

Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

**Effekte einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitations-
und Vorsorgemaßnahme auf die psychische
Befindlichkeit**

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

vorgelegt von

Bianca Sabrina Fuchs

Neu-Ulm

2011

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth
1. Berichterstatter: Prof. Dr. Lutz Goldbeck
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim
Tag der Promotion: 14. Juni 2012

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
1.1 Psychische Gesundheit in Familien	1
1.1.1 Psychische Gesundheit bei Erwachsenen	1
1.1.2 Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen	3
1.1.3 Beurteilung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten	5
1.2 Vorsorge und Rehabilitation in Eltern-Kind-Einrichtungen.....	6
1.2.1 Grundlagen der Rehabilitation.....	6
1.2.2 Möglichkeiten und Grenzen der Eltern-Kind-Rehabilitation	7
1.2.3 Messung des Therapieerfolges in der Rehabilitation	9
1.2.4 Ergebnisse zur Wirksamkeit der Eltern-Kind-Rehabilitation auf die psychische Gesundheit	10
1.3 Fragestellung.....	13
1.4 Hypothesen	14
2 Material und Methoden	15
2.1 Allgemeiner Studienablauf	15
2.1.1 Datenzugang	15
2.1.2 Untersuchungsablauf	15
2.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien.....	17
2.1.4 Einverständniserklärung	17
2.2 Therapieprogramm der Klinik Schwabenland.....	18
2.3 Messinstrumente	21
2.3.1 Brief Symptom Inventory (BSI)	21
2.3.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).....	23
2.3.3 Basisdokumentation	26
2.4 Datenerfassung und statistische Auswertung	26
3 Ergebnisse	30
3.1 Stichprobenbeschreibung.....	30
3.1.1 Teilnehmerzahlen im Studienverlauf.....	30
3.1.2 Soziodemographische und medizinische Merkmale der Teilnehmer.....	33
3.2 Analyse der Teilnahmeverweigerer und Studienabbrecher	39
3.2.1 Nichtteilnehmer	39
3.2.2 Studienabbrecher zum Katamnesezeitpunkt.....	40

3.2.3	Vergleich der Teilnehmer ab T1 mit den Teilnehmern ab T2.....	41
3.3	Effekte des Rehabilitationsprogramms auf die psychische Gesundheit	42
3.3.1	Effekte der Rehabilitationsmaßnahme auf das psychische Befinden im Vergleich zur Wartezeit	42
3.3.2	Nachhaltigkeit der Therapieeffekte der Eltern-Kind-Rehabilitation auf das psychische Befinden der Eltern und Kinder	48
3.3.3	Vergleich der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Selbst- und Elternbericht.....	54
3.3.4	Effekte der Rehabilitation auf das psychische Befinden der Teilnehmer ohne Vorbefragung.....	55
4	Diskussion	59
4.1	Stichprobe	59
4.2	Effekte des Rehabilitationsprogramms auf das psychische Befinden	60
4.2.1	Kurzfristige Effekte der Rehabilitationsmaßnahme auf die psychische Gesundheit von Eltern und Kindern.....	60
4.2.2	Vergleich der Selbst- und Fremdbeurteilung der kindlichen Auffälligkeiten	64
4.2.3	Effekte der Rehabilitationsmaßnahme auf die psychische Gesundheit von Eltern und Kindern nach der Entlassung.....	66
4.3	Methodenkritische Diskussion.....	67
4.4	Schlussfolgerungen für Klinik und Forschung	69
5	Zusammenfassung.....	71
6	Literaturverzeichnis.....	73
	Danksagung.....	82
	Lebenslauf	83

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom
BMI	Body Mass Index
BSI	Brief Symptom Inventory
CBCL	Child Behavior Checklist
<i>d</i>	Cohens <i>d</i> , Effektstärke nach Cohen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ES	Effektstärke
et al.	und Mitarbeiter
<i>F</i>	Teststärke in der Statistik
GSI	Global Severity Index
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
M	Mittelwert
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
n.s.	nicht signifikant
<i>n</i>	Anzahl der Teilnehmer
<i>p</i>	<i>p</i> -Wert, Irrtumswahrscheinlichkeit für die Annahme der Alternativhypothese (Fehler 1. Art)
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
<i>r</i>	Korrelationskoeffizient
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-Revised
SD	Standardabweichung
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
<i>t</i>	Teststärke in der Statistik
T1	1. Messzeitpunkt (vier Wochen vor Aufnahme in die Klinik)
T2	2. Messzeitpunkt (Aufnahme in die Klinik)
T3	3. Messzeitpunkt (Entlassung aus der Klinik)
T4	4. Messzeitpunkt (drei Monate nach Entlassung aus der Klinik)
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

1.1 Psychische Gesundheit in Familien

Die zentrale Rolle der psychischen Gesundheit wird bereits in der Definition der WHO, in der Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als Zustand eines vollkommenen sozialen, psychischen und physischen Wohlbefindens definiert wird, herausgehoben (WHO 1946). Dabei wird psychische Gesundheit als Resultat vielschichtiger Prozesse verstanden, die neben den individuellen Aspekten der persönlichen Disposition und des individuellen Verhaltens vor allem von sozioökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren beeinflusst werden. Im Hinblick auf die verschiedenen Lebensphasen sowie in Abhängigkeit des kulturellen und sozialen Hintergrundes ist ein unterschiedliches Erleben und Definieren von psychischer Gesundheit möglich (Steinmann et al. 2005). Einem Konzept von Jahoda (1958) entsprechend beinhaltet psychische Gesundheit folgende sechs Komponenten:

1. Einstellung eines Individuums zu sich selbst (Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, Selbständigkeit, realistische Selbsteinschätzung, Identitätsgefühl)
2. Fähigkeit des Individuums zur Selbstverwirklichung (Sinnfindung für das eigene Leben, Beteiligung am Leben)
3. Fähigkeit des Individuums zur Annahme der eigenen Persönlichkeit (Identifikation mit dem eigenen Ich, Widerstand gegen Belastungen)
4. Autonomie gegenüber sozialen Einflüssen (Selbstbestimmung des Handelns, Stabilität gegenüber Einflussfaktoren der Umwelt)
5. Unverzerrte Wahrnehmung der Realität (Unterscheidung von Wunsch und Realität, Empathie gegenüber Anderen)
6. Fähigkeit zur Bewältigung der Umwelтанforderungen (Durchsetzungs- und Anpassungsvermögen, Fähigkeit zur Lösung von Problemen und zum Aufbau interpersoneller Beziehungen).

1.1.1 Psychische Gesundheit bei Erwachsenen

Heutzutage zählen psychische Störungen zu den besonders häufigen und kostenintensiven Erkrankungen, die die Lebensführung Betroffener oftmals dauerhaft einschränken (Wittchen et al. 1999). Resultierend aus epidemiologischen Studien in Deutschland (Jacobi

et al. 2004 b) und Europa (Wittchen u. Jacobi 2005) ergibt sich eine Wahrscheinlichkeit von teilweise über 30% innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung zu erkranken. Die häufigsten Störungsbilder gehen auf Suchterkrankungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, affektive Störungen und Essstörungen zurück (Meyer et al. 2000). Die Frage, ob psychische Störungen im Laufe der Zeit zugenommen haben, beschäftigt Wissenschaftler seit jeher, eine eindeutige Antwort darauf konnte aber nicht gegeben werden. In einer Debatte zu diesem Thema kommt Spießl zum Schluss, dass die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten auf Bevölkerungsebene trotz gesellschaftlicher Umstrukturierungen als nicht besonders volatil erachtet werden kann (Spießl u. Jacobi 2008). Unstrittig bleibt jedoch die Tatsache, dass psychische Belastungen mit zahlreichen Auswirkungen auf psychosoziale und körperliche Funktionen vergesellschaftet sind (Bühren et al. 2008), was sich auch in einer zunehmenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch betroffene Patienten zeigt (Spießl u. Jacobi 2008). Angesichts der großen Relevanz psychischer Belastungen scheint es erstaunlich, dass die Forschung im Bereich deren Auftretens lange Zeit als defizitär kritisiert wurde. Erst ab den 1980er Jahren fanden epidemiologische Studien für die US-amerikanische Bevölkerung statt (Meyer et al. 2000). In Deutschland wurde die Datenlage zur Häufigkeit psychischer Störungen sogar bis zum Jahr 2000 als mangelhaft erachtet (Jacobi et al. 2004 a). Ursächlich dafür war neben dem Mangel an reliablen diagnostischen Kriterien und Diagnoseinstrumenten auch die Fehlannahme, dass psychische Störungen ein seltenes Phänomen darstellen (Jacobi et al. 2004 b).

Für Eltern ist eine chronische Erkrankung ihres Kindes mit außergewöhnlichen Anforderungen und Belastungen verbunden, weshalb bei ihnen eine erhöhte Vulnerabilität für die Entwicklung eigener gesundheitlicher und psychosozialer Auffälligkeiten beobachtet werden kann (Lindström et al. 2010). Nach Tröster (2005) betrifft die Krankheitsverarbeitung unabhängig von der Art der Erkrankung die ganze Familie und nicht allein das chronisch kranke Kind. Er beschreibt für die psychosozialen Auswirkungen einer chronischen Erkrankung des Kindes auf seine Familie einen krankheitsübergreifenden Zusammenhang zwischen drei Ebenen. Dabei bilden potentielle Stressoren, welche in erneute Anforderungen an die Familien münden können, die Basis der ersten Ebene. Stressoren ergeben sich beispielsweise aus einer vermehrten erzieherischen Anforderung an die Eltern, resultierend aus einem erhöhten Risiko der Kinder für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten bei chronischen Erkrankungen im Kindesalter (Tröster 2005). Moderierende familiäre Ressourcen (Wallander u. Varni

1998) bilden Grundlage für die zweite Ebene. Zuletzt steht die psychosoziale Anpassung der Familie, die Aufschluss über den Umgang mit den vorhandenen Belastungen gibt, im Fokus der Aufmerksamkeit (Tröster 2005). Als Folge der Belastungen wurde beispielsweise bei Eltern mit einem psychisch auffälligen Kind ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer depressiven Störung beschrieben (Dover et al. 1994).

Es sind jedoch nicht nur Eltern chronisch kranker Kinder belastet. Sieverding (2000) weist in einem ausführlichen Forschungsüberblick darauf hin, dass bei Müttern im Vergleich zu Frauen ohne Kinder durchschnittlich von einer schlechteren psychischen Gesundheit berichtet wird, wobei moderierende Faktoren wie sozialer und familiärer Status, Alter der Kinder, Erwerbsstatus, Einstellungen zur Erwerbstätigkeit der Mütter und berufliche Motivation zu berücksichtigen sind. Nach einer aktuellen Studie von Sperlich et al. (2011) besitzen diese Resultate größtenteils auch angesichts des Wandels der mütterlichen Lebenssituationen (Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit und der Ein-Elternschaft) noch Gültigkeit. Untersuchungen von Borchert und Collatz (1994) zeigen, dass aus multiplen Belastungen inadäquate und gesundheitsgefährdende Bewältigungsstrategien resultieren können, welche mit sozialer Unterstützung und einer verbesserten Stressbewältigung umgangen werden können.

1.1.2 Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Im letzten Jahrhundert vollzog sich eine Verschiebung des Krankheitsspektrums im Altersbereich der Kinder und Jugendlichen von den somatischen hin zu den psychischen Störungen (Schlack et al. 2008). Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter gehen mit deutlichen Beeinträchtigungen für die Betroffenen einher (Hölling et al. 2008), weshalb allgemeiner Konsens darüber besteht, dass zur Vermeidung einer Verfestigung von Verhaltensauffälligkeiten oder Befindensproblemen bereits frühzeitig interveniert werden sollte (Denner u. Schmeck 2005). Die Persistenzrate psychischer Störungen in einem Zeitraum von zwei bis fünf Jahren wird mit über 50% angegeben (Ihle u. Esser 2002), wobei jedoch auch eine Persistenz bis ins Erwachsenenalter oder ein Übergang in entsprechende Auffälligkeiten des Erwachsenenalters möglich ist (Hölling et al. 2007). Häufigste Störungen stellen nach Ihle und Esser (2002) Angststörungen, dissoziale Störungen sowie depressive und hyperkinetische Störungen dar. Aufgrund der Vielzahl an möglichen Erscheinungsformen psychischer Auffälligkeiten sind Aussagen über die Häufigkeit deren Auftretens schwierig zu beurteilen, weshalb Schätzungen über die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen teilweise erheblich

schwanken (Barkmann u. Schulte-Markwort 2005, Ihle u. Esser 2002, Petermann 2005). Im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), einer großen und national repräsentativen Erhebung psychopathologischer Probleme im Kindes- und Jugendalter, zeigten 21,9% der befragten Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten (Ravens-Sieberer et al. 2007). Ein Anstieg von psychischen Problemen der Kinder und Jugendlichen über die letzten Jahrzehnte konnte nicht beobachtet werden (Barkmann u. Schulte-Markwort 2005), wohl aber deren Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zum jeweiligen sozialen Status (Lampert u. Kurth 2007).

Psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen stellen nicht nur für die Betroffenen selbst schwerwiegende Beeinträchtigungen dar, sondern sind auch mit starken Belastungen für das nähere Umfeld verbunden (Gabriel u. Bodenmann 2006). Andererseits ist die Rolle von Bezugspersonen und deren Gesundheit für eine regelrechte Entwicklung der Kinder nicht zu vernachlässigen. Ein geringes Selbstwertgefühl und eine reduzierte Kompetenzüberzeugung der Mutter können beispielsweise das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder begünstigen (Saile u. Kühnemund 2001). Neben Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Problemen müssen aber auch die psychischen Stärken der Betroffenen berücksichtigt werden. Dazu gehört unter anderem das prosoziale Verhalten, worunter vor allem Hilfsbereitschaft, Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme auf die Gefühle und Bedürfnisse anderer Personen verstanden wird (Goodman 1997, Hölling et al. 2007).

Ein bedeutender Risikofaktor für die sozial-emotionale Entwicklung eines Kindes stellt eine psychische Erkrankung eines Elternteils dar, insbesondere wenn es sich dabei um eine depressive Erkrankung der Mutter handelt (Laucht et al. 2002). Olfson et al. (2003) berichten von einem zweifach erhöhten Risiko für das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern depressiver Eltern gegenüber der Normbevölkerung. Nach Mattejat und Remschmidt (2008) sind in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil verschiedene Risikofaktoren, welche die Auftretenswahrscheinlichkeit für Auffälligkeiten der Kinder erhöhen, überrepräsentiert. Insbesondere sind hierbei familiäre Umweltfaktoren (niedriges Einkommen der Eltern, Partnerschaftskonflikte, Verlust von Bezugspersonen) hervorzuheben. Psychisch belastete Mütter besitzen eine reduzierte Toleranzschwelle gegenüber Fehlverhalten ihrer Kinder und nehmen zugleich deren Verhalten abweichender wahr, wodurch sie sich wiederum vermehrt belastet fühlen und aversiver auf die Kinder reagieren als Eltern, die dasselbe kindliche Verhalten als normal ansehen würden (Köppe 2001, Arnhold-Kerri u. Collatz 2006). Dies wiederum hat

negative Auswirkungen auf das mütterliche Wohlbefinden und Erleben der Elternrolle (Webster-Stratton 1988). Eine elterliche psychische Belastung wirkt sich demnach auf den Umgang mit dem Kind und damit auf die psychische Gesundheit der Kinder aus. Sich daraus häufende psychosoziale Belastungsfaktoren innerhalb der Familie bedingen sich gegenseitig und stehen miteinander in Wechselwirkung (Mattejat et al. 2000). Kölch et al. (2008) zeigen jedoch, dass psychisch kranke Eltern durchaus auch in der Lage sind, Probleme und Belastungen ihrer Kinder wahrzunehmen und zu benennen.

1.1.3 Beurteilung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten

Für die Identifikation psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wird bevorzugt auf Selbstaussagen der Patienten zurückgegriffen, denn diese dienen als wertvolle Quelle für die Beschreibung der Gefühle, Stimmungen und Erfahrungen der Patienten (Becker et al. 2004). Eine zusätzlich erhobene Fremdbeurteilung ist jedoch ebenfalls von elementarer Bedeutung. Einerseits dient sie zur Validierung der Selbstaussagen der Kinder, andererseits kann eine Vorauswahl einer Risikogruppe vorgenommen werden (Thiels u. Schmitz 2008). Dabei erscheint es sinnvoll, die Fremdbeurteilungen durch wichtige Bezugspersonen der Kinder durchführen zu lassen, wie z.B. deren Eltern oder Lehrer (Woo et al. 2007). In einer Vielzahl an Studien wurde bisher die korrelative Übereinstimmung von Selbst- und Fremdbeurteilung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen untersucht, wobei allerdings deutlich wurde, dass diese eher niedrig ausfällt (Salbach-Andrae et al. 2009, Thiels u. Schmitz 2008, Woo et al. 2007). Um ein besseres Verständnis für die unterschiedliche Beurteilung zu erhalten, wurde versucht, verschiedene Faktoren auszumachen, die bei der Übereinstimmung von Selbst- und Fremdbeurteilung psychischer Auffälligkeiten eine Rolle spielen. Im Wesentlichen wurde der Einfluss von Geschlecht und Alter der Kinder sowie einer psychopathologischen Störung der Eltern auf die Wahrnehmung kindlicher Störungen untersucht (Rothen 2009). Vor allem psychisch belastete Eltern nehmen kindliches Verhalten im Vergleich zu gesunden Eltern abweichender wahr (Richters 1992). Nach Petermann (2005) sind stark variierende Angaben verschiedener Informationsquellen nicht unbedingt mit einer geringen Validität gleichzusetzen. Demnach wird durch die unterschiedlichen Informationen eine Abbildung verschiedener Aspekte des kindlichen Problemverhaltens aus verschiedenen Sichtweisen ermöglicht. Die Fremdbeurteilung sollte, resultierend daraus, also keinesfalls die Selbstbeurteilung kindlicher Auffälligkeiten ersetzen, sondern lediglich ergänzend hinzugenommen werden (Thiels u. Schmitz 2008).

1.2 Vorsorge und Rehabilitation in Eltern-Kind-Einrichtungen

1.2.1 Grundlagen der Rehabilitation

Seiner ursprünglichen Bedeutung entsprechend heißt Rehabilitation „eine Person wieder (re-) in ihren alten Stand einsetzen (habilitare)“ (Morfeld u. Koch 2007, S. 1). Dabei muss Rehabilitation als ganzheitliches System betrachtet werden, denn sie umfasst alle Maßnahmen, die neben der medizinischen Wiederherstellung auch die Zielsetzung der sozialen Integration verfolgt (Haupt u. Delbrück 1996). In Deutschland hat sich die Rehabilitation zu einem eigenständigen Versorgungszweig entwickelt, der unter anderem auf den Abbau von Risikofaktoren, eine Anregung zur Änderung des Lebensstils und die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden abzielt (Morfeld u. Koch 2007).

Durch Veränderungen in der Altersstruktur der Gesellschaft, der Zunahme chronischer Krankheiten sowie langwährender und irreversibler Behinderungen kommt der Rehabilitation heute eine ständig wachsende Bedeutung zu. Nach § 10 SGB I umfasst der Auftrag der Rehabilitation aus heutiger Sicht die Hilfe zur Erhaltung oder Wiedergewinnung der aktiven Teilnahme am normalen Leben in Beruf, Familie und Gesellschaft. Insbesondere denjenigen Menschen, die mit bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen leben müssen, soll dazu verholfen werden, ein möglichst normales Leben führen zu können. Durch den Auftrag, Behinderungen zu vermeiden, wird der zusätzliche präventive Aspekt der Rehabilitation unterstrichen (Haupt u. Delbrück 1998). Während die Rehabilitation im Erwachsenenbereich seitens der Rentenversicherung primär auf die möglichst dauerhafte (Wieder)Eingliederung in das Erwerbsleben fokussiert ist (Haaf u. Schliehe 2001 a), liegt der Schwerpunkt in der Kinderrehabilitation auf der Beseitigung einer erheblichen Gefährdung der Gesundheit bzw. einer Besserung oder Wiederherstellung einer beeinträchtigten Gesundheit um günstige Voraussetzungen für den Einstieg ins spätere Berufsleben zu schaffen. Der Vorteil der Rehabilitation im Kindesalter besteht darin, dass die Kindheit als optimale Entwicklungs- und Lernphase für Krankheitsbewältigungsstrategien und gesundheitsförderndes Verhalten angesehen werden kann (Verband deutscher Rentenversicherungsträger, VDR, 1998).

Der Rehabilitation kommt im System der gesundheitlichen Versorgung der Industriegesellschaften ein großer Stellenwert zu (Hartung 1998). Neben dem körperlichen Gesundheitszustand stellt vor allem die psychische Verfassung eines Patienten ein bedeutendes Kriterium für den Verlauf chronischer Erkrankungen dar. Wichtiges Ziel

medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen ist deshalb, neben der körperlichen auch die psychische und soziale Gesundheit und Integrität wieder herzustellen (Kramer et al. 2003). Nach Bengel und Jäckel (2002) bestehen bei mindestens einem Drittel aller Krankenhauspatienten zusätzlich zu ihrer somatischen Erkrankung begleitende psychische Beeinträchtigungen, welche die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen. Die Bedeutung der Rehabilitation für eine Besserung des Gesundheitszustandes wird durch die Zunahme psychischer Belastungen in den allgemeinen Lebensbedingungen und in der Arbeitswelt mit daraus resultierenden zunehmenden sozialen Konsequenzen hervorgehoben (Hartung 1998).

1.2.2 Möglichkeiten und Grenzen der Eltern-Kind-Rehabilitation

Die Gesundheitsversorgung von Müttern in Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen „blickt in Deutschland auf eine“ über „60-jährige Tradition zurück“ (Besier et al. 2011, S. 418). Elly Heuss-Knapp, Frau des ehemaligen deutschen Bundespräsidenten, gründete 1950 die Elly-Heuss-Knapp-Stiftung/Deutsches Müttergenesungswerk, mit dem Ziel, Mütter zu stärken (Franck 1998). Damit entstand ein im internationalen Vergleich einmaliges Versorgungsangebot innerhalb des deutschen Gesundheitssystems, welches seit „2002 auch Vätern zugänglich gemacht wurde“ (Besier et al. 2011, S. 418, Herwig u. Bengel 2004). Auch in der heutigen Zeit sind Mütter multiplen Belastungen ausgesetzt (Sperlich et al. 2011), welche häufig in einen Belastungskreislauf münden. Die wechselseitige Verstärkung des subjektiven Empfindens der ständigen Verausgabung und mangelhafte Regenerationsmöglichkeiten können bei längerer Persistenz zu einem Gefühl der Überforderung führen und inadäquate Bewältigungsstrategien hervorrufen (Borchert u. Collatz 1994, Collatz 2002). Die komplexe mütterspezifische Krankheitssituation wird durch das „Leitsyndrom mütterlicher Erschöpfung“ (Collatz et al. 1998) beschrieben. Grundlegende Aspekte dieses Symptomkomplexes stellen zentral stehende Erschöpfungszustände, psychosomatische Befindlichkeitsstörungen sowie die Multimorbidität und Multiaxialität der Krankheitsgenese dar. In einer Studie von Strittmatter et al. (1997) wird die Lebenssituation der Teilnehmerinnen durch eine Vielzahl an Belastungen, physische Beschwerden und Lebensunzufriedenheit charakterisiert. Indikationsgrundlage für die Aufnahme in eine Mutter-Kind-Klinik stellt eine Diagnose nach ICD-10 der Mutter dar (Herwig et al. 2001). Die gemeinsame Aufnahme eines Elternteils mit seinem Kind kann in Frage kommen, wenn das Kind ebenfalls behandlungsbedürftig ist, eine belastete Eltern-Kind-Beziehung verbessert werden soll,

eine Trennung des Kindes von der Mutter bzw. dem Vater zu einer psychischen Störung des Kindes führt oder unzumutbar ist sowie keine anderweitige Betreuungsmöglichkeit vorhanden ist (Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen 2005).

