**0,000**
OvS MUT-VAT	47	-0,47	2,62	-1,23	46	0,227	294	0,16	2,60	1,03	293	0,303
HaS JUG-VAT	**61**	**0,87**	**3,07**	**2,21**	**60**	**0,031**	306	0,31	3,34	1,62	305	0,105
HaS JUG-MUT	**126**	**1,19**	**3,30**	**4,06**	**125**	**0,000**	451	0,18	3,16	1,24	450	0,216
HaS MUT-VAT	47	-0,79	3,08	-1,75	46	0,086	282	0,20	2,86	1,17	281	0,245
BeS JUG-VAT	56	-0,50	2,66	-1,41	55	0,166	298	0,09	2,86	0,57	297	0,572
BeS JUG-MUT	**123**	**-0,72**	**2,84**	**-2,80**	**122**	**0,006**	461	0,07	2,67	0,58	460	0,566
BeS MUT-VAT	45	0,13	2,86	0,31	44	0,756	280	0,12	2,69	0,73	279	0,463
SSS JUG-VAT	**64**	**-0,91**	**3,17**	**-2,29**	**63**	**0,025**	**300**	**-0,93**	**3,72**	**-4,35**	**299**	**0,000**
SSS JUG-MUT	**126**	**-1,18**	**3,93**	**-3,38**	**125**	**0,001**	**459**	**-1,82**	**4,19**	**-9,30**	**458**	**0,000**
SSS MUT-VAT	46	0,54	4,32	0,85	45	0,398	**289**	**0,95**	**3,82**	**4,21**	**288**	**0,000**
NRS JUG-VAT	62	-0,02	2,16	-0,06	61	0,953	**306**	**0,39**	**3,01**	**2,24**	**305**	**0,026**
NRS JUG-MUT	**118**	**-0,86**	**3,04**	**-3,09**	**117**	**0,003**	454	-0,11	2,55	-0,96	453	0,340
NRS MUT-VAT	43	0,70	2,35	1,95	42	0,058	**285**	**0,47**	**2,28**	**3,46**	**284**	**0,001**
I17 JUG-VAT	65	-0,28	1,54	-1,45	64	0,151	**313**	**-0,21**	**1,57**	**-2,38**	**312**	**0,018**
I17 JUG-MUT	**128**	**-0,44**	**1,52**	**-3,27**	**127**	**0,001**	**468**	**-0,20**	**1,58**	**-2,72**	**467**	**0,007**
I17 MUT-VAT	47	0,32	1,35	1,62	46	0,113	292	0,06	1,41	0,67	291	0,506
I21 JUG-VAT	**65**	**-0,52**	**1,70**	**-2,49**	**64**	**0,016**	**308**	**-0,38**	**1,53**	**-4,38**	**307**	**0,000**
I21 JUG-MUT	**126**	**-0,60**	**1,65**	**-4,05**	**125**	**0,000**	**460**	**-0,59**	**1,53**	**-8,29**	**459**	**0,000**
I21 MUT-VAT	48	-0,02	1,55	-0,09	47	0,926	**284**	**0,23**	**1,17**	**3,25**	**283**	**0,001**
I22 JUG-VAT	64	-0,05	1,03	-0,36	63	0,717	307	0,01	1,34	0,17	306	0,865
I22 JUG-MUT	**123**	**-0,29**	**1,22**	**-2,59**	**122**	**0,011**	459	-0,06	1,27	-0,95	458	0,341
I22 MUT-VAT	48	0,08	1,07	0,54	47	0,592	282	0,10	1,05	1,64	281	0,102
I23 JUG-VAT	**64**	**0,80**	**1,63**	**3,92**	**63**	**0,000**	**305**	**0,52**	**1,43**	**6,29**	**304**	**0,000**
I23 JUG-MUT	**124**	**0,89**	**1,60**	**6,18**	**123**	**0,000**	**460**	**0,71**	**1,52**	**9,98**	**459**	**0,000**
I23 MUT-VAT	47	0,09	1,06	0,55	46	0,585	281	-0,13	1,28	-1,68	280	0,093

3.8.2 Zum Vergleich: die Schulgruppe

Insgesamt fällt beim Vergleich der intrafamiliären Unterschiede in KJP und Schule auf, dass sich an den Schulen im Gegensatz zur KJP keine intrafamiliären Unterschiede in Harm-Score, Benefit-Score und Item22-Verschlechterung fanden. So gaben KJP-Patienten im Harm-Score höhere Werte als ihre Eltern an und bewerteten Benefit-Score und Item22-Verschlechterung niedriger als ihre Mütter.

Allerdings fanden sich lediglich in der Schulgruppe Unterschiede zwischen Vater und Mutter. Diese traten im Sensitive-Soma-Score und Natural-Remedies-Score sowie bei Item23-Verbergen auf.

4 Diskussion

Im Rahmen der AMQ-Studie wurden Jugendliche in KJP und Schule sowie deren Eltern anhand von 23 Items zu ihren Einstellungen gegenüber Medikamenten befragt.

Es zeigte sich, dass KJP-Patienten kritischer als Schüler gegenüber Medikamenten eingestellt waren. Dieser Unterschied wird allerdings kleiner, bezieht man den Einflussfaktor Medikamentenerfahrung mit ein.

Im Vergleich zu den Eltern der Schüler bewerteten Eltern der KJP-Patienten Medikamente positiver, wobei das Ausmaß der Unterschiede zunahm, wenn die eigenen Kinder Medikamentenerfahrung aufwiesen.

Es wurden außerdem die Einstellungen der KJP-Patienten zu Medikamenten hinsichtlich verschiedener Einflussfaktoren untersucht. KJP-Patienten mit Medikamentenerfahrung beurteilten Medikamente positiver als solche, die bis dahin keine Erfahrung mit Medikamenten gemacht hatten. Das Geschlecht stellte dagegen einen geringeren Einflussfaktor dar, der allerdings bei KJP-Patienten ohne Medikamentenerfahrung stärker ausgeprägt war.

Intrafamiliäre Unterschiede in den Einstellungen gegenüber Medikamenten zwischen Vater, Mutter und Kind traten bezüglich der Schädigung durch Medikamente und deren Nutzen nur in der KJP und nicht an den Schulen auf. So bewerteten Mütter von KJP-Patienten die Medikamentenwirkung positiver als ihre Kinder.

4.1 Einfluss der Krankheitserfahrung auf die Einstellungen zu Medikamenten

Im Folgenden soll der Einfluss der Krankheitserfahrung von kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Jugendlichen auf die Einstellungen zu Medikamenten im Vergleich zu Schülern näher untersucht werden. Insgesamt betrachtet bewerteten KJP-Patienten Medikamente negativer als Schüler. Aufgrund weniger Studien auf diesem Gebiet lassen sich diese Unterschiede meist nur hypothetisch erklä-

ren.

KJP-Patienten sahen den Nutzen von Medikamenten geringer an. Es ist denkbar, dass negative Erfahrungen mit Medikamenten an der Ausbildung der kritischeren Einstellung bei KJP-Patienten ursächlich beteiligt sein könnten. So gaben in einer Medikamentenstudie zu Methylphenidat 13% der Befragten an, dass es ihnen während der Medikamenteneinnahme schlechter als gewöhnlich ginge [12]. Die unterschiedlichen Bewertungen des Nutzens von Medikamenten zwischen Schülern und KJP-Patienten traten erst ab einem Alter von 14 Jahren auf. Da negative Erfahrungen mit Medikamenten wie alle Erfahrungen mit zunehmendem Alter gesammelt werden, könnte dies die kritischere Haltung von KJP-Patienten erklären. Die im Vergleich zu Schülern negativere Einstellung gegenüber Medikamenten zwischen 14 und 17 Jahren könnte mit Ergebnissen von Gau *et al.* in Einklang zu bringen sein, wonach ältere ADHS-Patienten eine geringere Adherence-Rate aufwiesen [15].

Ein weiterer Grund für die negativere Bewertung des Nutzens von Medikamenten bei KJP-Patienten, könnte die geringe Krankheitseinsicht bei häufigen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder wie ADHS, Störung des Sozialverhaltens und Anorexie darstellen [59]. So ergaben Untersuchungen von McNeal *et al*., dass 51% der ADHS-Patienten ihre Erkrankung nicht als solche ansahen [41]. Die Motivation zur Medikamenteneinnahme bei ADHS-Patienten kann beispielsweise darauf beruhen, soziale Spannungen in der Familie, Schule oder gegenüber Freunden abzumildern [35] und ist somit nicht ausschließlich auf eine Verbesserung der Krankheitssymptome ausgerichtet. Nach einer Publikation über die Patientenperspektive bei ADHS bezeichneten 27% der Patienten die Methylphenidat-Therapie als nicht hilfreich und 42 % der Patienten lehnten ihre medikamentöse Therapie ab [51]. Mangelnde Krankheitseinsicht könnte also zur negativeren Einstellung gegenüber Medikamenten bei KJP-Patienten beitragen.

Das Ergebnis, dass KJP-Patienten Medikamente kritischer ansehen als Schüler, widerspricht der Studie von Cuevas [8], die feststellte, dass erwachsene Psychiatrie-Patienten Medikamente positiver bewerteten als eine Vergleichsgruppe aus der Normalbevölkerung. Allerdings litten die Befragten von Cuevas an anderen Diagnosen. So wurden die Probanden in der Studie von Cuevas in die Krankheitsgruppen Schizophrenie und bipolare Störung eingeteilt. Es ist anzunehmen, dass

zumindest ein Teil der spanischen Patienten aufgrund von Krankheitserfahrung mit manisch-depressiven bzw. schizophrenen Episoden positive Erfahrungen mit Medikamenten gemacht haben. So könnte zum Beispiel eine durch Medikamenteneinnahme erreichte Verringerung der Häufigkeit solcher Episoden und die damit verbundene Abnahme negativer Folgen für den Einzelnen die positivere Einstellung zu Medikamenten der erwachsenen Psychiatriepatienten erklären.

Das Ergebnis, dass KJP-Patienten kritischer gegenüber Phytopharmaka als Schüler eingestellt waren, könnte durch negative Erfahrungen mit dieser Medikamentengruppe begründet sein. Untersuchungen von Sinha et al. zeigen [50], dass australische Eltern von an ADHS erkrankten Jugendlichen, die homöopathische Medikamente oder Phytopharmaka bei ihren Kindern ausprobiert hatten, diese Therapie nur zu einem Drittel (Homöopathika), beziehungsweise zu einem Viertel (Phytopharmaka) als hilfreich ansahen. Somit könnten sich auch in der Gruppe der medikamentenerfahrenen Jugendlichen solche befinden, die negative Erfahrungen mit pflanzlichen Medikamenten gesammelt haben. Da generell der Anteil an Medikamentenerfahrenen unter den KJP-Patienten größer als unter den Schülern ist, könnte dies zur unterschiedlichen Bewertung pflanzlicher Medikamente in der KJP und an den Schulen beitragen.

KJP-Patienten hielten sich für sensibler gegenüber der Medikamentenwirkung als Schüler. Dies lässt sich mit der größeren Medikamentenerfahrung dieser Gruppe erklären. Denn es ist anzunehmen, dass die Rate an Nebenwirkungen mit der Menge eingenommener Medikamente ansteigt. Diese Hypothese wird dadurch bestärkt, dass der Unterschied zwischen KJP-Patienten und Schülern erst ab einem Alter von 14 Jahren auftrat, da vermutlich die Einnahme von Medikamenten von KJP-Patienten mit dem Lebensalter ansteigt.
Desweiteren haben KJP-Patienten weniger Sorge vor einer Abhängigkeit durch Antidepressiva als Schüler. Diese Sorge ist also bei den KJP-Patienten, die mit höherer Wahrscheinlichkeit von einer solchen Therapie betroffen sind, geringer ausgeprägt. Positive Erfahrungen der KJP-Patienten mit dieser Medikamentengruppe könnten zur geringeren Sorge vor Abhängigkeit durch Antidepressiva beitragen. Dies wäre mit der geringen Bewertung des Abhängigkeitspotentials neuerer Antidepressiva (wie beispielsweise bei selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern) in Einklang zu bringen.

4.2 Der Einfluss der Medikamentenerfahrung auf die Einstellungen zu Medikamenten

Bei der Analyse der Ergebnisse fällt auf, dass dem Einflussfaktor Medikamentenerfahrung der Kinder und Jugendlichen für die Unterschiede in den Einstellungen gegenüber Medikamenten eine herausragende Bedeutung zukommt.

4.2.1 Vergleich KJP-Patienten zu Schülern:

Generell gilt, dass Medikamentenerfahrung die Unterschiede zwischen KJP-Patienten und Schülern verringert. So haben KJP-Patienten nur in der Subgruppe ohne Medikamentenerfahrung größere Sorgen vor einer Schädigung durch Medikamente als entsprechende Schüler. Damit bewerteten die KJP-Patienten diese Bedrohung größer und hatten somit wiederum eine kritischere Haltung gegenüber Medikamenten. Dies hat insofern eine besondere Bedeutung, als gerade diese Gruppe eine höhere Wahrscheinlichkeit hat, in Zukunft medikamentös behandelt zu werden. Diese größeren Sorgen sind somit relevant für Aufklärungsgespräche bezüglich pharmakologischer Therapie in der KJP.

4.2.2 Vergleich zwischen den Eltern der KJP-Patienten und den Eltern der Schüler

In der Subgruppe ohne Medikamentenerfahrung finden sich keine Unterschiede zwischen den Eltern der KJP-Patienten und denjenigen der Schüler. Im Gegensatz dazu führte Medikamentenerfahrung des Kindes bei Eltern von KJP-Patienten im Vergleich zu Schülereltern zu einer positiveren Einstellung bezüglich einer Antidepressiva-Einnahme des Kindes und geringerer Sorge vor Schädigung durch Medikamente bei Müttern von KJP-Patienten.

Dieses Ergebnis könnte mit Untersuchungen zu ADHS in Einklang zu bringen sein, wonach die meisten Eltern vor Therapiebeginn negativ gegenüber einer Behandlung mit Methylphenidat eingestellt waren. Als wichtigsten Grund dafür, trotzdem diese medikamentöse Therapie zu beginnen, nannten 92% der befragten Eltern das ärztliche Aufklärungsgespräch über Methylphenidat [5]. Somit könnten

ärztliche Beratungsgespräche über die Aufnahme einer medikamentösen Therapie, die Eltern von KJP-Patienten mit Medikamentenerfahrung vermutlich am häufigsten erhalten hatten, an der Ausbildung der positiveren Einstellung zu Medikamenten bei Eltern von KJP-Patienten mit Medikamentenerfahrung beteiligt sein.

4.2.3 Vergleich zwischen männlichen und weiblichen KJP-Patienten

Bei der Untersuchung der Einstellungen aller KJP-Patienten (unabhängig von der Medikamentenerfahrung) in Abhängigkeit ihres Geschlechts, gaben Mädchen größere Sorgen vor einer Schädigung durch Medikamente an. Dieses Ergebnis entspricht dem Ergebnis aus der Schülergruppe der AMQ-Studie [21], steht jedoch im Gegensatz zu einer englischen Studie, wonach männliche Studenten größere Sorge vor Schädigung durch Medikamente angaben. Allerdings fand sich in der KJP analog zu dieser Studie kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern in der Bewertung des Nutzens von Medikamenten, der Sensibilität gegenüber der Wirkung von Medikamenten und der möglicherweise übertriebenen Verschreibungspraxis von Medikamenten durch Ärzte [24].

In der Schulgruppe der AMQ-Studie traten allerdings weitere Unterschiede auf. So bewerteten Jungen den Nutzen von Medikamenten und eine Antidepressiva-Einnahme positiver [21].

Die geringere Anzahl der Unterschiede in der KJP verglichen mit den Schulen lässt vermuten, dass die Krankheitserfahrung oder aber Medikamentenerfahrung, die in der KJP hochsignifikant häufiger als in den Schulen vorhanden war, neben der geringeren Fallzahl in der KJP zur Verminderung der Geschlechtsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen beigetragen haben könnte.

Betrachtet man nämlich die Einstellungen der KJP-Patienten in Abhängigkeit von Medikamentenerfahrung und Geschlecht, so fällt auf, dass sich keine Geschlechtsunterschiede in der Subgruppe mit Medikamentenerfahrung finden.

In der Subgruppe ohne Medikamentenerfahrung zeigten sich hingegen folgende Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen: Mädchen waren in größerer Sorge vor einer Schädigung durch Medikamente, hatten mehr Angst vor Abhängigkeit durch Antidepressiva, deren Einnahme sie auch eher als Jungen verbergen würden und hielten sich für sensibler gegenüber der Medikamentenwirkung. Zusam-

menfassend betrachtet waren Mädchen ohne Medikamentenerfahrung also negativer gegenüber Medikamenten eingestellt als Jungen.

Mit gesammelter Medikamentenerfahrung nähern sich die Einstellungen von Mädchen und Jungen an, da Jungen mit Medikamentenerfahrung größere Sorgen gegenüber Schädigung durch Medikamente angaben, sich bezüglich der Wirkung von Medikamenten für empfindlicher ansehen und einer Antidepressiva-Einnahme kritischer gegenüberstehen.

Insgesamt lassen diese Ergebnisse die Schlussfolgerung zu, dass Medikamentenerfahrung die Geschlechtsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen bezüglich ihrer Einstellung zu Medikamenten aufhebt.

4.2.4 Auswirkung der Medikamentenerfahrung auf die Einstellungen der KJP-Patienten

Generell gilt, dass KJP-Patienten mit Medikamentenerfahrung eine positivere Einstellung gegenüber Medikamenten aufweisen als KJP-Patienten ohne diese Erfahrungen. Medikamentenerfahrung bewirkt bei KJP-Patienten eine geringere Sorge vor einer Schädigung durch Medikamente. Dies deckt sich mit Ergebnissen einer Studie über englische Studenten [24], die bei bisheriger oder aktueller Medikamenteneinnahme ebenso weniger Sorge vor Schädigung durch Medikamente angaben. Auch das Ergebnis, dass KJP-Patienten mit Medikamentenerfahrung den Nutzen von Medikamenten positiver bewerteten, entspricht den Ergebnissen aus England. Somit bewerteten KJP-Patienten mit Medikamentenerfahrung den Nutzen von Medikamenten positiver als Patienten ohne diese Erfahrung und haben auch weniger Sorge vor einer möglichen Schädigung durch Medikamente. Medikamentenerfahrung bewirkt also eine positivere Einstellung zu Medikamenten. Die positivere Bewertung von Medikamenten durch KJP-Patienten mit Medikamentenerfahrung entspricht zudem den Ergebnissen der Studie von Cuevas *et al.*, wonach Psychiatrie-Patienten, die Psychopharmaka eingenommen hatten, Medikamenten positiver gegenüber standen als die Vergleichsgruppe aus der Normalbevölkerung, die keine derartige Medikamentenerfahrung aufwies [8].

Es finden sich, wie bei Horne [24], keine Unterschiede unter den KJP-Patienten hinsichtlich der Bewertung der Sensibilität gegenüber Medikamenten und einer überzogenen Verschreibungspraxis durch Ärzte.

Die Erkenntnis, dass außer der Medikamentenerfahrung für KJP-Patienten kein weiterer Einflussfaktor auf die Einstellung zu Medikamenten gefunden werden konnte, deckt sich mit Ergebnissen von Cuevas *et al.*[8], die feststellen konnten, dass es sich bei Alter, Geschlecht und Bildungsgrad um keinen Einflussfaktor hinsichtlich der Einstellungen zu Medikamenten erwachsener psychiatrischer Patienten handelt.

4.2.5 Auswirkung der Medikamentenerfahrung auf die Einstellungen der Eltern der KJP-Patienten

Generell gilt, dass Eltern von KJP-Patienten ohne Medikamentenerfahrung ein kritischeres Bild von Medikamenten haben als solche von Kindern mit Medikamentenerfahrung.
So führte Medikamentenerfahrung des Kindes zu geringerer Sorge vor Schädigung durch Medikamente. Es ist vorstellbar, dass diese familiäre Erfahrung mit Wirkungen und Nebenwirkungen dieser Medikamente die Eltern zu einer positiveren Einschätzung führte. Ein psychologischer Mechanismus könnte sein, dass Mütter, deren Kinder Medikamentenerfahrung gesammelt haben, Nebenwirkungen und Schädigungen durch Medikamente nicht wahrhaben wollen und sie somit verdrängen. Auch könnte es bei diesen Müttern durch geringere Bewertung der Schädigung durch Medikamente zu einer Reduktion der kognitiven Dissonanz kommen.

Unter Müttern ist die Akzeptanz pflanzlicher Medikamente bei denjenigen vermindert, deren Kinder Erfahrungen mit Medikamenten angaben. Eventuell könnte dieser Unterschied durch Erfahrungen mit Phytopharmaka assoziiert sein.

Dagegen sorgte Medikamentenerfahrung des Kindes bei Müttern von KJP-Patienten für eine positivere Bewertung einer möglichen Antidepressiva-Einnahme ihres Kindes. Die Krankheitserfahrung und die unmittelbare Betroffenheit durch Symptome könnte bei Müttern mit Medikamentenerfahrung zu einer positiveren Einstellung führen.

Das Ergebnis, dass Medikamentenerfahrung des Kindes die Einstellungen der Eltern gegenüber Medikamenten positiv beeinflusst, entspricht Ergebnissen einer Studie über Jugendliche mit Angststörung, wonach Eltern von Kindern mit aktueller oder vorangegangener Medikamenteneinnahme eine positivere Einstellung gegenüber einer pharmakologischen Behandlung der Kinder äußerten [7].

Zusammenfassend ergeben sich hieraus zwei Hypothesen:

Entweder verabreichen Mütter, die weniger kritisch gegenüber einer Schädigung durch Medikamente eingestellt sind, ihren Kindern eher Medikamente, oder Medikamentenerfahrung des Kindes führt zu einer Veränderung der Einstellung der Mütter.

4.3 Intrafamiliäre Unterschiede in den Einstellungen zu Medikamenten

Die Eltern der KJP-Patienten sahen die ärztliche Verschreibungspraxis von Medikamenten im Vergleich zu ihren Kindern eher als übertrieben an. Die Haltung der Eltern zur Verschreibungspraxis entspricht Ergebnissen von DosReis *et al.*, die ermittelten, dass 36% der Eltern der Meinung waren, dass zu viele Kinder, die an ADHS erkrankt waren, medikamentös behandelt würden [10].

KJP-Patienten bewerteten die Sorge vor Abhängigkeit durch Antidepressiva geringer als ihre Eltern. Da die Fallvignette die Antidepressiva-Einnahme durch das Kind beschreibt, ist es bemerkenswert, dass die Kinder, die ja direkt von der Gefahr der Abhängigkeit betroffen wären, diese Gefahr für geringer erachteten. Eventuell könnte der im Vergleich zu den Eltern geringere Entwicklungsstand der jüngeren Kinder diese geringere Übernahme von allgemeinen Vorurteilen erklären. Das Ergebnis einer größeren Sorge vor Abhängigkeit durch Antidepressiva bei Müttern erscheint aufgrund der Ergebnisse einer Studie von Lazaratou *et al*. plausibel, wonach 74% der Eltern die Sorge angaben, dass ihre Kinder durch Einnahme von Antidepressiva davon abhängig werden könnten [37].

Dagegen würden KJP-Patienten eher als ihre Eltern eine Einnahme von Antidepressiva verbergen. Dies könnte damit erklärt werden, dass auch in den Eltern-Fragebögen die Antidepressiva-Einnahme auf das Kind bezogen war. Die Eltern waren also von der imaginären Einnahme nur indirekt betroffen. Es ist deshalb denkbar, dass Schüler innerhalb ihres sozialen Umfeldes eine Stigmatisie-

rung als psychisch krank und die soziale Ausgrenzung, die daraus folgen könnte, eher fürchten als ihre Eltern. Dass Stigmatisierung für KJP-Patienten eine wichtige Bedrohung darstellt, zeigen Daten, wonach 40% der KJP-Patienten ihren stationären Aufenthalt geheim halten wollen [45]. Weiterhin ist aus einer Studie über ADHS- Patienten bekannt, dass nur 33% ihrem Freundeskreis die Einnahme von Psychostimulanzien mitteilen würden [40].

Desweiteren sind KJP-Patienten weniger als ihre Mütter dazu bereit, an sich eine pharmakogenetische Untersuchung durchführen zu lassen. Dies ist bemerkenswert, da KJP-Patienten im Falle einer Psychopharmaka-Einnahme von einer solchen Untersuchung durch Optimierung der Dosierung und somit womöglich durch bessere Wirksamkeit bei geringeren Nebenwirkungen profitieren könnten. Eine Erklärung hierfür könnte die gering ausgeprägte Krankheitseinsicht bei einigen häufigen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern sein. So könnte dies zu einer geringeren Motivation führen, aktiv am Therapieprozess teilzunehmen und letztendlich zu einer ablehnenderen Haltung gegenüber therapeutischen Maßnahmen bei KJP-Patienten beitragen. Eventuell könnte auch die Angst vor einer zusätzlichen Blutentnahme zu einer geringeren Akzeptanz einer pharmakogenetischen Untersuchung bei KJP-Patienten führen. Eventuell fühlten sich KJP-Patienten durch die Erwartungshaltung der Eltern unter Druck gesetzt. Diese wollen beispielsweise im Falle von ADHS schulische Probleme durch Aufnahme einer medikamentösen Therapie verringern [19][35]. Auch dies könnte zu einer ablehnenderen Haltung gegenüber derartigen diagnostischen Untersuchungen führen.

Vergleicht man die intrafamiliären Unterschiede in der KJP und an den Schulen, so fällt auf, dass sich in den Familien in einigen Aspekten vergleichbare Unterschiede finden. Allerdings fanden sich in den Familien der KJP-Patienten im Vergleich zu den Familien an den Schulen zusätzliche intrafamiliäre Unterschiede in den Einstellungen zu Medikamenten. Diese beziehen sich auf Schädigung durch Medikamente und Nutzen von Medikamenten und Antidepressiva. So sehen KJP-Patienten die Gefahr einer Schädigung durch Medikamente für größer als ihre Eltern an und bewerten den Nutzen von Medikamenten und Antidepressiva negativer. Insgesamt bewerten KJP-Patienten also die Wirkung von Medikamenten negativer als ihre Mütter. Das Ergebnis einer positiveren Einstellung der Mütter gegenüber der Medikamentenwirkung entspricht Forschungsergebnissen über Auf-

fassungen von Eltern von ADHS-Patienten [10] [41]. Weiterhin veröffentlichte Efron *et al*., dass 26% der ADHS-Patienten uneins mit ihren Eltern über das Ansprechen der Methylphenidat-Therapie waren, wobei in etwa 75% der Fälle nur die Eltern der Meinung waren, dass durch die Therapie Verbesserungen eintraten [12]. Auch ist die positivere Haltung der Mütter aufgrund des Leidensdrucks durch die Krankheit ihres Kindes erklärbar. So sind für Mütter von ADHS- Patienten die Verbesserung der familiären und der schulischen Situation wichtige Gründe für die Aufnahme einer medikamentösen Therapie ihrer Kinder [19][35].

Anders als an den Schulen finden sich in der KJP keine signifikanten Unterschiede zwischen Müttern und Vätern. Neben der größeren Fallzahl der Stichprobe an den Schulen, könnte vielleicht auch der größere Bezug zu Medikamenten in Familien, deren Kinder kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt werden, dieses Angleichen der Einstellungen von Müttern und Vätern erklären. Die größere Medikamentenerfahrung in der KJP könnte also intrafamiliäre Unterschiede zwischen Vätern und Müttern vermindern.

4.4 Stichprobenzusammensetzung

Insgesamt konnten für die AMQ-Studie repräsentative Stichproben an Schulen und in der KJP erreicht werden. Allerdings gibt es einige Einschränkungen.

So lag etwa der unterschiedlichen Verteilung des männlichen und weiblichen Geschlechts in KJP und Schulen ein geringerer Anteil von Vätern in der KJP zu Grunde. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die Mehrzahl der Fragebögen dort im Wartezimmerbereich der KJP-Ambulanzen ausgefüllt wurde. Da im Gegensatz dazu Schüler die Fragebögen nach Hause mitnehmen konnten, hatten an den Schulen wohl mehr Väter die Möglichkeit teilzunehmen, denn die jugendlichen Patienten wurden vermutlich öfter von ihren Müttern begleitet.

Obwohl das durchschnittliche Alter der Jugendlichen und auch dasjenige ihrer Eltern in der KJP über dem Durchschnittsalter an den Schulen lag, war das Durchschnittsalter für Eltern und Jugendliche zusammen in beiden Gruppen annähernd identisch. Dies liegt daran, dass in der KJP mit einem Anteil von 58% aller Fragebögen weniger Erwachsene als an den Schulen (60%) teilnahmen.

Außerdem trat in den Subgruppen in KJP und Schule eine unterschiedliche Verteilung im Hinblick auf die Nationalität der Probanden auf. So nahmen an den Schulen mehr Probanden teil, die angaben, eine andere Staatsangehörigkeit als die deutsche zu besitzen. Jedoch wurde dies aufgrund der Schwierigkeit der korrekten Erfassung der Nationalität - unter anderem wegen der doppelten Staatsbürgerschaft - in Fragebogenstudien nicht weiter berücksichtigt.

Die unterschiedliche Verteilung der Jugendlichen nach Altersgruppen beruhen vor allem auf einem geringeren Anteil der 16- bis 17-jährigen an den Schulen. Dies liegt zum einen an einer geringeren Zahl von Hauptschülern in diesem Alter, zum anderen ließen sich ältere Schüler eventuell nicht so einfach zu einer Teilnahme an der Studie bewegen wie entsprechende KJP-Patienten, da KJP-Patienten aufgrund ihrer größeren Erfahrung mit Medikamenten möglicherweise ein größeres Interesse für dieses Thema aufweisen und somit leichter zu einer Teilnahme zu motivieren waren.

Der Anteil der Schüler, die eine Einnahme von Psychopharmaka angaben, ist mit 7% gegenüber pharmakoepidemiologischen Untersuchungen deutlich erhöht (Kölch *et al*., 0,5% [34]). Dies liegt unter anderem daran, dass bei der Studie von Kölch *et al.* Methylphenidat nicht einbezogen wurde. Das Ergebnis der AMQ-Studie ist insofern als bemerkenswert zu erachten, besitzt allerdings nicht die Aussagefähigkeit einer pharmakoepidemiologischen Studie.

4.5 Limitationen und Ausblick

Zusammenfassend betrachtet, stellt der AMQ-Fragebogen in der Praxis ein verständliches und gut handhabbares Hilfsmittel zur Erfragung von Einstellungen von Medikamenten dar. Allerdings sind Einschränkungen zu nennen:

- So erfolgte aufgrund der fehlenden Korrelation des Items8-Gift eine Modifikation der Scores, wodurch letztendlich die Vergleichbarkeit zu anderen Studien eingeschränkt wurde. Das Verwerfen des geplanten Antidepressant-Scores wegen schlechter interner Konsistenz erschwerte die Auswertung des Themenkomplexes Antidepressiva-Einnahme bei Jugendlichen.

- Durch den Perspektivenwechsel im Elternfragebogen könnten inhaltliche Verzerrungen hervorgerufen worden sein. Während zuerst eigene Einstellungen erfragt wurden, bezogen sich die letzten drei Items auf die Medikamenteneinnahme des eigenen Kindes. Eltern könnten also fälschlicherweise alle Items des AMQ-Fragebogens auf eine Medikamenteneinnahme des Kindes bezogen haben.