Ziel der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme ist eine dauerhafte Stärkung personaler Ressourcen und eines größeren Gesundheitsbewusstseins. Durch die Erhöhung der Problemlösekompetenz, das Erlernen eines positiven Umgangs mit Stress oder die Förderung einer gesundheitszuträglichen Lebensweise sollen die Patienten zum selbstverantwortlichen und gesundheitsförderlichen Handeln angeleitet werden. Für die Umsetzung und die nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes werden poststationäre wohnortnahe Anschlussbehandlungen empfohlen (Sperlich 2006). Wichtig ist dabei, dass die Behandlung bereits frühzeitig begonnen wird, um Chronifizierungsprozesse zu vermeiden und Störungen der Entwicklung der Kinder vorzubeugen, was sich im Endeffekt auch positiv auf die Einsparung von Krankheitskosten auswirkt (Collatz et al. 2006).

Die Maßnahmen der Eltern-Kind-Rehabilitation werden von knapp drei Prozent der deutschen Mütter und ihren Kindern unter 15 Jahren in Anspruch genommen (Herwig u. Bengel 2004). Die Teilnehmer berichten von somatischen und psychischen Beschwerden, Problemen in der Erziehung und der Partnerschaft und finanziellen Schwierigkeiten (Strittmatter et al. 1997). Dieser Problematik soll durch einen ganzheitlich ausgerichteten Therapieplan, welcher psychosoziale, psychologische und gesundheitsfördernde Elemente beinhaltet, entgegengewirkt werden. Neben der notwendigen medizinischen Versorgung und physiotherapeutischen Anwendungen bilden Methoden der verhaltensbezogenen Gesundheitsförderung einen wichtigen Baustein der therapeutischen Behandlung. Dabei stehen Entspannungsübungen und Bewegungstherapien sowie Maßnahmen zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise im Vordergrund. In Einzel- und Gruppengesprächen werden außerdem psychologische und sozialpädagogische Therapiemaßnahmen erarbeitet (Strittmatter et al. 1997).

Die Maßnahmen der Mutter-Kind-Rehabilitation nehmen innerhalb des deutschen Rehabilitationssystems dahingehend eine besondere Stellung ein, dass Mütter und Kinder nicht nur zeitgleich behandelt werden, sondern auch intensiv an der Mutter-Kind-Beziehung gearbeitet wird (Arnhold-Kerri u. Collatz 2006, Besier et al. 2011). Die Reflexion der Verhaltensweisen von Müttern und Kindern zueinander kann zu einer

Verbesserung dieser Beziehung führen (Sperlich 2006). Durch systemische und familientherapeutische Ansätze soll jedes Familienmitglied in die Behandlung mit einbezogen werden, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass chronische Erkrankungen von Eltern oder Kindern auch immer die ganze Familie betreffen (Schäfer et al. 2000).

Stationär durchzuführende Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter sind mit den Paragraphen 24 und 41 seit 1989 im SGB V verankert (Strittmatter et al. 1997) und sind in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder in geeigneten Einrichtungen freier Trägerschaft durchführbar (Herwig et al. 2001). Durch eine im Juli 2002 verabschiedete Gesetzesänderung (SGB V-Änderungsgesetz) richtet sich die medizinische Vorsorge und Rehabilitation seitdem an Mütter und Väter, wodurch auch Vater-Kind-Behandlungen in geeigneten Einrichtungen gesetzlich festgelegt wurden.

1.2.3 Messung des Therapieerfolges in der Rehabilitation

Das System der medizinischen Rehabilitation unterliegt bereits seit Mitte der 80er Jahre einem kontinuierlichen Entwicklungs- und Veränderungsprozess. Anhand von durch verschiedene Expertenkommissionen durchgeführten Analysen wurden Strukturdefizite bemängelt, welche sich unter anderem auf eine nicht ausreichende wissenschaftliche Fundierung der Rehabilitation und dem Fehlen von Maßnahmen zur Überprüfung bzw. Weiterentwicklung der Versorgungsqualität beziehen (Kawski u. Koch 2002).

Nach Nübling und Schmidt (2000) ist der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme an ihren Zielen zu messen. Diese können allerdings in Abhängigkeit von der Ausgangssituation des jeweiligen Rehabilitanden unterschiedlich ausfallen. Als allgemeines und gesetzlich verankertes (§ 9 SGB VI) Ziel der Rehabilitation in der Rentenversicherung ist die möglichst dauerhafte Eingliederung bzw. Wiedereingliederung in das Erwerbsleben anzusehen. In der Ergebnisforschung kommt vor allem der Überprüfung von Effektivität und Effizienz der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen oberste Priorität zu (Nübling u. Schmidt 2000). Zusätzlich dazu sind Faktoren wie die Art und Schwere der Behinderung, personale Voraussetzungen der Rehabilitanden (Plath u. Blaschke 2002) aber auch gesellschaftliche Zielsetzungen sowie indikationsspezifische Reha-Ziele, welche sich unter anderem auf die psychische Befindlichkeit beziehen, zu berücksichtigen (Haaf 2005).

Für die Bewertung der Wirksamkeit einer Rehabilitationsmaßnahme ist die valide Erfassung der interessierenden Zielgrößen (Outcomes) von großer Bedeutung (Meyer et al. 2006). Biefang et al. (1997) unterscheiden in ihrer Taxonomie der Outcomes und

Prädiktoren für die medizinische Rehabilitation zwischen der Erfassung der Zielgrößen als Selbstbeurteilung durch die Patienten selbst oder als Fremdbeurteilung durch die behandelnden Ärzte bzw. Therapeuten. In der Forschung wird dabei besonders der Erhebung der subjektiven Beurteilung des Patienten über seinen Gesundheitszustand eine herausragende Bedeutung zugeteilt (Meyer et al. 2006). Dies wird durch die Problematik der Validität von Arzteinschätzungen und der besonderen Bedeutung der Patientenbeurteilung für eine Erfolgsbewertung bei chronischen Erkrankungen begründet (Jäckel u. Farin 2004). Patientenselbsteinschätzungen sind vor allem im Bereich der Rehabilitation wichtig, da die eigene Wahrnehmung des Gesundheitszustandes einen entscheidenden Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung, die Motivation und Prognose haben kann (Klosterhuis 2008).

In der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen befindet sich die Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen dahingegen noch in den Anfängen (Merod u. Petermann 2006). Dies ist vor allem auf versorgungsökonomische und patientenspezifische Aspekte zurückzuführen (Stapel et al. 2005). Nach Stapel et al. (2005) sollte die Ergebnisqualität der Rehabilitation jedoch auch bei Patienten im Kindes- und Jugendalter durch eine patientenseitige Messung verbessert werden.

1.2.4 Ergebnisse zur Wirksamkeit der Eltern-Kind-Rehabilitation auf die psychische Gesundheit

In der Rehabilitationsforschung stellt die Untersuchung der Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen eine der wichtigsten Aufgaben dar (Meyer et al. 2006). In einer Übersichtsarbeit von Haaf und Schliehe (2001 a, 2001 b), in der 36 deutschsprachige Studien nach 1990 dargestellt werden, konnte die Wirksamkeit der Rehabilitation für die fünf häufigsten Diagnosegruppen, die ungefähr 80% aller Rehamaßnahmen abdecken, anhand des Erreichens der reha-medizinischen Ziele, der Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden und des mittel- bzw. langfristigen Anhaltens dieser Effekte nachgewiesen werden. Auch nach Haaf (2005) verbessert sich der Gesundheitszustand der Rehabilitanden nach der Maßnahme klinisch bedeutsam, wobei dieser Effekt mittel- bzw. längerfristig erhalten bleibt. Lungen und Lauterbach (2003) kommen daraus resultierend zum Schluss, dass in Deutschland eine Evidenz für die Wirksamkeit der Rehabilitation zu bestehen scheint.

Kawski und Koch (2002) weisen für den Bereich der Mutter-Kind-Maßnahmen auf die Notwendigkeit verschiedener Qualitätssicherungsprogramme im Sinne eines Effektivitätsnachweises hin, betonen jedoch auch, dass entsprechende Initiativen noch nicht sonderlich ausgereift sind. Bisher liegen deshalb noch relativ wenig empirische Untersuchungen vor, die die Effektivität von Eltern-Kind-Maßnahmen belegen (Arnhold-Kerri et al. 2003). Unmittelbar positive Effekte der Maßnahme auf das psychische Befinden der Patienten konnten durch Meixner et al. (2001) sowohl im Selbsturteil der Patienten als auch im Fremdurteil durch die Ärzte und Therapeuten nachgewiesen werden. Zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes wurde den Patientinnen eine modifizierte Form eines rehabilitationsspezifischen Fragebogens vorgelegt, welcher krankheitsübergreifend angelegt ist und alle Bereiche der Gesundheit (somatischer, funktionaler und psychosozialer Status) erfasst. Lediglich 5,5% der Patientinnen erzielten in allen Unterdimensionen unauffällige Werte, wobei die stärksten Beeinträchtigungen im Bereich der psychischen Belastungen (z.B. vitale Erschöpfung, Depressivität, Ängstlichkeit) liegen. Der Gesundheitszustand der Frauen verbesserte sich im Verlauf der Maßnahme in der Selbsteinschätzung in allen Bereichen, vor allem jedoch im somatischen und psychosozialen Bereich. In einer Studie von Arnhold-Kerri et al. (2003) wurden neben den Therapieeffekten auch Krankheitsprofile der Teilnehmerinnen erfasst. Diese sind durch Erschöpfungszustände und Multimorbidität gekennzeichnet. Zur Bestimmung der Therapieeffekte wurde unter anderem eine Kurzform eines Fragebogens eingesetzt, welcher Auskunft über die psychische Symptombelastung gibt. Dabei konnten hohe Eingangsbelastungen nachgewiesen werden, welche am Ende der Therapie deutlich gesenkt werden konnten. Zwischen dem Beginn der Maßnahme und sechs Wochen davor ergaben sich aus einer Stichprobe der Teilnehmer keine signifikanten Veränderungen. Die Ergebnisse der Katamnese nach sechs Monaten bestätigen eine Stabilität der erzielten Verbesserungen auf mittlerem Niveau. Auch Meixner et al. (2003) bestätigen die hohen Eingangsbelastungen der Frauen mithilfe desselben Fragebogens, welcher auch in einer ihrer Studien von 2001 Anwendung fand und zu Beginn dieses Kapitels beschrieben wurde. Dabei wurden für die Behandlung maßgebliche Therapieziele aus dessen Bereichen „Risikofaktor: Stress/Hektik“ und „Vitale Erschöpfung“ gewählt. Gegen Ende der Rehabilitation konnten vor allem in den Unterdimensionen „Psychische Belastung“ und „Schmerzen und Symptome“ die Belastungen signifikant reduziert werden. Die Stabilität der Verbesserungen zum Katamnesezeitpunkt gibt Hinweise auf einen Transfer der Behandlungsergebnisse in den Alltag der Patientinnen. Bruns und Collatz (2006)

untersuchten die Veränderung der Belastungseinschätzung und des psychischen Befindens während einer Mutter-Kind-Maßnahme in Abhängigkeit des individuellen Bewältigungsprofils. Es profitieren vor allem Mütter, die zum Beginn der Maßnahme von den höchsten Belastungen berichten und das schlechteste psychische Befinden aufweisen, also ein einseitig-negatives Profil besitzen. Obwohl die Teilnehmer an Eltern-Kind-Maßnahmen zahlreichen Belastungen ausgesetzt sind, müssen sich eventuell daraus ergebende Symptome nicht unbedingt die Kriterien einer manifesten psychischen Störung erfüllen. Es bestehen jedoch fließende Übergänge zwischen einer ausgeprägten psychischen Beeinträchtigung und einer manifesten psychischen Störung im Sinne der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) (Irle et al. 2002). In einem Review von Herwig und Bengel (2005) konnte mithilfe von Primär- und Sekundäranalysen dreier Studien bei einem Drittel bis über der Hälfte der Frauen eine klinisch relevante psychische Belastung nachgewiesen werden, weiterhin erhärtete sich bei 20% der Patientinnen der Verdacht auf das Vorliegen einer affektiven Störung. Collatz et al. (2006) heben deshalb die Wichtigkeit der frühzeitigen, teilweise sogar präventiv orientierten Rehabilitation in Mutter-Kind-Einrichtungen hervor.

Auch die Situation „der begleitenden Kinder ist oftmals durch chronische Erkrankungen, psychische Auffälligkeiten oder psychosoziale Belastungen im Familienumfeld gekennzeichnet“ (Besier et al. 2011, S. 418, Herwig et al. 2001). Obwohl bei den Kindern in Mutter-Kind-Einrichtungen zunehmend eine Behandlungsindikation gestellt wird (Arnhold-Kerri et al. 2003), besteht noch großer Forschungsbedarf was die Therapieeffekte der Kinder betrifft. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen erste Trendergebnisse im Urteil der Eltern vor, die darauf hinweisen, dass die begleitenden Kinder teilweise starke Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die nach Absolvierung der Rehabilitationsmaßnahme abnehmen (Arnhold-Kerri et al. 2003). Bisher wurden noch keine Studien veröffentlicht, die eine Selbstbeurteilung der Kinder in Eltern-Kind-Maßnahmen mit einbeziehen.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass Patienten in Eltern-Kind-Einrichtungen psychisch beeinträchtigt sind und auch die Situation der begleitenden Kinder oftmals durch belastende Lebensumstände gekennzeichnet ist. Während der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand der Frauen nach bisher existierenden Ergebnissen durch frühzeitig angelegte Maßnahmen entscheidend verbessert werden kann, blieb eine Fokussierung der Wirksamkeit der Behandlung auf die begleitenden Kinder bisher noch aus.

1.3 Fragestellung

Eltern-Kind-Maßnahmen spielen, trotz ihrer großen Relevanz in der gesundheitlichen Versorgung für belastete Eltern, in der klinisch-psychologischen Forschung bisher nur eine geringe Rolle und wurden hinsichtlich des psychosozialen Outcomes noch nicht umfassend evaluiert. Vorliegende Studien untersuchen vor allem Auswirkungen der Maßnahmen auf die behandelten Mütter. Ein Defizit besteht dahingehend in der Erfassung der Effekte der Eltern-Kind-Maßnahmen „auf die begleitenden und zum Teil ebenfalls behandlungsbedürftigen Kinder“ (Besier et al. 2011, S. 419).

Ziel der Studie ist es deshalb, die Wirksamkeit eines dreiwöchigen stationären Eltern-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationsprogramms in der Mutter-Kind-Klinik Schwabenland auf das psychische Befinden der Eltern und auf Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der Kinder im Selbst- und Elternbericht zu erfassen (Besier et al. 2011).

Aufgrund der dargestellten Zusammenhänge ergeben sich folgende zentrale Fragestellungen (Besier et al. 2011):

- (1): Verbessert sich die psychische Gesundheit von Eltern und Kindern im Laufe des Klinikaufenthaltes im Vergleich zu einer Wartezeit von vier Wochen klinisch signifikant?
- (2): Ist das psychische Befinden der Eltern und Kinder am Ende eines dreimonatigen Katamnesezeitraumes höher als zu Beginn der stationären Rehabilitationsmaßnahme?

Des Weiteren werden folgende Nebenfragestellungen aufgeworfen:

Fragestellung (3): Gibt es einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung des kindlichen psychischen Befindens zwischen Selbst- und Elternbericht?

Fragestellung (4): Verbessert sich das psychische Befinden bei Eltern und Kindern, welche nicht an der Vorbefragung teilnahmen, im Laufe der Rehabilitationsmaßnahme?

1.4 Hypothesen

Aus den aufgeworfenen Fragestellungen lassen sich folgende Hypothesen formulieren:

Hypothese 1a: Eltern werden durch die Teilnahme an einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitation signifikant psychisch entlastet und diese Entlastung ist größer als der Effekt des Wartens auf eine gewährte stationäre Rehabilitation.

Hypothese 1b: Kinder werden aus Sicht der Eltern durch die Teilnahme an einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitation signifikant psychisch entlastet und diese Entlastung ist größer als der Effekt des Wartens auf eine gewährte stationäre Rehabilitation.

Hypothese 1c: Kinder werden im Selbstbericht durch die Teilnahme an einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitation signifikant psychisch entlastet und diese Entlastung ist größer als der Effekt des Wartens auf eine gewährte stationäre Rehabilitation.

Hypothese 2a: Das psychische Befinden der Eltern ist am Ende eines dreimonatigen Katamnesezeitraumes höher als zu Beginn der stationären Rehabilitation.

Hypothese 2b: Das psychische Befinden der Kinder und Jugendlichen ist aus Sicht der Eltern am Ende eines dreimonatigen Katamnesezeitraumes höher als zu Beginn der stationären Rehabilitation.

Hypothese 2c: Das psychische Befinden der Kinder und Jugendlichen ist im Selbstbericht am Ende eines dreimonatigen Katamnesezeitraumes höher als zu Beginn der stationären Rehabilitation.

Hypothese 3: Eltern bewerten die kindlichen Auffälligkeiten signifikant höher als die Kinder und Jugendlichen selbst.

Hypothese 4a: Eltern, welche nicht an der Vorbefragung teilnahmen, erfahren zwischen Beginn und Ende einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitation eine signifikante psychische Entlastung.

Hypothese 4b: Kinder und Jugendliche, welche nicht an der Vorbefragung teilnahmen, erfahren zwischen Beginn und Ende einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitation aus Sicht der Eltern eine signifikante psychische Entlastung.

Hypothese 4c: Kinder und Jugendliche, welche nicht an der Vorbefragung teilnahmen, erfahren zwischen Beginn und Ende einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitation im Selbstbericht eine signifikante psychische Entlastung.

2 Material und Methoden

2.1 Allgemeiner Studienablauf

Im folgenden Kapitel wird beschrieben, wie die Daten für die zugrunde liegende Studie erhoben wurden. In der prospektiven Longitudinalstudie fanden zu vier Messzeitpunkten Untersuchungen mittels standardisierter Fragebögen statt. Die Studie zielte darauf ab, Veränderungen des psychischen Befindens von Eltern sowie von Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der begleitenden Kinder und Jugendlichen im Verlauf einer Eltern-Kind-Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik Schwabenland zu erfassen.

2.1.1 Datenzugang

Die Daten wurden in der Mutter-Kind-Klinik Schwabenland im baden-württembergischen Dürmentingen erhoben, welche auf indikationsgerechte Vorsorge und Rehabilitation für Mutter und Kind bei psychosomatischen Erkrankungen, Adipositas sowie emotionalen Störungen spezialisiert ist. Seit kurzem werden auch Väter mit deren Kindern in der Klinik aufgenommen. Der Klinikaufenthalt betrug in der Regel drei Wochen. Auf Antrag war eine Verlängerung um eine Woche möglich.

Die Befragung der Patienten erfolgte zu vier Messzeitpunkten. Messzeitpunkt T1 wurde vier Wochen vor Anreise in die Klinik Schwabenland postalisch bei den Familien zuhause erhoben. Die Messungen T2 und T3 kennzeichnen Beginn und Ende des Aufenthaltes in der Klinik Schwabenland und wurden von Februar bis Oktober 2009 durchgeführt. Drei Monate nach Beendigung des Klinikaufenthaltes bekamen die teilnehmenden Familien die Fragebögen erneut zugesandt, sodass die Erhebung der Daten für den letzten Messzeitpunkt T4 bis Ende Januar 2010 stattfand (Besier et al. 2011).

2.1.2 Untersuchungsablauf

Wie bereits oben beschrieben, erfolgte die Datenerhebung mittels Fragebögen zu vier Messzeitpunkten, auf die im Folgenden genauer eingegangen wird:

Um Studienteilnahme wurden alle Familien gebeten, welche im Rekrutierungszeitraum von Februar bis Oktober 2009 in der Klinik Schwabenland anreisen. Zusätzlich wurde allen Familien, von denen der Klinik Schwabenland bereits vier Wochen vor deren geplanter Anreise eine Kostenzusage der Krankenkasse vorlag, ein Fragebogenpaket postalisch zugesandt (Messzeitpunkt T1). Dieses beinhaltete standardisierte Fragebögen

zum psychischen Befinden des an der Maßnahme teilnehmenden Elternteils sowie der begleitenden Kinder. Daneben wurde allen Schulkindern ab acht Jahren selbst ein Fragebogen mitgeschickt, um eine Selbstauskunft über ihre Verhaltensprobleme zu erhalten. In einem beiliegenden Informationsblatt mit Einverständniserklärung wurden die Familien über den Ablauf der Studie mit den dazu benötigten Erhebungszeitpunkten sowie deren Zielsetzung aufgeklärt. Außerdem wurde darin auch ausdrücklich auf die Freiwilligkeit der Studienteilnahme, die Schweigepflicht der an der Studie beteiligten Personen und die Auswertung der Ergebnisse in anonymisierter Form verwiesen. Zur Bestätigung der freiwilligen Teilnahme der Kinder ab acht Jahren wurde zusätzlich ein kindgerecht verfasstes Informationsblatt mit Einverständniserklärung mitgeschickt. Die Rücksendung der Fragebögen in einem bereits frankierten Umschlag erfolgte in die Mutter-Kind-Klinik Schwabenland.

Allen Familien, die im Erhebungszeitraum in der Klinik Schwabenland anreisten, wurde dasselbe Fragebogenpaket wie zum Messzeitpunkt T1 ausgehändigt (Messzeitpunkt T2). Falls eine Familie erst ab dem zweiten Messzeitpunkt für die Studie rekrutiert werden konnte, erhielt sie zudem das bereits erwähnte Informationsschreiben über die Studie inklusive Einverständniserklärung. Die Abgabe der ausgefüllten Bögen erfolgte bei der Aufnahmeuntersuchung oder in der Verwaltung der Klinik. Die teilnehmenden Kinder bearbeiteten die Fragebögen nachmittags während der Hausaufgabenbetreuung. Für eventuelle Fragen der Studienteilnehmer standen Untersuchungsleiter sowie die zuvor instruierten Mitarbeiter der Schwabenlandklinik zur Verfügung. Ferner wurden zum zweiten Messzeitpunkt mittels eines hierfür konstruierten Fragebogens soziodemographische und medizinische Basisdaten der angereisten Eltern und Kinder erfasst. Auf diese wird in einem gesonderten Kapitel genauer eingegangen.

Die Befragung der Patienten zum dritten Messzeitpunkt erfolgte drei Tage vor Abreise aus der Klinik (Messzeitpunkt T3). Die Fragebögen konnten in Ruhe auf dem Zimmer ausgefüllt und bei der Abschlussuntersuchung abgegeben werden. Außerdem erhielten die Familien vor ihrer Abreise ein erneutes Informationsschreiben, welches sie an den weiteren Untersuchungsablauf mit einer noch folgenden katamnestischen Befragung erinnern sollte. Nach der Abreise der Studienteilnehmer wurden mit deren Einverständnis die nach ICD-10 kodierten Diagnosen aus den Klinikakten herausgesucht. Für die Studie wurden alle angereisten Kinder, welche mit eigener Behandlungsindikation in die Klinik Schwabenland überwiesen wurden, als Therapiekinder bezeichnet. Im Gegensatz dazu wiesen Begleitkinder selbst keine behandlungsbedürftigen Störungen auf, sondern wurden mit

ihren Eltern in die Rehabilitationsklinik aufgenommen und in den Therapieverlauf eingebunden.

Drei Monate nach der Abreise der Patienten aus der Klinik wurde allen Familien, die mindestens an den Erhebungszeitpunkten T2 und T3 teilgenommen hatten, erneut dasselbe Fragebogenpaket per Post mit der Bitte um Rücksendung in einem bereits frankierten Umschlag an die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Ulm zugeschickt (Messzeitpunkt T4) (Besier et al. 2011). Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurden die Familien bei nicht retournierten Fragebögen „nach 4 bis 6 Wochen einmalig schriftlich an eine Rücksendung erinnert“ (Besier et al. 2011, S. 419).

2.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Voraussetzung für die Aufnahme in die Studie war eine Studienteilnahme mindestens zu den Erhebungszeitpunkten T2 und T3 und somit ein dreiwöchiger Klinikaufenthalt. Zusätzlich musste eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern vorliegen. Die Teilnahme der Kinder zur Selbsteinschätzung ihres psychischen Befindens war ab einem Lesealter von acht Jahren gestattet. Um das eigenständige Ausfüllen der Fragebögen nicht zu gefährden, wurden Kinder und Jugendlichen mit kognitiven Einschränkungen von der Studienteilnahme ausgeschlossen (Besier et al. 2011).