Des Weiteren traten bei der Durchführung der AMQ-Studie methodische Schwächen auf:

- So wurde zur Befragung der KJP-Patienten der zur Schülerbefragung identische Fragebogen verwandt. Dadurch wurde der Schultyp der KJP-Patienten nicht erfasst, was die Auswertung hinsichtlich Bildungsstatus der KJP-Patienten einschränkte.
- In den KJP-Ambulanzen wurde die Teilnahme bzw. die Ablehnung der Teilnahme nicht genau dokumentiert, sodass keine genauen Angaben zur Teilnahmequote gemacht werden kann.
- Auch wurde die Medikamentenanamnese durch Eigenangaben der Probanden erhoben. Eine Kontrolle oder Validierung der Angaben wurde nicht durchgeführt.
- Zudem wurde im Rahmen der Medikamentenanamnese keine spezifische Frage nach der eingenommenen medikamentösen Substanz gestellt, sodass die Auswirkung der jeweiligen Substanz auf die Einstellungen nicht bewertet werden konnte.
- Im Rahmen der AMQ-Studie wurden keine Daten zur Adherence der KJP-Patienten erhoben, sodass bei Jugendlichen mit Medikamentenerfahrung keine Aussage über den Zusammenhang zwischen Einstellungen und dem Ausmaß der Therapietreue gemacht werden konnte. Dies stellte jedoch kein Ziel der AMQ-Studie dar und bleibt somit einer künftigen Untersuchung vorbehalten.

Die hier vorgelegten Ergebnisse sind als Annäherung an die Ausprägungen von Einstellungen zu Medikamenten aufzufassen, die unter obigen Einschränkungen repliziert werden sollten, um zu einem besseren Verständnis des Zusammenhangs

zwischen Einstellungen zu Medikamenten und deren Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten beizutragen.

Der AMQ-Fragebogen könnte im Rahmen einer künftigen Studie, z.B. in einer geplanten Untersuchung über das Nebenwirkungsprofil von Johanniskraut bei Jugendlichen, mit Angaben zur Adherence kombiniert werden. So könnte untersucht werden, ob es Einstellungen gibt, die mit der Therapietreue korrelieren, und ob Erfahrungen mit den Wirkungen und Nebenwirkungen des Johanniskrauts die Einstellungen Jugendlicher gegenüber Medikamenten verändern.

5 Zusammenfassung

Im Rahmen der AMQ-Studie (Attitudes towards Medicines Questionnaire) wurden Jugendliche und deren Eltern in der Kinder-und-Jugendpsychiatrie (KJP) und an Schulen anhand eines Fragebogens zu ihren Einstellungen über Medikamente befragt. Der Hauptteil des Fragebogens bestand aus Items des „Beliefs about Medicines Questionnaire“ (BMQ), welcher 1999 von Rob Horne entwickelt wurde. Für die AMQ-Studie wurden die Items des BMQ ins Deutsche übersetzt. Zusätzliche Items, die die Einstellungen der Probanden zu pflanzlichen Medikamenten und deren Bereitschaft zur Durchführung einer pharmakogenetischen Untersuchung thematisieren, wurden hinzugefügt. Weiterhin wurden drei Items angefügt, die die Einnahme von Antidepressiva am Fallbeispiel eines depressiven Jungen behandeln.

Im Sommer 2009 wurden in je zwei Haupt-, Realschulen und Gymnasien insgesamt 551 Schüler, 492 Mütter und 322 Väter befragt. Von Mai 2009 bis März 2010 nahmen in den Kinder-und-Jugendpsychiatrien 159 Schüler, 140 Mütter und 72 Väter an der Befragung teil. Die Teilnahmequote lag bei 57% in der KJP und bei 60% an den Schulen. Während das Durchschnittsalter an Schulen und in der KJP vergleichbar hoch lag (Jugendliche: 14,30 (Schule) und 14,54 Jahre (KJP); Eltern: 43,66 (Schule) und 44,41 Jahre (KJP)), gaben in der KJP hochsignifikant mehr Jugendliche an, bereits Erfahrungen mit Medikamenten gemacht zu haben (35% (Schule) zu 64% (KJP)).

Zur Auswertung wurden die Items zu Scores zusammengefasst. Vier Scores (Overuse-Score, Harm-Score, Benefit-Score und Sensitive-Soma-Score) wurden aus dem BMQ übernommen und drei neu entwickelte Items wurden zum Natural-Remedies-Score zusammengefasst. Diese fünf Scores wiesen eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf. Ein geplanter Score, der aus den Items zum Thema Antidepressiva gebildet werden sollte, musste aufgrund nicht zufriedenstellender Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung verworfen werden, sodass stattdessen die drei Items einzeln ausgewertet wurden.

Es fanden sich unterschiedliche Einstellungen zu Medikamenten zwischen KJP-Patienten und Schülern. Insgesamt wiesen KJP-Patienten eine kritischere Einstellung gegenüber Medikamenten als Schüler auf. Allerdings nahmen diese Unterschiede bei vorhandener Medikamentenerfahrung ab.

Im Vergleich zu den Eltern der Schüler bewerteten Eltern der KJP-Patienten Medikamente positiver, wobei das Ausmaß der Unterschiede bei Medikamentenerfahrung des Kindes zunahm. Außerdem wurden die Einstellungen der KJP-Patienten zu Medikamenten hinsichtlich Einflussfaktoren untersucht. Auffallend war, dass KJP-Patienten mit Medikamentenerfahrung Medikamente positiver beurteilten. Das Geschlecht war dagegen ein geringerer Einflussfaktor, der allerdings bei KJP-Patienten ohne Medikamentenerfahrung stärker ausgeprägt war. Beim Vergleich der intrafamiliären Unterschiede zwischen Vater, Mutter und Kind in KJP und Schule fiel auf, dass sich nur in den Familien der KJP Unterschiede bezüglich des Nutzens von Medikamenten und der Schädigung durch diese fanden. So bewerteten Mütter von KJP-Patienten die Medikamentenwirkung positiver als ihre Kinder.

Der AMQ-Fragebogen stellt ein verständliches und gut handhabbares Instrument zur Erfassung von Einstellungen zu Medikamenten dar. Allerdings sind zusätzliche Untersuchungen nötig, um weitere Erkenntnisse über Einstellungen zu Medikamenten und deren Folgen für das Gesundheitsverhalten zu gewinnen.

6 Literaturverzeichnis

1: Ajzen I: Action control: From Cognition to Behaviour. In: Kuhl J, Beckmann J (Hrsg) From intentions to actions: a theory of planned behaviour, Springer, Heidelberg, S. 11–39 (1985)

2: Andrews L, Lokuge S, Sawyer M, Lillywhite L, Kennedy D, Martin J: The use of alternative therapies by children with asthma: a brief report. Journal of Paediatrics and Child Health 2: 131-134 (1998)

3: Becker MH: The Health Belief Model and personal health behaviour. Health Education Monographs 2: 376–423 (1974)

4: Bender B, Milgrom H, Rand C, Ackerson L: Psychological Factors Associated with Medication Nonadherence in Asthmatic Children. Journal of Asthma 35: 347-353 (1998)

5: Berger I, Dor T, Nevo Y, Goldzweig G: Attitudes toward attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) treatment: parents' and children's perspectives. Journal of Child Neurology 9: 1036-1042 (2008)

6: Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Caputo GC: Patient Perception of Involvement in Medical Care: Relationship to Illness Attitudes and Outcomes. Journal of General Internal Medicine 4: 506-511 (1989)

7: Chavira DA, Stein MB, Bailey K, Stein MT: Parental Opinions Regarding Treatment for Social Anxiety Disorder in Youth. Developmental and Behavioral Pediatrics 5: 315-322 (2003)

8: De Las Cuevas C, Sanz EJ: Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. European Journal of Pharmacology 63: 1063-1067 (2007)

9: DiMatteo MR: Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations. A Quantitative Review of 50 Years of Research. Medical Care 42: 200-209 (2004)

10: Dosreis S, Zito JM, Safer D, Soeken K, Mitchel J, Ellwood L: Parental Perceptions and Satisfaction with Stimulant Medication for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Developmental and Behavioral Pediatrics 3: 155-162 (2003)

11: Du Y, Knopf H: Paediatric homoeopathy in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Pharmacoepidemiology and Drug Safety 18: 370-379 (2009)

12: Efron D, Jarman FC, Barker MJ: Child and parent perceptions of stimulant medication treatment in attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Paediatrics and Child Health 34: (1998)

13: Fegert JM, Kölch M, Zito JM, Glaeske G, Janhsen K: Antidepressant Use in Children and Adolescents in Germany. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 16: 197-206 (2006)

14: Filipp SH, Aymanns P: subjektive Krankheitstheorien. In: Schwarzer R (Hrsg) Gesundheitspsychologie: ein Lehrbuch, Verlag für Psychologie, Göttingen, S. 2-21 (1997)

15: Gau SS, Shen HY, Chou MC, Tang CS, Chiu YN, Gau CS: Determinants to adherence to methyphenidate and impact of poor adherence on maternal and family measures. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 3: 286–297 (2006)

16: Gorenoi V, Schönermark MP, Hagen A: Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg. Schriftenreihe Health Technology Assessment 65: 10-12 (2007)

17: Greenfield S, Kaplan S, Ware JE: Expanding Patient Involvement in Care. Annals of Internal Medicine 102: 520-528 (1985)

18: Halm EA, Mora P, Leventhal H: No Symptoms, No Asthma. The Acute Episodic Disease Belief Is Associated With Poor Self-Management Among Inner-City Adults With Persistent Asthma. Chest 3: 573-580 (2006)

19: Hansen DL, Hansen EH: Caught in a Balancing Act: Parents' Dilemmas Regarding Their ADHD Child's Treatment With Stimulant Medication. Qualitive Health Research 9: 1267-1285 (2006)

20: Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbon KA, Brouwers MC, Kanani R: Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications 3: 185-197 (2000)

21: Hollein H, Evaluation der Einstellungen Jugendlicher und derer Eltern zu Medikamenten anhand des Attitude towards Medicines Questionnaire. (aktuelles Promotionsverfahren zum Doktor der Medizin an der Universität Ulm)

22: Holzinger A, Loffler W, Muller P, Priebe S, Angermeyer MC: Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease 9: 597-603 (2002)

23: Horne R, Buick D, Fisher M, Leake H, Cooper V, Weinman J: Doubts about necessity and concerns about adverse effects: identifying the types of beliefs that are associated with non-adherence to HAART. International Journal of STD & AIDS 15: 38-44 (2004)

24: Horne R, Graupner L, Frost S, Weinman J, Wright S, Hankins M: Medicine in a multi-cultural society: the effect of cultural background on beliefs about medications. Social Science & Medicine 59: 1307-1313 (2004)

25: Horne R, Petrie KJ, Davis C, Diefenbach M, Leventhal H, Leventhal E: The Sensitive soma inventory: A new measure for assessing perceptions of personal sensitivity to medicines.. International Journal of Behavioral Medicine 11: 280 (2004)

26: Horne R, Weinman J: Patients beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. Journal of Psychosomatic Research 6: 555-567 (1999)

27: Horne R, Weinmann J, Hankins M: The Beliefs about Medicine Questionnaire: The developement and evaluation of a new method of assessing the cognitive representation of medication. Psychology and Health 14: 1-24 (1999)

28: Jonsdottir H, Friis S, Horne R, Pettersen KI, Reikvam A, Andreassen O: Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica 119: 78–84 (2009)

29: Kamtsiuris P,Bergmann E, Rattay P,Schlaud M: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50: 836-850 (2007)

30: Kemper KJ, O'Connor KG: Pediatricians' recommendations for complementary and alternative medical (CAM) therapies. Ambulatory Pediatrics 6: 482-489 (2004)

31: Knoll N,Scholz U, Rieckmann N: Die Theorie der Handlungsveranlassung (Theory of Reasoned Action, TRA) und die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behaviour, TPB). In: Reinhard E (Hrsg) Einführung in die Gesundheitspsychologie, Ernst Reinhard Verlag, München, S. 36-42 (2005)

32: Knoll N,Scholz U, Rieckmann N: Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health Belief Modell, HBM). In: Reinhard E (Hrsg) Einführung in die Gesundheitspsychologie, Ernst Reinhard Verlag, München, S. 32-36 (2005)

33: Knopf H: Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 50: 863-870 (2007)

34: Koelch M, Prestel A, Singer H, Keller F, Fegert JM, Schlack R, Hoelling H, Knopf H : Psychotropic Medication in Children and Adolescents in Germany: Prevalence, Indications, and Psychopathological Patterns. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 6: 765-770 (2009)

35: Koelch M, Singer H, Prestel A, Burkert J, Schulze U, Fegert JM: "...because I am something special" or "I think I will be something like a guinea pig": information and assent of legal minors in clinical trials – assessment of understanding, appreciation and reasoning. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 3: 55-68 (2009)

36: Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV: Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature.. The Journal of clinical Psychiatry 63: 892-909 (2002)

37: Lazaratou H, Anagnostopoulos D, Alevizos E, Haviara F, Ploumpidis D: Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. Annals of General Psychiatry 6: 32-39 (2007)

38: Lingam R, Scott J: Treatment non-adherence in affective disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica 105: 164-172 (2002)

39: Maiman LA, Becker MH, Katlic AW: How Mothers treat their children's physical Symptons. Journal of Community Health 3: 136-155 (1985)

40: McElearney C, Fitzpatrick C, Farrell N, King M, Lynch B: Stimulant medication in ADHD: what do children and their parents say?. Irish Journal of Psychological Medicine 1: 5-9 (2005)

41: McNeal RE, Roberts MC, Barone VJ: Mothers' and children's perceptions of medication for children with attention-deficit hyperactivity disorder. Child Psychiatry and Human Development 3: 173-187 (2000)

42: Pappadopulos E, Jensen PS, Chait AR, Arnold LE, Swanson JM, Greenhill LL, Hechtman L, Chuang S, Wells KC, Pelham W, Cooper T, Elliott G, Newcorn JH: Medication adherence in the MTA: saliva methylphenidate samples versus parent report and mediating effect of concomitant behavioral treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 5: 501-510 (2009)

43: Pitetti R, Singh S, Garcia SE, Herr S : Complementary and alternative medicine use in children. Pediatric Emergency Care 3: 165-169 (2001)

44: Ramström H, Afandi S, Elofsson K, Petersson S: Differences in beliefs between patients and pharmaceutical specialists regarding medications. Patient Education and Counseling 62: 244-249 (2006)

45: Rothärmel S, Dippold I, Wiethoff K, Wolfslast G, Fegert JM: Ergebnisse der empirischen Untersuchung zu Partizipationbedürfnissen minderjähriger Patienten. In: Rothärmel S (Hrsg) Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 218-220 (2006)

46: Sanz EJ: Concordance and children’s use of medicines. British Medical Journal 327: 858-860 (2003)

47: Sawyer MG, Gannoni AF, Toogood IR: The use of alternative therapies by children with cancer. The Medical Journal of Australia 160: 320-322 (1994)

48: Schubert I, Köster I, Lehmkuhl G: Prävalenzentwicklung von hyperkinetischen Störungen und Methylphenidatverordnungen: Analyse der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen zwischen 2000 und 2007. Deutsches Ärzteblatt 107: 615-621 (2010)

49: Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA: A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. British Medical Journal 333: 15-18 (2006)

50: Sinha D, Efron D: Complementary and alternative medicine use in children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Paediatrics and Child Health 41: 23-26 (2005)

51: Sleator E, Ullmann R, Neumann A: How Do Hyperactive Children Feel About Taking Stimulants and Will They Tell the Doctor?. Clinical Pediatrics 21: 474-479 (1982)

52: Southwood TR, Malleson PN, Roberts-Thomson PJ, Mahy M: Unconventional remedies used for patients with juvenile arthritis.. Pediatrics 2: 150-154 (1990)

53: Spurrier NG, Sawyer MG, Staugas R, Martin AJ, Kennedy D, Streiner DL: Association Between Parental Perception of Children's Vulnerability to Illness and Management of Children's Asthma. Pediatric Pulmonology 29: 88-93 (2000)

54: Stern RC, Canda ER, Doershuk CF: Use of nonmedical treatment by cystic fibrosis patients. Journal of Adolescent Health 7: 612-615 (1992)

55: Tibaldi G, Clathworthy J, Torchio E, Argentero P, Munizza C, Horne R: The utility of the NecessityConcerns Framework in explaining treatment non-adherence in four chronic illness groups in Italy. Chronic Illness 5: 129-133 (2009)

56: Triandis HC: Einstellungen. In: Six B (Hrsg) Einstellungen und Einstellungsänderungen, Beltz, Weinheim, S. 3-12 (1975)

57: van Dellen QM, van Aalderen, Bindels PJE, Öry FG, Bruil JK, Stronks: Asthma beliefs among mothers and children from different ethnic origins living in Amsterdam, the Netherlands. BMC Public Health 2008 8: 380-391 (2008)

58: van Es SM, le Coq EM, Brouwer A, Mesters I, Nagelkerke F: Adherence-Related Behavior in Adolescents with Asthma: Results from Focus Group Interviews. Journal of Asthma 8: 637-646 (1998)

59: Wagner A, Gopel C, Jennen-Steinmetz C, Schmidt MH: Werden Leitlinien in der KJP überhaupt befolgt? Indikationsentscheidungen bei Störungen des Sozialverhaltens. In: Lehmkuhl U (Hrsg) Therapie in der Kinder und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 64-66 (2003)

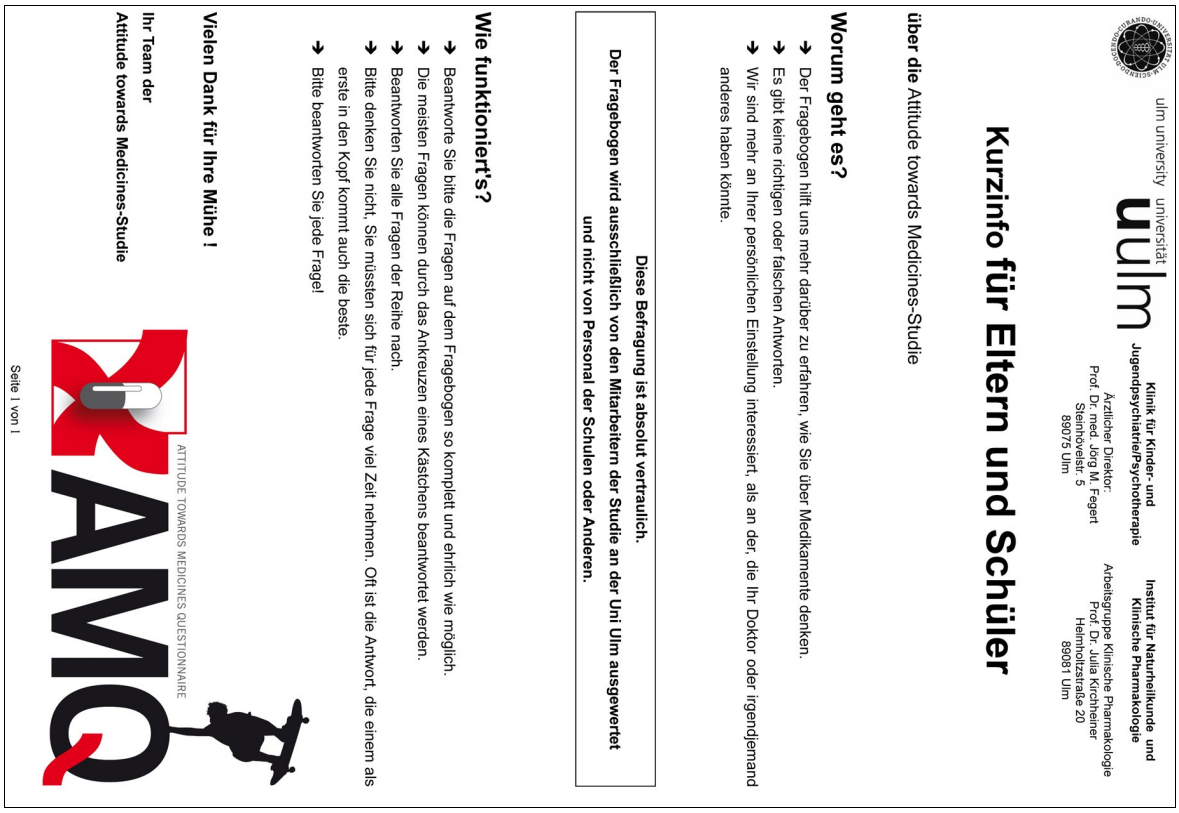
7 Anhang

7.1 Kurz-Informationsblatt

Abb. 1: Kurz-Informationsblatt

AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.



ulm university universität

uulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Steinhövelstr. 5
89075 Ulm

Institut für Naturheilkunde und Klinische Pharmakologie
Arbeitsgruppe Klinische Pharmakologie
Prof. Dr. Julia Kirchheiner
Helmholtzstraße 20
89081 Ulm

Kurzinfo für Eltern und Schüler

über die Attitude towards Medicines-Studie

Worum geht es?

- Der Fragebogen hilft uns mehr darüber zu erfahren, wie Sie über Medikamente denken.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
- Wir sind mehr an Ihrer persönlichen Einstellung interessiert, als an der, die Ihr Doktor oder irgendjemand anderes haben könnte.

Diese Befragung ist absolut vertraulich.
Der Fragebogen wird ausschließlich von den Mitarbeitern der Studie an der Uni Ulm ausgewertet und nicht von Personal der Schulen oder Anderen.

Wie funktioniert's?

- Beantworte Sie bitte die Fragen auf dem Fragebogen so komplett und ehrlich wie möglich.
- Die meisten Fragen können durch das Ankreuzen eines Kästchens beantwortet werden.
- Beantworten Sie alle Fragen der Reihe nach.
- Bitte denken Sie nicht, Sie müssten sich für jede Frage viel Zeit nehmen. Oft ist die Antwort, die einem als erste in den Kopf kommt auch die beste.
- Bitte beantworten Sie jede Frage!

Vielen Dank für Ihre Mühe !

Ihr Team der
Attitude towards Medicines-Studie

AMQ ATTITUDE TOWARDS MEDICINES QUESTIONNAIRE

Seite 1 von 1

7.2 Informationsblatt für Schüler

Abb. 2: Informationsblatt für Schüler

AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

ulm university universität uulm

AMQ

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Steinhövelstr. 5
89075 Ulm

Institut für Naturheilkunde und Klinische Pharmakologie
Arbeitsgruppe Klinische Pharmakologie
Prof. Dr. Julia Kirchheiner
Helmholtzstraße 20
89081 Ulm

Informationsblatt für Schüler

über die Studie:
Einstellungen von Jugendlichen und deren Eltern zu Medikamenten
(Attitude towards Medicines-Studie)

Was Du über unsere Studie wissen musst:
Du bist momentan Schüler und hast womöglich noch nie in Deinem Leben Arzneimittel eingenommen? Oder musstest Du doch schon mal Medikamente schlucken, die Dir von einem Arzt verschrieben wurden? Hattest Du Angst, was diese Mittel in Deinem Körper anrichten könnten?

Die Wirkung eines Medikaments hängt auch davon ab, ob man daran glaubt oder nicht. Wir wissen, dass Medikamente, wie z.B. Schmerzmittel, umso besser wirken, je mehr Arzt und Patient von dem Arzneimittel überzeugt sind. Andererseits hat eine Arzneimitteltherapie auch eine geringere Wirkung, wenn der Patient vor ihr Angst hat.
Viele verschiedene Dinge, wie zum Beispiel unsere Herkunft oder unsere Erfahrungen, beeinflussen diese Einstellung gegenüber Arzneimitteln. Sie kann sich von Familie zu Familie unterscheiden, aber auch innerhalb der Familie kann es vielleicht wegen persönlicher Erfahrungen unterschiedliche Meinungen darüber geben.

In unserem Fragebogen werden allgemeine Einstellungen zu Arzneitherapien abgefragt und dann anhand eines konkreten Falles die Einstellungen zu einer Therapie mit Medikamenten, die auf die Stimmungslage einwirken.

Wir bitten Dich, unabhängig von Deinen Eltern **eigenständig** den Fragebogen auszufüllen.
Gleiches gilt auch für Deine Eltern/Pflegeeltern. Das Ausfüllen dauert etwa 5 Minuten. Die Teilnahme ist nicht verpflichtend - Du nimmst freiwillig teil.

Die Auswertung der Fragebögen geschieht in einer Zusammenarbeit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Institut für Naturheilkunde und klinische Pharmakologie der Universität Ulm.

Erreichbarkeit der Studienverantwortlichen:
Hast Du noch Fragen? Dann kannst Du uns so erreichen:
Prof. Dr. Julia Kirchheiner: Tel: 0731/ 500 656 03 julia.kirchheiner@uni-ulm.de

Schweigepflicht/Datenschutz:
Alle Mitarbeiter der Studie dürfen Anderen nicht erzählen, dass Du mitmachst und welche Antworten Du angekreuzt hast.
Die Ergebnisse der Studie sollen später veröffentlicht werden, damit interessierte Forscher und andere Personen sich informieren können.
Damit wir die vielen Daten auswerten können, müssen wir Deinen Fragebogen mit einem Computer auswerten und speichern. **Dein Name wird nicht gespeichert.**

Danke fürs Durchlesen und **los geht's** mit dem Fragebogen!
Dein Team der Attitude towards Medicines-Studie an der Uni Ulm

P.s.: Dieses Informationsblatt darfst Du natürlich gerne behalten!

7.3 Informationsblatt für Eltern

Abb. 3: Informationsblatt für Eltern

AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

ulm university universität

ulm

AMQ

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Steinhövelstr. 5
89075 Ulm

Institut für Naturheilkunde und Klinische Pharmakologie
Arbeitsgruppe Klinische Pharmakologie
Prof. Dr. Julia Kirchheiner
Helmholtzstraße 20
89081 Ulm

Informationsblatt für Eltern

über die Studie:
Einstellungen von Jugendlichen und deren Eltern zu Medikamenten
(Attitude towards Medicines-Studie)

Über unsere Studie:
Die Einstellung gegenüber Arzneimitteln und der Glauben an deren Wirksamkeit beeinflusst die Wirkung von Medikamenten beim einzelnen Patienten. Wir wissen, dass Medikamente, wie z.B. Schmerzmittel, umso besser wirken, je mehr Arzt und Patient von der Wirkung des Arzneimittels überzeugt sind. Umgekehrt ist die Wirkung einer Arzneimitteltherapie geringer, wenn der Patient davor Angst hat.
Kulturelle, soziale und lebensgeschichtliche Faktoren beeinflussen unsere Einstellung gegenüber Arzneimitteln. Diese kann sich von Familie zu Familie, aber auch innerhalb der Familie unterscheiden.
Wir wollen in dieser Studie untersuchen, inwieweit sich diese Einstellung und das Vertrauen in Medikamente bei Jugendlichen und deren Eltern unterscheidet. Dies geschieht durch einen Fragebogen, der von Jugendlichen im Alter von 12-18 Jahren und deren Eltern jeweils allein und unabhängig voneinander ausgefüllt werden soll.
In unserem Fragebogen werden allgemeine Einstellungen gegenüber Arzneitherapien abgefragt und danach anhand eines konkreten Falles die Einstellungen bezüglich einer Therapie mit Medikamenten, die auf die Stimmungslage/Psyche einwirken.

Wir möchten Sie also bitten, **unabhängig** von Ihrem Sohn/Ihrer Tochter und **unabhängig** von Ihrem Partner diesen beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Das gleiche sollte Ihr Kind und Ihr Partner tun. Das Ausfüllen dauert etwa 5 Minuten. Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig, es besteht keinerlei Verpflichtung.
Wir werden von jedem Teilnehmer die Antworten des Fragebogens **anonymisiert** speichern und auswerten.
Da Sie Ihren Namen nicht angeben und da wir ausschließlich die Daten der Gesamtgruppe an Probanden auswerten, ist eine Rückverfolgung auf einzelne Personen nicht möglich.

Die Auswertung der Fragebögen geschieht in einer Zusammenarbeit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Institut für Naturheilkunde und klinische Pharmakologie der Universität Ulm.

Erreichbarkeit der Studienverantwortlichen:
Sollten zusätzliche Fragen auftauchen, so können Sie mit uns Kontakt aufnehmen:
Prof. Dr. Julia Kirchheiner. Tel: 0731/ 500 656 03 julia.kirchheiner@uni-ulm.de

Schweigepflicht/Datenschutz:
Die erhobenen Daten werden ausschließlich an den oben genannten Institutionen ausgewertet und gelagert.
Die Studienergebnisse sollen in anonymisierter Form für wissenschaftliche Veröffentlichungen verwendet werden.
Alle Personen, die dieses Projektes betreuen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Warum lohnt sich diese Studie?
Wir versprechen uns von dieser Studie wichtige Informationen über die Meinungen zu Arzneimitteln. Diese Informationen können dann als Grundlage bei Therapieoptionen in den verschiedensten Feldern der Medizin dienen. Die Einstellung gegenüber Medikamenten hat einen großen Einfluss auf die Wirksamkeit von Therapien und insbesondere für die Behandlung von Depressionen ist dies ein bedeutender Faktor. Wir erhalten durch diese Studie Informationen darüber, wie sich die Einstellung gegenüber Medikamenten bei Jugendlichen im Vergleich zu ihren Eltern unterscheidet und inwieweit diese Einstellungen familiär geprägt sind.
Durch Ihre Teilnahme an unserer Studie würden Sie diese Ziele effektiv unterstützen!

Herzlichen Dank für Ihr Interesse,
Ihr Team der Attitude towards Medicines-Studie an der Uni Ulm

7.4 Fragebogen für Schüler

Abb. 4: AMQ-Fragebogen für Schüler (Vorderseite)

AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Fragebogen für Schüler

AMQ

- Bevor die Befragung losgeht, brauchen wir von Dir noch einige Angaben für die spätere Auswertung:
  - ➔ Ich bin _____ Jahre alt und ☐weiblich ☐männlich. (bitte ankreuzen)
  - ➔ Ich besuche die _____. Klasse.
  - ➔ Meine Nationalität: _____
  - ➔ Meine bisherigen Erfahrungen mit Medikamenten:
    - Ich nehme regelmäßig Medikamente ein. ☐Ja ☐Nein
    - Ich nehme Medikamente ein, die mich ruhiger machen, meine Konzentration fördern oder meine Stimmung bessern. ☐Ja ☐Nein
    - Ich habe schon einmal länger als einen Monat Medikamente eingenommen. ☐Ja ☐Nein
- Wir wollen Dich über Deine persönlichen Ansichten über Medikamente befragen.
- Unten siehst Du Meinungen anderer Menschen über Medikamente.
- Bitte kreuze an, wie sehr Du diesen Meinungen zustimmst!

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wir sind an Deiner persönlichen Sicht interessiert.

	Meinungen über Medikamente:	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	weiß nicht	stimme zu	stimme voll zu
1	Ärzte verschreiben zu viele Medikamente.					
2	Menschen, die Medikamente schlucken, sollten bei der Einnahme ab und zu eine Pause einlegen.					
3	Medikamente helfen vielen Menschen besser zu leben.					
4	Die meisten Medikamente machen süchtig.					
5	Naturheilmittel sind sicherer als Medikamente.					
6	In den meisten Fällen überwiegt bei Medikamenten der Nutzen gegenüber den Risiken.					
7	In Zukunft wird man Medikamente entwickeln, die die meisten Krankheiten heilen können.					
8	Fast alle Medikamente sind Gift.					
9	Medikamente schaden mehr als dass sie nützen.					
10	Medikamente verlängern das Leben vieler Menschen.					
11	Ärzte vertrauen Medikamenten zu sehr.					
12	Wenn Ärzte mehr Zeit für ihre Patienten hätten, würden sie weniger Medikamente verschreiben.					
13	Mein Körper reagiert sehr sensibel auf Medikamente.					