2.1.4 Einverständniserklärung

Das Einverständnis für die Teilnahme an der Studie sowohl für die Eltern als auch stellvertretend für die Kinder wurde von der Mutter/dem Vater bzw. einem Erziehungsberechtigten in schriftlicher Form eingeholt. Kinder ab acht Jahren konnten ihre freiwillige Teilnahme ebenfalls in schriftlicher Form bestätigen. Neben der Einwilligung in die Studie gaben die Teilnehmer mit ihrer Unterschrift auch das Einverständnis, medizinische Daten aus den Akten der Klinik zu entnehmen (Besier et al. 2011).

Die Durchführung der Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität Ulm genehmigt.

2.2 Therapieprogramm der Klinik Schwabenland

Die Therapieschwerpunkte der Mutter-Kind-Klinik Schwabenland liegen bei Patienten mit affektiven Störungen (Depressionen, depressive Reaktion), neurotischen Störungen (z.B. Angststörungen, Panikstörungen, hypochondrische Störungen), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (z.B. nach schweren Schicksalsschlägen wie Todesfall, Unfall, schwere Erkrankung, Missbrauch, Gewalterlebnis) und somatoformen autonomen Funktionsstörungen (z.B. Magen-, Darm-, Herzbeschwerden, anhaltende Schmerzen ohne hinreichende organische Ursache).

Zu Beginn des in der Regel dreiwöchigen Klinikaufenthaltes erfolgt ein ärztliches Anamnesegespräch. Die Familien werden anschließend dem therapeutischen Team vorgestellt, welches aus Psychologen, Erziehern und Pädagogen besteht. Dabei wird in diesem Kreis über die notwendigen Therapien diskutiert. Die Hauptorientierung für die Erstellung des Therapieplanes stellen die vorhandenen Diagnosen nach ICD-10 aus den Aufnahmebriefen und –befunden der Patienten dar, weniger deren Belastungsstärke (Besier et al. 2011).

Jedes Elternteil erhält ein therapeutisches Grundpaket, welches „die Anfangs- und Abschlussuntersuchung, die wöchentliche Arztvisite sowie ein 50-minütiges psychologisches Erstgespräch“ beinhaltet (Besier et al. 2011, S. 419). „Des Weiteren werden alle Patienten aufgefordert, sich regelmäßig an der Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Nordic Walking, Rückenschule, Wassergymnastik) zu beteiligen und eine Entspannungsmethode zu erlernen“ (Besier et al. 2011, S. 419). Bei Patienten mit affektiven Störungen wird die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson gelehrt, bei den anderen Hauptindikationen wahlweise die Methode nach Jacobson oder autogenes Training. Weiterhin ist die Teilnahme an einer Gruppentherapie, bei der unter psychologischer Aufsicht nach dem Erfassen bestimmter Probleme darüber diskutiert wird und gemeinsam nach Lösungsstrategien gesucht wird, obligat. Bei Patienten mit affektiven Störungen und Belastungsstörungen ist die dreimalige Teilnahme an der Gruppe „soziale Kompetenz“ beinhaltet, bei Patienten mit den anderen beiden Hauptindikationen die dreimalige Teilnahme an der Gruppe „Stressbewältigung“ (Besier et al. 2011). „Zuletzt besteht das Grundpaket aus einem 2-maligen Gruppengespräch zum Behandlungsverlauf“ (Besier et al. 2011, S. 419).

„Die Notwendigkeit für weitere Therapien ergibt sich“ entweder „aus den zusätzlich vorliegenden Nebenindikationen“ oder „aus der Indikationsstellung entsprechend der

ärztlichen Anamnese“ und des therapeutischen Teams (Besier et al. 2011, S. 419). So kann eine weitere ärztliche Einzelberatung notwendig sein, z.B. wenn die Mutter über schulische Probleme, Konzentrations- oder Entwicklungsprobleme ihres Kindes klagt. Die Anamnese wird dann nochmals gezielt auf das jeweilige Problem erhoben und evtl. auch Screeningfragebögen, zum Beispiel für ADHS, ausgefüllt, um dann gegebenenfalls weitere Interventionen ergreifen zu können. Es stehen weitere Gruppenangebote zur Verfügung (Gruppe Migränepatienten, Gruppe Alleinerziehende, Kommunikations- und Erziehungsberatungsgruppe), welche jeweils wöchentlich bei einer Dauer von einer Stunde stattfinden. Neben der Gruppe aus dem Grundpaket ist noch maximal eine weitere Gruppenteilnahme möglich. Alle Patienten mit einem BMI über 25 erhalten eine Ernährungsberatung, entweder in der Gruppe oder einzeln, welche ein bis zwei Mal stattfindet. Sollte ein(e) Patient(in) aus gesundheitlichen Gründen nicht am Sportprogramm teilnehmen können, stehen Alternativprogramme zur Verfügung. Für den Fall, dass eine akute orthopädische Problematik vorliegt, besteht die Möglichkeit einer maximal fünfmaligen krankengymnastischen Behandlung, welche von extern kommenden Sporttherapeuten durchgeführt wird. Die weiteren Alternativangebote sind Wirbelsäulengymnastik (4x) und Rückenschule (4x), Wassergymnastik (3x) oder Konditionstraining (5x). Jede(r) Patient(in) sollte mindestens zwei Sportangebote wahrnehmen. Die Eltern nehmen ohne ihre Kinder zwei bis vier Mal an der Musiktherapie teil. Alle Eltern, die ein Kind ab sieben Jahre haben, nehmen einmalig an einer Mutter/Vater-Kind-Interaktion teil. Diese stellt eine wichtige therapeutische Grundlage dar, denn sehr häufig ist eine Störung der Eltern-Kind-Interaktion zu beobachten. Im Vordergrund stehen vor allem die Therapiebereiche Erlebnispädagogik und therapeutisches Arbeiten mit Tieren. Es werden hier Aktivitäten mit vertrauensbildendem Charakter angeboten, beispielsweise Sumpfüberquerungen und gemeinsame Tierwanderungen. Sollte den erfahrenen Pädagogen Auffälligkeiten in der Interaktion einer Familie auffallen oder seitens der Familie eine mangelnde Interaktion beklagt werden, erfolgt ein Gesprächsangebot, in dem vor allem die Reflexion der beobachteten Probleme im Vordergrund steht sowie ein Transfer in den Alltag erfolgt. Sollte sich im Aufnahmegespräch oder im Verlauf der Kur herausstellen, dass bei einer Familie eine ausgeprägte Mutter/Vater-Kind-Interaktionsstörung besteht, erfolgt stattdessen eine pädagogische Intervention. Im Unterschied zur oben genannten Mutter/Vater-Kind-Interaktion wird der Nachmittag dabei nur von einer einzelnen Familie mit einem pädagogischen Betreuer verbracht. Es findet z.B. eine Tierwanderung gemeinsam mit

einem Pädagogen statt, danach steht ein Gespräch über die beobachteten auffälligen Situationen an.

Abhängig vom Alter der Kinder erhalten die Eltern zusätzlich zum Grundpaket weitere Therapieangebote. Bei Müttern/Vätern mit Kleinkindern bis drei Jahren erfolgt automatisch eine Musiktherapie mit dem Kleinkind, welche vier Mal wahrgenommen werden kann. Wöchentlich finden Gruppengespräche der Kleinkindergruppe zum Kurverlauf statt sowie das Mutter/Vater-Kleinkind-Turnen. Bei einem Alter der Kinder zwischen vier und sechs Jahren erfolgt ebenfalls eine Mutter/Vater-Kind-Interaktion analog wie oben beschrieben (Besier et al. 2011).

Die Indikationen der begleitenden Kinder und Jugendlichen liegen schwerpunktmäßig bei emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens sowie Entwicklungsstörungen (Besier et al. 2011). „Ab einem Alter von 7 Jahren werden die Kinder“ auf dem Therapiebauernhof im benachbarten Burgau betreut, „unabhängig davon, ob es sich um Therapie- oder Begleitkinder handelt. Dort erfolgt eine therapeutische und pädagogische Ganztagesbetreuung in der Gruppe“ für alle schulpflichtigen Kinder. Eine große Rolle spielen dabei „therapeutische Angebote wie das Arbeiten mit Haus- und Nutztieren oder erlebnispädagogische Angebote“ (Besier et al. 2011, S. 420). Durch geschicklichkeitstrainierende Maßnahmen wie Bogenschießen, Seilparcours, eine Himmelsleiter und Kletterwände, außerdem Wald- und Biotopbesuche, Wanderungen und Indianeraktivitäten wird die zwischenmenschliche Kommunikation gefördert, zudem werden Bewältigungsstrategien sowie Selbstsicherheit und soziale Kompetenz erarbeitet. Nach dem Mittagessen wird täglich für ungefähr eine Stunde eine „Ruhephase eingelegt, während der die Kinder“ und Jugendlichen beispielsweise Entspannungsmethoden wie autogenes Training oder progressive Muskelentspannung nach Jacobson durchführen oder durch eine erfahrene Fachkraft Heilpädagogik und Musiktherapie angeboten bekommen (Besier et al. 2011, S. 420). Auch für die Kinder finden Angebote zur gesunden Ernährung statt. Neben Schulungsstunden, in denen Grundkenntnisse zur gesunden Ernährung vermittelt werden, bereiten die Kinder und Jugendlichen auch kleinere Mahlzeiten gemeinsam zu. Die Betreuung der Gruppen erfolgt auf der Basis eines klar strukturierten Tagesablaufs mit Absprachen, Regeln und der Vergabe von Aufgaben. Begleitkinder, welche jünger als sieben Jahre sind, werden im Spielhaus in altersentsprechenden Gruppen betreut. Je nach Alter wird auch dort versucht, die Leitgedanken Naturerleben, Kontakt mit Tieren, Aufenthalte im Freien und Ruhe- und Ernährungsangebote durch einen ein- bis

zweimaligen Besuch pro Woche auf dem Therapiebauernhof zu verwirklichen (Besier et al. 2011).

2.3 Messinstrumente

Für die Studie wurden zwei Fragebögen verwendet, auf die im Weiteren genauer eingegangen wird. Das psychische Befinden der Eltern wurde mit dem Brief Symptom Inventory (Franke 2000) erfasst. Mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman 1997) wurden Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der Kinder und Jugendlichen beurteilt. Mit der Elternversion bewerteten Eltern ihre Kinder, die älter als drei Jahre waren. Kinder ab acht Jahren füllten die Selbstversion aus.

2.3.1 Brief Symptom Inventory (BSI)

Das BSI ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome in einem Zeitfenster von sieben Tagen. Es umfasst 53 so einfach wie möglich formulierte Items und ist ab einem Alter von ca. 13 Jahren einsetzbar (Franke 2000). Der ursprünglich 1975 von Derogatis entwickelte Fragebogen stellt eine Kurzform der 90 Fragen umfassenden Symptom-Checkliste SCL-90-R dar und entstand durch das Herauslösen derjenigen Items, welche die Symptome in Bezug auf die dazugehörige Skala am besten reflektieren (Derogatis u. Melisaratos 1983). Der Vorteil besteht darin, dass die Zeit, die das Ausfüllen benötigt, auf acht bis zehn Minuten verkürzt werden konnte (Franke 2000).

Mit *Cronbach's* α -Werten von 0,39 bis 0,85 für die Einzelskalen und 0,92 für den globalen Kennwert GSI weisen seine Skalen eine befriedigende interne Konsistenz auf. Die Test-Retest-Reliabilität rangiert zwischen 0,73 und 0,93 für die Einzelskalen und 0,93 für den globalen Kennwert GSI (Franke 2000). Zur Validierung stattfindende Untersuchungen von Derogatis und Melisaratos (1983) ergaben Korrelationen des BSI mit seinem Ursprungsinstrument, der SCL-90-R, zwischen 0,92 und 0,99 für die einzelnen Skalen. Boulet und Boss (1991) validierten das BSI durch korrelative Untersuchungen mit dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), einem weltweit häufig eingesetzten Messinstrument zur Untersuchung der Persönlichkeitsstruktur. Es kann auf drei publizierte Normstichproben für das BSI zurückgegriffen werden. Die erste Stichprobe wird von 1002 nicht-hospitalisierten psychiatrischen Patienten gebildet, die zweite beruht auf 719 gesunden Personen und die dritte setzt sich aus 313 hospitalisierten psychiatrischen Patienten zusammen (Derogatis u. Melisaratos 1983).

Die Antwortmöglichkeiten sind für alle Items einheitlich und werden anhand einer fünfstufigen Rating-Skala vorgegeben (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark, 4 = sehr stark). Die Items des BSI können größtenteils den Skalen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ zugeordnet werden. Aus den neun Skalen lassen sich drei globale Kennwerte berechnen. Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung und stellt den sensitivsten Indikator für die psychische Belastung dar. Der PSDI gibt Auskunft über die Intensität der Antworten und der PST über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

In die Berechnung der globalen Kennwerte gehen auch die vier Zusatzfragen ein, die in der Auswertung keiner Skala zugeordnet werden können (schlechter Appetit, Einschlafschwierigkeiten, Gedanken an den Tod und das Sterben, Schuldgefühle) (Derogatis u. Melisaratos 1983).

Die neun Skalen des BSI setzen sich aus folgenden Items zusammen:

1. Somatisierung (7 Items): Eine durch die Wahrnehmung von körperlicher Dysfunktion entstehende psychische Belastung wird abgefragt. Es wird auf kardiovaskuläre, gastrointestinale und respiratorische Beschwerden fokussiert.
2. Zwanghaftigkeit (6 Items): Hohe Werte stehen für Gedächtnisschwierigkeiten, Kontrollzwang, Schwierigkeiten sich zu entscheiden, Leere im Kopf und Konzentrationsschwierigkeiten.
3. Unsicherheit im Sozialkontakt (4 Items): Es wird nach Verletzlichkeit in Gefühlsdingen, gefühlte Unfreundlichkeit anderer Leute, Minderwertigkeitsgefühlen und Befangenheit im Umgang mit anderen gefragt.
4. Depressivität (6 Items): Suizidgedanken, Einsamkeitsgefühle, Schwermut, Interesselosigkeit, Hoffnungslosigkeit und das Gefühl wertlos zu sein werden in dieser Skala abgefragt.
5. Ängstlichkeit (5 Items): Körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst werden erfragt. Die Items fokussieren auf Nervosität, Furchtsamkeit, Erschrecken, Ruhelosigkeit, Panikattacken und Schreckgefühlen.

6. Aggressivität/Feindseligkeit (5 Items): Diese Skala beinhaltet leichtere Symptome wie Reizbarkeit und Unausgeglichenheit, aber auch Aspekte starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten.
7. Phobische Angst (5 Items): Ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst als Reaktion auf ein Objekt, eine bestimmte Person, einen Platz oder eine charakteristische Situation werden abgefragt.
8. Paranoides Denken (5 Items): Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis zum starken paranoiden Denken werden erfasst. Als primäre Aspekte der Störung werden Argwohn, Feindseligkeit, Angst vor Autonomieverlust und dem Gefühl der mangelnden Anerkennung durch andere skizziert.
9. Psychotizismus (5 Items): Diese Skala besteht aus Fragen zu Einsamkeitsgefühlen und Isolation, Distanz zu anderen Personen und Gedankenentzug (Franke 2000).

Die Rohwerte der einzelnen Skalen und der Globalen Kennwerte werden anhand der Normtabellen im BSI Manual in standardisierte T-Werte (Mittelwert = 50; Standardabweichung = 10) transformiert, um so eine aussagekräftigere Interpretation zu ermöglichen. Für die Interpretation der Werte ist von Bedeutung, dass die Auffälligkeit einer Person mit der Höhe des T-Wertes zunimmt (Franke 2000).

2.3.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

2.3.2.1 SDQ Elternversion (4-16 Jahre)

Der SDQ ist ein Instrument zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 16 Jahren, welches innerhalb von fünf Minuten ausgefüllt werden kann. Es existieren eine Eltern- und eine Lehrerversion zur Fremdeinschätzung sowie eine Selbstversion (Goodman 1997). Mit dem Fragebogen wird der Zeitraum der letzten sechs Monate abgefragt. Um jedoch sicher die Effekte der Rehabilitation zu erfassen, wurde in dieser Studie die Zeitangabe zum Messzeitpunkt T3 auf drei Wochen herabgesetzt. Beim letzten Messzeitpunkt T4 wurde der Zeitraum von den letzten sechs Monaten auf die letzten drei Monate abgesenkt, um die Effekte nach der Rehabilitationsmaßnahme im Alltag zu testen.

Der SDQ wurde auf Grundlage des seit langem etablierten Rutter-Fragebogens entworfen und hatte die Zielsetzung, die Bedürfnisse von Forschern, Klinikern und Pädagogen zu erfüllen. Dazu sollten folgende Spezifikationen erfüllt sein:

1. Der Fragebogen sollte auf eine Seite passen.
2. Er sollte auf Kinder und Jugendliche in einem Alter von vier bis 16 Jahren anwendbar sein.
3. Dieselbe Version sollte von Eltern und Lehrern ausgefüllt werden können.
4. Eine ähnliche Version des Fragebogens sollte als Selbstbewertung zur Verfügung stehen.
5. Es sollten gleichermaßen Stärken und Schwächen repräsentiert werden.
6. Jede der fünf relevanten Skalen sollte aus einer gleich großen Anzahl an Items bestehen (Goodman 1997).

Die deutsche Übersetzung des ursprünglich in Großbritannien von Goodman entwickelten Fragebogens erfolgte 1997, daneben liegen Übersetzungen des Fragebogens in über 40 Sprachen vor (Woerner et al. 2002). Goodman und Scott (1999) wiesen mit Korrelationen im Bereich von 0,59 bis 0,87 eine vergleichbare Eignung des SDQ und der Child Behavior Checklist (CBCL) nach, einem 118 Fragen umfassenden und international anerkannten Instrument zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Für die deutsche Version des SDQ liegen ebenfalls erste Validierungsuntersuchungen vor. Mit Korrelationen von 0,68 und 0,82 zwischen den Skalen des SDQ und der CBCL konnten vergleichbare Ergebnisse nachgewiesen werden (Klasen et al. 2000). Mit *Cronbach's α* -Werten zwischen 0,58 und 0,76 für die einzelnen Skalen und 0,82 für den Gesamtproblemwert liegt eine zufriedenstellende interne Konsistenz zugrunde (Klasen et al. 2003). Im Rahmen einer bundesweiten repräsentativen Felderhebung wurde die deutsche Elternversion des SDQ an 930 Kindern einer Normierung unterzogen. Neben Alter und Geschlecht wurde dabei auch der sozioökonomische Status der Befragten berücksichtigt. Es erfolgte, analog zur Vorgehensweise beim englischen SDQ, eine Ermittlung von Cut-off-Werten, anhand derer eine Zuordnung der Rohwerte zu jeweils einer von drei Kategorien (unauffällig/grenzwertig/auffällig) möglich war. Die Kategoriengrenzen wurden dabei so gewählt, dass von einem Anteil von 10% auffälligen und ca. 80% unauffälligen Kindern und Jugendlichen ausgegangen werden kann, getrennt durch eine dazwischen liegende Kategorie mit ungefähr 10% Grenzbefunden (Woerner et al. 2002).

Die Zusammenstellung der Items des SDQ erfolgte sowohl nach Faktorenanalysen längerer Fragebögen als auch an nosologischen Konzepten orientiert. So wurden in Anlehnung an

die psychopathologischen Klassifikationen DSM IV und ICD-10 z.B. für die Skala „Hyperaktivität“ Items ausgewählt, die gezielt nach Überaktivität (2 Items), Aufmerksamkeitsstörungen (2 Items) und Impulsivität (1 Item) fragen (Klasen et al. 2003).

Der frei über das Internet (www.sdqinfo.org) zugängliche Fragebogen besteht aus 25 Items, welche in ausgewogener Form sowohl nach Stärken als auch nach Schwächen fragen. Jeweils fünf Items lassen sich zu den fünf Einzelskalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Hyperaktivität“, „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ zusammenfassen. Durch die Summation der vier erstgenannten Skalen lässt sich ein Gesamtproblemwert berechnen.

Gebildet werden die fünf Einzelskalen des SDQ aus folgenden Items:

1. Emotionale Probleme: Schmerzen, Sorgen, Nervosität, Ängste und Niedergeschlagenheit werden abgefragt.
2. Verhaltensauffälligkeiten: Mit dieser Skala werden Wutanfälle, Streit, Folgsamkeit, Stehlen und Lügen erfasst.
3. Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme: Hohe Werte in dieser Skala stehen für Überaktivität, Konzentrationsmangel, Ablenkbarkeit, Unruhe und mangelndes Nachdenken.
4. Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen: Hier wird erfragt, ob das Kind Einzelgänger ist, wenigstens einen guten Freund hat, bei anderen beliebt ist, von anderen gehänselt wird und besser mit Erwachsenen als mit Kindern auskommt.
5. Prosoziales Verhalten: Hohe Skalenwerte stehen dafür, dass das Kind rücksichtsvoll, hilfsbereit und lieb zu jüngeren Kindern ist. Außerdem teilt es gerne und hilft freiwillig (Klasen et al. 2003).

Die Antwortmöglichkeiten der einzelnen Items gehen über „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ hin zu „eindeutig zutreffend“, wobei dementsprechend Werte zwischen 0 bis 2 vergeben werden. Für die fünf Einzelskalen können demnach Werte zwischen 0 und 10 vergeben werden, für den Gesamtproblemwert Werte zwischen 0 und 40. Hohe Werte gehen also mit einem hohen Maß an Auffälligkeiten einher. Bei der Interpretation der Werte der Skala „Prosoziales Verhalten“ ist zu beachten, dass hierbei hohe Werte für positive Eigenschaften des Kindes stehen (Goodman et al. 1997).

2.3.2.2 SDQ Selbstversion (11-16 Jahre)

Für die Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen existiert eine Parallelförm zur oben beschriebenen Elternversion des SDQ. Diese ist kindgerecht gestaltet und unterscheidet sich lediglich dadurch, dass die Aussagen grammatikalisch von der dritten in die erste Person umgestellt wurden. Die Selbstversion des SDQ wurde für den Altersbereich von 11 bis 16 Jahren normiert (Meltzer et al. 2000). Da der Anteil der anreisenden Kinder unter elf Jahren in der Mutter-Kind-Klinik Schwabenland jedoch sehr hoch ist, wurde dieser Fragebogen, um eine ausreichend große Stichprobe für die Selbstbeurteilung zu erhalten, dort bereits von Kindern ab dem Lesealter von acht Jahren ausgefüllt. Beim Bearbeiten der Fragebögen erfolgte im Rahmen der Hausaufgabenbetreuung bei Bedarf Unterstützung, sodass das Verständnis der Fragen gewährleistet war.

Die innere Konsistenz der Skalen ist mit Werten zwischen 0,61 und 0,82 derjenigen der Elternversion vergleichbar (Goodman et al. 1998). Während für die Elternversion bereits eine deutsche Normierung vorliegt, ist dies für die Selbstversion noch nicht der Fall.

2.3.3 Basisdokumentation

Um Informationen über die rekrutierte Stichprobe bezüglich soziodemographischer und medizinischer Merkmale zu erhalten, wurde dem Fragebogenpaket beim zweiten Messzeitpunkt zusätzlich ein hierfür entworfenes Dokumentationsblatt angehängt. Es wurde Alter, Geschlecht, Schul- und Berufsausbildung, zugehörige Nationalität, Muttersprache, Familienstand, Erziehungssituation, Kinderzahl, Berufsstatus, Arbeitsverhältnis und Medikamenteneinnahme des Elternteils erfragt. Die Eltern machten des Weiteren Angaben bezüglich Alter, Geschlecht, Schulbildung, Medikamenteneinnahme der begleitenden Kinder und einer eventuell stattgehabten Behandlung ihres Kindes wegen Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsstörungen (Besier et al. 2011).

2.4 Datenerfassung und statistische Auswertung

Nach dem Eingang der Fragebögen wurden die Daten per Hand in eine Excel-Tabelle übertragen. Jedem Teilnehmer wurde zur Sicherung der Anonymität ein Code zugeordnet. Zur Minimierung des Datenverlustes wurde ein imputationsbasiertes Verfahren angewendet, durch welches fehlende Angaben mit dem häufigsten Wert der zugehörigen Skala ersetzt wurden (Lüdtke et al. 2007). Bei gleich häufigem Vorkommen zweier Werte

wurde deren Mittelwert verwendet. Voraussetzung dafür war allerdings eine maximale Datenfehlquote von höchstens einem Drittel der jeweils zugehörigen Skala.