---bitte wenden!---

Abb. 5: AMQ-Fragebogen für Schüler (Rückseite)

AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	weiß nicht	stimme zu	stimme voll zu
14	Ich reagiere normalerweise stärker auf Medikamente als die meisten Menschen.					
15	Früher habe ich Medikamente schon mal schlecht vertragen.					
16	Schon sehr kleine Mengen an Medikamenten können meinen Körper umhauen.					
17	Ich würde meine Gene testen lassen, wenn ich dadurch wissen könnte, welches Medikament am besten zu mir passt.					
18	Pflanzliche Medikamente sind verträglicher als chemische hergestellte.					
19	Pflanzliche Medikamente wirken besser als chemisch hergestellte.					
20	Wenn möglich, würde ich ein pflanzliches Medikament bevorzugen.					

Stelle Dir bitte nun Folgendes vor:

Lars ist seit einigen Wochen andauernd traurig. Er hat zu nichts mehr Lust, trifft sich nicht mehr mit Freunden, geht nicht mehr zum Sport und hat oft das Gefühl, sein ganzes Leben sei sinnlos.
Manchmal hat er schon daran gedacht, dass er sich umbringen sollte.
Seit Wochen schläft er schlecht ein, liegt lange wach und grübelt. Morgens ist er dann müde und kommt kaum aus dem Bett. Die Schulnoten sind schlechter geworden, er kann sich fast nicht mehr konzentrieren.
Meistens denkt er dann, dass er ohnehin an allem schuld sei und außerdem denkt er, alle anderen fänden ihn blöd.
Seine Freunde und seine Freundin dagegen wundern sich, warum er sich so zurückzieht.

Das, was Lars hat, nennt man eine Depression.
Der Arzt hat ihm nun ein Medikament, ein Antidepressivum, verschrieben. Dieses muss er ungefähr für ein halbes Jahr nehmen, damit es wirken kann.
Stelle Dir bitte nun vor, Dir ginge es ähnlich und versuche folgende Fragen zu dem Medikament zu beantworten:

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	weiß nicht	stimme zu	stimme voll zu
21	Manchmal mache ich mir Sorgen, dass ich zu stark abhängig von diesen Antidepressiva werde.					
22	Diese Antidepressiva schützen mich davor, dass es mir noch schlechter geht.					
23	Ich versuche es vor Anderen zu verbergen, dass ich diese Antidepressiva nehme.					

Bitte packe jetzt Deinen Fragebogen und die Deiner Eltern in den Umschlag, verschließe ihn und bringe ihn wieder in die Schule mit!
Die Informationsblätter sind für Euch und Ihr dürft sie gern behalten.

Wir möchten uns bei Dir herzlich bedanken, dass Du Dir für diesen Fragebogen Zeit genommen hast und wünschen Dir weiterhin alles Gute!

Dein Team der
Attitude towards Medicines-Studie

AMQ
ATTITUDE TOWARDS MEDICINES QUESTIONNAIRE

7.5 Fragebogen für Eltern

Abb. 6: AMQ-Fragebogen für Eltern (Vorderseite)

AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Fragebogen für Eltern

AMQ

• Bevor die Befragung beginnt, benötigen wir von Ihnen noch einige Angaben für die spätere Auswertung:

Ich bin ____ Jahre alt und ☐ weiblich ☐ männlich. (bitte ankreuzen)

Mein Kind, das auch an der Befragung mitmacht, ist ____ Jahre alt.

Mein letzter Schulabschluss:
☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Abitur ☐ abgeschlossenes Studium

Meine Nationalität: _____

• Wir wollen Sie über ihre persönlichen Ansichten über Medikamente befragen.
• Unten sehen Sie Meinungen anderer Menschen über Medikamente.
• Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie diesen Meinungen zustimmen!

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wir sind an Ihrer persönlichen Sicht interessiert.

	Meinungen über Medikamente:	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	weiß nicht	stimme zu	stimme voll zu
1	Ärzte verschreiben zu viele Medikamente.					
2	Menschen, die Medikamente schlucken, sollten bei der Einnahme ab und zu eine Pause einlegen.					
3	Medikamente helfen vielen Menschen besser zu leben.					
4	Die meisten Medikamente machen süchtig.					
5	Naturheilmittel sind sicherer als Medikamente.					
6	In den meisten Fällen überwiegt bei Medikamenten der Nutzen gegenüber den Risiken.					
7	In Zukunft wird man Medikamente entwickeln, die die meisten Krankheiten heilen können.					
8	Fast alle Medikamente sind Gift.					
9	Medikamente schaden mehr als dass sie nützen.					
10	Medikamente verlängern das Leben vieler Menschen.					
11	Ärzte vertrauen Medikamenten zu sehr.					
12	Wenn Ärzte mehr Zeit für ihre Patienten hätten, würden sie weniger Medikamente verschreiben.					
13	Mein Körper reagiert sehr sensibel auf Medikamente.					

---bitte wenden!---

Abb. 7: AMQ-Fragebogen für Eltern (Rückseite)

AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	weiß nicht	stimme zu	stimme voll zu
14	Ich reagiere normalerweise stärker auf Medikamente als die meisten Menschen.					
15	Früher habe ich Medikamente schon mal schlecht vertragen.					
16	Schon sehr kleine Mengen an Medikamenten können meinen Körper umhauen.					
17	Ich würde meine Gene testen lassen, wenn ich dadurch wissen könnte, welches Medikament am besten zu mir passt.					
18	Pflanzliche Medikamente sind verträglicher als chemische hergestellte.					
19	Pflanzliche Medikamente wirken besser als chemisch hergestellte.					
20	Wenn möglich, würde ich ein pflanzliches Medikament bevorzugen.					

Stellen Sie sich nun bitte Folgendes vor:

Lars ist seit einigen Wochen andauernd traurig. Er hat zu nichts mehr Lust, trifft sich nicht mehr mit Freunden, geht nicht mehr zum Sport und hat oft das Gefühl, sein ganzes Leben sei sinnlos.
Manchmal hat er schon daran gedacht, dass er sich umbringen sollte.
Seit Wochen schläft er schlecht ein, liegt lange wach und grübelt. Morgens ist er dann müde und kommt kaum aus dem Bett. Die Schulnoten sind schlechter geworden, er kann sich fast nicht mehr konzentrieren.
Meistens denkt er dann, dass er ohnehin an allem schuld sei und außerdem denkt er, alle anderen fänden ihn blöd.
Seine Freunde und seine Freundin dagegen wundern sich, warum er sich so zurückzieht.

Das, was Lars hat, nennt man eine Depression.
Der Arzt hat ihm nun ein Medikament, ein Antidepressivum, verschrieben. Dieses muss er ungefähr für ein halbes Jahr nehmen, damit es wirken kann.

Stellen Sie sich bitte nun vor, Ihrem Kind ginge es ähnlich und versuchen Sie folgende Fragen zu dem Medikament zu beantworten:

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	weiß nicht	stimme zu	stimme voll zu
21	Manchmal mache ich mir Sorgen, dass mein Kind zu stark abhängig von diesen Antidepressiva wird.					
22	Diese Antidepressiva schützen mein Kind davor, dass es ihm noch schlechter geht.					
23	Ich versuche es vor Anderen zu verbergen, dass mein Kind diese Antidepressiva nimmt.					

Bitte packen Sie Ihren Fragebogen zusammen mit den anderen in den Umschlag und verschließen Sie ihn!
Das Informationsblatt dürfen Sie gerne behalten.

Wir möchten uns bei Ihnen herzlich bedanken, dass Sie sich für diesen Fragebogen Zeit genommen haben und wünschen Ihnen weiterhin alles Gute!

Ihr Team der Attitude towards Medicines-Studie

AMQ
ATTITUDE TOWARDS MEDICINES QUESTIONNAIRE

7.6 Tabellen-Kodierung

Tab. 44: Bei der Eingabe der Daten der AMQ-Studie verwendete Kodierung

AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Kodierung		Kodierung
Ja/Nein-Antworten:		**Elternbildung:**	
Nein	0	Hauptschule	1
Ja	1	Realschule	2
		Abitur	3
Geschlecht:		Universitätsabschluss	4
Frau	0		
Mann	1	**Individuum:**	
		nicht bekannt	0
Nationalität:		Schüler	1
Deutschland	1	Mutter	2
Türkei	2	Vater	3
Italien	3		
Österreich	4	**Schultyp:**	
Vietnam	5	nicht bekannt	0
Russland	6	Gymnasium	1
Irak	7	Realschule	2
Rumänien	8	Hauptschule	3
Albanien	9	KJP	4
Kosovo	10		
Bosnien	11	**Items 1-23:**	
Neuseeland	12	stimme gar nicht zu	1
Griechenland	13	stimme nicht zu	2
Portugal	14	weiß nicht	3
Kroatien	15	stimme zu	4
Senegal	16	stimme voll zu	5
Kurdistan	17		
Gambia	18	**Vollständigkeit:**	
Georgien	19	unvollständig	0
Brasilien	20	vollständig	1
Südafrika	21		
(bei doppelter Staatsbürgerschaft:		**korrigiert:**	
deutsch und 2. Staatsbürgerschaft in		nein	0 bzw. leer
den Kommentar)		ja	1

7.7 Tabelle der Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse

Tab. 45: Rotierte Komponentenmatrix der verwendeten Items

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

Verwendete Daten: Antworten aller Befragten der AMQ-Studie (Schüler, KJP-Patienten, Eltern), N=1492; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Item	Komponente			
	1	2	3	4
Item 1	0,00	-0,03	0,08	0,70
Item 2	0,34	-0,35	0,08	0,09
Item 3	0,00	0,63	-0,03	-0,09
Item 4	0,30	-0,49	0,10	0,14
Item 5	0,67	-0,32	0,02	0,07
Item 6	0,00	0,47	-0,02	-0,06
Item 7	0,34	0,11	-0,09	-0,38
Item 8	0,22	-0,38	0,20	0,35
Item 9	0,18	-0,54	0,24	0,36
Item 10	0,04	0,62	-0,05	0,09
Item 11	0,12	-0,18	0,06	0,68
Item 12	0,11	-0,04	0,13	0,68
Item 13	0,06	0,00	0,74	0,16
Item 14	0,05	-0,05	0,78	0,10
Item 15	0,02	-0,03	0,75	0,04
Item 16	0,09	-0,10	0,76	0,11
Item 17	0,23	0,34	0,15	-0,07
Item 18	0,77	-0,02	0,11	0,10
Item 19	0,68	-0,33	0,08	0,04
Item 20	0,70	0,13	0,17	0,18
Item 21	0,28	0,26	0,07	0,40
Item 22	-0,02	0,57	0,01	0,05
Item 23	0,27	0,16	-0,07	-0,01

7.8 Tabellarischer Anhang des Ergebnisteils

Tab.46: Vergleich zwischen KJP und Schule in Abhängigkeit des Geschlechts

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Jungen	**Schule**			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	284	9,25	2,28	71	8,89	2,29	1,19	353	0,236
HaS	285	11,55	2,54	69	11,71	2,47	-0,48	352	0,631
BeS	283	15,03	2,22	66	14,59	2,82	1,19	84,73	0,238
SSS	**282**	**8,61**	**2,95**	**66**	**9,33**	**2,19**	**-2,24**	**127,07**	**0,027**
NRS	**282**	**10,50**	**2,50**	**67**	**9,39**	**2,96**	**2,83**	**89,65**	**0,006**
I17	284	2,98	1,22	69	2,67	1,21	1,94	351	0,054
I21	**281**	**3,12**	**1,25**	**66**	**2,76**	**1,23**	**2,11**	**345**	**0,035**
I22	281	3,36	1,07	65	3,54	1,13	-1,18	344	0,239
I23	281	3,14	1,33	65	2,94	1,31	1,12	344	0,264
Mädchen	**Schule**			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	258	9,17	2,33	83	9,08	2,33	0,29	339	0,770
HaS	252	12,31	2,55	80	12,49	2,23	-0,56	330	0,576
BeS	250	14,40	2,58	79	13,81	2,20	1,83	327	0,068
SSS	**250**	**8,97**	**3,22**	**82**	**10,00**	**2,11**	**-3,32**	**212,14**	**0,001**
NRS	**248**	**10,85**	**2,28**	**81**	**9,64**	**3,14**	**3,20**	**109,00**	**0,002**
I17	254	3,09	1,24	83	2,83	1,20	1,64	335	0,101
I21	**252**	**3,58**	**1,16**	**82**	**3,07**	**1,24**	**3,40**	**332**	**0,001**
I22	252	3,43	1,09	82	3,43	0,99	0,01	332	0,990
I23	252	3,37	1,28	82	3,34	1,30	0,14	332	0,885

Tab.47: Vergleich zwischen KJP und Schule in Abhängigkeit der Elternbildung

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**			**Hauptschulabschluss**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	131	9,44	2,34	50	9,06	2,52	0,96	179	0,337
HaS	130	12,57	2,51	50	12,64	2,39	-0,17	178	0,864
BeS	**130**	**14,49**	**2,50**	**46**	**13,61**	**2,50**	**2,06**	**174**	**0,041**
SSS	124	8,98	2,93	48	9,38	2,89	-0,81	170	0,422
NRS	126	10,48	2,62	47	9,98	1,94	1,38	111,12	0,171
I17	128	3,11	1,19	49	2,71	1,29	1,94	175	0,055
I21	128	3,13	1,32	47	2,91	1,16	1,06	93,04	0,292
I22	128	3,30	1,07	47	3,23	1,22	0,33	173	0,740
I23	128	3,05	1,32	47	2,83	1,40	0,98	173	0,327
	Schule			**KJP**			**Realschulabschluss**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	187	8,89	2,10	61	8,70	1,99	0,60	246	0,550
HaS	185	11,63	2,47	60	11,93	2,35	-0,85	243	0,399
BeS	181	14,81	2,43	59	14,59	2,44	0,60	238	0,549
SSS	**184**	**8,20**	**2,91**	**58**	**9,14**	**3,02**	**-2,13**	**240**	**0,034**
NRS	**185**	**10,54**	**2,19**	**59**	**9,25**	**2,26**	**3,88**	**242**	**0,000**
I17	186	2,99	1,22	59	2,76	1,14	1,29	243	0,198
I21	**184**	**3,34**	**1,23**	**57**	**2,95**	**1,30**	**2,09**	**239**	**0,038**
I22	184	3,32	1,15	56	3,52	1,06	-1,18	238	0,239
I23	185	3,34	1,30	56	3,46	1,21	-0,63	239	0,527
	Schule			**KJP**			**Abitur**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign2-seitig)**
OvS	64	9,36	1,88	13	9,15	2,41	0,34	75	0,733
HaS	65	11,48	2,50	11	11,64	2,34	-0,20	74	0,844
BeS	**65**	**14,68**	**2,12**	**11**	**12,36**	**1,96**	**3,38**	**74**	**0,001**
SSS	64	8,78	2,48	12	10,92	3,92	-1,82	12,70	0,092
NRS	64	10,72	2,24	12	10,75	2,14	-0,05	74	0,964
I17	64	3,00	1,23	13	2,31	1,38	1,81	75	0,075
I21	**62**	**3,55**	**1,10**	**13**	**2,85**	**1,28**	**2,04**	**73**	**0,045**
I22	62	3,58	0,90	13	3,46	0,97	0,43	73	0,669

I23	**61**	**3,48**	**1,15**	**13**	**2,69**	**1,38**	**2,15**	**72**	**0,035**
	Schule			**KJP**			**Abgeschlossenes Studium**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	108	9,31	2,73	25	9,08	2,08	0,46	45,27	0,649
HaS	106	11,71	2,76	23	11,78	2,02	-0,15	42,01	0,881
BeS	107	15,04	2,36	23	14,57	2,54	0,86	128	0,392
SSS	108	9,08	3,30	25	10,08	2,45	-1,71	46,53	0,094
NRS	**105**	**11,00**	**2,70**	**24**	**10,00**	**2,00**	**2,06**	**44,44**	**0,045**
I17	109	3,09	1,22	25	3,00	1,12	0,34	132	0,731
I21	109	3,50	1,11	25	3,12	1,20	1,54	132	0,126
I22	109	3,58	1,07	25	3,84	0,69	-1,53	54,54	0,133
I23	109	3,38	1,30	25	3,36	1,15	0,06	132	0,955

Tab.48: Eltern von Jugendlichen mit negativer Medikamentenanamnese: Vergleich zwischen KJP und Schule

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz;OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**			**Mütter**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	308	10,20	2,47	45,00	10,22	2,14	-0,06	62,39	0,952
HaS	299	11,80	3,27	43,00	12,42	2,93	-1,18	340	0,241
BeS	307	14,57	2,16	44,00	14,93	2,28	-1,03	349	0,302
SSS	304	10,51	3,47	45,00	10,09	3,40	0,77	347	0,443
NRS	303	10,83	2,31	42,00	11,36	2,30	-1,40	343	0,162
I17	308	3,25	1,20	45,00	3,02	1,31	1,16	351	0,249
I21	302	4,01	1,08	43,00	4,07	0,99	-0,36	343	0,718
I22	301	3,45	0,98	40,00	3,60	0,81	-1,06	55,52	0,295
I23	301	2,57	1,05	42,00	2,64	1,01	-0,44	341	0,663
	Schule			**KJP**			**Väter**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	204	10,26	2,38	23	9,91	1,86	0,84	30,76	0,410
HaS	199	11,77	3,17	25	12,32	2,88	-0,82	222	0,414
BeS	194	14,54	2,54	24	14,92	1,82	-0,92	35,23	0,363
SSS	198	9,62	3,12	26	9,96	2,41	-0,65	36,99	0,518
NRS	202	10,29	2,28	23	9,57	1,88	1,72	29,90	0,096
I17	202	3,21	1,21	26	3,23	0,82	-0,10	40,75	0,922
I21	199	3,85	1,10	26	3,58	1,30	1,02	29,85	0,316
I22	199	3,32	1,10	25	3,48	0,92	-0,69	222	0,489
I23	197	2,76	1,03	25	2,60	1,04	0,72	220	0,474

Tab.49:Vergleich der Väter zwischen KJP und Schule

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Schule			**KJP**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	320	10,06	2,39	69	10,06	2,21	0,00	387	0,996
HaS	314	11,66	3,17	70	11,46	2,81	0,50	382	0,617
BeS	306	14,56	2,47	69	15,03	2,02	-1,68	118,68	0,095
SSS	311	9,67	3,10	69	9,77	2,11	-0,32	141,87	0,748
NRS	317	10,47	2,28	70	10,26	2,84	0,59	89,64	0,558
I17	318	3,24	1,21	70	3,16	1,06	0,57	112,57	0,570
I21	314	3,76	1,16	72	3,61	1,17	0,97	384	0,333
I22	**313**	**3,39**	**1,04**	**71**	**3,70**	**0,89**	**-2,64**	**118,58**	**0,009**
I23	311	2,70	1,09	71	2,45	1,05	1,76	380	0,079

Tab.50: Vergleich zwischen KJP und Schule in Abhängigkeit der Elternbildung

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Mütter	**Schule**			**KJP**			**Hauptschulabschluss**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	123	9,89	2,60	42	9,00	2,50	1,94	163	0,054
HaS	**120**	**12,72**	**2,99**	**42**	**11,43**	**2,98**	**2,40**	**160**	**0,017**
BeS	121	14,74	2,12	39	14,15	2,30	1,46	158	0,146
SSS	120	9,98	3,76	42	9,93	3,28	0,08	160	0,933
NRS	117	11,09	2,48	38	10,45	2,94	1,31	153	0,191
I17	118	3,27	1,22	42	3,07	1,22	0,91	158	0,362
I21	116	3,86	1,28	41	3,68	1,15	0,79	155	0,430
I22	116	3,45	1,00	38	3,53	1,08	-0,41	152	0,683

I23	**116**	**2,53**	**1,13**	**39**	**2,08**	**0,93**	**2,47**	**78,82**	**0,016**
	Schule			**KJP**			**Realschulabschluss**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	183	9,86	2,28	54	10,11	2,19	-0,71	235	0,481
HaS	178	11,46	3,27	53	10,92	2,97	1,13	92,93	0,263
BeS	180	14,62	2,34	53	14,85	2,47	-0,63	231	0,530
SSS	180	10,45	3,47	54	11,46	3,79	-1,84	232	0,067
NRS	177	10,80	2,06	52	10,85	2,19	-0,15	227	0,881
I17	182	3,36	1,18	53	3,17	1,40	0,89	75,09	0,377
I21	**178**	**3,90**	**1,17**	**53**	**3,47**	**1,25**	**2,24**	**81,20**	**0,028**
I22	**178**	**3,47**	**1,04**	**53**	**3,91**	**0,82**	**-3,18**	**107,53**	**0,002**
I23	178	2,52	1,11	53	2,43	1,14	0,48	229	0,634
Mütter	**Schule**			**KJP**			**Abitur**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	62	10,32	2,47	12	11,08	2,35	-0,98	72	0,328
HaS	60	11,40	2,88	11	10,73	3,55	0,69	69	0,495
BeS	61	15,03	2,05	12	14,67	1,61	0,58	71	0,562
SSS	63	10,56	3,07	12	10,25	3,74	0,31	73	0,761
NRS	62	10,85	2,16	11	9,82	2,36	1,45	71	0,153
I17	62	3,19	1,21	11	3,00	1,18	0,49	71	0,626
I21	62	4,06	0,90	12	3,50	1,38	1,36	12,88	0,197
I22	62	3,58	0,86	11	4,27	0,65	-2,54	71	0,013
I23	62	2,69	1,03	12	2,00	0,95	2,15	72	0,035
Mütter	**Schule**			**KJP**			**Abgeschlossenes Studium**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	103	10,47	2,55	22	9,64	2,56	1,39	123	0,168
HaS	96	10,97	3,37	22	9,59	2,65	2,08	38,31	0,044
BeS	103	14,50	1,95	21	15,43	2,29	-1,92	122	0,057
SSS	102	11,17	3,49	20	11,60	2,14	-0,74	41,94	0,467
NRS	103	10,62	2,26	19	10,05	2,72	0,98	120	0,332
I17	105	2,98	1,20	21	2,90	1,00	-1,36	124	0,175
I21	101	4,08	1,00	22	3,68	1,25	1,40	27,12	0,173
I22	100	3,49	1,02	22	3,77	0,75	-1,49	40,07	0,144
I23	101	2,59	1,06	21	2,90	1,00	-1,23	120	0,219
Väter	**Schule**			**KJP**			**Hauptschulabschluss**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	83	9,66	2,23	17	9,88	2,06	-0,40	24,36	0,696
HaS	79	12,91	3,00	18	12,50	2,28	0,65	31,91	0,522
BeS	78	14,05	2,70	18	14,50	2,48	-0,68	27,10	0,502
SSS	78	9,78	2,96	18	10,00	2,91	-0,28	94	0,778
NRS	**81**	**10,78**	**2,20**	**19**	**9,37**	**2,19**	**2,52**	**98**	**0,013**

I17	80	3,23	1,20	18	3,11	1,18	0,36	96	0,716
I21	80	3,64	1,24	19	3,58	1,26	0,19	97	0,854
I22	79	3,27	1,15	19	3,21	0,92	0,20	96	0,846
I23	78	2,67	1,12	19	2,32	0,82	1,55	36,47	0,131
Väter	**Schule**			**KJP**			**Realschulabschluss**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	111	9,93	2,39	23	10,22	2,09	-0,54	132	0,591
HaS	111	11,42	2,97	24	11,79	2,73	-0,56	133	0,577
BeS	108	14,87	2,74	24	15,50	2,06	-1,06	130	0,292
SSS	109	9,51	3,22	23	9,65	2,84	-0,19	130	0,849
NRS	110	10,41	2,11	22	10,05	1,84	0,75	130	0,454
I17	111	3,21	1,21	23	3,30	0,97	-0,42	37,68	0,680
I21	108	3,75	1,17	24	3,50	1,22	0,94	130	0,349
I22	**108**	**3,43**	**1,05**	**23**	**3,91**	**0,79**	**-2,51**	**40,43**	**0,016**
I23	108	2,69	1,07	23	2,35	1,07	1,41	129	0,161
Väter	**Schule**			**KJP**			**Abitur**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	40	9,63	2,19	4	10,50	3,51	-0,49	3,24	0,656
HaS	40	10,88	3,32	4	11,50	4,43	-0,35	42	0,729
BeS	38	14,74	1,91	4	15,25	1,71	-0,51	40	0,610
SSS	38	9,13	2,44	4	12,00	5,48	-1,04	3,13	0,373
NRS	40	10,20	2,47	4	9,00	2,58	0,92	42	0,362
I17	40	3,55	1,06	4	3,25	1,26	0,53	42	0,598
I21	39	3,74	1,04	4	3,75	1,26	-0,01	41	0,991
I22	39	3,51	0,94	4	3,75	1,26	-0,47	41	0,644
I23	**39**	**2,72**	**1,00**	**4**	**2,00**	**0,00**	**4,49**	**38,00**	**0,000**
	Schule			**KJP**			**Abgeschlossenes Studium**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	80	10,93	2,52	20	9,75	2,17	1,91	98	0,059
HaS	78	11,09	3,26	20	9,75	2,40	1,72	96	0,089
BeS	77	14,53	2,07	19	14,95	1,47	-0,82	94	0,414
SSS	80	10,03	3,39	20	10,70	2,18	-1,09	45.00	0,280
NRS	80	10,45	2,53	19	9,47	2,17	1,55	97	0,124
I17	81	3,16	1,32	21	3,10	0,94	0,26	42,61	0,797
I21	81	3,89	1,16	21	3,57	1,12	1,12	100	0,264
I22	**81**	**3,40**	**1,01**	**21**	**4,00**	**0,71**	**-3,17**	**43,62**	**0,003**
I23	80	2,76	1,12	21	2,67	1,16	0,35	99	0,729

Tab.51: Vergleich der Unterschiede der Eltern zwischen KJP und Schule in Abhängigkeit der Altersgruppe des Kindes

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Mütter	**Schule**			**KJP**			**Altersgruppe 1**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	174	9,95	2,40	39	10,18	2,23	-0,55	211	0,582
HaS	167	11,90	3,11	38	10,82	2,65	2,21	62,52	0,031
BeS	171	14,85	2,08	38	14,71	2,22	0,37	207	0,716
SSS	170	10,34	3,76	39	10,51	3,87	-0,26	207	0,792
NRS	171	10,91	2,15	35	10,54	2,45	0,89	204	0,375
I17	172	3,30	1,16	37	3,14	1,49	0,64	45,79	0,525
I21	166	4,12	1,12	39	3,59	1,27	2,40	52,76	0,020
I22	166	3,45	1,03	38	3,63	1,00	-1,01	202	0,314
I23	166	2,72	1,18	38	2,37	1,05	1,68	202	0,094
Mütter	**Schule**			**KJP**			**Altersgruppe 2**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	184	10,35	2,41	36	9,53	2,30	1,89	218	0,060
HaS	179	11,92	3,32	36	11,36	2,92	0,94	213	0,347
BeS	182	14,58	2,24	37	14,84	2,75	-0,62	217	0,536
SSS	180	10,80	3,24	37	11,65	3,74	-1,41	215	0,159
NRS	176	10,74	2,37	36	10,97	1,86	-0,64	60,81	0,526
I17	181	3,09	1,31	37	3,08	1,32	0,05	216	0,957
I21	180	3,88	1,09	35	3,97	1,04	-0,44	213	0,659
I22	179	3,52	1,00	34	3,79	0,77	-1,81	56,56	0,076
I23	180	2,48	1,08	34	2,68	1,09	-0,96	212	0,339
Mütter	**Schule**			**KJP**			**Altersgruppe 3**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	103	9,91	2,47	46	9,96	2,58	-0,10	147	0,921
HaS	99	11,00	3,30	44	10,64	3,47	0,60	141	0,551
BeS	103	14,54	2,05	43	14,63	2,15	-0,22	144	0,824
SSS	104	10,40	3,69	43	10,51	3,43	-0,17	145	0,870
NRS	102	10,91	2,19	42	10,24	3,33	1,21	56,15	0,232
I17	104	3,32	1,08	44	3,27	1,23	0,22	146	0,826
I21	**101**	**3,88**	**1,13**	**45**	**3,44**	**1,24**	**2,02**	**78,39**	**0,047**

I22	**101**	**3,46**	**0,97**	**45**	**3,89**	**0,96**	**-2,51**	**144**	**0,013**
I23	101	2,50	1,00	45	2,16	1,02	1,89	144	0,061
Väter	**Schule**			**KJP**			**Altersgruppe 1**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	128	9,95	2,49	19	10,37	2,01	-0,71	145	0,481
HaS	125	11,83	3,26	20	12,05	3,17	-0,28	143	0,781
BeS	119	14,83	2,36	19	15,53	1,68	-1,57	30,63	0,126
SSS	126	9,43	3,01	19	9,74	2,83	-0,42	143	0,675
NRS	126	10,53	2,28	17	9,65	1,93	1,53	141	0,129
I17	128	3,24	1,17	19	3,05	1,18	0,66	145	0,511
I21	124	3,85	1,17	20	3,35	1,46	1,47	23,12	0,155
I22	123	3,44	1,07	19	3,42	1,12	0,07	140	0,946
I23	122	2,75	1,14	19	2,37	1,17	1,37	139	0,173
Väter	**Schule**			**KJP**			**Altersgruppe 2**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	112	10,04	2,36	20	9,65	2,21	0,68	130	0,497
HaS	111	11,73	3,21	20	11,20	3,00		129	0,494
BeS	107	14,36	2,55	20	14,45	1,93	-0,16	125	0,875
SSS	106	9,67	3,07	20	9,95	2,65	-0,38	124	0,703
NRS	110	10,33	2,19	20	9,75	2,07	1,09	128	0,276
I17	109	3,12	1,30	20	3,35	0,93	-0,95	34,26	0,349
I21	110	3,76	1,12	20	3,85	1,09	-0,32	128	0,750
I22	**110**	**3,34**	**1,08**	**20**	**3,95**	**0,51**	**-4,00**	**55,87**	**0,000**
I23	109	2,72	1,06	20	2,55	0,76	0,88	34,39	0,383
Väter	**Schule**			**KJP**			**Altersgruppe 3**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	70	10,27	2,20	20	10,20	2,28	0,13	88	0,899
HaS	68	11,32	3,01	21	10,90	2,32	0,59	87	0,560
BeS	71	14,30	2,56	21	15,24	2,45	-1,50	90	0,138
SSS	70	9,99	3,45	21	10,48	3,27	-0,58	89	0,565
NRS	**71**	**10,72**	**2,43**	**22**	**9,36**	**2,26**	**2,32**	**91**	**0,022**
I17	71	3,42	1,10	21	3,10	1,04	1,21	90	0,230
I21	70	3,60	1,18	22	3,59	1,01	0,03	90	0,974
I22	70	3,33	0,99	22	3,73	0,83	-1,71	90	0,091
I23	70	2,66	1,03	22	2,32	1,00	1,35	90	0,179

Tab.52: Vergleich Jungen und Mädchen in der KJP

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Mädchen			**Jungen**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	83	9,08	2,33	71	8,89	2,29	0,53	152	0,599
HaS	**80**	**12,49**	**2,23**	**69**	**11,71**	**2,47**	**2,02**	**147**	**0,045**
BeS	79	13,81	2,20	66	14,59	2,82	-1,83	121,83	0,069
SSS	82	10,00	2,11	66	9,33	2,19	1,88	146	0,062
NRS	81	9,64	3,14	67	9,39	2,96	0,50	146	0,616
I17	83	2,83	1,20	69	2,67	1,21	0,84	150	0,402
I21	82	3,07	1,24	66	2,76	1,23	1,55	146	0,124
I22	82	3,43	0,99	65	3,54	1,13	-0,64	145	0,526
I23	82	3,34	1,30	65	2,94	1,31	1,86	145	0,065