Die Vollständigkeit des Datensatzes wurde anhand einer zusätzlich angelegten Tabelle überprüft, in der der Rücklauf der Fragebögen eines jeden potentiellen Probandens zu jedem Messzeitpunkt festgehalten wurde. In die Auswertung eingeschlossen wurden nur die Daten derjenigen Teilnehmer, die mindestens an den Erhebungszeitpunkten T2 und T3 teilnahmen. Mittels der angelegten Tabelle konnten Studienteilnehmer herausgefiltert und als Studienabbrecher aufgelistet werden, von denen trotz Erinnerung keine erneute Abgabe der Fragebögen erfolgte oder die aus anderen Gründen eine weitere Studienteilnahme verweigerten.

Die Veränderung des psychischen Befindens der Eltern und Kinder zwischen Beginn und Ende der Rehabilitation wurde mit der Veränderung während einer Wartephase vier Wochen vor Aufnahme in die Klinik verglichen. Bei einem weiteren Patientenkollektiv, welches nicht an der postalischen Vorbefragung beteiligt war, wurden lediglich die Veränderungen des psychischen Befindens der Eltern und Kinder zwischen der Aufnahme und der Entlassung aus der Klinik analysiert. Diese zusätzlichen Analysen dienten der Kreuzvalidierung der bei der ersten Kohorte erzielten Ergebnisse. Zur Überprüfung der Nachhaltigkeit der Besserungseffekte wurde eine katamnestische Befragung drei Monate nach Entlassung durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Katamnese wurden mit den Ergebnissen zum Aufnahmezeitpunkt in die Rehabilitationsklinik verglichen. Die Beurteilung der Kinder erfolgte als Fremdbeurteilung durch die Eltern für alle Kinder, die älter als drei Jahre waren, und als Selbstbeurteilung für Kinder ab acht Jahren. Zusätzlich wurden Analysen der Studienverweigerer sowie der Studienabbrecher durchgeführt, um eventuell auftretende Selektionsprozesse der rekrutierten Stichprobe zu erkennen (Besier et al. 2011).

Die statistische Auswertung mit dem Software-Programmpaket SPSS (Statistical Package the Superior Science, Version 16.0) umfasste sowohl deskriptive Analysen als auch parametrische Tests, welche nach Überprüfung auf Normalverteilung zum Einsatz kommen durften. Für alle eingesetzten Testverfahren wurde ein Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ festgelegt. Folgende Verfahren kamen zur Anwendung (Besier et al 2011):

- *Deskriptive Analysen:* Um die Verteilung der erfassten Merkmale der Stichprobe zu beschreiben wurden arithmetischer Mittelwert (M) mit Standardabweichung (SD), Median, absolute (n) und relative Häufigkeiten (%) bestimmt. Die Angabe der

durchschnittlichen Antworttendenzen der einzelnen Skalen der Fragebögen erfolgte durch Berechnung des arithmetischen Mittelwertes (M). Die durchschnittliche Abweichung der Antwortwerte vom Mittelwert wurde durch die Berechnung der Standardabweichung (SD) veranschaulicht.

- *Einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung*: Zum Vergleich der Gruppenmittelwerte zu den verschiedenen Messzeitpunkten wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung für den unabhängigen Faktor Zeit durchgeführt. Hierbei musste zur Vermeidung der Fehlerinflation bei multiplen Tests die Irrtumswahrscheinlichkeit p nach *Bonferroni* adjustiert werden. Diese Testung fand zur Überprüfung der Hypothesen 1a, 1b und 1c statt.
- *t-Tests für abhängige Stichproben*: Bei Studienteilnehmern ab dem zweiten Messzeitpunkt (Hypothesen 4a, 4b, 4c) sowie für die Auswertung der Ergebnisse der Katamnese (Hypothesen 2a, 2b, 2c) dienten t -Tests für abhängige Stichproben dem Vergleich der Gruppenmittelwerte zu zwei Messzeitpunkten. Mittels dieser Tests wurden zusätzlich post-hoc Einzelvergleiche durchgeführt, um nach den durchgeführten einfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung (Überprüfung der Hypothesen 1a, 1b und 1c) zu prüfen zwischen welchen Messzeitpunkten sich signifikante Veränderungen zeigten.
- *t-Test für unabhängige Stichproben*: Der Vergleich der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten im Selbst- und Elternbericht anhand der Mittelwerte des SDQ (Hypothese 3) erfolgte mittels t -Test für unabhängige Stichproben. Außerdem wurde dieses Verfahren zum Vergleich der Gruppenmittelwerte bei verschiedenen Fragestellungen innerhalb der Abbrecher-Analysen eingesetzt.
- *Berechnung von Korrelationen*: Zusätzlich wurden zur Berechnung des linearen Zusammenhangs zwischen kindlichen Verhaltensauffälligkeiten im Selbst- und im Elternbericht Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet (Hypothese 3).
- χ^2 -*Test*: Um Gruppenunterschiede zwischen dem Kollektiv der Studienteilnehmer und der Studienabbrecher zu analysieren wurde dieser Test berechnet.
- *Effektstärken (effect size = ES)*: Die zusätzliche Berechnung von Effektstärken zwischen den einzelnen Messzeitpunkten diente der Veranschaulichung des Ausmaßes der Therapieeffekte. Diese ergaben sich aus dem Quotienten „der Differenz der Mittelwerte der Prä- und Post- Messung und der Standardabweichung zum ersten

Messzeitpunkt“, z.B.: $ES = M(T1) - M(T2) / SD(T1)$ (Besier et al. 2011, S. 421, Maier-Riehle u. Zwingmann 2000). Je höher die errechnete Effektstärke ist, desto bedeutender ist der klinische Unterschied (Leonhart 2004). Nach Cohen (1988) werden Werte von 0,2 bis unter 0,5 als kleiner Effekt interpretiert, zwischen 0,5 und unter 0,8 als mittlerer Effekt und darüber als großer Effekt.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

3.1.1 Teilnehmerzahlen im Studienverlauf

Insgesamt konnte im Rahmen der Studie eine Grundgesamtheit von 256 Mütter und Väter für die Befragung bei Aufnahme (T2) und Entlassung (T3) gewonnen werden. Bei einer potentiellen Teilnehmerzahl von 395 Eltern bedeutete dies eine Rekrutierungsquote von 64,8%. Eltern, welche sich mindestens zu den Zeitpunkten T2 und T3 an der Befragung beteiligten, gaben für 362 sie begleitende Kinder und Jugendliche eine Fremdbeurteilung hinsichtlich deren psychischen Befindens zu diesen Messzeitpunkten ab, was einer Rücklaufquote von 66,1% entsprach. Von 126 Kindern und Jugendlichen ab acht Jahren wurde mindestens zu den Messzeitpunkten T2 und T3 eine Selbsteinschätzung ihrer psychischen Gesundheit abgegeben. Die nicht retournierten Bögen beruhten entweder auf einer Teilnahmeverweigerung der Patienten bereits zu Beginn der Studie oder auf Studienabbrecher zu mindestens einem der Messzeitpunkte T2 oder T3, welche die minimalen Einschlusskriterien für die Aufnahme in die Studie darstellten. Auf die Daten dieser Nichtteilnehmer und Studienabbrecher wird in einem der folgenden Kapitel genauer eingegangen.

Zur Vermeidung eines Verlustes an erhobenen Daten wurden in der Auswertung unterschiedliche Stichproben berücksichtigt. Grundlage für die Hauptfragestellung (Verbesserung der psychischen Gesundheit der Eltern und Kinder während der Rehabilitationsmaßnahme im Vergleich zur Wartezeit davor) bildeten Daten derjenigen Teilnehmer, die zu den Zeitpunkten T1, T2 und T3 an der Befragung teilnahmen. Für die Nebenfragestellung (Verbesserung der psychischen Gesundheit der Eltern und Kinder im Laufe der Rehabilitationsmaßnahme ohne Teilnahme an der Vorbefragung) dienten die Angaben der Teilnehmer, welche sich nur an den Befragungszeitpunkten T2 und T3 an der Studie beteiligten, nicht jedoch bereits zum Messzeitpunkt T1. Für die Hauptfragestellung konnte auf die Daten von 168 Eltern (Hypothese 1a), 227 Kinder für die Fremdbeurteilung (Hypothese 1b) und 85 Selbstbeurteilungen der Kinder über acht Jahren (Hypothese 1c) zurückgegriffen werden. In die Auswertung für die Nebenfragestellung flossen die Daten von 88 Eltern (Hypothese 4a), 135 Elternbeurteilungen ihrer Kinder (Hypothese 4b) sowie 41 Selbsteinschätzungen der Kinder und Jugendlichen (Hypothese 4c) ein.

Im Rahmen der katamnestischen Befragung drei Monate nach der Entlassung aus der Klinik Schwabenland wurden Daten aller Teilnehmer ausgewertet, welche mindestens zu den Zeitpunkten T2, T3 und T4 an der Befragung teilnahmen. Infolgedessen gingen die Teilnehmer der Haupt- und Nebenfragestellung in eine gemeinsame Katamnesebefragung ein. Für die Testung der Hypothesen 2a, 2b und 2c im Rahmen der katamnestischen Nachbefragung standen Daten von 166 Eltern (Hypothese 2a), 233 Fremdbeurteilungen der Eltern (Hypothese 2b) und 82 Selbsteinschätzungen der Kinder und Jugendlichen (Hypothese 2c) zur Verfügung. Bezogen auf die Grundgesamtheit aller an der Studie beteiligten Patienten belief sich die Rücklaufquote der Katamnese für diese drei Teilpopulationen auf jeweils 64% bzw. 65%. Die Gründe für die verweigerte Teilnahme an der Katamnesebefragung waren nicht zu eruieren.

Im Flussdiagramm (Abbildung 1) wird der Ablauf der Studie mit zugehörigen Teilnehmer- und Abbrecherzahlen verbildlicht.

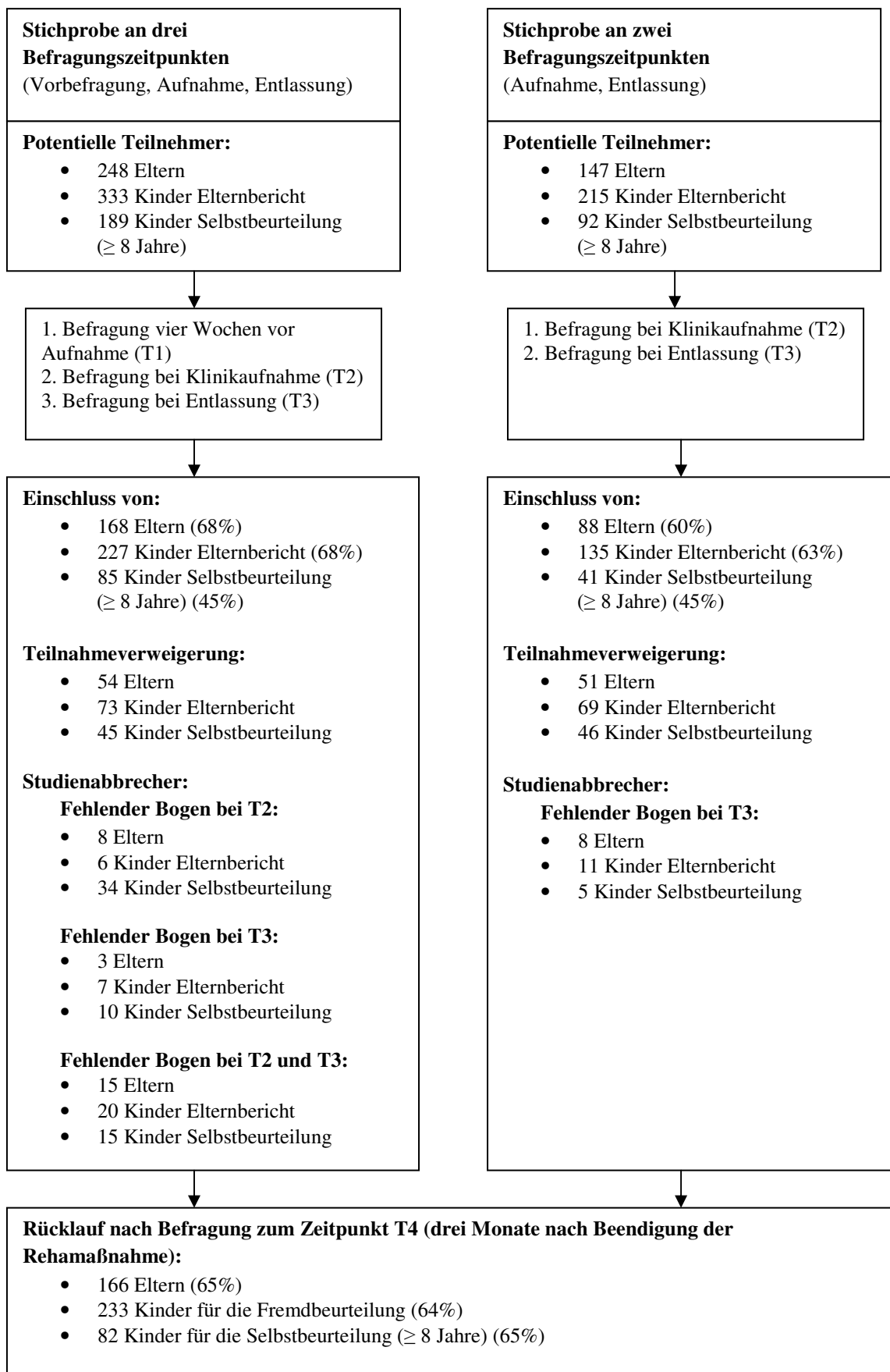


Abbildung 1: Rekrutierungsschema der Studie mit Angabe von Rekrutierungsquoten
Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar 2009 bis Januar 2010.

3.1.2 Soziodemographische und medizinische Merkmale der Teilnehmer

In die Auswertung der Stichprobenbeschreibung flossen die Daten aller Teilnehmer ein, welche mit der Beteiligung an der Befragung sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung die minimalen Einschlusskriterien für die Studie erfüllten. Diese Grundgesamtheit basierte auf den Daten von 256 Müttern und Vätern sowie 362 Kindern und Jugendlichen in der Fremdbeurteilung ihrer Eltern. Zusätzlich bildeten 126 Kinder ab acht Jahren, welche selbst Fragebögen zu ihrem psychischen Befinden ausfüllten, die Basis für die Stichprobenbeschreibung. Im Folgenden wird zuerst auf die Elternstichprobe eingegangen, danach folgt die Beschreibung der an der Studie beteiligten Kinder und Jugendlichen.

Die teilnehmenden Elternteile waren zum überwiegenden Teil Mütter (97,3%) mit einem durchschnittlichen Alter von 38,2 Jahren ($SD = 5,8$). Dabei nahmen Eltern im Alter von 21 bis 61 Jahren an der Studie teil, wobei anzumerken ist, dass letztere Zahl von einer Großmutter stammte. Der Großteil der Eltern war deutscher Nationalität (91,4%), wiederum 87,9% gaben Deutsch als Muttersprache an. Insgesamt waren 57,8% der teilnehmenden Eltern verheiratet, weitere 11,3% waren geschieden und 12,9% ledig. Der Anteil der Alleinerziehenden belief sich auf 19,9%. Von den an der Studie beteiligten Eltern absolvierten 60,9% erfolgreich Haupt- oder Realschule.

Aus einer Vorauswahl nach den eingenommenen Medikamenten befragt, gaben 9,4% der Eltern an, Antidepressiva einzunehmen. Bei weiteren 1,6% bestand eine neuroleptische Medikation und 2,7% nahmen Tranquilizer ein. Der Großteil der Teilnehmer (84,8%) verneinte jedoch eine Medikamenteneinnahme. Die Auswertung der Aufnahmediagnosen aus den Arztbriefen zu Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes ergab bei fast allen Eltern (96,6%) eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen, wovon 78,9% auf die Störung Neurasthenie („Erschöpfungssyndrom“) entfiel. Bei weiteren 20,7% konnte die Diagnose depressive Episode gestellt werden. Im Bereich der somatischen Erkrankungen konnte bei fast allen Eltern eine Erkrankung der Wirbelsäule oder des Rückens festgestellt werden (91%).

In den Tabellen 1 und 2 wird eine Übersicht über die erfassten soziodemographischen und medizinischen Merkmale der rekrutierten Elternstichprobe gegeben.

Tabelle 1: Soziodemographische Basisdaten der Elternstichprobe (n = 256)

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Teilnehmer; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; * = Angabe als Median

Parameter	n	%	M	SD
Alter			38,2	5,8
Geschlechtsverteilung:				
männlich	7	2,7		
weiblich	249	97,3		
Nationalität:				
deutsch	234	91,4		
nicht deutsch	9	3,5		
keine Angaben	13	5,1		
Muttersprache:				
deutsch	225	87,9		
nicht deutsch	16	6,1		
keine Angaben	15	5,9		
Familiäre Situation:				
ledig	33	12,9		
verheiratet	148	57,8		
geschieden	29	11,3		
keine Angaben	46	18,0		
Erziehungsstatus:				
nicht alleinerziehend	205	80,1		
alleinerziehend	51	19,9		
Kinderzahl:				
ein Kind	76	29,7		
zwei Kinder	107	41,8		
mehr als zwei Kinder	52	20,3		
keine Angaben	21	8,2		
mittlere Kinderzahl			2*	1
Schulabschluss:				
kein Schulabschluss	11	4,3		
Haupt- /Realschulabschluss	156	60,9		
Abitur	33	12,9		
abgeschlossenes Studium	43	16,8		
keine Angaben	13	5,1		
Berufsstatus:				
kein erlernter Beruf	5	2,0		
Anlernberuf	8	3,1		
Facharbeiter	179	69,9		
Hochschulausbildung	38	14,8		
keine Angaben	26	10,2		
Arbeitsverhältnis:				
keine Berufstätigkeit/arbeitslos	49	19,1		
teilzeitbeschäftigt	118	46,1		
vollzeitbeschäftigt	24	9,4		
keine Angaben	65	25,4		

Tabelle 2: Medizinische Merkmale der Elternstichprobe (n = 256)

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Teilnehmer

^a Mehrfachdiagnosen möglich

Parameter	n	%
Medikamenteneinnahme:		
keine	217	84,8
Antidepressiva	24	9,4
Neuroleptika	4	1,6
Tranquilizer	7	2,7
keine Angaben	10	3,9
Häufige Diagnosen^a:		
Psychische und Verhaltensstörungen	248	96,9
→ Depressive Episode	53	20,7
→ Neurasthenie	202	78,9
Adipositas	98	38,3
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	63	24,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	36	14,1
Krankheiten des Atmungssystems	27	10,5
Krankheiten des Verdauungssystems	19	7,4
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	233	91,0
Z-Diagnose (Potentielle Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände)	18	7,0

Die in die Studie eingeschlossenen Eltern füllten Fragebögen zu insgesamt 362 Kindern zwischen drei und 17 Jahren aus. Aus dieser Grundgesamtheit machten 126 Kinder ab acht Jahren zusätzlich zu den Messzeitpunkten T2 und T3 selbst Angaben zu ihrem psychischen Befinden.

Von allen beurteilten Kindern und Jugendlichen waren 58,4% männlich und 41,6% weiblich. Im Mittel waren die Kinder 7,4 Jahre alt ($SD = 3,2$), wobei das Alter der Kinder zwischen vier und 17 Jahren variierte und somit das gesamte Altersspektrum des SDQ abdeckte. Dabei waren 42,7% der Kinder im Kindergartenalter (4 bis 6 Jahre), 46,5% im Grundschulalter (7 bis 11 Jahre) und 10,8% befanden sich in der Pubertät (12 bis 17 Jahre). Die von den schulpflichtigen Kindern am häufigsten besuchte Schule war mit 37,5% die Grundschule. Eine Medikamenteneinnahme wurde bei den meisten Kindern verneint (81,8%). Die Mehrzahl der die Eltern an der Rehabilitationsmaßnahme begleitenden Kinder und Jugendlichen waren Therapiekinder (59,4%) und besaßen somit eine eigene Behandlungsindikation.

Die Kinder ab acht Jahren, welche eine Selbsteinschätzung ihrer Verhaltensauffälligkeiten und –stärken abgaben, waren zu 64,3% Jungen. Die Kinder waren durchschnittlich 10,3 Jahre alt ($SD = 1,9$). Der Großteil der Kinder befand sich im Grundschulalter (73%), die restlichen 27% entfielen auf Jugendliche. Dementsprechend besuchte der überwiegende Teil der sich selbst einschätzenden Kinder die Grundschule (52,4%). Der Anteil der Therapiekinder in dieser Stichprobe erhöhte sich auf 78,6%.

Eine detaillierte Übersicht der beiden Teilstichproben hinsichtlich soziodemographischer und medizinischer Merkmale kann aus Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3: Soziodemographische und medizinische Basisdaten der Kinder und Jugendlichen. Jeweils Angabe der Häufigkeiten im Elternbericht und Kinderbericht

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Teilnehmer

Parameter	Elternbericht (n = 362)		Kinderbericht (n = 126)	
	n	%	n	%
Entwicklungsstufe:				
Kindergartenalter (3-6 Jahre)	154	42,6		
Grundschulalter (7-11 Jahre)	168	46,4	92	73,0
Pubertät (12-17 Jahre)	39	10,8	34	27,0
keine Angaben	1	0,3		
Geschlechtsverteilung:				
männlich	211	58,3	81	64,3
weiblich	150	41,4	45	35,7
keine Angaben	1	0,3		
Schule:				
noch nicht in der Schule	45	12,4		
Tageseinrichtung	14	3,9	1	0,8
Regelkindergarten	66	18,2		
Grundschule	129	35,6	66	52,4
Hauptschule	9	2,5	6	4,8
Realschule	31	8,6	21	16,7
Gymnasium	13	3,6	8	6,3
Förderschule	10	2,8	6	4,8
Gesamtschule	10	2,8	8	6,3
sonstige	17	4,8	2	1,6
keine Angaben	18	5,0	8	6,3
vorangegangene Behandlung:				
mindestens eine	208	57,5	93	73,8
keine	136	37,6	27	21,4
keine Angaben	18	5,0	6	4,8
Medikamenteneinnahme:				
keine Medikamenteneinnahme	296	81,8	82	65,1
Antidepressiva	2	0,6	1	0,8
Neuroleptika	0	0	0	0
Stimulantien	50	13,8	37	29,4
keine Angaben	14	3,8	6	4,7
Behandlungsstatus:				
Therapiekind	215	59,4	99	78,6
Begleitkind	144	39,8	27	21,4
keine Angaben	3	0,8		

Als Therapiekinder wurden, wie bereits vorher erläutert, alle Kinder bezeichnet, welche mit eigener Behandlungsindikation in die Klinik Schwabenland aufgenommen wurden. Für die Therapiekinder ergaben sich die in Tabelle 4 dargestellten Diagnosen.

Tabelle 4: Häufigste Diagnosen der Therapiekinder im Kollektiv des Elternberichts und des Selbstberichts^a

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Teilnehmer

Entwicklungsstörung: F80-F89 nach ICD-10

Externalisierende Störungen: hyperkinetische Störungen (F90), Störungen des Sozialverhaltens (F91)

Internalisierende Störungen: affektive Störungen (F3x), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4x), emotionale Störungen des Kindesalters (F93)

Gemischte Störungen: kombinierte internalisierende und externalisierende Störung, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)

^a Mehrfachdiagnosen möglich

Diagnosen	Elternbericht (n = 215)		Selbstbericht (n = 99)	
	n	%	n	%
Psychische und Verhaltensstörungen	178	82,8	92	92,9
Entwicklungsstörung	53	24,7	25	25,3
Externalisierende Störung	72	33,5	42	42,4
Internalisierende Störung	22	10,2	6	6,1
Gemischte Störung	31	14,4	19	19,2
Immundefekte	11	5,1	1	1,0
Adipositas	12	5,6	17	17,2
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	11	5,1	8	8,1
Krankheiten des Atmungssystems	24	11,2	8	8,1
Z-Diagnose (Potentielle Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände)	8	3,7	1	1,0

3.2 Analyse der Teilnahmeverweigerer und Studienabbrecher

3.2.1 Nichtteilnehmer

Für die Analysen der Studienverweigerer, welche mittels χ^2 -Tests und t -Tests für unverbundene Stichproben durchgeführt wurden, wurde auf die Daten von 139 Eltern zurückgegriffen, welche zwar im Rekrutierungszeitraum in der Klinik anreisten, jedoch entweder die Studienteilnahme von vorneherein ablehnten oder die Einschlusskriterien der Studie nicht erfüllten (Ausfüllen der Fragebögen mindestens bei Aufnahme und Entlassung aus der Klinik, schriftliche Einverständniserklärung) und somit nicht in der Auswertung berücksichtigt wurden. Der Großteil der Nichtteilnehmer war, analog zur Studienstichprobe, weiblichen Geschlechts (94,2%). Die Anzahl der Väter unter den Nichtteilnehmern betrug acht (5,8%). Im Hinblick auf die Geschlechtsverteilung ergaben sich zwischen der Stichprobe der Teilnehmer und derjenigen der Studienverweigerer signifikante Differenzen ($\chi^2 = 4,12$; $p = 0,042$). Das durchschnittliche Alter der Nichtteilnehmer betrug 37 Jahre. Somit waren diese im Vergleich zu den Teilnehmern signifikant jünger ($p = 0,04$).

Die drei im Vordergrund stehenden Gründe für die Nichtteilnahme waren die zu intimen Fragen (11,5%), die Angst vor mangelhaftem Datenschutz (9,4%) und die fehlende Zeit die Fragebögen auszufüllen (6,5%). Die meisten Nichtteilnehmer (61,2%) gaben jedoch keine Gründe für die Teilnahmeverweigerung an.

In Tabelle 5 sind die Gründe für die Nichtteilnahme zusammengefasst.

Tabelle 5: Gründe für die Teilnahmeverweigerung an der Studie

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Nichtteilnehmer

	n	%
Fragen zu intim	16	11,5
Angst wegen Datenschutz	13	9,4
keine Zeit	9	6,5
Fragen zu kompliziert	3	2,2
mangelhafte Deutschkenntnisse	3	2,2
vergessen die Bögen auszufüllen	3	2,2
anderer Grund	7	5,0
keine Angaben	85	61,2

Die nicht an der Studie teilnehmenden Eltern hatten 186 Kinder und Jugendliche, die für eine Fremdeinschätzung durch deren Eltern in Frage gekommen wären, durch das Ausscheiden ihrer Eltern jedoch ebenfalls als Teilnahmeverweigerer aufgelistet werden mussten. Im Mittel waren diese 8,4 Jahre alt (SD = 3,0) und somit im Vergleich zu den begleitenden Kindern und Jugendlichen in der Population der Teilnehmer signifikant älter ($p < 0,001$). Der Großteil der Kinder befand sich im Kindergartenalter (30,6%) oder im Grundschulalter (52,2%) und war zu 51,6% männlichen Geschlechts. Im Vergleich zur Population der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen ergab sich hinsichtlich der Geschlechtsverteilung ein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 6,78; p = 0,009$).

Tabelle 6: Alter und Geschlechtsverteilung der Studienverweigerer

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Nichtteilnehmer; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

	Parameter	n	%	M	SD
Eltern (n = 139)	Alter			36,9	6,2
	Geschlechtsverteilung:				
	männlich	8	5,8		
	weiblich	131	94,2		
Kinder und Jugendliche (n = 186)	Alter			8,4	3,0
	Entwicklungsstufe:				
	Kindergartenalter (4-6 Jahre)	57	30,6		
	Grundschulalter (7-11 Jahre)	97	52,2		
	Pubertät (12-16 Jahre)	28	15,1		
	fehlende Angaben	4	2,2		
Geschlechtsverteilung:					
	männlich	96	51,6		
	weiblich	90	48,4		

3.2.2 Studienabbrecher zum Katamnesezeitpunkt

Des Weiteren wurde mittels χ^2 -Tests und t -Tests für unverbundene Stichproben nach Unterschieden bezüglich soziodemographischer Merkmale in der Population der Studienabbrecher zum Katamnesezeitpunkt und den Teilnehmern der Nachbefragung gesucht. Von den 256 an der Studie teilnehmenden Eltern sandten 166 die Fragebögen ausgefüllt zum Katamnesezeitpunkt drei Monate nach Entlassung aus der Klinik wieder zurück, was einem Anteil von 65% entsprach. Zwischen den beiden Gruppen ließ sich für die getesteten Variablen (Schulabschluss, Familiensituation, Erziehungsstatus, Kinderzahl und Arbeitsverhältnis) kein signifikanter Unterschied nachweisen. Eltern, welche sich an

der Katamnese beteiligten, waren lediglich signifikant älter als die Nichtteilnehmer ($p = 0,006$).

Der Rücklauf für die Fremdbeurteilung der Kinder und Jugendlichen zum Katamnesezeitpunkt betrug mit 233 retournierten Bögen nahezu 64%. Es ließen sich im Elternbericht der Kinder keine signifikanten Unterschiede der Nichtteilnehmer der Katamnese zu den Teilnehmern bezüglich der getesteten Variablen Alter, Geschlecht, vorangegangene Behandlung und Behandlungsstatus feststellen.

Der Rücklauf der Fragebögen der Kinder und Jugendlichen für den Selbstbericht betrug 65%. Hinsichtlich Alter, Geschlecht und Behandlungsstatus des Kindes ergaben sich hierbei keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die Gruppe der Teilnehmer der Katamnese war jedoch signifikant häufiger in Vorbehandlung ($\chi^2 = 7,91$; $p = 0,005$).

3.2.3 Vergleich der Teilnehmer ab T1 mit den Teilnehmern ab T2

Weiterhin war von Interesse, ob sich die Teilnehmer der Hauptfragestellung (Studienteilnahme ab der Vorbefragung) soziodemographisch von denjenigen unterschieden, welche erst zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik an der Studie teilnahmen. Diese Testung erfolgte erneut mithilfe χ^2 -Tests und t -Tests für unverbundene Stichproben.

Dabei konnte bei keiner der getesteten Variablen (Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Familiensituation, Erziehungsstatus, Kinderzahl, Arbeitsverhältnis) ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Elterngruppen festgestellt werden.

Im Elternbericht der Kinder und Jugendlichen konnte nur für die Variable Geschlecht kein signifikanter Unterschied zwischen den Teilnehmern ab T1 und T2 nachgewiesen werden. Ansonsten waren die Teilnehmer ab T1 signifikant älter ($p = 0,004$), häufiger vorbehandelt ($\chi^2 = 5,53$; $p = 0,02$) und beinhalteten mehr Therapiekinder ($\chi^2 = 10,24$; $p = 0,001$).

Im Selbstbericht waren die ab T1 teilnehmenden Kinder häufiger bereits vor ihrem Kuraufenthalt in Behandlung ($\chi^2 = 25,39$; $p < 0,001$). Im Bezug auf Alter, Geschlecht und Behandlungsstatus gab es keine signifikanten Unterschiede.

3.3 Effekte des Rehabilitationsprogramms auf die psychische Gesundheit

3.3.1 Effekte der Rehabilitationsmaßnahme auf das psychische Befinden im Vergleich zur Wartezeit

Die Studie hatte zum Ziel Veränderungen des psychischen Befindens von Eltern und der sie begleitenden Kinder und Jugendlichen im Laufe einer dreiwöchigen Rehabilitationsmaßnahme im Vergleich zu einer vorangegangenen Wartezeit zu erfassen (Hauptfragestellung). Die Erhebung der Daten mittels Fragebögen erfolgte dazu vier Wochen vor Aufnahme, bei Beginn und am Ende der Maßnahme.

3.3.1.1 Psychisches Befinden der Eltern (Hypothese 1a)

Die zur Überprüfung dieser Hypothese durchgeführte Varianzanalyse mit Messwiederholung über drei Messzeitpunkte (T1 = vier Wochen vor Aufnahme, T2 = Aufnahme in die Klinik, T3 = Entlassung aus der Klinik) wies für das mit dem BSI erfasste psychische Befinden der Eltern einen signifikanten Zeiteffekt für den Global Severity Index (GSI) als Kennwert der grundsätzlich vorliegenden psychischen Belastung auf. Die post-hoc Einzelvergleiche mittels *t*-Tests für abhängige Stichproben ergaben signifikante Unterschiede zwischen Aufnahme und Entlassung ($p < 0,001$), nicht jedoch zwischen T1 und T2. Die Effektstärke für die erzielte Veränderung während der Maßnahme betrug $d = 1,1$. Die beiden anderen globalen Kennwerte PST und PSDI zeigten ebenfalls signifikante Zeiteffekte auf. In den *t*-Tests für abhängige Stichproben ergaben sich auch hier signifikante Unterschiede lediglich zwischen T2 und T3 (jeweils $p < 0,001$). Die Effektstärken der beiden Kennwerte für den Zeitraum der Intervention betragen $d = 0,9$ und $d = 1,2$.

Auch die einzelnen Skalen des BSI ließen signifikante Veränderungen über die drei Erhebungszeitpunkte erkennen. Zwischen Beginn und Ende der Rehabilitationsmaßnahme ergab sich mittels *t*-Tests für abhängige Stichproben eine signifikante Entlastung in allen Subskalen (jeweils $p < 0,001$). Die Effektstärken rangierten zwischen $d = 0,4$ und $d = 1,1$. Zwischen der Vorbefragung und der Aufnahme ergaben sich nur für die Skalen „Somatisierung“ ($p < 0,001$), „Paranoides Denken“ ($p = 0,002$) und „Psychotizismus“ ($p = 0,002$) signifikante Veränderungen. Die Effektstärken betragen $d = 0,1$ bzw. $d = 0,2$.

Tabelle 7: Verlauf der psychischen Belastung der Eltern vier Wochen vor Aufnahme (T1), bei Aufnahme (T2) und Entlassung (T3) aus der Rehaklinik. Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung an drei Messzeitpunkten sowie der Effektstärkenberechnung.

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Teilnehmer; Signifikanzniveau nach *Bonferroni*-Korrektur für multiple Tests = 0,004; n.s. = nicht signifikant; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = Teststärke in der Statistik; BSI = Brief Symptom Inventory; GSI = Global Severity Index; PST = Positive Symptom Total; PSDI = Positive Symptom Distress Index; T = Messzeitpunkte; *d* = Effektstärke nach Cohen

^a Varianzanalyse mit Messwiederholung

^b *t*-Test

Skalen BSI	T1 M (SD)	T2 M (SD)	T3 M (SD)	T1 - T2 - T3 ^a		T1 - T2 ^b		T2 - T3 ^b	
				<i>F</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Somatisierung n = 168	61,6 (12,2)	59,1 (12,0)	51,3 (9,9)	96,85	< 0,001	< 0,001	0,2	< 0,001	0,7
Zwanghaftigkeit n = 168	62,2 (12,2)	61,7 (12,1)	49,3 (11,9)	195,98	< 0,001	n.s.	0	< 0,001	1,0
Unsicherheit im Sozialkontakt n = 168	61,5 (13,3)	59,7 (12,4)	51,0 (11,1)	95,22	< 0,001	n.s.	0,1	< 0,001	0,7
Depressivität n = 167	61,0 (12,4)	60,1 (11,7)	52,2 (10,4)	94,59	< 0,001	n.s.	0,1	< 0,001	0,7
Ängstlichkeit n = 168	61,6 (11,9)	60,8 (11,8)	48,3 (11,0)	167	< 0,001	n.s.	0,1	< 0,001	1,1
Aggressivität/ Feindseligkeit n = 168	65,7 (10,8)	65,1 (10,7)	52,8 (11,1)	184,29	< 0,001	n.s.	0,1	< 0,001	1,1
Phobische Angst n = 167	54,5 (11,5)	54,2 (11,7)	49,4 (8,4)	29,09	< 0,001	n.s.	0	< 0,001	0,4
Paranoides Denken n = 168	63,5 (11,4)	61,7 (11,9)	53,6 (11,0)	93,9	< 0,001	0,002	0,2	< 0,001	0,7
Psychotizismus n = 168	60,6 (12,6)	58,8 (12,7)	53,5 (10,6)	51,3	< 0,001	0,002	0,1	< 0,001	0,4
GSI n = 168	66,0 (12,4)	64,6 (12,4)	51,1 (12,9)	252,44	< 0,001	n.s.	0,1	< 0,001	1,1
PST n = 168	64,5 (13,4)	63,5 (13,6)	51,2 (13,5)	184,92	< 0,001	n.s.	0,1	< 0,001	0,9
PSDI n = 168	64,4 (10,3)	63,0 (10,3)	50,9 (11,9)	172,25	< 0,001	n.s.	0,1	< 0,001	1,2

3.3.1.2 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der Kinder und Jugendlichen im Elternbericht (Hypothese 1b)

Die zur Erfassung von Veränderungen der Elterneinschätzungen der Kinder und Jugendlichen durchgeführte Varianzanalyse mit Messwiederholung zu drei Messzeitpunkten ergab für den Gesamtproblemwert des SDQ einen signifikanten Zeiteffekt ($p < 0,001$). In den Analysen aufeinander folgender Messzeitpunkte zeigten sich signifikante Veränderungen nur zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Rehabilitationsklinik ($p < 0,001$), nicht jedoch in der Wartephase. Die dafür berechnete Effektstärke betrug $d = 0,5$.

Bei Betrachtung der Subskalen des SDQ in der Elternversion stellte sich in allen Bereichen ebenfalls eine signifikante Veränderung über die Zeit dar. In allen Unterdimensionen ergaben sich für den Wartebereich keine signifikanten Veränderungen, während in der Interventionsphase zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik signifikante Veränderungen der elterlichen Einschätzung ihrer Kinder mittels t -Tests für abhängige Stichproben gemessen werden konnten (jeweils $p < 0,001$). Die Effektstärken lagen zwischen $d = 0,3$ und $d = 0,5$. Für die Skala „Prosoziales Verhalten“, welche invers formuliert ist, betrug die Effektstärke $d = -0,3$.

Tabelle 8: Verlauf der Verhaltensauffälligkeiten und -stärken der Kinder und Jugendlichen vier Wochen vor Aufnahme (T1), bei Aufnahme (T2) und Entlassung (T3) aus der Rehaklinik aus Sicht der Eltern. Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung an drei Messzeitpunkten sowie der Effektstärkenberechnung.

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Teilnehmer; Signifikanzniveau nach *Bonferroni*-Korrektur für multiple Tests = 0,008; n.s. = nicht signifikant; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = Teststärke in der Statistik; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, Fremdbeurteilungsversion für Eltern; T = Messzeitpunkte; *d* = Effektstärke nach Cohen

^a Varianzanalyse mit Messwiederholung

^b *t*-Test

Skalen SDQ (Elternversion)	T1 M (SD)	T2 M (SD)	T3 M (SD)	T1 - T2 - T3 ^a		T1 - T2 ^b		T2 - T3 ^b	
				<i>F</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Emotionale Probleme n = 227	3,8 (2,7)	3,7 (2,8)	2,5 (2,2)	53,79	< 0,001	n.s.	0,1	< 0,001	0,4
Verhaltensauffälligkeiten n = 227	3,3 (2,2)	3,2 (2,1)	2,2 (1,8)	66,93	< 0,001	n.s.	0,1	< 0,001	0,5
Hyperaktivität n = 227	5,2 (2,8)	5,3 (2,9)	4,1 (2,6)	58,38	< 0,001	n.s.	-0,1	< 0,001	0,4
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen n = 227	2,6 (2,4)	2,7 (2,2)	2,1 (2,0)	16,55	< 0,001	n.s.	0	< 0,001	0,3
Prosoziales Verhalten n = 226	6,9 (2,0)	6,9 (2,0)	7,4 (2,1)	14,64	< 0,001	n.s.	0	< 0,001	-0,3
Gesamtproblemwert n = 227	15,0 (7,6)	14,9 (7,4)	10,9 (6,4)	95,42	< 0,001	n.s.	0	< 0,001	0,5

3.3.1.3 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der Kinder und Jugendlichen im Selbstbericht (Hypothese 1c)

In der Varianzanalyse mit Messwiederholung ergab sich für den Gesamtproblemwert des SDQ ein signifikanter Zeiteffekt mit einer Abnahme der kindlichen Auffälligkeiten ($p < 0,001$). Der Vergleich nacheinander folgender Messzeitpunkte mittels t -Tests für abhängige Stichproben ergab weder zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik, noch zwischen Vorbefragung und Aufnahme in die Klinik signifikante Verbesserungen.

Im Bereich der Einzelskalen des SDQ wiesen alle Dimensionen, mit Ausnahme der Skala „Emotionale Probleme“, keine signifikanten Veränderungen über die drei Messzeitpunkte auf. Für die Skala „Emotionale Probleme“ ließ sich in der Varianzanalyse mit Messwiederholung ein signifikanter Zeiteffekt feststellen ($p < 0,001$). Der paarweise Vergleich aufeinander folgender Messzeitpunkte mittels t -Tests für verbundene Stichproben zeigte eine signifikante Abnahme an Belastungssymptomen zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik ($p = 0,008$), nicht jedoch während der Wartezeit. Die Effektstärke für die Verbesserung während der Rehabilitationsphase betrug $d = 0,2$.

Tabelle 9: Verlauf der Verhaltensauffälligkeiten und -stärken der Kinder und Jugendlichen vier Wochen vor Aufnahme (T1), bei Aufnahme (T2) und Entlassung (T3) aus der Rehaklinik aus Sicht der Kinder und Jugendlichen. Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung an drei Messzeitpunkten sowie der Effektstärkenberechnung.

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Teilnehmer; Signifikanzniveau nach *Bonferroni*-Korrektur für multiple Tests = 0,008; n.s. = nicht signifikant; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = Teststärke in der Statistik; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, Selbstbeurteilungsversion für Kinder und Jugendliche; T = Messzeitpunkte; *d* = Effektstärke nach Cohen

^a Varianzanalyse mit Messwiederholung

^b *t*-Test

Skalen SDQ (Selbstversion)	T1 M (SD)	T2 M (SD)	T3 M (SD)	T1 - T2 - T3 ^a		T1 - T2 ^b		T2 - T3 ^b	
				<i>F</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Emotionale Probleme n = 84	3,6 (2,3)	3,3 (2,4)	2,8 (2,2)	8,16	< 0,001	n.s.	0,1	0,008	0,2
Verhaltensauffälligkeiten n = 85	3,1 (1,9)	2,8 (1,9)	2,5 (1,9)	3,59	n.s.	n.s.	0,1	n.s.	0,2
Hyperaktivität n = 85	5,0 (2,6)	4,5 (2,6)	4,5 (2,5)	3,43	n.s.	n.s.	0,2	n.s.	0
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen n = 85	3,1 (2,0)	3,0 (1,9)	2,7 (2,1)	2,55	n.s.	n.s.	0	n.s.	0,2
Prosoziales Verhalten n = 85	7,5 (2,0)	7,4 (2,3)	7,7 (1,8)	1,22	n.s.	n.s.	0	n.s.	-0,1
Gesamtproblemwert n = 84	14,8 (6,2)	13,7 (6,0)	12,5 (6,4)	9,50	< 0,001	n.s.	0,2	n.s.	0,2

3.3.2 Nachhaltigkeit der Therapieeffekte der Eltern-Kind-Rehabilitation auf das psychische Befinden der Eltern und Kinder

Drei Monate nach Entlassung aus der Klinik erfolgte die Überprüfung nachhaltiger Effekte der Rehabilitation auf das psychische Befinden der Eltern sowie ihrer Kinder (Hauptfragestellung). Hierfür wurden die Fragebogenpakete wiederum postalisch an die Studienteilnehmer verschickt. Voraussetzung für die Teilnahme an der katamnestischen Befragung war mindestens eine Studienteilnahme zu den Messzeitpunkten T2 und T3. Da in die Katamneseerhebung auch Daten derjenigen Teilnehmer einfließen, welche nicht bereits zum ersten Messzeitpunkt erreicht werden konnten, unterschieden sich die Teilnehmerzahlen der Katamnese von denen der kurzfristigen Effekte der Rehabilitation (Hypothese 1a, 1b, 1c). Es folgt ein Vergleich der Katamnesedaten mit denjenigen zum Zeitpunkt der Aufnahme (T2) und bei Entlassung (T3).

3.3.2.1 Psychisches Befinden der Eltern (Hypothese 2a)

Der mittels *t*-Test für abhängige Stichproben ermittelte Wert für den globalen Kennwert GSI war in der katamnestischen Befragung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt signifikant niedriger ($p < 0,001$). Die Effektstärke betrug $d = 0,8$. Der Vergleich der Katamnesedaten mit den Entlasswerten ergab wiederum eine signifikante Abnahme der während der Rehabilitation erzielten Effekte ($p < 0,001$). Es konnte eine Effektstärke von $d = -0,4$ erzielt werden. Der Verlauf der beiden globalen Kennwerte PST und PSDI stellte sich in ähnlicher Weise dar. Für beide Kennwerte waren die Werte der Katamneseerhebung signifikant höher als bei Entlassung aus der Klinik (jeweils $p < 0,001$). Im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt stellten sich diese Werte jedoch mit Effektstärken von $d = 0,6$ bzw. $d = 1,0$ signifikant niedriger dar (jeweils $p < 0,001$).

Für die Einzelskalen des BSI konnten ebenfalls in allen Dimensionen signifikante Verbesserungen der Werte zwischen T2 und T4 gemessen werden (jeweils $p < 0,001$). Die Effektstärken lagen hierfür zwischen $d = 0,3$ und $d = 0,8$. Die Betrachtung der Ergebnisse des *t*-Tests zwischen den Daten aus der Katamnese und den Entlassdaten ergab für die meisten Skalen signifikant bessere Werte zum Zeitpunkt der Entlassung (jeweils $p < 0,001$ bzw. $p = 0,001$). Es konnten Effektstärken zwischen $d = -0,3$ und $d = -0,6$ berechnet werden. Die Skala „Phobische Angst“ bildete mit einer nicht signifikanten Veränderung zwischen Entlassung und Katamnese hiervon eine Ausnahme.

Tabelle 10: Verlauf der psychischen Belastung der Eltern bei Aufnahme (T2), bei Entlassung aus der Rehaklinik (T3) und in der katamnestischen Befragung drei Monate nach Beendigung der Maßnahme (T4). Ergebnisse der *t*-Tests für abhängige Stichproben sowie der Effektstärkenberechnung.

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar 2009 bis Januar 2010.

n = Anzahl der Teilnehmer; Signifikanzniveau nach *Bonferroni*-Korrektur für multiple Tests = 0,004; n.s. = nicht signifikant; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; BSI = Brief Symptom Inventory; GSI = Global Severity Index; PST = Positive Symptom Total; PSDI = Positive Symptom Distress Index; T = Messzeitpunkte; *d* = Effektstärke nach Cohen

^a *t*-Test

Skalen BSI	T2 M (SD)	T3 M (SD)	T4 M (SD)	T2 - T4 ^a		T3 - T4 ^a	
				<i>p</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Somatisierung n = 166	60,2 (12,2)	50,9 (10,3)	54,0 (11,9)	< 0,001	0,5	< 0,001	-0,3
Zwanghaftigkeit n = 166	62,8 (11,6)	48,9 (11,4)	55,8 (12,1)	< 0,001	0,6	< 0,001	-0,6
Unsicherheit im Sozialkontakt n = 166	60,7 (12,0)	50,9 (11,4)	54,3 (12,4)	< 0,001	0,6	< 0,001	-0,3
Depressivität n = 166	61,2 (11,7)	51,7 (10,9)	55,3 (11,9)	< 0,001	0,5	< 0,001	-0,3
Ängstlichkeit n = 166	61,1 (11,5)	47,9 (10,9)	53,7 (12,7)	< 0,001	0,6	< 0,001	-0,5
Aggressivität/Feindseligkeit n = 166	65,3 (10,6)	51,8 (11,3)	57,1 (12,2)	< 0,001	0,8	< 0,001	-0,5
Phobische Angst n = 166	53,4 (11,7)	48,7 (8,0)	50,5 (10,3)	< 0,001	0,3	n.s.	-0,2
Paranoides Denken n = 166	61,7 (12,0)	53,5 (11,2)	58,0 (11,7)	< 0,001	0,3	< 0,001	-0,4
Psychotizismus n = 166	59,8 (12,8)	53,5 (10,9)	55,9 (11,9)	< 0,001	0,3	0,001	-0,2
GSI n = 166	65,6 (11,5)	50,5 (13,7)	56,3 (13,9)	< 0,001	0,8	< 0,001	-0,4
PST n = 166	64,3 (12,8)	50,6 (14,0)	56,7 (14,6)	< 0,001	0,6	< 0,001	-0,4
PSDI n = 166	64,0 (9,9)	50,2 (12,3)	54,5 (12,7)	< 0,001	1,0	< 0,001	-0,4

3.3.2.2 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der Kinder und Jugendlichen im Elternbericht (Hypothese 2b)

Der zur Überprüfung der katamnestischen Effekte durchgeführte *t*-Test für verbundene Stichproben wies für den Gesamtproblemwert in der Elternversion des SDQ zwischen Aufnahme und der Befragung drei Monate nach Entlassung aus der Klinik eine statistisch signifikante Verbesserung auf ($p < 0,001$). Die Effektstärke hierfür betrug $d = 0,3$. Der Vergleich der Werte zwischen der Nachbefragung und bei Entlassung ergab eine signifikante Verschlechterung ($p = 0,001$) mit einer Effektstärke von $d = -0,2$.

Im Bereich der Subskalen des SDQ zeigte sich ebenfalls eine signifikante Verbesserung der Werte zwischen T2 und T4 (jeweils $p < 0,001$). Die Effektstärken lagen zwischen $d = 0,1$ und $d = 0,3$. Die Skala „Prosoziales Verhalten“ erzielte eine Effektstärke von $d = 0,2$. Für die Skalen „Emotionale Probleme“, „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ konnten in der Katamnesebefragung mittels *t*-Tests ähnliche Werte wie zum Zeitpunkt der Entlassung gemessen werden. Es lagen somit für diese Skalen keine signifikanten Veränderungen zum Katamnesezeitpunkt im Vergleich zur Befragung bei Entlassung vor. Die Bereiche „Verhaltensauffälligkeiten“ und „Hyperaktivität“ erreichten in der katamnestischen Erhebung signifikant schlechtere Werte als zum Zeitpunkt der Entlassung (jeweils $p < 0,001$). Die Effektstärke betrug für beide Bereiche $d = -0,2$.

Tabelle 11: Verlauf der Verhaltensauffälligkeiten und -stärken der Kinder und Jugendlichen im Elternbericht bei Aufnahme (T2), bei Entlassung aus der Rehaklinik (T3) und in der katamnestischen Befragung drei Monate nach Beendigung der Maßnahme (T4). Ergebnisse der *t*-Tests für abhängige Stichproben sowie der Effektstärkenberechnung.

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar 2009 bis Januar 2010.

n = Anzahl der Teilnehmer; Signifikanzniveau nach *Bonferroni*-Korrektur für multiple Tests = 0,008; n.s. = nicht signifikant; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, Fremdbeurteilungsversion für Eltern; T = Messzeitpunkte; *d* = Effektstärke nach Cohen

^a *t*-Test

Skalen SDQ (Elternversion)	T2 M (SD)	T3 M (SD)	T4 M (SD)	T2 - T4 ^a		T3 - T4 ^a	
				<i>p</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Emotionale Probleme n = 233	3,6 (2,7)	2,5 (2,3)	2,8 (2,4)	< 0,001	0,3	n.s.	-0,1
Verhaltensauffälligkeiten n = 233	3,2 (2,1)	2,2 (1,8)	2,6 (2,1)	< 0,001	0,3	< 0,001	-0,2
Hyperaktivität n = 233	5,0 (2,9)	3,9 (2,6)	4,3 (2,7)	< 0,001	0,2	< 0,001	-0,2
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen n = 233	2,5 (2,2)	2,1 (2,1)	2,2 (2,2)	< 0,001	0,1	n.s.	-0,1
Prosoziales Verhalten n = 233	7,0 (2,1)	7,4 (2,1)	7,4 (2,0)	< 0,001	0,2	n.s.	0
Gesamtproblemwert n = 233	14,3 (7,6)	10,7 (6,7)	11,7 (7,4)	< 0,001	0,3	0,001	-0,2

3.3.2.3 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der Kinder und Jugendlichen im Selbstbericht (Hypothese 2c)

Der Gesamtproblemwert des SDQ in der Selbstversion erzielte zum Zeitpunkt der Katamnese einen signifikant niedrigeren Wert als bei Aufnahme in die Rehaklinik ($p = 0,006$). Die berechnete Effektstärke betrug $d = 0,2$. Beim Vergleich der katamnestischen Daten mit denen zum Entlasszeitpunkt mittels t -Test für verbundene Stichproben ergab sich keine statistisch signifikante Veränderung der Werte.

Der Vergleich der Katamnesewerte mit denjenigen zum Aufnahmezeitpunkt ergab auf Subskalenniveau für die Bereiche „Emotionale Probleme“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Hyperaktivität“ und „Prosoziales Verhalten“ keine signifikanten Veränderungen. Auch drei Monate nach Beendigung der Maßnahme blieben die Werte auf Entlassniveau und stellten somit in den durchgeführten t -Tests keine signifikanten Veränderungen dar. Einzig die Skala „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ erzielte im Vergleich der Katamnese mit dem Aufnahmezeitpunkt eine statistisch signifikante Verbesserung ($p = 0,004$). Die Effektstärke betrug $d = 0,3$. Beim Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen den Messzeitpunkten T3 und T4 konnten für diese Skala identische Werte ohne signifikante Veränderung ermittelt werden.

Tabelle 12: Verlauf der Verhaltensauffälligkeiten und -stärken der Kinder und Jugendlichen im Selbstbericht bei Aufnahme (T2), bei Entlassung aus der Rehaklinik (T3) und in der katamnestischen Befragung drei Monate nach Beendigung der Maßnahme (T4). Ergebnisse der *t*-Tests für abhängige Stichproben sowie der Effektstärkenberechnung.

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar 2009 bis Januar 2010.

n = Anzahl der Teilnehmer; Signifikanzniveau nach *Bonferroni*-Korrektur für multiple Tests = 0,008; n.s. = nicht signifikant; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, Selbstbeurteilungsversion für Kinder und Jugendliche; T = Messzeitpunkte; *d* = Effektstärke nach Cohen

^a *t*-Test

Skalen SDQ (Selbstversion)	T2	T3	T4	T2 - T4 ^a		T3 - T4 ^a	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Emotionale Probleme n = 82	3,2 (2,3)	2,6 (2,3)	2,8 (2,3)	n.s.	0,2	n.s.	-0,1
Verhaltensauffälligkeiten n = 82	3,0 (2,1)	2,9 (2,1)	2,6 (1,9)	n.s.	0,2	n.s.	0,1
Hyperaktivität n = 82	4,5 (2,6)	4,4 (2,7)	4,4 (2,7)	n.s.	0	n.s.	0
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen n = 82	3,3 (2,0)	2,7 (2,4)	2,7 (2,0)	0,004	0,3	n.s.	0
Prosoziales Verhalten n = 82	7,4 (2,4)	7,7 (1,9)	7,5 (2,0)	n.s.	0	n.s.	-0,1
Gesamtproblemwert n = 82	14,1 (6,6)	12,7 (7,4)	12,6 (6,4)	0,006	0,2	n.s.	0,1

3.3.3 Vergleich der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Selbst- und Elternbericht

Der Vergleich der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten im Selbst- und im Elternbericht basierte auf den Angaben von insgesamt 80 Eltern-Kind-Paaren (Nebenfragestellung, Hypothese 3). Der Vergleich wurde anhand des Gesamtproblemwertes des SDQ in der Selbst- und Elternversion gezogen. Hierfür wurde auf die Daten aller Teilnehmer zurückgegriffen, von welchen sowohl von den Eltern als auch von den älteren Kindern ab acht Jahren zu den Messzeitpunkten T1 bis T3 ausgefüllte Fragebögen vorlagen.

Der Mittelwert des Gesamtproblemwertes des SDQ in der Elternversion war zum ersten Messzeitpunkt sowie bei der Aufnahme in die Klinik signifikant höher als derjenige des Selbstberichtes ($p = 0,028$ bzw. $p = 0,003$). Zum dritten Messzeitpunkt konnte dahingegen kein signifikanter Unterschied in der Eltern- und Selbsteinschätzung der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten gemessen werden. Zwischen den Fremd- und Selbstbeurteilungen der emotionalen und Verhaltensprobleme zeigten sich zu allen Messzeitpunkten signifikante positive Korrelationen (jeweils $p < 0,001$; $r = 0,58$ bzw. $r = 0,45$ bzw. $r = 0,48$).

Tabelle 13: Vergleich von Eltern- und Selbstbericht der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten anhand des Gesamtproblemwertes des SDQ. Darstellung der Korrelation nach Pearson sowie des t -Tests für unverbundene Stichproben.

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Teilnehmer; Signifikanzniveau $p \leq 0,05$; n.s. = nicht signifikant; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; r = Korrelation nach Pearson; t = Teststärke in der Statistik; T = Messzeitpunkte

	Elternbericht	Selbstbericht	Korrelation		t -Test	
	M (SD)	M (SD)	r	p	t	p
T1 n = 79	17,1 (6,9)	14,8 (6,1)	0,576	< 0,001	2,21	0,028
T2 n = 80	16,8 (7,1)	13,7 (6,0)	0,454	< 0,001	3,0	0,003
T3 n = 80	10,8 (5,8)	12,5 (6,4)	0,476	< 0,001	-1,80	n.s.

3.3.4 Effekte der Rehabilitation auf das psychische Befinden der Teilnehmer ohne Vorbefragung

Ein weiteres Studienkollektiv bildeten diejenigen Teilnehmer, welche lediglich die Mindesteinschlusskriterien für die Studie erfüllten und nur zu den Zeitpunkten T2 und T3 teilnahmen, nicht jedoch zum Zeitpunkt der Vorbefragung (Nebenfragestellung). Auch für diese Stichprobe wurden Veränderungen des psychischen Befindens zwischen Aufnahme und Entlassung mittels *t*-Tests für abhängige Stichproben untersucht. Die zusätzliche Erfassung des Verlaufs des psychischen Befindens anhand einer zweiten Stichprobe diente der Validierung der bei der ersten Kohorte erzielten Ergebnisse.

3.3.4.1 Psychisches Befinden der Eltern (Hypothese 4a)

Die mittels *t*-Tests für verbundene Stichproben durchgeführten Vergleiche der Mittelwerte zwischen Aufnahme und Entlassung ergaben für die globalen Kennwerte GSI, PST und PSDI signifikante Verbesserungen des psychischen Befindens (jeweils $p < 0,001$). Die Effektstärken betragen zwischen $d = 0,9$ und $d = 1,5$.

Auf Subskalenniveau ließen sich ebenfalls signifikante Verbesserungen in allen Dimensionen nachweisen (jeweils $p < 0,001$). Hierfür ließen sich Effektstärken zwischen $d = 0,5$ und $d = 1,3$ berechnen.

Tabelle 14: Vergleich der psychischen Belastung der Eltern (keine Beteiligung an der Vorbefragung) zwischen Aufnahme (T2) und Entlassung (T3) aus der Rehaklinik.

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Teilnehmer; Signifikanzniveau nach *Bonferroni*-Korrektur für multiple Tests = 0,004; n.s. = nicht signifikant; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; BSI = Brief Symptom Inventory; GSI = Global Severity Index; PST = Positive Symptom Total; PSDI = Positive Symptom Distress Index; T = Messzeitpunkte; *d* = Effektstärke nach Cohen

^a *t*-Test

Skalen BSI	T2 M (SD)	T3 M (SD)	T2 - T3 ^a	
			<i>p</i>	<i>d</i>
Somatisierung n = 88	62,3 (12,8)	53,2 (12,3)	< 0,001	0,7
Zwanghaftigkeit n = 88	65,5 (11,9)	51,8 (11,9)	< 0,001	1,2
Unsicherheit im Sozialkontakt n = 88	63,7 (12,6)	54,1 (12,5)	< 0,001	0,8
Depressivität n = 88	64,7 (11,5)	55,2 (11,8)	< 0,001	0,8
Ängstlichkeit n = 88	64,4 (12,3)	51,2 (12,1)	< 0,001	1,1
Aggressivität/Feindseligkeit n = 88	67,7 (10,5)	54,0 (12,3)	< 0,001	1,3
Phobische Angst n = 88	57,3 (14,0)	50,9 (10,0)	< 0,001	0,5
Paranoides Denken n = 88	62,9 (12,7)	55,7 (12,0)	< 0,001	0,6
Psychotizismus n = 88	62,7 (13,0)	56,2 (12,5)	< 0,001	0,5
GSI n = 88	68,5 (12,1)	54,8 (15,2)	< 0,001	1,1
PST n = 88	67,0 (13,4)	54,9 (15,4)	< 0,001	0,9
PSDI n = 88	67,1 (9,4)	53,0 (12,9)	< 0,001	1,5

3.3.4.2 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der Kinder und Jugendlichen im Elternbericht (Hypothese 4b)

Für den Gesamtproblemwert ergab sich in der Elternversion des SDQ mittels *t*-Test für verbundene Stichproben zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Rehaklinik eine signifikante Verbesserung ($p < 0,001$). Die gemessene Effektstärke war $d = 0,4$.

Auf Subskalenebene lagen für die Bereiche „Emotionale Probleme“, „Verhaltensauffälligkeiten“ und „Hyperaktivität“ bei Entlassung ebenfalls signifikant niedrigere Werte als bei Aufnahme in die Rehaklinik vor (jeweils $p < 0,001$). Die Effektstärken betragen jeweils $d = 0,4$. In den Skalen „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ konnte zwischen Beginn und Ende der Maßnahme keine signifikante Veränderung in der Elterneinschätzung nachgewiesen werden.

Tabelle 15: Vergleich der Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der Kinder und Jugendlichen im Elternbericht (keine Teilnahme an der Vorbefragung) zwischen Aufnahme (T2) und Entlassung (T3) aus der Rehaklinik.

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Teilnehmer; Signifikanzniveau nach *Bonferroni*-Korrektur für multiple Tests = 0,008; n.s. = nicht signifikant; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, Fremdbeurteilungsversion für Eltern; T = Messzeitpunkte; d = Effektstärke nach Cohen

^a *t*-Test

Skalen SDQ (Elternversion)	T2 M (SD)	T3 M (SD)	T2 - T3 ^a	
			<i>p</i>	<i>d</i>
Emotionale Probleme n = 135	3,8 (2,7)	2,8 (2,2)	< 0,001	0,4
Verhaltensauffälligkeiten n = 135	3,4 (2,3)	2,5 (2,1)	< 0,001	0,4
Hyperaktivität n = 135	4,9 (2,8)	3,9 (2,7)	< 0,001	0,4
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen n = 135	2,5 (2,3)	2,3 (2,3)	n.s.	0,1
Prosoziales Verhalten n = 135	6,9 (2,3)	7,1 (2,3)	n.s.	0,1
Gesamtproblemwert n = 135	14,7 (7,7)	11,5 (7,1)	< 0,001	0,4

3.3.4.3 Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der Kinder und Jugendlichen im Selbstbericht (Hypothese 4c)

In der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen ergab sich zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Rehaklinik weder für den Gesamtproblemwert noch auf Subskalenniveau eine signifikante Veränderung der Auffälligkeiten. Die jeweiligen Skalenmittelwerte können aus Tabelle 16 entnommen werden.

Tabelle 16: Vergleich der Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der Kinder und Jugendlichen im Selbstbericht (keine Teilnahme an der Vorbefragung) zwischen Aufnahme (T2) und Entlassung (T3) aus der Rehaklinik.

Datenerhebung in der Klinik Schwabenland von Februar bis Oktober 2009.

n = Anzahl der Teilnehmer; Signifikanzniveau nach *Bonferroni*-Korrektur für multiple Tests = 0,008; n.s. = nicht signifikant; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, Selbstbeurteilungsversion für Kinder und Jugendliche; T = Messzeitpunkte; *d* = Effektstärke nach Cohen

^a *t*-Test

Skalen SDQ (Selbstbericht)	T2 M (SD)	T3 M (SD)	T2 - T3 ^a	
			<i>p</i>	<i>d</i>
Emotionale Probleme n = 41	3,5 (2,5)	2,8 (2,2)	n.s.	0,3
Verhaltensauffälligkeiten n = 41	2,9 (2,4)	2,7 (2,3)	n.s.	0,1
Hyperaktivität n = 41	4,6 (2,2)	4,6 (2,8)	n.s.	0
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen n = 41	3,1 (1,9)	2,5 (2,4)	n.s.	0,3
Prosoziales Verhalten n = 41	7,5 (2,0)	7,8 (2,2)	n.s.	0,2
Gesamtproblemwert n = 41	14,1 (6,6)	12,6 (7,6)	n.s.	0,2

4 Diskussion

Im Folgenden werden die erzielten Ergebnisse der Untersuchung in der Rehabilitationsklinik Schwabenland diskutiert und in den Forschungsstand eingegliedert. Die Studie zielte darauf ab, Veränderungen des psychischen Befindens der Teilnehmer an einer Eltern-Kind-Rehabilitationsmaßnahme zu erfassen. Durch die größtenteils positive Auswirkung des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik auf das psychische Befinden der Teilnehmer konnten die Resultate bisheriger Studien zur kurzfristigen und nachhaltigen Wirksamkeit von Eltern-Kind-Rehabilitationsbehandlungen bestätigt werden. Erstmals wurde das psychische Befinden aller an der Studie beteiligten Rehabilitanden, sowohl von Eltern als auch der begleitenden Kinder und Jugendlichen, über alle Messzeitpunkte untersucht (Besier et al. 2011). Der Diskussion der Hypothesen geht eine Betrachtung der Stichprobe voraus.

4.1 Stichprobe

Für die Teilnahme an der Studie konnten 256 Mütter und Väter gewonnen werden, was einer Rekrutierungsquote von 64,8% entsprach. Lediglich drei Prozent der Teilnehmer waren Väter. Herwig und Bengel (2004) beschreiben ebenfalls eine niedrige Quote von ein bis zwei Prozent an teilnehmenden Vätern bei Eltern-Kind-Maßnahmen.

Die bekannten gesundheitlichen Risikofaktoren für Mütter, wie Status als Alleinerziehende, Betreuung junger Kinder im Haushalt, geringe Schul- und Berufsbildung sowie Erwerbslosigkeit (Sieverding 2000, Sperlich et al. 2011) fanden sich auch in der vorliegenden Stichprobe gehäuft. In Studien von Arnhold-Kerri et al. (2003), Meixner et al. (2003) und Strittmatter et al. (1997) wird eine ähnliche Verteilung soziodemographischer Merkmale wie in der vorliegenden Studie beschrieben. Die erhobenen Daten repräsentieren also das charakteristische Patientengut einer Eltern-Kind-Rehabilitation.

Übereinstimmend mit einer Studie von Collatz (2002) litt die Mehrzahl der Patienten unter mehreren Erkrankungen. Das häufige Auftreten der psychiatrischen Diagnose Neurasthenie in der vorliegenden Studie spiegelt das von Collatz et al. (1998) beschriebene Belastungsprofil wider, welches als „Leitsyndrom mütterlicher Erschöpfung“ zur Charakterisierung des Gesundheitszustandes von Frauen, die Mutter-Kind-Maßnahmen in Anspruch nehmen, Einzug in die Literatur fand. Im Bereich der somatischen Erkrankungen konnte bei fast allen Eltern eine Erkrankung der Wirbelsäule und des Rückens festgestellt

werden, wie bereits bei Arnhold-Kerri et al. (2003), Collatz (2002) und Meixner et al. (2001) beschrieben.

In Übereinstimmung mit Meixner et al. (2001) wurde der Großteil der Patientinnenkinder in der vorliegenden Studie mit eigener Behandlungsindikation als Therapiekinder aufgenommen. Den Ergebnissen anderer Studien aus dem Bereich der Mutter-Kind-Rehabilitation entsprechend (Arnhold-Kerri et al. 2003, Collatz 2002) entfielen auch in unserer Studie die häufigsten Diagnosen unter anderem auf Erkrankungen des Atmungssystems sowie auf psychische und Verhaltensstörungen.

4.2 Effekte des Rehabilitationsprogramms auf das psychische Befinden

4.2.1 Kurzfristige Effekte der Rehabilitationsmaßnahme auf die psychische Gesundheit von Eltern und Kindern

4.2.1.1 Effekte der Eltern

Der Hypothese 1a entsprechend konnte in allen Bereichen im Vergleich zur Wartezeit eine ausgeprägte psychische Entlastung der Eltern während der Rehabilitationsmaßnahme nachgewiesen werden. Dies lässt auf einen positiven Effekt der Maßnahme auf das psychische Befinden der behandelten Eltern schließen. Dabei wird die klinische Relevanz dieser Befunde durch die großen Veränderungs-Effektstärken für den Zeitraum des Klinikaufenthaltes hervorgehoben (Besier et al. 2011). Im Vergleich aufeinander folgender Messzeitpunkte ergab sich auf Subskalenniveau lediglich für die Skalen „Somatisierung“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ bereits in der Wartezeit eine signifikante Abnahme an psychischen Belastungssymptomen. Obwohl die gemessenen Effektstärken klein waren, könnte man annehmen, dass sich das Wissen über den baldigen Antritt der Rehabilitationsmaßnahme positiv auf den subjektiven Gesundheitszustand der Eltern auswirkt. Die Eltern könnten mit der Hoffnung auf Unterstützung bei ihren Problemen gelassener sein und dadurch eine psychische Entlastung erfahren. Nach Otto (2010) verschlechtert sich der gesundheitliche Zustand jedoch bei der Mehrzahl der Frauen, die eine bewilligte Eltern-Kind-Maßnahme noch nicht angetreten haben, in einer sechsmonatigen Wartezeit. Einschränkend anzumerken ist allerdings, dass die Umstände, aufgrund derer die Rehabilitationsmaßnahme nicht angetreten wurde, im Einzelfall nicht bekannt sind. Die höheren Effektstärken für den Zeitraum des Klinikaufenthaltes im Vergleich zur Wartezeit machen den Schluss wahrscheinlicher, dass es sich bei den

gemessenen Verbesserungen nicht um Spontanremissionen handelt, sondern um Veränderungen, welche auf die Rehabilitationsmaßnahme zurückzuführen sind.

Diese Ergebnisse stimmen mit den Befunden anderer Studien überein, in welchen ebenfalls die Effektivität von Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit der Mütter bestätigt werden konnte (Arnhold-Kerri et al. 2003, Besier et al. 2011, Meixner et al. 2001, Meixner et al. 2003). Nach Bruns und Collatz (2006) lässt sich durch den Aufbau stressreduzierender Strategien und den Abbau stressvermehrender Bewältigungsstrategien eine Verbesserung der Stressbewältigungskompetenz im Verlauf der Maßnahme nachweisen. Der Gewinn dieser Fähigkeiten während der Rehabilitation könnte auch in der vorliegenden Studie zur deutlichen Reduktion subjektiver psychischer Belastungssymptome beigetragen haben. Ähnlich wie bei Bruns und Collatz (2006) wurden neben depressiven Symptomen sowie Unsicherheit im Sozialkontakt und Somatisierung vor allem aggressive, ängstliche und zwanghafte Tendenzen positiv beeinflusst. Die bedeutendsten Veränderungen wurden somit vor allem in denjenigen Bereichen erzielt, welche zu Beginn der Maßnahme hohe Ausgangswerte aufwiesen. Die geringen Veränderungen in den Skalen „Phobische Angst“ und „Psychotizismus“ könnten sich dadurch erklären lassen, dass die Therapieangebote der Klinik Schwabenland nicht speziell auf diese Bereiche abzielen. Andererseits könnten Veränderungen darin im Vergleich zu den laut Schäfer et al. (2000) stimmungs- und körperbezogenen Symptomen der Depression und Ängstlichkeit auch langsamer vonstatten gehen und im dreiwöchigen Zeitrahmen der Eltern-Kind-Rehabilitationsmaßnahme noch nicht auftreten. Zudem befanden sich die Ausgangswerte dieser Skalen bereits zu Beginn der Maßnahme auf niedrigem Niveau, sodass eine zusätzliche Verbesserung dieser inhaltlichen Bereiche unwahrscheinlicher erscheint. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Verlauf der Eltern-Kind-Maßnahme, anders als in der Wartezeit, ein ausgeprägter Rückgang an psychischen Belastungssymptomen nachgewiesen werden konnte. Somit konnte die Hypothese 1a bestätigt werden.

Diejenigen Rehabilitanden, welche zum Zeitpunkt der Vorbefragung noch nicht rekrutiert werden konnten und somit als Teilnehmer zum ersten Messzeitpunkt entfielen, wurden als weitere Stichprobe zum Rehabilitationsbeginn in die Studie eingeschlossen. Es sollte die Hypothese 4a überprüft werden, dass es zwischen Beginn und Ende der stationären Eltern-Kind-Rehabilitationsmaßnahme eine signifikante psychische Entlastung der Eltern gab, welche sich nicht an der Vorbefragung beteiligten. Die zusätzliche Erhebung des Verlaufs

der psychischen Belastung anhand einer weiteren Stichprobe diente der Kreuzvalidierung der bei der ersten Kohorte erzielten Ergebnisse.

Analog zu den Werten der Studienteilnehmer der Hauptfragestellung sanken auch in dieser Stichprobe die Mittelwerte sämtlicher globalen Kennwerte der psychischen Belastung sowie aller Subskalen zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant ab. Für diese Verbesserungen des psychischen Befindens ergaben sich dabei durchgehend mittlere bis hohe Effektstärken. Auch die Stichprobe mit Studienbeginn zum zweiten Messzeitpunkt erfuhr während des Rehabilitationsaufenthaltes eine signifikante psychische Entlastung und der positive Effekt der Rehabilitationsmaßnahme auf das psychische Befinden der Eltern konnte bestätigt werden.

4.2.1.2 Effekte der Kinder und Jugendlichen im Elternbericht

Die im Vergleich zur Wartezeit erwartungsgemäße signifikante psychische Entlastung der Kinder und Jugendlichen während der Rehabilitationsmaßnahme lässt auf einen positiven Effekt der Maßnahme auf Verhaltensauffälligkeiten der begleitenden Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Eltern schließen (Besier et al. 2011). Die dafür berechneten Effektstärken waren mittel bis klein. Die Ausgangswerte bei Rehabilitationsantritt waren dabei im Vergleich zu den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) deutlich gesteigert (Hölling et al. 2008). Dabei sind die beiden Stichproben bezogen auf Alter und Geschlechtsverteilung eingeschränkt vergleichbar (Kamtsiuris et al. 2007).

Auffällig waren die hohen Ausgangswerte für die Skala „Hyperaktivität“. Der Vergleich mit anderen Studien zeigt, dass dieser Symptombereich sowohl in der Stichprobe des KiGGS (Hölling et al. 2008) als auch in einer Population kinder- und jugendpsychiatrisch behandelter Patienten (Becker et al. 2004) von den Eltern die höchsten Auffälligkeiten zugeteilt bekam. Die Eltern scheinen also vor allem in diesem Bereich Auffälligkeiten an ihren Kindern verstärkt wahrzunehmen.

Diese Elterneinschätzungen sind ein Hinweis auf die positive Wirkung des Rehabilitationsprogrammes auf Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder und stehen im Einklang mit der Studie von Arnhold-Kerri et al. (2003), in welcher im Rahmen der Untersuchung von Therapieeffekten in Mutter-Kind-Einrichtungen eine Abnahme an kindlichen Verhaltensauffälligkeiten zum Ende der Maßnahme beobachtet wurde. Zu dieser Studie ist allerdings anzumerken, dass Eltern nur diejenigen Kindern beurteilten, welche mit einer Schwerpunktindikation im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten

aufgenommen wurden und gesunde Begleitkinder, im Gegensatz zur vorliegenden Studie, nicht berücksichtigt wurden. Ein Vergleich der beiden Studien ist durch die unterschiedliche Teilnehmerselektion verzerrt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Eltern in unserer Studie eine signifikante Verbesserung von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten während des Rehabilitationsaufenthaltes angaben. In der davor liegenden Wartezeit konnte eine entsprechende Veränderung nicht beobachtet werden, womit die Hypothese 1b bestätigt werden konnte.

Eine weitere Teilstichprobe bildeten diejenigen Kinder und Jugendlichen im Elternbericht, welche nicht an der Vorbefragung teilnahmen. Gemäß der Hypothese 4b verbesserte sich das psychische Befinden der Kinder aus Sicht ihrer Eltern zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Rehabilitationsklinik in beinahe allen Bereichen mit kleinen Effektstärken, genauso wie der Gesamtproblemwert. Für die beiden Skalen „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ konnten hingegen keine signifikanten Veränderungen nachgewiesen werden. Dabei ist zu beachten, dass diese Verhaltensbereiche bereits bei Rehabilitationsantritt nur geringe Auffälligkeiten zeigten und somit eine zusätzliche Verbesserung unwahrscheinlicher war. Es fand also auch aus Sicht der Eltern in der zweiten Stichprobe eine signifikante Verbesserung von Verhaltensauffälligkeiten in fast allen Skalen des SDQ statt. Diese signifikanten Verbesserungen in den meisten Skalen des Eltern-SDQ sind ein zusätzlicher Hinweis auf die positive Wirkung des Rehabilitationsprogrammes auf Verhaltensauffälligkeiten der mitbetreuten Kinder, womit die Hypothese 4b größtenteils bestätigt werden konnte.

4.2.1.3 Effekte der Kinder und Jugendlichen im Selbstbericht

Entgegen der Hypothese 1c konnten im Selbstbericht der älteren Kinder und Jugendlichen für die meisten Bereiche des SDQ keine Veränderungen von Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf der Eltern-Kind-Maßnahme nachgewiesen werden. Einzig für die Skala „Emotionale Probleme“ konnte der erwartete Verlauf mit einem signifikanten Rückgang an Belastungssymptomen in der Phase der Rehabilitation bestätigt werden, während sich in der Wartezeit keine Veränderungen ergaben. Offenbar erfahren die Kinder und Jugendlichen vor allem für diesen Bereich, welcher eher internalisierende Auffälligkeiten wie Ängste und depressive Verstimmungen abdeckt, eine Entlastung im Verlauf der Rehabilitation. Die Mittelwerte aller Skalen vor Rehabilitationsbeginn waren im Vergleich

zu denjenigen repräsentativer Schülerstichproben von Du et al. (2008) und Muris et al. (2004) erhöht und auf ähnlichem Niveau wie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Stichprobe (Becker et al. 2004). Dadurch, dass die befragten Kinder und Jugendlichen ihre emotionalen und Verhaltensprobleme nach Absolvierung der Rehabilitationsmaßnahme mit Ausnahme der Skala „Emotionale Probleme“ nicht signifikant besser einschätzten als zu Beginn kann die Hypothese 1c nicht als bestätigt angesehen werden.

In einer zweiten Stichprobe sollte überprüft werden, ob es zwischen Beginn und Ende der stationären Eltern-Kind-Rehabilitationsmaßnahme eine signifikante psychische Entlastung der Kinder und Jugendlichen im Selbstbericht gab, welche nicht an der Vorbefragung teilnahmen. Auch in dieser Kohorte ergab sich für die Zeit des Rehabilitationsaufenthaltes in keiner der erhobenen Bereiche ein signifikanter Rückgang der berichteten Symptomatik, sodass die Hypothese 4c nicht bestätigt werden konnte.

4.2.2 Vergleich der Selbst- und Fremdbeurteilung der kindlichen Auffälligkeiten

Der Vergleich der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten im Selbst- und Elternurteil erfolgte anhand der jeweiligen Gesamtproblemwerte des SDQ. Dabei schätzten die Eltern ihre Kinder bei den Messungen vier Wochen vor Anreise sowie bei Aufnahme in die Rehabilitationsklinik signifikant auffälliger ein als diese sich selbst. Solche Differenzen wurden auch schon in einigen anderen Studien thematisiert. Becker et al. (2004) weisen beispielsweise in einer klinischen Stichprobe mit dem SDQ durchschnittlich höhere Skalenwerte für die Elternversion nach als für die Angaben der Kinder und Jugendlichen selbst. Es liegen allerdings auch Studien vor, in denen Kinder ihr Verhalten anhand des SDQ auffälliger einschätzen als ihre Eltern (Du et al. 2008). Nach Salbach-Andrae et al. (2009) neigen Eltern von Kindern in der klinischen Exploration dazu, deren Auffälligkeiten zu betonen, während die Kinder selbst ihre Symptome eher verharmlosen. Diese Überlegung könnte in der vorliegenden Studie die schlechtere Bewertung der kindlichen Auffälligkeiten im Elternbericht gegenüber dem Selbstbericht der Kinder begründen. Ein weiterer Erklärungsansatz für die beobachteten Diskrepanzen wäre nach Wiegand-Grefe et al. (2009), dass Eltern dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder eher zustimmen, je stärker sie sich selbst durch körperliche und psychische Symptome beeinträchtigt fühlen. Da die Eltern der vorliegenden Studie den Indikationen einer Eltern-Kind-Rehabilitation entsprechend von einer hohen psychischen Symptombelastung berichteten (Besier et al. 2011), könnte dies ebenfalls Einfluss auf die

negativere elterliche Bewertung ihrer Kinder haben. Dieser Zusammenhang wurde in der vorliegenden Studie jedoch nicht untersucht.

Bei der Befragung am Ende der Rehabilitationsmaßnahme war ein solcher Unterschied in der Einschätzung der kindlichen Auffälligkeiten nicht mehr messbar. Die Mittelwerte im Elternbericht lagen zu diesem Messzeitpunkt sogar unterhalb derer des Selbstberichtes. Es ist wahrscheinlich, dass sich die Verbesserung des psychischen Befindens der Eltern nach der Rehabilitationsmaßnahme auf eine positivere Beurteilung des Verhaltens ihrer Kinder niedergeschlagen hat. Für das Klientel aus Mutter-Kind-Einrichtungen wurde bereits ein positiver „Zusammenhang zwischen der subjektiv erlebten psychischen Belastung von Müttern und der Wahrnehmung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten“ beschrieben (Arnhold-Kerri u. Collatz 2006, Besier et al. 2011, S. 424). Es wäre weiterhin denkbar, dass sich die Einstellung der Eltern zum Verhalten der Kinder durch die auf die Intensivierung der Eltern-Kind-Beziehung hinarbeitenden Therapieangebote ändert. Dafür spricht nach Sperlich und Collatz (2006), dass bei beschriebenen Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion sowohl das Risiko einer psychischen Symptombelastung der Mütter als auch kindlicher Verhaltensstörungen deutlich ansteigt. Außerdem fühlen sich die Mütter nach Absolvierung der Maßnahme in ihrer Erziehung kompetenter (Neubourg 2006). Andererseits besteht aber auch die Möglichkeit, dass Eltern und Kinder in der dreiwöchigen Phase der Rehabilitation einen erholsamen Abstand voneinander erfahren hatten. Da die Selbstberichte des psychischen Befindens erst von älteren Kindern ab acht Jahren ausgefüllt wurden, könnte auch ein Stichproben- oder Alterseffekt ursächlich dafür sein, dass die Eltern eine intensivere Verbesserung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten wahrnahmen als die befragten Kinder selbst (Besier et al. 2011).

Des Weiteren müssen bei der Interpretation auch methodische Artefakte berücksichtigt werden. So könnte der statistische Effekt der „Regression zur Mitte“ (Zwingmann u. Wirtz 2005) oder Bodeneffekte zur deutlicheren Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder im Elternbericht beigetragen haben. Da die Kinder bereits zu Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes weniger Auffälligkeiten als deren Eltern angaben, war zudem aus Kindersicht eine zusätzliche Verbesserung unwahrscheinlicher.

Summierend lässt sich festhalten, dass die Wahrnehmung kindlicher Auffälligkeiten im Vorfeld und zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme bei den Eltern stärker ausgeprägt war als bei ihren Kindern. Dieser Unterschied war am Ende des Klinikaufenthaltes nicht mehr

zu beobachten. Die Hypothese 3 konnte demnach nur für die beiden ersten Messzeitpunkte bestätigt werden.

4.2.3 Effekte der Rehabilitationsmaßnahme auf die psychische Gesundheit von Eltern und Kindern nach der Entlassung

4.2.3.1 Effekte der Eltern

Die im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt signifikant niedrigeren Skalenwerte am Ende des dreimonatigen Katamnesezeitraumes deuten in sämtlichen Bereichen auf einen anhaltenden positiven Effekt der Rehabilitationsmaßnahme auf das psychische Befinden der beteiligten Mütter und Väter hin (Besier et al. 2011). In den überwiegend mittleren bis hohen Effektstärken drücken sich deutliche Effekte hierfür aus. Jedoch war, mit Ausnahme der Skala „Phobische Angst“, zum Zeitpunkt der Katamnese eine erneute signifikante Zunahme an psychischen Belastungssymptomen im Vergleich zur Entlassung nachweisbar. Dadurch, dass das psychische Befinden der Eltern am Ende des dreimonatigen Katamnesezeitraumes höher war als zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme konnte eine Bestätigung der Hypothese 2a erfolgen.

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Befunden von Meixner et al. (2003) und Sperlich (2008), die herausfanden, dass sich Patientinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen sowohl zum Maßnahmeende hin als auch sechs Monate später signifikant psychischer entlastet einschätzen als bei Aufnahme in die Einrichtung. In Übereinstimmung mit Arnhold-Kerri et al. (2003) erwiesen sich die Besserungseffekte zum Katamnesezeitpunkt trotz „Rückkehr in den Alltag mit all seinen Anforderungen und Belastungen“ (Besier et al. 2011, S. 424) als weitgehend stabil und deuten somit auf einen Transfer der Behandlungseffekte in das gewohnte soziale Umfeld der Patienten hin. Wie von Meixner et al. (2003) vorgeschlagen, könnten auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie deshalb in die Richtung interpretiert werden, dass die Patienten während der Behandlung darin unterstützt und angeleitet wurden, im häuslichen Umfeld besser mit vorhandenen Belastungen umzugehen.

4.2.3.2 Effekte der Kinder und Jugendlichen im Elternbericht

Im Elternbericht gab es zwischen Aufnahme in die Rehabilitationsklinik und der Nachbefragung eine anhaltende psychische Entlastung der Kinder und Jugendlichen in allen Bereichen. Die erzielten Besserungseffekte erwiesen sich demnach als nachhaltig und sprechen für eine Generalisierung der Behandlungserfolge auf den Alltag der Patienten

(Besier et al. 2011). Die Effektstärken waren klein. Zwischen Ende der Rehabilitationsmaßnahme und Nachbefragung konnte teilweise eine erneute leichte Zunahme an Verhaltensauffälligkeiten im Elternbericht nachgewiesen werden (Besier et al. 2011). Für die Skalen „Emotionale Probleme“, „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ ergaben sich dahingegen keine signifikanten Veränderungen nach der Maßnahme. Durch die Ergebnisse der Studie kann die Hypothese 2b angenommen werden. Die Verbesserungen der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten persistierten aus Elternsicht im Vergleich zum Beginn der Maßnahme auch noch am Ende der Katamnesezeit.

4.2.3.3 Effekte der Kinder und Jugendlichen im Selbstbericht

Für den Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen sollte durch die Hypothese 2c geprüft werden, ob das psychische Befinden der Kinder und Jugendlichen am Ende eines dreimonatigen Katamnesezeitraumes höher als zu Beginn der stationären Rehabilitation ist. Die an der Katamnesebefragung beteiligten Kinder ab acht Jahren zeigten zwischen Aufnahme in die Klinik und der Nachbefragung insgesamt eine signifikante Abnahme von selbst berichteten Verhaltensproblemen (Besier et al. 2011). Auf Subskalenebene war dieser Befund nur für die Skala „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ gültig. Für den Zeitraum zwischen Entlassung aus der Klinik und der katamnesticen Befragung stellten sich keine signifikanten Veränderungen ein. Da die Kinder und Jugendlichen im Selbstbericht lediglich für den Gesamtproblemwert und eine Subskala eine signifikante Abnahme an Auffälligkeiten zwischen Beginn der Rehabilitationsmaßnahme und Nachbefragung aufwiesen, konnte die Hypothese 2c nur eingeschränkt bestätigt werden.

4.3 Methodenkritische Diskussion

Bei der Interpretation der Studienergebnisse müssen einige methodische Limitationen berücksichtigt werden. Dazu zählen vor allem das Fehlen einer Kontrollgruppe und die Selektivität der untersuchten Stichprobe, da die Studie monozentrisch in der Klinik Schwabenland in Dürmentingen durchgeführt wurde. Die Teilnehmerzahl konnte auf ungefähr zwei Drittel aller im Rekrutierungszeitraum angereisten Familien beziffert werden. Die Kostenzusage der Krankenkassen war für viele Familien zum Zeitpunkt der ersten Messung vier Wochen vor Aufnahme in die Klinik Schwabenland noch nicht gewährleistet, was mit deutlichen Einbußen der Rekrutierungsquote zum ersten Messzeitpunkt einher ging (Besier et al. 2011).

Wie in der Versorgungsforschung üblich, konnte auch für die vorliegende prospektive Verlaufsstudie kein randomisierter kontrollierter Untersuchungsplan gewählt werden. Somit können die erhaltenen kurzfristigen Effekte nicht eindeutig durch die durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme begründet werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss auch berücksichtigt werden, dass diese lediglich auf eine Veränderung der Alltagssituation durch die Anreise in die Klinik Schwabenland zurückzuführen sein könnten. Die Erhebung der Therapieeffekte erfolgte deshalb im Sinne eines alternativen Prä-Prä-Post-Designs als Modifikation des Eingruppen-Prätest-Posttest-Plans (Johnson 1986). Durch das Erfassen der Daten sowohl zum Aufnahmezeitpunkt in die Klinik als auch bereits vier Wochen zuvor konnte eine Eigenwartekontrollgruppe gebildet werden. Obwohl dieses Modell nicht die kausalen Schlüsse zulässt, die ein experimentelles Design erlauben würde, wird die Aussagekraft der erhaltenen kurzfristigen Effekte durch die signifikanten Veränderungen für den Zeitraum der Eltern-Kind-Rehabilitation im Vergleich zur Wartezeit und der Größe dieser erzielten Effekte erhöht (Arnhold-Kerri u. Collatz 2002).

Hinsichtlich der untersuchten soziodemographischen Merkmale der Studienverweigerer ergaben sich geringfügige signifikante Unterschiede, welche bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Diese fallen jedoch nicht so schwerwiegend aus, dass die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse auf alle Rehabilitationsteilnehmer in der Klinik angezweifelt werden müsste.

Weiterhin ist die Reduktion der Teilnehmerzahl an der katamnestischen Befragung von 35% zu beachten. Dies könnte bedeuten, dass die Katamnesestichprobe einer Selektion unterlag, was Einfluss auf die Repräsentativität der erhaltenen nachhaltigen Ergebnisse haben könnte. Der Vergleich der Teilnehmer an der Katamnese mit den Nichtteilnehmern ergab keine gravierenden Unterschiede hinsichtlich der untersuchten soziodemographischen Merkmale (Besier et al. 2011). Unklar bleibt jedoch, welche Patienten die Teilnahme an der Nachbefragung verweigerten. Es kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass vor allem diejenigen Familien an der Katamnese teilnahmen, bei welchen im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme die größten Effekte auf deren Symptomatik erzielt werden konnten.

Die Eltern mit Studienteilnahme ab dem ersten Messzeitpunkt unterschieden sich hinsichtlich soziodemographischer Merkmale nicht von denjenigen, welche erst bei der Anreise in die Klinik an der Studie teilnahmen. Bei den Kindern und Jugendlichen ergaben sich hierfür lediglich geringfügige Unterschiede beider Gruppen. Es kann größtenteils

davon ausgegangen werden, dass die Stichproben der Hauptfragestellung stellvertretend für alle im Rekrutierungszeitraum in die Klinik Schwabenland angereisten Familien angesehen werden können, was die Durchführung einer gemeinsamen Katamneseerhebung mit beiden Teilstichproben rechtfertigte (Besier et al. 2011).

Des Weiteren ist die geringe Teilnehmerzahl in der Teilstichprobe der Kinder und Jugendlichen, welche Selbstberichte zu ihrem psychischen Befinden abgaben, zu berücksichtigen. Die Problematik bestand vor allem in einem großen Datenverlust zum zweiten Messzeitpunkt, sodass für die Analysen der Hauptfragestellung nur auf gut 45% aller in Frage kommenden Kinder zurückgegriffen werden konnte. Es ist nicht auszuschließen, dass sich die niedrige Teilnehmerzahl für den Selbstbericht und die damit einhergehende niedrigere Teststärke auf die fehlende Signifikanz der Ergebnisse niedergeschlagen hat. Ein Vergleich der Ergebnisse der Selbstversion des SDQ mit Daten aus der englischen Normstichprobe ist aufgrund des im Rahmen der Studie jüngeren Anwendungsalters ab acht Jahren nicht sinnvoll. Allerdings existieren in der Literatur Hinweise darauf, dass mit der Selbstversion des SDQ bereits bei Kindern ab acht Jahren wertvolle Informationen erhalten werden können (Muris et al. 2004).

Trotz der genannten Einschränkungen sind auch Stärken der durchgeführten Studie zu berücksichtigen. So ist die Teilnehmerzahl von 256 Familien zu allen Messzeitpunkten hervorzuheben. Die katamnestiche Befragung drei Monate nach Behandlungsende ergab wertvolle Hinweise auf die Nachhaltigkeit der erzielten Behandlungseffekte nach der Rückkehr in das gewohnte soziale Umfeld. Um den Langzeitverlauf dieser Ergebnisse zu beobachten, wäre es erstrebenswert gewesen, Nachuntersuchungen in größeren Zeitabständen durchzuführen (Besier et al. 2011). Durch die Erfassung der Veränderungen des psychischen Befindens mittels standardisierter und international anerkannter Messinstrumente wurde eine Vergleichbarkeit der erhaltenen Resultate mit anderen Studien ermöglicht. Um das Ausmaß der Therapieeffekte besser hervorheben zu können, wurde der Verlauf des psychischen Befindens der Teilnehmer über die Messzeitpunkte zusätzlich in Form von Effektstärken angegeben.

4.4 Schlussfolgerungen für Klinik und Forschung

Die vorliegende Studie erfasste erstmalig sowohl kurzfristige Therapieeffekte einer Eltern-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme als auch deren Nachhaltigkeit auf das psychische Befinden aller Rehabilitationsteilnehmer. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Teilnahme an stationären Eltern-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen, wie sie in der

Klinik Schwabenland in Dürmentingen durchgeführt werden, mit einer Verbesserung des psychischen Befindens der Eltern sowie der von den Eltern wahrgenommenen Verhaltensauffälligkeiten ihrer begleitenden und zum Teil ebenfalls behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen einher geht. Die zum Katamnesezeitpunkt weitgehenden stabilen Besserungseffekte zeugen von einer Nachhaltigkeit der Veränderungen. Die psychische Entlastung zeigte sich mit meistens mittleren bis hohen Effektstärken am deutlichsten bei den Eltern, sodass darauf geschlossen werden kann, dass das Therapiekonzept der Klinik für sie erfolgreich ist. Durch die befragten Kinder und Jugendlichen konnten diese Ergebnisse allerdings nur partiell bestätigt werden. Einschränkend ist jedoch auf die geringe Teilnehmerzahl der Kinder und Jugendlichen hinzuweisen. Im Elternbericht der Kinder wurden Verbesserungen von Verhaltensauffälligkeiten mit größtenteils kleinen Effekten erzielt. Um die Behandlung in der klinischen Praxis noch zu optimieren, sollte das Rehabilitationsprogramm in diesen Bereichen noch besser abgestimmt werden (Besier et al. 2011).

Durch die erhaltenen Ergebnisse wird die Klinik Schwabenland in ihrer Arbeit bestätigt, andererseits wird zugleich aber auch der weitere Forschungsbedarf für den Bereich der Eltern-Kind-Rehabilitation herausgestellt. Um festzustellen, ob der Nutzen der Rehabilitationsmaßnahme für die Teilnehmer diagnosenabhängig ist, könnten die aufgenommenen Eltern und Kinder in folgenden Studien durch Responderanalysen differenzierter betrachtet werden (Besier et al. 2011). Mittels Entmantelungsstudien („dismantling-Studien“) könnten die einzelnen Elemente der Therapieprogramme auf ihre Effektivität hin überprüft werden. Zudem würde sich der Vergleich unterschiedlicher Programme in verschiedenen Rehabilitationskliniken anbieten, um die Spezifität der Besserungseffekte für die Rehabilitationsmaßnahme zu klären. Zur Untersuchung nachhaltiger Therapieeffekte der Eltern-Kind-Maßnahme sollte in nachfolgenden Studien eine längere Katamnesezeitdauer mit einbezogen werden (Besier et al. 2011). Aufgrund der zunehmenden Behandlungsbedürftigkeit der in die Rehabilitationskliniken aufgenommenen Kinder und Jugendlichen ist eine Intensivierung der Forschungsarbeit in diesem Bereich unumgänglich, sodass es zukünftigen Studien obliegt, weitere differentielle Befunde zu deren Therapieeffekten zu erheben. Um die Aussagekraft der Resultate zu erhöhen, sollten folgende Arbeiten eine größere Fallzahl mit stabiler Teilnahme der Kinder anstreben.

5 Zusammenfassung

Fragestellung:

Studien zum Thema Eltern-Kind-Rehabilitation fokussierten primär auf die Auswirkungen der Rehabilitationsmaßnahme auf den Gesundheitszustand der Mütter. Die Erhebung differentieller Befunde zu den Therapieeffekten der Rehabilitationsmaßnahme auf die begleitenden und zum Teil ebenfalls behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen wurde dagegen in bisherigen Arbeiten vernachlässigt. In der vorliegenden Studie wurde deshalb die kurzfristige und nachhaltige Wirksamkeit der stationären Eltern-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik Schwabenland in Dürmentingen sowohl auf das psychische Befinden der Eltern als auch auf Verhaltensauffälligkeiten und –stärken der begleitenden Kinder und Jugendlichen im Selbst- und im Elternbericht evaluiert.

Material und Methodik:

In der prospektiven Longitudinalstudie fanden von Februar 2009 bis Januar 2010 zu vier Messzeitpunkten (vier Wochen vor Aufnahme in die Rehabilitationsklinik, zu Beginn und Ende der Maßnahme, drei Monate nach dem Klinikaufenthalt) Datenerhebungen mittels standardisierter Fragebögen statt. Die psychische Befindlichkeit der Eltern wurde mit dem Brief Symptom Inventory (BSI) erfasst, während die Angaben zu kindlichen Verhaltensauffälligkeiten und –stärken mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in der Selbst- und Elternversion erhoben wurden. Zusätzlich wurden medizinische und soziodemographische Merkmale der Teilnehmer erfasst.

Ergebnisse:

In die Studie eingeschlossen wurden die Daten von 256 Eltern (97,3% Mütter), 362 Fremdbeurteilungen der Kinder und Jugendlichen durch deren Eltern und 126 Selbstbeurteilungen der Schulkinder. Die Eltern ($n = 168$) stuften ihr psychisches Befinden nach Absolvierung der Rehabilitationsmaßnahme im Vergleich zum Aufnahmebefund als signifikant besser ein. Die hierfür gemessenen Veränderungs-Effektstärken (Cohens d) lagen zwischen $d = 0,4$ und $d = 1,2$. In der vorangehenden Wartezeit ließ sich teilweise ebenfalls eine psychische Entlastung mit Effektstärken von $d = 0,1$ bzw. $d = 0,2$ nachweisen. Im Gegensatz zur vierwöchigen Wartephase berichteten die Eltern von einer signifikanten Abnahme an Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder ($n = 227$) für den Zeitraum zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Klinik. Die Effektstärken erreichten

Werte von bis zu $d = 0,5$. Für die befragten Schulkinder ($n = 85$) ergab sich in der Wartezeit ebenfalls keine signifikante Veränderung der Verhaltensauffälligkeiten. Nach dem Ende der Rehabilitationsmaßnahme schätzten die Schulkinder mit Ausnahme der Skala „Emotionale Probleme“ ihr psychisches Befinden nicht signifikant besser ein als zu Beginn. Der Vergleich der kindlichen Auffälligkeiten im Selbst- und Elternbericht ergab im Vorfeld und zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine signifikant auffälligere Beurteilung durch die Eltern, welche am Ende des Klinikaufenthaltes nicht mehr zu beobachten war.

Im Vergleich zum Aufnahmebefund zeigte sich in der katamnestischen Befragung drei Monate nach Beendigung des Klinikaufenthaltes eine signifikante Abnahme der psychischen Symptombelastung der Eltern ($n = 166$) sowie der durch die Eltern berichteten Verhaltensauffälligkeiten der Kinder ($n = 233$). Während die Effektstärken für den erstgenannten Bereich Werte bis zu $d = 1,0$ annahmen, lagen diejenigen der Elterneinschätzungen zwischen $d = 0,1$ und $d = 0,3$. Im Selbstbericht der Schulkinder ($n = 82$) konnte ebenfalls eine nachhaltige Abnahme an Verhaltensauffälligkeiten erhoben werden, welche auf Subskalenniveau nur für die Skala „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“ bestätigt werden konnte. Die Effektstärke hierfür betrug $d = 0,3$.

Diskussion:

Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnahme an einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitation, wie sie in der Klinik Schwabenland in Dürmentingen durchgeführt wird, mit einer nachhaltigen Verbesserung des psychischen Befindens der Eltern sowie der von den Eltern wahrgenommenen Verhaltensauffälligkeiten ihrer begleitenden Kinder und Jugendlichen einher geht. Durch die befragten Schulkinder konnten diese Ergebnisse partiell bestätigt werden. Ursächlich für die beobachteten Diskrepanzen der kindlichen und elterlichen Wahrnehmung der Verhaltensauffälligkeiten könnte die starke psychische Symptombelastung der Eltern sein. Einschränkend anzumerken ist, dass die Spezifität der erhobenen Besserungseffekte für das Rehabilitationsprogramm in weiteren Untersuchungen geklärt werden müsste. Eine Intensivierung der Forschungsarbeit für den Bereich der Eltern-Kind-Rehabilitation, insbesondere mit Fokussierung auf die größtenteils ebenfalls behandlungsbedürftigen Kinder, wird empfohlen.

6 Literaturverzeichnis

1. Arnhold-Kerri S, Collatz J: Zur Effektivität von Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder – Therapieeffekte bezüglich psychischer Belastungen und Erkrankungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg) 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Teilhabe durch Rehabilitation, DRV-Schriften. WDV-Wirtschaftsdienst, Bad Homburg, S. 115-117 (2002)
2. Arnhold-Kerri S, Sperlich S, Collatz J: Krankheitsprofile und Therapieeffekte von Patientinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen. *Rehabilitation* 42: 290-299 (2003)
3. Arnhold-Kerri S, Collatz J: Besteht bei Müttern ein Zusammenhang zwischen psychischem Befinden, negativen Stressverarbeitungsstrategien und der Wahrnehmung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 72: 165-171 (2006)
4. Barkmann C, Schulte-Markwort M: Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany: An epidemiological screening. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 40: 357-366 (2005)
5. Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rothenberger A: Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child & Adolescent Psychiatry* 13 (Supplement 2): 17-24 (2004)
6. Bengel J, Jäckel WH: Zu Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Belastungen in der Rehabilitation. *Rehabilitation* 41: 355-356 (2002)
7. Besier T, Fuchs B, Rosenberger T, Goldbeck L: Evaluation einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitation: psychische Symptombelastung und Lebensqualität. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 61: 418-425 (2011)
8. Biefang S, Birkner B, Thien U, Härtel U, Bullinger M: Harmonisierung der Messung von Outcomes, Prädiktoren und Kosten sowie Prüfung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung. *Rehabilitation* 36: 213-223 (1997)
9. Borchert H, Collatz J: Zu Belastungssituation und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Kindern. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 3: 109-118 (1994)
10. Boulet J, Boss MW: Reliability and Validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychological Assessment* 3: 433-437 (1991)
11. Bruns S, Collatz J: Differentielle Effekte von mütterspezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen auf Belastung, Bewältigung und Befinden. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 72: 138-147 (2006)

12. Bühren A, Voderholzer U, Schulte-Markwort M, Loew TH, Neitscher F, Hohagen F, Berger M: Psychische Erkrankungen: Alle Fachbereiche sind gefordert. Bidirektionale Zusammenhänge zwischen psychischen und den häufigsten körperlichen Erkrankungen sind vielfach belegt. Deutsches Ärzteblatt 105: A 880-884 (2008)
13. Cohen J: Statistical power analysis for the behavioral sciences (Second edition). Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, S. 19-40 (1988)
14. Collatz J, Fischer GC, Thies-Zajonc S: Mütterspezifische Belastungen – Gesundheitsstörungen – Krankheit: Das Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Mütter- und Mutter-Kind-Kuren. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S. 74-118 (1998)
15. Collatz J: Forschungsergebnisse zur Qualität und Effektivität von Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen – Thesen für Politik und Gesundheitsverwaltung. In: Collatz J, Sperlich S, Arnhold-Kerri S (Hrsg) Brauchen Mütter rehabilitative Maßnahmen? II. Wissenschaftliches Symposium. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S. 44-62 (2002)
16. Collatz J, Barre F, Sperlich S: 10 Jahre familienmedizinische Forschung und Qualitätsentwicklung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 72: 113-117 (2006)
17. Denner S, Schmeck K: Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen im Vorschulalter: Ergebnisse einer Untersuchung von Dortmunder Kindergartenkindern mit dem Erzieherfragenbogen C-TRF/1½-5. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 33: 307-317 (2005)
18. Derogatis LR, Melisaratos N: The Brief Symptom Inventory: an introductory report. Psychological Medicine 13: 595-605 (1983)
19. Dover SJ, Leahy A, Foreman D: Parental psychiatric disorder: clinical prevalence and effects on default from treatment. Child: Care, Health & Development 20: 137-143 (1994)
20. Du Y, Kou J, Coghill D: The validity, reliability and normative scores of the parent, teacher and self report versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in China. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health (Onlinepublikation). <http://www.capmh.com/content/pdf/1753-2000-2-8.pdf> (aufgerufen am 30.11.2009) (2008)
21. Franck M: Rehabilitation und Prävention in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 43: 44-49 (1998)
22. Franke GH: BSI, Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis – Deutsches Manual. Beltz Test Gesellschaft, Göttingen (2000)
23. Gabriel B, Bodenmann G: Stress und Coping bei Paaren mit einem verhaltensauffälligen Kind. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 35: 59-64 (2006)

24. Goodman R: The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 38: 581-586 (1997)
25. Goodman R, Meltzer H, Bailey V: The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry* 7: 125-130 (1998)
26. Goodman R, Scott S: Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology* 27: 17-24 (1999)
27. Haaf H-G, Schliehe F: Wie wirksam ist die medizinische Rehabilitation? Übersicht zu den häufigsten Krankheitsgruppen (Teil 1). *Wirtschaftspsychologie* 3: 111-124 (2001 a)
28. Haaf H-G, Schliehe F: Wie wirksam ist die medizinische Rehabilitation? Literaturübersicht zu den häufigsten Krankheitsgruppen (Teil 2). *Wirtschaftspsychologie* 3: 168-177 (2001 b)
29. Haaf H-G: Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation* 44: e1-e20 (2005)
30. Hartung GH: Rehabilitation: Mehr Engagement! *Deutsches Ärzteblatt* 95: A-588 (1998)
31. Haupt E, Delbrück H: Grundlagen der Rehabilitation. In: Delbrück H, Haupt E (Hrsg) *Rehabilitationsmedizin: Therapie und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten*. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 15-24 (1996)
32. Haupt E, Delbrück H: Grundlagen der Rehabilitation. In: Delbrück H, Haupt E (Hrsg) *Rehabilitationsmedizin: ambulant, teilstationär, stationär*. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 35-44 (1998)
33. Herwig JE, Meixner K, Jäckel WH, Bengel J: Behandlung im Doppelpack: Mutter-Kind-Maßnahmen als Teil der rehabilitativen Versorgung. *Psychomed* 13: 209-215 (2001)
34. Herwig JE, Bengel J: Health care for women with children in Germany – preventive and rehabilitative measures for mother and child. *Health Care for Women International* 25: 636-646 (2004)
35. Herwig JE, Bengel J: Review: Schweregrad und Störungswert der Belastungen von Frauen in Mutter-Kind-Maßnahmen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 35: 1-15 (2005)
36. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50: 784-793 (2007)

37. Hölling H, Kurth B-M, Rothenberger A, Becker A, Schlack R: Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Child & Adolescent Psychiatry* 17 (Supplement 1): 34-41 (2008)
38. Ihle W, Esser G: Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau* 53: 159-169 (2002)
39. Irle H, Worringen U, Korsukéwitz C, Klosterhuis H, Grünbeck P: Erfassung und Behandlung psychischer Beeinträchtigungen in der somatisch-medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 41: 382-388 (2002)
40. Jäckel WH, Farin E: Qualitätssicherung in der Rehabilitation: Wo stehen wir heute? *Rehabilitation* 43: 271-283 (2004)
41. Jacobi F, Klose M, Wittchen H-U: Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 47: 736-744 (2004 a)
42. Jacobi F, Wittchen H-U, Hölling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R: Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 34: 597-611 (2004 b)
43. Jahoda M: Current concepts of positive mental health. *Basic Books, New York, S.* 23-64 (1958)
44. Johnson CW: A more Rigorous QUASI-Experimental Alternative to the One-Group Pretest-Posttest Design. *Educational and Psychological Measurement* 46: 585-591 (1986)
45. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A: Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50: 547-556 (2007)
46. Kawski S, Koch U: Zum Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation: Zur Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in den 90er-Jahren. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 45: 260-266 (2002)
47. Klasen H, Woerner W, Wolke D, Meyer R, Overmeyer S, Kaschnitz W, Rothenberger A, Goodman R: Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child & Adolescent Psychiatry* 9: 271-276 (2000)

48. Klasen H, Woerner W, Rothenberger A, Goodman R: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52: 491-502 (2003)
49. Klosterhuis H: Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation* 20: 184-192 (2008)
50. Kölch M, Schielke A, Becker T, Fegert JM, Schmid M: Belastung Minderjähriger aus Sicht der psychisch kranken Eltern: Ergebnisse einer Befragung stationär behandelter Patienten mit dem SDQ. *Nervenheilkunde* 27: 527-532 (2008)
51. Köppe EC: Glückliche Eltern – liebe Kinder? Auswirkungen von Partnerschaft und psychischer Symptomatik der Eltern auf das Verhalten ihrer Kinder. *Naturwissenschaftliche Dissertation, Universität Braunschweig* (2001)
52. Kramer R, Meißner B, Schultze-Berndt A, Franz I-W: Verlaufsstudie psychologischer Effekte in der stationären Rehabilitation (VESPER-Studie). *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 128: 1470-1474 (2003)
53. Lampert T, Kurth B-M: Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *Deutsches Ärzteblatt* 104: A 2944-2949 (2007)
54. Laucht M, Esser G, Schmidt MH: Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31: 127-134 (2002)
55. Leonhart R: Effektgrößenberechnung bei Interventionsstudien. *Rehabilitation* 43: 241-246 (2004)
56. Lindström C, Åman J, Norberg AL: Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children. *Acta Paediatrica* 99: 427-432 (2010)
57. Lüdtke O, Robitzsch A, Trautwein U, Köller O: Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung: Probleme und Lösungen. *Psychologische Rundschau* 58: 103-117 (2007)
58. Lungen M, Lauterbach KW: Bedeutung der medizinischen Rehabilitation in Disease-Management-Programmen. *Rehabilitation* 42: 284-289 (2003)
59. Maier-Riehle B, Zwingmann C: Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation* 39: 189-199 (2000)
60. Mattejat F, Wüthrich C, Remschmidt H: Kinder psychisch kranker Eltern: Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt* 71: 164-172 (2000)

61. Matzejat F, Remschmidt H: The children of mentally ill parents. *Deutsches Ärzteblatt International* 105: 413-418 (2008)
62. Meixner K, Glattacker M, Gerdes N, Herwig J, Bengel J, Jäckel WH: Behandlungseffekte in Mutter-Kind-Einrichtungen – Ergebnisse des externen Qualitätsmanagements. *Rehabilitation* 40: 280-288 (2001)
63. Meixner K, Glattacker M, Engel EM, Gerdes N, Bengel J, Jäckel WH: Frauen in Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen: Eingangsbelastungen, Therapieziele, Patientinnenzufriedenheit und Behandlungseffekte. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 51: 319-332 (2003)
64. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford F: Mental health of children and adolescents in Great Britain. The Stationery Office, London, S. 22-72 (2000)
65. Merod R, Petermann F: Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 15: 164-169 (2006)
66. Meyer C, Rumpf H-J, Hapke U, Dilling H, John U: Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt* 71: 535-542 (2000)
67. Meyer T, Deck R, Raspe H: Gültigkeit von Fragebogenangaben in der Rehabilitationsforschung: Unter welchen Bedingungen füllen Patienten Fragebogen aus? *Rehabilitation* 45: 118-127 (2006)
68. Morfeld M, Koch U: Einführung in die Rehabilitation. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg) *Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren*. Urban & Fischer, München Jena, S. 1-3 (2007)
69. Muris P, Meesters C, Eijkelenboom A, Vincken M: The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children. *British Journal of Clinical Psychology* 43: 437-448 (2004)
70. Neubourg S: Wie sicher fühlen sich Mütter in der Erziehung ihrer Kinder? Zum Stand und zu Veränderungen erlebter elterlicher Kompetenz während einer mütterspezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 72: 159-164 (2006)
71. Nübling R, Schmidt J: Methodische Grundlagen der Ergebnisevaluation. In: Bengel J, Koch U (Hrsg) *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 323-346 (2000)
72. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Alan Pincus H, Weissman MM: Parental depression, child mental health problems, and health care utilization. *Medical Care* 41: 716-721 (2003)

73. Otto F: Wie verändert sich die gesundheitliche Lage von vorsorge- und rehabilitationsbedürftigen Müttern einer Wartegruppe innerhalb von sechs Monaten? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung, DRV-Schriften. WDV-Wirtschaftsdienst, Bad Homburg, S. 566-568 (2010)
74. Petermann F: Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung* 14: 48-57 (2005)
75. Plath H-E, Blaschke D: Ebenen der Erfolgsfeststellung beruflicher Rehabilitation. In: Kleinhenz G (Hrsg) IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (BeitrAB 250). Bertelsmann, Nürnberg, S. 447-460 (2002)
76. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50: 871-878 (2007)
77. Richters JE: Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin* 112: 485-499 (1992)
78. Rothen S, Vandeleur CL, Lustenberger Y, Jeanprêtre N, Ayer E, Gamma F, Halfon O, Fornerod D, Ferrero F, Preisig M: Parent-child agreement and prevalence estimates of diagnoses in childhood: direct interview versus family history method. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 18: 96-109 (2009)
79. Saile H, Kühnemund M: Kompetenzüberzeugung und Selbstwertgefühl in der Rolle als Mutter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 33: 103-111 (2001)
80. Salbach-Andrae H, Klinkowski N, Lenz K, Lehmkuhl U: Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child & Adolescent Psychiatry* 18: 136-143 (2009)
81. Schäfer H, Herrmann JM, Stiels W, Hartenthaler D, Herdt J: Rückgang von Belastungen bei den Eltern während einer stationären Familienrehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 49: 49-65 (2000)
82. Schlack R, Kurth B-M, Hölling H: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Umweltmedizin in Forschung und Praxis* 13: 245-260 (2008)
83. SGB V-Änderungsgesetz (11): Gesetz zur Verbesserung der Rehabilitation und Vorsorge für Mütter und Väter. *Bundesgesetzblatt Teil I* 53: 2874-2875 (2002)
84. Sieverding M: Die Gesundheit von Müttern – Ein Forschungsüberblick. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 32: 577-591 (2000)

85. Sozialmedizinische Experten-Gruppe „Leistungsbeurteilung – Teilhabe“ (SEG-1) der MDK-Gemeinschaft beim MDK Niedersachsen: Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. http://www.mds-ev.de/media/pdf/RL_VorsorgeReha_2005.pdf (aufgerufen am 28.01.2010), S. 31 (2005)
86. Sperlich S: Lässt sich die nachhaltige Verbesserung des psychischen Befindens von Müttern nach einer mütterspezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme durch Empowerment erklären? Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 72: 148-158 (2006)
87. Sperlich S, Collatz J: Die Bedeutung von Aktivitätsstörungen in der Eltern-Kind-Beziehung für den Reha-Eingangsstatus und Rehabilitationserfolg – eine Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitation und Arbeitswelt – Herausforderungen und Strategien, DRV-Schriften. WDV-Wirtschaftsdienst, Bad Homburg, S. 182-183 (2006)
88. Sperlich S: Zusammenhänge zwischen der Sozillage, Empowermentprozessen und der Entwicklung psychischer Gesundheit. Gesundheitswesen 70: 779-790 (2008)
89. Sperlich S, Arnhold-Kerri S, Geyer S: Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland: Ergebnisse einer Bevölkerungsstudie. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 54: 735-744 (2011)
90. Spießl H, Jacobi F: Nehmen psychische Störungen zu? Psychiatrische Praxis 35: 318-320 (2008)
91. Stapel M, Zielke M, Hoff-Emden H: Qualitätsbeurteilungen stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen durch Kinder und Jugendliche. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 68: 24-29 (2005)
92. Steinmann RM, Summermatter Kaufmann D, Bolliger-Salzman H, Ernst M-L, Grob A, Kohlbacher M, Lattmann UP, Perrig-Chiello P, Rička P, Ruckstuhl B, Udris I: Psychische Gesundheit – Stress: Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz. Kurzfassung. http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/betriebliche_gesundheitsfoerderung/grundlagen_wissen/PsychGesundheit_abstract_de.pdf (aufgerufen am 16.07.2010), S. 4-5 (2005)
93. Strittmatter R, Bengel J, Brombacher C, Landerer U: Die Inanspruchnehmerinnen von Mutter-Kind-Kuren. Rehabilitation 36: 176-184 (1997)
94. Thiels C, Schmitz GS: Selbst- und Fremdbeurteilung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Zur Validität von Eltern- und Lehrerurteilen. Kindheit und Entwicklung 17: 118-125 (2008)
95. Tröster H: Themenschwerpunkt: Chronische Krankheiten. Kindheit und Entwicklung 14: 63-68 (2005)

96. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Empfehlungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/ddf5e481ed777582002567cb004313b9/3ccf1982457e68f080256bc4003b2fa3/\\$FILE/ATTS1QCV/VDR_KiJu-Reha_1998.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/ddf5e481ed777582002567cb004313b9/3ccf1982457e68f080256bc4003b2fa3/$FILE/ATTS1QCV/VDR_KiJu-Reha_1998.pdf) (aufgerufen am 02.08.2010), S. 1-9 (1998)
97. Wallander JL, Varni JW: Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 39: 29-46 (1998)
98. Webster-Stratton C: Mothers' and fathers' perceptions of child deviance: Roles of parent and child behaviors and parent adjustment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 56: 909-915 (1988)
99. WHO: Constitution of the World Health Organization. http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf (aufgerufen am 28.03.2011), S. 2 (1946)
100. Wiegand-Grefe S, Geers P, Plaß A, Petermann F, Riedesser P: Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. *Kindheit und Entwicklung* 18: 111-121 (2009)
101. Wittchen H-U, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): S216-S222 (1999)
102. Wittchen H-U, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15: 357-376 (2005)
103. Woerner W, Becker A, Friedrich C, Klasen H, Goodman R, Rothenberger A: Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 30: 105-112 (2002)
104. Woo BS, Ng TP, Fung DS, Chan YH, Lee YP, Koh JB, Cai Y: Emotional and behavioural problems in Singaporean children based on parent, teacher and child reports. *Singapore Medical Journal* 48: 1100-1106 (2007)
105. Zwingmann C, Wirtz M: Regression zur Mitte. *Rehabilitation* 44: 244-251 (2005)

Danksagung

Mein Dank gilt allen Rehabilitanden, die sich die Zeit genommen haben die Fragebögen auszufüllen und das Zustandekommen der Studie somit erst ermöglichten.

Bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Lutz Goldbeck bedanke ich mich für die Überlassung des Themas und die Betreuung dieser Arbeit.

Zudem möchte ich mich bei allen Mitarbeitern der Klinik Schwabenland für die Unterstützung bei der Organisation und Durchführung der Studie bedanken. Mein besonderer Dank gilt Wolfgang Gutmann (Einrichtungsleitung) für sein Interesse an der Verwirklichung und Fertigstellung der Studie sowie Frau Dr. Dorothee Schmidt (Kinder- und Jugendärztin der Klinik) für die bereitwillige Auskunft über die Therapiekonzepte der Klinik Schwabenland.

Bei Frau Dr. Tanja Besier möchte ich mich herzlich für das Verfassen der Publikation sowie den konstruktiven Gedankenaustausch über die Thematik dieser Arbeit bedanken. Für die Mitarbeit am Projekt danke ich des Weiteren Herrn Tobias Rosenberger.

Zuletzt möchte ich vor allem meiner Familie für die unermüdliche Unterstützung und Motivation beim Verfassen dieser Arbeit danken.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.