Tab.53: Vergleich Jungen und Mädchen mit Medikamentenerfahrung in der KJP

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Mädchen			**Jungen**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	51	8,88	2,44	47	8,94	2,27	-0,11	96	0,910
HaS	50	11,82	2,15	46	11,50	2,45	0,68	94	0,497
BeS	47	14,26	2,06	43	14,88	2,87	-1,18	75,53	0,240
SSS	49	9,98	2,14	44	9,61	2,41	0,78	91	0,440
NRS	49	9,94	3,38	43	10,02	2,82	-0,13	90	0,898
I17	50	2,90	1,27	45	2,91	1,22	-0,04	93	0,965
I21	49	2,98	1,33	45	3,07	1,18	-0,34	92	0,738
I22	49	3,49	1,06	45	3,87	1,01	-1,76	92	0,082
I23	49	3,24	1,36	45	3,22	1,26	0,08	92	0,934

Tab.54: Vergleich der KJP-Patienten nach Elternbildung

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; dF Freiheitsgrad; QuS Quadratsumme; F statistische Gesamtheit; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; HS Hauptschulabscluss; RS Realschulabschluss; Abi Abitur;Uni Hochschulabschluss; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Score/ Item	**Bildung-max**	**N**	**MW**	**SD**		**Quadrat summe**	**dF**	**MW (QuS)**	**F**	**Sign**	**Bonferroni**
OvS	1	50	9,06	2,52	zwischen	5,15	3	1,72	0,35	0,793	
	2	61	8,70	1,99	innerhalb	721,04	145	4,97			
	3	13	9,15	2,41	gesamt	726,19	148				
	4	25	9,08	2,08							
	Gesamt	149	8,93	2,22							
HaS	1	50	12,64	2,39	zwischen	20,78	3	6,93	1,29	0,279	
	2	60	11,93	2,35	innerhalb	749,71	140	5,36			
	3	11	11,64	2,34	gesamt	770,49	143				
	4	23	11,78	2,02							
	Gesamt	144	12,13	2,32							
BeS	**1**	**46**	**13,61**	**2,50**	**zwischen**	**63,57**	**3**	**21,19**	**3,54**	**0,016**	**RS>Abi**
	2	59	14,59	2,44	innerhalb	807,39	135	5,98			
	3	11	12,36	1,96	gesamt	870,96	138				
	4	23	14,57	2,54							
	Gesamt	139	14,09	2,51							
SSS	1	48	9,38	2,89	zwischen	40,71	3	13,57	1,54	0,206	
	2	58	9,14	3,02	innerhalb	1222,90	139	8,80			
	3	12	10,92	3,92	gesamt	1263,61	142				
	4	25	10,08	2,45							
	Gesamt	143	9,53	2,98							
NRS	1	47	9,98	1,94	zwischen	30,46	3	10,15	2,29	0,081	
	2	59	9,25	2,26	innerhalb	612,42	138	4,44			
	3	12	10,75	2,14	gesamt	642,87	141				
	4	24	10,00	2,00							
	Gesamt	142	9,75	2,14							
I17	1	49	2,71	1,29	zwischen	4,18	3	1,39	0,95	0,417	
	2	59	2,76	1,14	innerhalb	207,45	142	1,46			
	3	13	2,31	1,38	gesamt	211,62	145				
	4	25	3,00	1,12							

	Gesamt	146	2,75	1,21							
I21	1	47	2,91	1,16	zwischen	0,91	3	0,30	0,20	0,897	
	2	57	2,95	1,30	innerhalb	210,83	138	1,53			
	3	13	2,85	1,28	gesamt	211,75	141				
	4	25	3,12	1,20							
	Gesamt	142	2,96	1,23							
I22	1	47	3,23	1,22	zwischen	6,17	3	2,06	1,84	0,143	
	2	56	3,52	1,06	innerhalb	153,00	137	1,12			
	3	13	3,46	0,97	gesamt	159,16	140				
	4	25	3,84	0,69							
	Gesamt	141	3,48	1,07							
I23	1	47	2,83	1,40	zwischen	14,15	3	4,72	2,87	0,039	KeineSign
	2	56	3,46	1,21	innerhalb	225,10	137	1,64			Im Post-
	3	13	2,69	1,38	gesamt	239,25	140				Hoc-Test
	4	25	3,36	1,15							
	Gesamt	141	3,16	1,31							

Tab.55: Vergleich der KJP-Patienten in Abhängigkeit der Altersgruppe

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; dF Freiheitsgrad; QuS Quadratsumme; F statistische Gesamtheit; Sign Signifikanz;OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Score/Item	Alters-gruppe	N	MW	SD		Quadrat summe	dF	MW (QuS)	F	Sign	Bonferroni
OvS	1	46	8,80	2,07	zwischen	4,82	2	2,41	0,44	0,648	
	2	45	8,87	2,59	innerhalb	771,07	139	5,55			
	3	51	9,22	2,38	gesamt	775,89	141				
	Gesamt	142	8,97	2,35							
HaS	1	45	12,07	2,32	zwischen	13,67	2	6,84	1,22	0,299	
	2	44	12,59	2,35	innerhalb	758,13	135	5,62			
	3	49	11,84	2,44	gesamt	771,80	137				
	Gesamt	138	12,15	2,37							
BeS	1	44	14,30	2,68	zwischen	9,68	2	4,84	0,77	0,467	
	2	40	13,65	2,53	innerhalb	820,95	130	6,32			
	3	49	14,16	2,34	gesamt	830,63	132				

Score/Item	Alters-gruppe	N	MW	SD		Quadrat summe	dF	MW (QuS)	F	Sign	Bonferroni
	Gesamt	133	14,05	2,51							
SSS	1	43	8,86	3,11	zwischen	35,53	2	17,77	1,97	0,144	
	2	44	9,55	2,53	innerhalb	1210,57	134	9,03			
	3	50	10,10	3,28	gesamt	1246,10	136				
	Gesamt	137	9,53	3,03							
NRS	1	45	9,47	2,11	zwischen	8,24	2	4,12	0,86	0,428	
	2	44	9,57	2,43	innerhalb	650,98	135	4,82			
	3	49	10,02	2,05	gesamt	659,22	137				
	Gesamt	138	9,70	2,19							
I17	1	45	2,64	1,19	zwischen	1,09	2	0,54	0,37	0,691	
	2	44	2,86	1,19	innerhalb	201,72	138	1,46			
	3	52	2,73	1,24	gesamt	202,81	140				
	Gesamt	141	2,74	1,20							
I21	1	44	2,68	1,20	zwischen	2,68	2	1,34	0,87	0,424	
	2	44	2,95	1,36	innerhalb	207,46	134	1,55			
	3	49	3,00	1,17	gesamt	210,13	136				
	Gesamt	137	2,88	1,24							
I22	1	43	3,42	1,05	zwischen	1,28	2	0,64	0,56	,572	
	2	44	3,30	1,09	innerhalb	151,83	133	1,14			
	3	49	3,53	1,06	gesamt	153,11	135				
	Gesamt	136	3,42	1,07							
I23	1	43	3,12	1,42	zwischen	0,48	2	0,24	0,13	0,876	
	2	44	3,20	1,29	innerhalb	240,39	133	1,81			
	3	49	3,06	1,33	gesamt	240,88	135				
	Gesamt	136	3,13	1,34	zwischen	4,82	2	2,41	0,44	0,648	

Tab.56:Vergleich der Väter der KJP-Patienten in Abhängigkeit der Medikamentenerfahrung des Kindes

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Vater von Kind ohne MeE			**Vater von Kind mit MeE**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	23	9,91	1,86	39	9,97	2,37	-0,11	55,09	0,910
HaS	**25**	**12,32**	**2,88**	**39**	**10,62**	**2,59**	**2,46**	**62**	**0,017**
BeS	24	14,92	1,82	39	15,10	2,17	-0,35	61	0,727
SSS	26	9,96	2,41	38	10,32	3,17	-0,48	62	0,632
NRS	23	9,57	1,88	39	9,56	2,21	0,00	52,37	0,998
I17	27	3,26	0,81	38	3,16	1,15	0,42	63,00	0,679
I21	27	3,59	1,28	39	3,51	1,12	0,27	64	0,789
I22	26	3,50	0,91	39	3,90	0,85	-1,80	63	0,077
I23	26	2,65	1,06	39	2,31	0,95	1,38	63	0,174

Tab.57:Vergleich Väter und Mütter in der KJP

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Mütter			**Väter**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	138	9,76	2,38	69	10,06	2,21	-0,87	205	0,387
HaS	136	10,93	3,06	70	11,46	2,81	-1,19	204	0,234
BeS	135	14,84	2,33	69	15,03	2,02	-0,61	155,61	0,544
SSS	**130**	**10,62**	**2,60**	**69**	**9,77**	**2,11**	**2,48**	**165,21**	**0,014**
NRS	137	10,78	3,51	70	10,26	2,84	1,16	167,39	0,249
I17	136	3,15	1,31	70	3,16	1,06	-0,06	167,91	0,953
I21	137	3,61	1,20	72	3,61	1,17	-0,03	207	0,976
I22	133	3,83	0,89	71	3,70	0,89	0,94	202	0,349
I23	134	2,36	1,08	71	2,45	1,05	-0,59	203	0,557

Tab.58:Vergleich der Eltern in der KJP in Abhängigkeit der Medikamentenerfahrung und des Geschlechts des Kindes

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Väter von Mädchen ohne MeE			**Väter von Jungen ohne MeE**			**Ohne Medikamentenerfahrung**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	15	9,47	1,77	8	10,75	1,83	-1,64	21	0,116
HaS	15	11,60	3,02	10	13,40	2,41	-1,58	23	0,129
BeS	14	15,00	1,62	10	14,80	2,15	0,26	22	0,797
SSS	16	9,94	2,24	10	10,00	2,79	-0,06	24	0,950
NRS	14	9,50	2,14	9	9,67	1,50	-0,20	21	0,841
I17	16	3,25	0,78	11	3,27	0,91	-0,07	25	0,945
I21	16	3,56	1,21	11	3,64	1,43	-0,15	25	0,886
I22	16	3,50	0,82	10	3,50	1,08	0,00	24	1,000
I23	16	2,69	1,01	10	2,60	1,17	0,20	24	0,842
	Väter von Mädchen mit MeE			**Väter von Jungen mit MeE**			**Mit Medikamentenerfahrung**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	**20**	**10,80**	**2,04**	**19**	**9,11**	**2,42**	**2,37**	**37**	**0,023**
HaS	20	10,75	2,55	19	10,47	2,70	0,33	37	0,744
BeS	20	15,50	1,88	19	14,68	2,43	1,18	37	0,247
SSS	19	10,21	3,05	19	10,42	3,37	-0,20	36	0,841
NRS	20	9,95	1,90	19	9,16	2,48	1,12	33,79	0,273
I17	19	3,21	1,13	19	3,11	1,20	0,28	36	0,782
I21	20	3,70	0,98	19	3,32	1,25	1,07	34,12	0,294
I22	20	3,90	0,72	19	3,89	0,99	0,02	32,67	0,985
I23	20	2,30	0,80	19	2,32	1,11	-0,05	32,68	0,960
	Mütter von Mädchen mit MeE			**Mütter von Jungen mit MeE**			**Mit Medikamentenerfahrung**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	48	9,73	2,42	38	9,32	2,69	0,75	84	0,456
HaS	47	10,17	2,82	39	10,15	2,95	0,03	84	0,979
BeS	45	14,80	2,18	39	14,72	2,63	0,15	74,14	0,878
SSS	46	10,91	3,55	39	11,72	3,57	-1,04	83	0,301
NRS	42	9,86	2,60	39	10,56	2,67	-1,21	79	0,231

I17	46	3,15	1,32	38	3,39	1,33	-0,84	82	0,405
I21	48	3,27	1,43	39	3,56	1,00	-1,13	83,24	0,263
I22	48	3,96	0,90	38	3,95	0,93	0,06	84	0,956
I23	48	2,40	1,11	37	1,97	1,07	1,78	78,88	0,078
	Mütter von Mädchen ohne MeE			**Mütter von Jungen ohne MeE**			**Ohne Medikamentenerfahrung**		
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	26	10,58	1,86	19	9,74	2,45	1,31	43	0,197
HaS	25	12,20	3,40	18	12,72	2,16	-0,61	40,50	0,543
BeS	27	15,26	2,31	16	14,38	2,25	1,22	41	0,228
SSS	26	10,65	3,60	18	9,39	3,11	1,21	42	0,233
NRS	25	11,72	2,39	16	10,69	2,12	1,41	39	0,167
I17	27	3,22	1,34	17	2,65	1,22	1,43	42	0,159
I21	27	4,22	0,75	15	3,80	1,32	1,14	19,15	0,268
I22	26	3,54	0,65	13	3,69	1,11	-0,55	37	0,587
I23	26	2,62	0,85	15	2,60	1,24	0,04	21,74	0,966

Tab.59:Vergleich der Eltern von KJP-Patienten in Abhängigkeit von Medikamentenerfahrung und Geschlecht des Kindes

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; T T-Wert des t-Tests, dF Freiheitsgrad; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

	Väter von Jungen ohne MeE			**Väter von Jungen mit MeE**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	8	10,75	1,83	19	9,11	2,42	1,72	25	0,099
HaS	**10**	**13,40**	**2,41**	**19**	**10,47**	**2,70**	**2,88**	**27**	**0,008**
BeS	10	14,80	2,15	19	14,68	2,43	0,13	27	0,900
SSS	10	10,00	2,79	19	10,42	3,37	-0,34	27	0,738
NRS	9	9,67	1,50	19	9,16	2,48	0,67	24,13	0,508
I17	10	3,20	0,92	19	3,11	1,20	0,22	27	0,829
I21	10	3,60	1,51	19	3,32	1,25	0,54	27	0,592
I22	9	3,44	1,13	19	3,89	0,99	-1,07	26	0,294
I23	9	2,44	1,13	19	2,32	1,11	0,29	26	0,778
	Väter von Mädchen ohne MeE			**Väter von Mädchen mit MeE**					

Score/Item	N	MW	SD	N	MW	SD	T	dF	Sign(2-seitig)
OvS	15	9,47	1,77	20	10,80	2,04	-2,02	33	0,051
HaS	15	11,60	3,02	20	10,75	2,55	0,90	33	0,374
BeS	14	15,00	1,62	20	15,50	1,88	-0,81	32	0,425
SSS	16	9,94	2,24	19	10,21	3,05	-0,30	33	0,768
NRS	14	9,50	2,14	20	9,95	1,90	-0,65	32	0,524
I17	16	3,25	0,78	19	3,21	1,13	0,12	31,77	0,904
I21	16	3,56	1,21	20	3,70	0,98	-0,38	34	0,708
I22	16	3,50	0,82	20	3,90	0,72	-1,54	30,19	0,134
I23	16	2,69	1,01	20	2,30	0,80	1,28	34	0,209
	Mütter von Mädchen ohne MeE			**Mütter von Mädchen mit MeE**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	26	10,58	1,86	48	9,73	2,42	1,68	63,531	0,098
HaS	**25**	**12,20**	**3,40**	**47**	**10,17**	**2,82**	**2,70**	**70**	**0,009**
BeS	27	15,26	2,31	45	14,80	2,18	0,85	70	0,401
SSS	26	10,65	3,60	46	10,91	3,55	-0,30	70	0,768
NRS	**25**	**11,72**	**2,39**	**42**	**9,86**	**2,60**	**2,92**	**65**	**0,005**
I17	27	3,22	1,34	46	3,15	1,32	0,22	71	0,828
I21	**27**	**4,22**	**0,75**	**48**	**3,27**	**1,43**	**3,78**	**72,79**	**0,000**
I22	**26**	**3,54**	**0,65**	**48**	**3,96**	**0,90**	**-2,10**	**72**	**0,039**
I23	26	2,62	0,85	48	2,40	1,11	0,95	63,37	0,346
	Mütter von Jungen ohne MeE			**Mütter von Jungen mit MeE**					
Score/Item	**N**	**MW**	**SD**	**N**	**MW**	**SD**	**T**	**dF**	**Sign(2-seitig)**
OvS	19	9,74	2,45	38	9,32	2,69	0,57	55	0,569
HaS	**18**	**12,72**	**2,16**	**39**	**10,15**	**2,95**	**3,30**	**55**	**0,002**
BeS	17	14,41	2,18	39	14,72	2,63	-0,45	36,47	0,653
SSS	**19**	**9,32**	**3,04**	**39**	**11,72**	**3,57**	**-2,52**	**56**	**0,015**
NRS	17	10,82	2,13	39	10,56	2,67	0,35	54	0,725
I17	18	2,72	1,23	38	3,39	1,33	-1,81	54	0,075
I21	16	3,81	1,28	39	3,56	1,00	0,77	53	0,443
I22	14	3,71	1,07	38	3,95	0,93	-0,77	50	0,444
I23	16	2,69	1,25	37	1,97	1,07	1,99	24,91	0,057

Tab.60: Vergleich der Mütter in der KJP nach Elternbildung

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; dF Freiheitsgrad; QuS Quadratsumme; F statistische Gesamtheit; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines; HS Hauptschulabscluss; RS Realschulabschluss; Abi Abitur;Uni Hochschulabschluss

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Score /Item	Bildung-max	N	MW	SD		QuS	dF	MW(QuS)	F	Sign	Bonferroni
OvS	**1**	**42**	**9,00**	**2,50**	**zwischen**	**52,27**	**3**	**17,42**	**3,10**	**0,029**	**Abi>HS**
	2	54	10,11	2,19	innerhalb	709,34	126	5,63			
	3	12	11,08	2,35	gesamt	761,61	129				
	4	22	9,64	2,56							
	Gesamt	130	9,76	2,43							
HaS	1	42	11,43	2,98	zwischen	49,39	3	16,46	1,86	0,139	
	2	53	10,92	2,97	innerhalb	1095,48	124	8,84			
	3	11	10,73	3,55	gesamt	1144,88	127				
	4	22	9,59	2,65							
	Gesamt	128	10,84	3,00							
BeS	1	39	14,15	2,30	zwischen	23,86	3	7,95	1,49	0,221	
	2	53	14,85	2,47	innerhalb	651,85	122	5,34			
	3	12	14,67	1,61	gesamt	675,71	125				
	4	22	15,41	2,24							
	Gesamt	126	14,71	2,33							
SSS	1	42	9,93	3,28	zwischen	67,30	3	22,43	1,93	0,128	
	2	54	11,46	3,79	innerhalb	1453,60	125	11,63			
	3	12	10,25	3,74	gesamt	1520,90	128				
	4	21	11,43	2,23							
	Gesamt	129	10,85	3,45							
NRS	1	38	10,45	2,94	zwischen	13,20	3	4,40	0,68	0,568	
	2	52	10,85	2,19	innerhalb	761,00	117	6,50			
	3	11	9,82	2,36	gesamt	774,20	120				
	4	20	10,20	2,73							
	Gesamt	121	10,52	2,54							
I17	1	42	3,07	1,22	zwischen	1,98	3	0,66	0,38	0,765	
	2	53	3,17	1,40	innerhalb	213,58	124	1,72			
	3	11	3,00	1,18	gesamt	215,56	127				

Score /Item	Bildung-max	N	MW	SD		QuS	dF	MW(QuS)	F	Sign	Bonferroni
	4	22	3,41	1,33							
	Gesamt	128	3,16	1,30							
I21	1	41	3,68	1,15	zwischen	1,44	3	0,48	0,32	0,811	
	2	53	3,47	1,25	innerhalb	187,96	125	1,50			
	3	12	3,50	1,38	gesamt	189,40	128				
	4	23	3,70	1,22							
	Gesamt	129	3,58	1,22							
I22	1	38	3,53	1,08	zwischen	5,90	3	1,97	2,53	0,060	
	2	53	3,91	0,82	innerhalb	94,10	121	0,78			
	3	11	4,27	0,65	gesamt	100,00	124				
	4	23	3,78	0,74							
	Gesamt	125	3,80	0,90							
I23	**1**	**39**	**2,08**	**0,93**	**zwischen**	**12,73**	**3**	**4,24**	**3,96**	**0,010**	**Uni>HS**
	2	53	2,43	1,14	innerhalb	130,74	122	1,07			
	3	12	2,00	0,95	gesamt	143,47	125				
	4	22	2,95	1,00							
	Gesamt	126	2,37	1,07							

Tab.61: Vergleich der Väter in der KJP nach Elternbildung

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; dF Freiheitsgrad; QuS Quadratsumme; F statistische Gesamtheit; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; HS Hauptschulabscluss; RS Realschulabschluss; Abi Abitur;Uni Hochschulabschluss; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Score/ Item	Bildungmax	N	MW	SD		QuS	dF	MW/ QuS	F	Sign	Bonferroni
OvS	1	17	9,88	2,06	zwischen	3,57	3	1,19	0,25	0,864	
	2	23	10,22	2,09	innerhalb	290,43	60	4,84			
	3	4	10,50	3,51	gesamt	294,00	63				
	4	20	9,75	2,17							
	Gesamt	64	10,00	2,16							
HaS	**1**	**18**	**12,50**	**2,28**	**zwischen**	**79,78**	**3**	**26,59**	**3,84**	**0,014**	**HS > Uni**
	2	24	11,79	2,73	innerhalb	429,21	62	6,92			
	3	4	11,50	4,43	gesamt	508,99	65				

Score/ Item	Bildungmax	N	MW	SD		QuS	dF	MW/ QuS	F	Sign	Bonfer-roni
	4	20	9,75	2,40							
	Gesamt	66	11,35	2,80							
BeS	1	18	14,50	2,48	zwischen	10,66	3	3,56	0,87	0,463	
	2	24	15,50	2,06	innerhalb	250,20	61	4,10			
	3	4	15,25	1,71	gesamt	260,86	64				
	4	19	14,95	1,47							
	Gesamt	65	15,05	2,02							
SSS	1	18	10,00	2,91	zwischen	25,57	3	8,52	1,04	0,383	
	2	23	9,65	2,84	innerhalb	501,42	61	8,22			
	3	4	12,00	5,48	gesamt	526,99	64				
	4	20	10,70	2,18							
	Gesamt	65	10,22	2,87							
NRS	1	19	9,37	2,19	zwischen	7,12	3	2,37	0,54	0,654	
	2	22	10,05	1,84	innerhalb	262,11	60	4,37			
	3	4	9,00	2,58	gesamt	269,23	63				
	4	19	9,47	2,17							
	Gesamt	64	9,61	2,07							
I17	1	18	3,11	1,18	zwischen	0,79	3	0,26	0,24	0,866	
	2	23	3,30	0,97	innerhalb	66,35	61	1,09			
	3	4	3,25	1,26	gesamt	67,14	64				
	4	20	3,05	0,95							
	Gesamt	65	3,17	1,02							
I21	1	19	3,58	1,26	zwischen	0,24	3	0,08	0,05	0,984	
	2	24	3,50	1,22	innerhalb	92,33	63	1,47			
	3	4	3,75	1,26	gesamt	92,57	66				
	4	20	3,55	1,15							
	Gesamt	67	3,55	1,18							
I22	**1**	**19**	**3,21**	**0,92**	**zwischen**	**7,36**	**3**	**2,45**	**3,48**	**0,021**	**Uni>HS**
	2	23	3,91	0,79	innerhalb	43,73	62	0,71			
	3	4	3,75	1,26	gesamt	51,09	65				
	4	20	4,00	0,73							
	Gesamt	66	3,73	0,89							
I23	1	19	2,32	0,82	zwischen	1,64	3	0,55	0,54	0,654	
	2	23	2,35	1,07	innerhalb	62,12	62	1,00			
	3	4	2,00	0,00	gesamt	63,76	65				
	4	20	2,60	1,14							
	Gesamt	66	2,39	0,99							

Tab.62: Vergleich der Mütter der Kjp nach Altersgruppe des Kindes

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; dF Freiheitsgrad; QuS Quadratsumme; F statistische Hesamtheit; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Score/ Item	Alters gruppe	N	MW	SD		Quadrat summe	dF	MW(QuS)	F	Sign	Bon-ferroni
OvS	1	39	10,18	2,23	zwischen	8,18	2	4,09	0,72	0,491	
	2	36	9,53	2,30	innerhalb	674,63	118	5,72			
	3	46	9,96	2,58	gesamt	682,81	120				
	Gesamt	121	9,90	2,39							
HaS	1	38	10,82	2,65	zwischen	10,96	2	5,48	0,59	0,559	
	2	36	11,36	2,92	innerhalb	1076,20	115	9,36			
	3	44	10,64	3,47	gesamt	1087,15	117				
	Gesamt	118	10,92	3,05							
BeS	1	38	14,71	2,22	zwischen	0,88	2	0,44	0,08	0,925	
	2	37	14,84	2,75	innerhalb	648,89	115	5,64			
	3	43	14,63	2,15	gesamt	649,77	117				
	Gesamt	118	14,72	2,36							
SSS	1	39	10,51	3,87	zwischen	32,93	2	16,46	1,22	0,298	
	2	37	11,65	3,74	innerhalb	1562,92	116	13,47			
	3	43	10,51	3,43	gesamt	1595,85	118				
	Gesamt	119	10,87	3,68							
NRS	1	35	10,54	2,45	zwischen	10,48	2	5,24	0,74	0,480	
	2	36	10,97	1,86	innerhalb	779,28	110	7,08			
	3	42	10,24	3,33	gesamt	789,75	112				
	Gesamt	113	10,57	2,66							
I17	1	37	3,14	1,49	zwischen	0,80	2	0,40	0,22	0,801	
	2	37	3,08	1,32	innerhalb	207,81	115	1,81			
	3	44	3,27	1,23	gesamt	208,61	117				
	Gesamt	118	3,17	1,34							
I21	1	39	3,59	1,27	zwischen	5,66	2	2,83	1,98	0,142	
	2	35	3,97	1,04	innerhalb	165,52	116	1,43			
	3	45	3,44	1,24	gesamt	171,18	118				
	Gesamt	119	3,65	1,20							
I22	1	38	3,63	1,00	zwischen	1,38	2	0,69	0,81	0,447	

Score/ Item	Alters gruppe	N	MW	SD		Quadrat summe	dF	MW(QuS)	F	Sign	Bon-ferroni
	2	34	3,79	0,77	innerhalb	96,85	114	0,85			
	3	45	3,89	0,96	gesamt	98,22	116				
	Gesamt	117	3,78	0,92							
I23	1	38	2,37	1,05	zwischen	5,26	2	2,63	2,38	0,098	
	2	34	2,68	1,09	innerhalb	126,19	114	1,11			
	3	45	2,16	1,02	gesamt	131,45	116				
	Gesamt	117	2,38	1,07							

Tab.63: Vergleich der Väter der Kjp nach Altersgruppe des Kindes

Unterschiede unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 sind fett gedruckt

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie; N Fallzahl; MW Mittelwert; SD Standardabweichung; dF Freiheitsgrad; QuS Quadratsumme; F statistische Hesamtheit; Sign Signifikanz; OvS Overuse-Score; HaS Harm-Score; BeS Benefit-Score; SSS Sensitive-Soma-Score; NRS Natural-Remedies-Score; I8 Item8; I17 Item17; I21 Item21; I22 Item22; I23 Item23; AMQ Attitudes towards Medicines

Die Befragung mittels AMQ-Fragebogen fand zwischen 03/2009 und 03/2010 statt.

Score/ Item	Alters gruppe	N	MW	SD		QuS	dF	MW(QuS)	F	Sign	Bonferro-ni
OvS	1	19	10,37	2,01	zwischen	5,56	2	2,78	0,59	0,558	
	2	20	9,65	2,21	innerhalb	264,17	56	4,72			
	3	20	10,20	2,28	gesamt	269,73	58				
	Gesamt	59	10,07	2,16							
HaS	1	20	12,05	3,17	zwischen	14,37	2	7,18	0,89	0,418	
	2	20	11,20	3,00	innerhalb	469,96	58	8,10			
	3	21	10,90	2,32	gesamt	484,33	60				
	Gesamt	61	11,38	2,84							
BeS	1	19	15,53	1,68	zwischen	12,24	2	6,12	1,44	0,244	
	2	20	14,45	1,93	innerhalb	241,50	57	4,24			
	3	21	15,24	2,45	gesamt	253,73	59				
	Gesamt	60	15,07	2,07							
SSS	1	19	9,74	2,83	zwischen	5,86	2	2,93	0,34	0,713	
	2	20	9,95	2,65	innerhalb	489,87	57	8,59			
	3	21	10,48	3,27	gesamt	495,73	59				
	Gesamt	60	10,07	2,90							
NRS	1	17	9,65	1,93	zwischen	1,68	2	0,84	0,19	0,828	
	2	20	9,75	2,07	innerhalb	248,72	56	4,44			
	3	22	9,36	2,26	gesamt	250,41	58				

	Gesamt	59	9,58	2,08							
I17	1	19	3,05	1,18	zwischen	1,03	2	0,51	0,46	0,632	
	2	20	3,35	0,93	innerhalb	63,31	57	1,11			
	3	21	3,10	1,04	gesamt	64,33	59				
	Gesamt	60	3,17	1,04							
I21	1	20	3,35	1,46	zwischen	2,50	2	1,25	0,87	0,423	
	2	20	3,85	1,09	innerhalb	84,42	59	1,43			
	3	22	3,59	1,01	gesamt	86,92	61				
	Gesamt	62	3,60	1,19							
I22	1	19	3,42	1,12	zwischen	2,74	2	1,37	1,90	0,159	
	2	20	3,95	0,51	innerhalb	41,95	58	0,72			
	3	22	3,73	0,83	gesamt	44,69	60				
	Gesamt	61	3,70	0,86							
I23	1	19	2,37	1,17	zwischen	0,61	2	0,31	0,32	0,731	
	2	20	2,55	0,76	innerhalb	56,14	58	0,97			
	3	22	2,32	1,00	gesamt	56,75	60				
	Gesamt	61	2,41	0,97							

Danksagung

Für die herausragende Betreuung dieser Arbeit bedanke ich mich bei

Herrn PD Dr. Michael Kölch und Frau Prof. Dr. Julia Stingl.

Vielen Dank zudem an Herrn Prof. Dr. Ferdinand Keller und Frau Anja Prestel für die Beratung in statistischen Fragestellungen.

Weiterhin möchte ich mich bei Frau Hanife Örüm und Frau Andrea Voit für die hervorragende Mitarbeit bei der Befragung in den KJP-Ambulanzen bedanken.

Kai C. Thomas danke ich für das ansprechende Design
des Logos des Fragebogens.
Ein besonderer Dank gilt den teilnehmenden Jugendlichen und deren Eltern, sowie den Verantwortlichen an den Schulen und in den KJPs.

Meiner Familie und meiner Freundin danke ich für die fortwährende Unterstützung in den vergangenen Jahren.

Lebenslauf

Name:	Jörg Michael Sonnabend
geboren am:	14.11.1983
Geburtsort:	München
Familienstand:	ledig

schulische Ausbildung:

1990-1994	Grundschule an der Peslmüllerstrasse München
1994-2003	Karlsgymnasium München, Abitur
2003-2004	Zivildienst an der Samuel-Heinicke-Schule für Hörgeschädigte in München

universitäre Ausbildung:

2004-2010	Studium an der medizinischen Fakultät der Universität Ulm
2006	Erfolgreiche Teilnahme am ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung
2009-2010	Praktisches Jahr am Klinikum Kempten Oberallgäu
2010	Erfolgreiche Teilnahme am zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung