

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. M. Romanos

**Die retrospektive Beurteilung stationärer kinder- und
jugendpsychiatrischer Behandlung nach 10 Jahren –
Eine Nachbefragung ehemaliger Patienten der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des
Universitätsklinikums Würzburg**

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Ines Juliane Posch

aus Bielefeld

Würzburg, Juni 2020

Überarbeitung: Oktober 2021

Referent: Professor Dr. M. Romanos

Korreferent: Professor Dr. H. Hebestreit

Dekan: Professor Dr. M. Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 15.07.2022

Die Promovendin ist Ärztin.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Einführung	7
1.2	Behandlungsbeurteilung, Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und Lebensqualität ehemaliger Patienten	9
1.3	Zusammenführung	15
1.4	Forschungsfragen und Hypothesen.....	17
2	Material und Methoden.....	19
2.1	Ethikvotum.....	19
2.2	Studienpopulation.....	19
2.3	Verfahren zur Datenerhebung: Der Fragebogen	20
2.3.1	Zufriedenheit mit der stationären Behandlung.....	20
2.3.2	Weitere Behandlung.....	22
2.3.3	Gewalterfahrungen.....	22
2.3.4	Aktuelle Lebensqualität	24
2.4	Ablauf der Nachuntersuchung	25
2.5	Statistische Auswertung	27
3	Ergebnisse	31
3.1	Gewalterfahrungen, Tätererfahrungen, Beschwerdemöglichkeiten und Hilfsangebote.....	34
3.2	Gewalterfahrung und personen- und behandlungsbezogene Merkmale.....	39
3.3	Gewalterfahrung und Behandlungserfolg	44
3.4	Zufriedenheit mit der Behandlung und aktuelle Lebensqualität	47
3.5	Aktuelle Lebensqualität - Vergleich von Probanden und Allgemeinbevölkerung	49
3.6	Gewalterfahrung und aktuelle Lebensqualität.....	53
4	Diskussion.....	55
4.1	Einordnung und Interpretation	55
4.2	Aussagekraft und Gültigkeit.....	62
4.3	Implikationen und Ausblick	65

5	Zusammenfassung	69
6	Literaturverzeichnis.....	71
7	Anhang	77
7.1	Abbildungsverzeichnis.....	77
7.2	Tabellenverzeichnis.....	77
7.3	Abkürzungsverzeichnis.....	78
7.4	Erstes Patientenanschreiben.....	79
7.5	Erinnerungsschreiben.....	81
7.6	Fragebogen	83
7.7	Einwilligungserklärung.....	93
	Danksagung.....	95
	Curriculum Vitae.....	97

1 Einleitung

1.1 Einführung

Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.

Aus Artikel 3 der UN-Kinderrechtskonvention (UNICEF, 1989)

Die UN-Kinderrechtskonvention setzt das Wohl des Kindes an oberste Stelle. Für Kinder und Jugendliche in psychiatrischer Behandlung bedeutet das, dass sie die bestmögliche Versorgung und Schutz vor Gewalt erhalten müssen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie, kurz KJP, ergeben sich in Bezug auf das Kindeswohl besondere Herausforderungen. Dabei spielen unter anderem die Situation einer stationären Aufnahme sowie die speziellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen, Entwicklungsrisiken oder Behinderung eine Rolle.

Für die Qualitätssicherung in der KJP ist die patientenzentrierte Evaluation eine wichtige Voraussetzung. Dazu wurde in der vorliegenden Nachbefragung untersucht, wie ehemalige, inzwischen volljährige Patienten¹ selbst ihre Zeit in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg, kurz KJPPP Würzburg, einschätzen: Wie beurteilen sie als Erwachsene zehn Jahre später die Behandlung? Hatten sie während des stationären Aufenthaltes Kontakt zu Gewalt? Und wie ist heute ihre Lebensqualität?

Die Zielsetzung der Studie besteht darin, auf dieser Grundlage die Zufriedenheit mit der Behandlung zu evaluieren und mögliche Zusammenhänge mit Gewalterfahrungen sowie der späteren Lebensqualität zu ermitteln. Außerdem

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Dokument nur die maskuline Form verwendet, die feminine Form ist dabei jeweils mit eingeschlossen.

soll die Analyse möglicher Gewalterfahrungen der Patienten Risikokonstellationen in Bezug auf personale und behandlungsbezogene Merkmale aufklären. Zusätzlich wird die aktuelle Lebensqualität erfasst, um Verlaufsaspekte kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen zu untersuchen und mit der damaligen Behandlung in Beziehung zu setzen. Ein Vergleich der Lebensqualität mit Repräsentativdaten aus der Allgemeinbevölkerung ermöglicht eine quantitative Einordnung.

Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen [...].

Aus Artikel 19 der UN-Kinderrechtskonvention (UNICEF, 1989)

Neben der Beantwortung der wissenschaftlichen Untersuchungsfragen sind klinische Implikationen der Nachbefragung, insbesondere in Bezug auf den Patientenschutz, äußerst relevant. In der KJPPP Würzburg wurde bis 2018 in drei interdisziplinären Arbeitsgruppen ein Kinderschutzkonzept erarbeitet, das Konsequenzen der UN-Kinderrechtskonvention für die KJP und ein umfangreiches Präventionskonzept zu sexuellem Missbrauch und Misshandlung beinhaltet (Universitätsklinikum Würzburg, 2018a). Die durchgeführte Nachbefragung diene in diesem Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung und systematischen Erhebung empirischer Daten zu Gewaltkontakt von Patienten in der KJPPP Würzburg.

Zur Einleitung in die Schwerpunktthemen der Studie (1) Behandlungsbeurteilung, (2) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und (3) Lebensqualität ehemaliger Patienten dient zunächst eine Übersicht über Definitionen, aktuelle Studienlage und Beziehungen zwischen den einzelnen Bereichen. Hieraus leiten sich die Forschungsfragen und Hypothesen ab. Die weiteren Kapitel beinhalten neben dem methodischen Hintergrund die Ergebnisse der Nachbefragung, die kritisch diskutiert und abschließend zusammengefasst werden.

1.2 Behandlungsbeurteilung, Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und Lebensqualität ehemaliger Patienten

Die **Behandlungsbeurteilung und Behandlungszufriedenheit von Patienten** wird bereits seit einigen Jahrzehnten erforscht und gewinnt zunehmend an Bedeutung in der Qualitätssicherung und Evaluation des Behandlungserfolgs. Vorreiter waren zunächst die USA, wo bereits seit den 1950er Jahren die Perspektive psychiatrischer Patienten Beachtung fand und später im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung systematisch untersucht wurde (Rentrop, Böhm, & Kissling, 1999). Ein treibender Faktor war dabei schon früh die Evaluation von Therapie mit der Zielsetzung deren gesellschaftlicher und finanzieller Legitimation. Auch in Deutschland besteht inzwischen laut Sozialgesetzbuch, § 135a und § 136 im SGB V, die Verpflichtung zur Qualitätssicherung in der praktischen Versorgung (Sozialgesetzbuch, 2015). Während zur Erfassung der Strukturqualität Normierungen vorliegen, besteht allerdings noch kein allgemeiner Konsens zur Operationalisierung von Prozess- und Ergebnisqualität (Merod & Petermann, 2006).

In der Forschung zum Therapieerfolg in der KJP sucht man dagegen über viele Jahre vergeblich nach Beachtung der Patientensicht. Statt eines multidimensionalen Konzepts des Behandlungserfolgs wurden einzig Symptomreduktion und Funktionsniveau der Patienten als Erfolgsparameter berücksichtigt (Blanz & Schmidt, 2000). In ersten Studien zur Erfassung der Patientensicht konnte zunächst belegt werden, dass psychiatrische Patienten schon im Kindes- und Jugendalter zu einer differenzierten Beurteilung ihrer Behandlung in der Lage sind und generell ein hohes Maß an Zufriedenheit bei den Patienten sowie ihren Angehörigen besteht (Kammerer & Göbel, 1985). Seit den 1990er Jahren schlossen sich zahlreiche Nachbefragungen zur Patientenzufriedenheit in verschiedenen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken an, in denen quantitative Daten anhand von Fragebögen erhoben wurden. Eine Vergleichbarkeit der Studien und auch ein kontinuierlicher Forschungsprozess wurden allerdings durch die Vielzahl der verwendeten Fragebögen erschwert. Hinzu kommen das heterogene Patientenkollektiv in der

KJP, unterschiedliche Konzepte von Behandlungsbeurteilung und -zufriedenheit sowie multidisziplinäre Ansätze verschiedener Fachbereiche. Trotzdem lassen sich studienübergreifend drei Hauptfaktoren von Patientenzufriedenheit in der KJP identifizieren: Die Zufriedenheit mit allgemeinen äußeren Faktoren der Behandlung, die Beziehung zum Therapeuten und der Behandlungserfolg aus Patientensicht (Biering, 2010). Auf diese Faktoren fokussiert sich die vorliegende Studie.

An die zunächst inhomogene Erfassung der Patientenzufriedenheit in stationären Einrichtungen der KJP in Deutschland (Konopka, Keller, Löble, Felbel, & Naumann, 2001) schlossen sich um die Jahrhundertwende zunehmend standardisierte Untersuchungen und vielseitig einsetzbare Fragebögen an. Vereinzelt wurden diese inzwischen unter stationären Alltagsbedingungen überprüft und anhand großer Inanspruchnahmepopulationen normiert, wie beispielsweise der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung FBB im Marburger Evaluationsprojekt (Mattejat & Remschmidt, 2006). Neu sind Bestrebungen, bereits bei der Fragebogenentwicklung in der KJP Konzepte einer guten Behandlung aus Perspektive der Kinder und Jugendlichen einzubeziehen (Biering & Jensen, 2017).

Insgesamt lässt der aktuelle Forschungsstand Rückschlüsse auf die hohe Relevanz von Behandlungsbeurteilung und -zufriedenheit aus Sicht von KJP-Patienten zu. Die Überprüfung der Effektivität und Nützlichkeit von Behandlungsmaßnahmen ist notwendig, um eine langfristige Verbesserung der Patientenversorgung zu erreichen (Remschmidt & Mattejat, 2003). Dabei besteht heute der wissenschaftliche Konsens, dass Symptomreduktion und Funktionsniveau ohne Berücksichtigung der Patientenzufriedenheit nicht als Qualitätsmerkmale einer erfolgreichen Behandlung ausreichen (Blenkiron & Hammill, 2003). In der klinischen Praxis ist eine hohe Behandlungszufriedenheit zudem mit selteneren Therapieabbrüchen und günstigeren Krankheitsverläufen assoziiert (Brown, Ford, Deighton, & Wolpert, 2014).

In Erweiterung bisheriger Forschungsansätze wurde in der hier durchgeführten Studie die Behandlungsbeurteilung und -zufriedenheit ehemaliger, inzwischen

volljähriger KJP-Patienten betrachtet. Die Datenerhebung erfolgte also durch Selbstauskunft, durch die die Beurteilung der Behandlung aus der Perspektive erwachsener Probanden berücksichtigt wird. Neben rechtlichen Vorteilen eines vereinfachten Einwilligungsprozesses durch die Probanden selbst bietet dieses Forschungsdesign den wichtigen Vorteil, den poststationären Entwicklungsverlauf sowie langfristige Zusammenhänge zu Gewalterfahrungen und späterer Lebensqualität einzubeziehen.

Eine umfangreiche Übersicht der Prävalenzforschung zu **Gewalt gegen Kinder und Jugendliche** bis 2008 bietet das Review internationaler Metaanalysen der Universität Leiden (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & IJzendoorn, 2015). Darin wird deutlich, dass Studien zu Misshandlung und Missbrauch von Kindern und Jugendlichen überwiegend in Nordamerika und Europa und meist regional durchgeführt wurden und methodisch zumeist auf Selbstauskunft beruhen. Aufgrund unterschiedlicher zugrunde gelegter Definitionen einzelner Formen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sowie fehlender einheitlicher Erhebungsinstrumente verschieden starker Evidenz (Saini, Hoffmann, Pantelis, Everall, & Bousman, 2019) unterliegen die gefundenen Prävalenzraten großen Schwankungen, wobei in der Gesamtschau von folgenden Zahlen ausgegangen werden muss:

- 18 % der Allgemeinbevölkerung erleben in ihrer Kindheit oder Jugend mindestens einmal emotionale Vernachlässigung,
- 16 % körperliche Vernachlässigung,
- 36 % emotionale Misshandlung,
- 23 % körperliche Misshandlung,
- 13 % sexuellen Missbrauch (8 % der Jungen, 18 % der Mädchen).

Diese Zahlen stehen im eklatanten Widerspruch zur Kinderrechtskonvention der UN (UNICEF, 1989). Individuell wurden massive Auswirkungen besonders auf die psychische Gesundheit, aber auch auf körperlicher Ebene und auf das Wohlbefinden bis in das Erwachsenenalter hinein nachgewiesen (Chandan et al., 2019; Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013; Hailes, Yu, Danese, & Fazel,

2019). Auch die gesamtgesellschaftlichen sowie ökonomischen Folgen sind als gravierend einzuschätzen (Witt, Brown, Plener, Brahler, & Fegert, 2017).

In Deutschland erlangte die Forschung zu Misshandlung und Missbrauch von Kindern mit dem sogenannten Missbrauchsskandal 2010, dem Bekanntwerden weit verbreiteten Missbrauchs von Kindern in Einrichtungen der katholischen Kirche, erstmals breite öffentliche Aufmerksamkeit. Maßnahmen wie die Bildung des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch und die Berufung der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs haben zu einem Zuwachs an Möglichkeiten und Beachtung von Forschungsprojekten in diesem Bereich geführt (Fegert, Hoffmann, Spröder, & Liebhardt, 2013). Es wurden Analysen der Gewalt gegen Kinder und Jugendliche durchgeführt und die Ergebnisse in Form eines Abschlussberichts veröffentlicht (Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch, 2011). In diesem Kontext liefert auch die Folgestudie der ersten, 1992 durchgeführten Repräsentativbefragung „Sexueller Missbrauch in der deutschen Allgemeinbevölkerung“ durch das kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen wichtige Daten (Stadler, Bieneck, & Pfeiffer, 2012).

Insbesondere die Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Institutionen spielte in Studien des letzten Jahrhunderts eine weitgehend vernachlässigte Rolle. Bestrebungen, diesem Forschungsdefizit entgegenzuwirken, finden sich 2011 in einer Hellfeldstudie des Deutschen Jugendinstituts in Form einer Befragung verschiedener Einrichtungen, Betroffener und Vertreter involvierter Professionen (Helming et al., 2011). Ebenso wurden erste Dunkelfelderhebungen mit Befragung von Kindern und Jugendlichen zu erfahrener Gewalt in Institutionen initiiert, wie „Sprich mit!“ (Rau, 2015) oder „Speak!“ (Maschke & Stecher, 2017). Auch Studien im Rahmen der Aufarbeitung von Missbrauch in der katholischen Kirche nahmen zu, wobei insgesamt ein quantitativer Vergleich von Prävalenzen aufgrund der unterschiedlichen Methodik problematisch bleibt (Bohm, Zollner, Fegert, & Liebhardt, 2014).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass hohe Prävalenzen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche vorliegen und dass in Institutionen ein erhöhtes Risiko

besteht. Zukünftige Forschung ist zur Verbesserung des Kinderschutzes unabdingbar. Die bisherigen Forschungsergebnisse unterstreichen dabei die Notwendigkeit, Vorfälle von Gewalt in Institutionen zu erfassen sowie Präventionskonzepte zu etablieren und regelmäßig zu evaluieren (Jud, Fegert, & Finkelhor, 2016). Auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. fordert diesbezüglich verbindliche Schutzkonzepte (DGKJP-Vorstand, 2019). Allerdings liegt nach Selbsteinschätzung deutscher Kliniken bislang lediglich in 20 % ein umfassendes Schutzkonzept vor, während die Hälfte weiteren Unterstützungsbedarf im Umgang mit sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen angibt (Pooch & Kappler, 2017).

In der KJPPP Würzburg wurden im Jahr 2017 drei interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppen zum Thema Kinderrechte in der Klinik gegründet. Diese Arbeitsgruppen legten anschließend ein umfassendes Kinderschutzkonzept vor sowie ein Leitbild für die Arbeit in der Klinik und ein Konzept zum Umgang mit und zur Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Begleitend wurde die hier vorgestellte Studie durchgeführt, da in der KJPPP Würzburg bisher keine systematisch erhobenen Daten zu Vorfällen von Gewalt und Missbrauch während der stationären Behandlung vorlagen.

Lebensqualität wird durch die WHO definiert als die subjektive Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Interessen. Die individuelle Lebensqualität wird dabei durch die körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen sowie durch Umweltfaktoren beeinflusst (Nosikov & Gudex, 2003). Die Untersuchung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Maß für Behandlungserfolg und Krankheitsverlauf gewann im Lauf der letzten Jahrzehnte zunehmend an Bedeutung. Jedoch ergaben sich Herausforderungen bei der Operationalisierung zur systematischen Erforschung von Lebensqualität bzw. Wohlbefinden durch das weit gefasste Konzept, die individuelle Vielschichtigkeit und die

fachspezifisch unterschiedliche Auslegung. Neben dem verbreiteten Short Form 36 Health Survey SF-36 mag hier das EUROHIS-QOL-Projekt² der WHO als ein Beispiel mit besonderem Augenmerk auf die kulturübergreifende Forschung dienen. Durch interkulturelle Arbeitsgruppen parallel wurde dabei ein Fragebogen entwickelt und anschließend in 23 Ländern hinsichtlich gängiger Gütekriterien überprüft sowie anhand der erhobenen Referenzdaten normiert. Die eingangs genannten Dimensionen von Lebensqualität sind hier in der praktischen Anwendung wieder zu finden (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004).

Heute gilt die Erfassung von Lebensqualität als hochrelevant in der Evaluation von Therapie, wobei einige Parallelen zu der vorne beschriebenen Forschung im Bereich von Behandlungsbeurteilung und -zufriedenheit auffallen: Auch Lebensqualität wurde im Lauf der letzten Jahre zunehmend einheitlich operationalisiert, um die subjektive Patientenperspektive besser zu erfassen, der Multidimensionalität von therapeutischen Interventionen Rechnung zu tragen und um störungsübergreifend eine Beurteilung von Behandlungsqualität und deren ökonomische Verhältnismäßigkeit zu ermöglichen (Bullinger, Ravens-Sieberer, & Siegrist, 2000). Analog erlangte auch bei der Lebensqualitätsforschung die Berücksichtigung von minderjährigen Patienten erst Mitte der 1990er Jahre, und damit vergleichsweise spät, Aufmerksamkeit. Aus der Wohlfahrtsforschung mit Betrachtung gesamter Bevölkerungsgruppen kommend, hatte sie zunächst als gesundheitsbezogene Lebensqualität in die Therapieevaluation und Behandlungsforschung erwachsener Patienten Einzug gehalten. Wichtigste Patientengruppen waren dabei zu Beginn Menschen mit chronischen, später auch psychischen Erkrankungen (Schumacher, 2003).

Seit Anfang dieses Jahrhunderts, nach der Entwicklung von geeigneten standardisierten Fragebögen, wie dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ILK (Mattejat et al., 2003), musste in einer steigenden Zahl von Studien im Bereich der KJP eine eingeschränkte Lebensqualität der Patienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung attestiert werden (Hebebrand et al., 2009; Jozefiak, Larsson, Wichstrøm, Wallander, &

² European Health and Environment Information System for Disease and Exposure Risk Assessment – Quality of Life (WHO-Projekt zur internationalen Erfassung der Lebensqualität)

Mattejat, 2010). Repräsentative Daten zur Gesundheit der minderjährigen Allgemeinbevölkerung in Deutschland liegen inzwischen durch die KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert-Koch-Instituts vor. Diese berücksichtigt erstmals auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand des Revidierten Fragebogens für Kinder und Jugendliche zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität KINDL-R (Ravens-Sieberer, Ellert, & Erhart, 2007) Auch prospektive Bevölkerungskohortenstudien wurden anhand von Selbst- und Elternbeurteilungen durchgeführt, wobei ein Zusammenhang zwischen geringer psychischer Gesundheit im Kindes- und Jugendalter und langfristig verminderter Lebensqualität nachgewiesen wurde (Chen et al., 2006; Rajmil et al., 2009).

Durch den heutigen Forschungsstand besteht also Konsens, dass die Lebensqualität von Patienten in der Therapieevaluation relevant ist, dass dabei besonders die langfristige Lebensqualität einen wichtigen Indikator von Ergebnisqualität darstellt und sich signifikante Zusammenhänge zur psychischen Gesundheit nachweisen lassen. Auf dieser Grundlage drängt es sich geradezu auf, die Lebensqualität von KJP-Patienten im Entwicklungsverlauf zu analysieren. Solche Analysen fehlen allerdings in bisherigen Studien weitgehend. Insbesondere ist hier Forschungsbedarf in Bezug auf den Langzeitverlauf ehemaliger Patienten bis in das Erwachsenenalter hinein und eine Einordnung anhand eines Vergleichs mit der Allgemeinbevölkerung zu sehen.

1.3 Zusammenführung

Die vorliegende Studie knüpft an die hohe Relevanz der Behandlungsbeurteilung und -zufriedenheit von Patienten in der Qualitätssicherung an. Dabei zielt sie neben der Beantwortung wissenschaftlicher Untersuchungsfragen besonders auf die Verbesserung des Patientenschutzes vor Gewalt in der KJP ab. Die Untersuchung soll insbesondere dazu beitragen, Gefährdungen des Patientenwohls zu erkennen, die im Rahmen einer stationären Behandlung aufgrund der aktuellen Forschungslage vermehrt zu erwarten sind, um diesen präventiv begegnen zu können.

Dazu wurde anhand eines Fragebogens, der auch normierte Behandlungsbeurteilungsinstrumente enthielt, erhoben, wie ehemalige, inzwischen volljährige Patienten ihren stationären Aufenthalt in der KJPPP Würzburg retrospektiv beurteilen. Es wurden insbesondere die Zufriedenheit mit der damaligen Behandlung und die Häufigkeit von Gewalterfahrungen (emotional, körperlich, sexuell) sowie eigene Täterschaft im Rahmen des Aufenthaltes in der KJPPP Würzburg erfasst. Über die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen personen- und behandlungsbezogenen Merkmalen und Gewalterfahrungen sollten Risikofaktoren eruiert werden. Da die vereinzelt Studien zu diesem Thema einen Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen von Patienten und der Behandlungszufriedenheit nahelegen (Kaplan, Busner, Chibnall, & Kang, 2001), wurde diesem Zusammenhang und möglichen Implikationen für den Behandlungserfolg anhand der retrospektiven Betrachtung nachgegangen.

Die Lebensqualität liefert, wie anhand bisheriger Forschung gezeigt werden konnte, wichtige Erkenntnisse in der Therapieevaluation. Die aktuelle Lebensqualität der ehemaligen Patienten wurde anhand eines normierten Fragebogens erfasst. Um langfristige Verlaufsaspekte kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen störungsübergreifend zu untersuchen und diese mit Umständen der damaligen Behandlung in Beziehung zu setzen, wurde ein langer Katamnesezeitraum von zehn Jahren gewählt.

Die quantitative Erhebung der Lebensqualität erlaubt einen Vergleich der Werte von ehemaligen Patienten mit der Allgemeinbevölkerung. Dabei stand der Langzeitverlauf im Vordergrund. Zusätzlich wurde der Behandlungserfolg aus Sicht der Patienten und die subjektive langfristige Qualität des eigenen Lebens erstmals im Zusammenhang untersucht. Auch die Entwicklung nach Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter und negative Auswirkungen auf die spätere Lebensqualität wurden in diesem Kontext berücksichtigt (Weber, Jud, & Landolt, 2016). Neu war diesbezüglich in der vorliegenden Studie die Beachtung von Gewalterfahrungen im Kontext der KJP.

1.4 Forschungsfragen und Hypothesen

Forschungsfrage 1:

a) Wie häufig berichten ehemalige Patienten über Gewalterfahrungen und eigene Gewalttaten im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes?

b) Wie häufig sind dabei spezifische Aspekte der Gewalterfahrung (Differenzierung nach Art, Häufigkeit und Person des Täters)?

c) Gab es aus Patientensicht Beschwerdemöglichkeiten und Hilfe von Seiten der Klinik?

Hypothese: Für die Untersuchungsfragen 1a), b) und c) wurden keine spezifischen Hypothesen formuliert.

Forschungsfrage 2: Besteht ein Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung bezüglich personen- oder behandlungsbezogenen Merkmalen (Alter bei Aufnahme, Geschlecht, Dauer des Aufenthaltes, Art der Station, Anzahl der Aufnahmen)?

Hypothese: Die Untersuchungsfrage 2 ist explorativ. Es wurde keine spezifische Hypothese formuliert.

Forschungsfrage 3: Besteht ein Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung in Bezug auf den Erfolg der Behandlung im Kindes- und Jugendalter?

Hypothese: Es besteht ein Unterschied im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung.

Forschungsfrage 4: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Behandlung im Kindes- und Jugendalter und der Lebensqualität im Erwachsenenalter?

Hypothese: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Behandlung und der Lebensqualität im Erwachsenenalter.

Forschungsfrage 5: Wie hoch ist die aktuelle Lebensqualität ehemaliger Patienten im Vergleich zu derjenigen einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung?

Hypothese: Die Lebensqualität ehemaliger Patienten ist geringer als in der Allgemeinbevölkerung.

Forschungsfrage 6: Besteht ein Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung bezüglich der Lebensqualität im Erwachsenenalter?

Hypothese: Es besteht ein Unterschied in der Lebensqualität im Erwachsenenalter zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung.

2 Material und Methoden

2.1 Ethikvotum

Es liegt ein positives Votum der Ethik-Kommission der Universität Würzburg vom 24.11.17 unter dem Zeichen 177/17 vor. Die Ethik-Kommission erhebt darin keine Einwände gegen die Durchführung der Studie.

2.2 Studienpopulation

Die Studienpopulation besteht aus allen ehemaligen Patienten, die in den Jahren 2006 oder 2007 (01.01.06 - 31.12.07) stationär in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie KJPPP des Universitätsklinikums Würzburg sowie in deren assoziierter Intensiveinheit aufgenommen wurden und zusätzlich die folgenden Einschlusskriterien erfüllten: Eingeschlossen wurden Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung volljährig waren sowie schriftlich in die Studie und die Datenschutzerklärung eingewilligt haben. Die Identifizierung der entsprechenden Patienten sowie die Erfassung der Basisdaten zur Behandlung erfolgten durch das Patientenverwaltungssystem der Klinik. Die Basisdaten bestehen aus dem Geburtsdatum, Geschlecht, Diagnosen (kodiert nach ICD-10), Behandlungszeitraum (berechnet aus Datum der Aufnahme und Datum der Entlassung), der Information über eine Aufnahme auf der Intensiveinheit der Klinik sowie gegebenenfalls Mehrfachaufenthalte (abgeleitet aus mehrfachen Fallnummern desselben Patienten).

Für die Jahre 2006 und 2007 sind im System der Klinik 860 stationäre Fälle verzeichnet. Die Gesamtheit der Fälle wurde selektioniert durch Anwendung der beschriebenen Einschlusskriterien. Junge Patienten, die zum Zeitpunkt der Behandlung unter acht Jahre alt waren, waren bis zur Befragung noch nicht volljährig und wurden nicht erfasst. Es handelt sich hierbei um insgesamt 20 ehemalige Patienten. Fälle, die dem jeweils gleichen Patienten zuzuordnen waren, und sich somit auf Mehrfachaufnahmen zurückführen lassen, wurden zusammengefasst. Es ließen sich hierdurch 568 Patienten identifizieren, die die beschriebenen Voraussetzungen für die freiwillige Nachbefragung erfüllten und

kontaktiert wurden. Eine Übersicht über den Verlauf von Selektion der Probanden und Kontaktierung ist in Abb. 1 auf Seite 26 dargestellt.

Unter den genannten 568 kontaktierten Patienten lag die Beteiligung an der Nachbefragung mit auswertbarem Antwortbogen und gültiger Einwilligungserklärung bei 87 Probanden (15 %). Eine ausführliche Beschreibung der erfassten Basisdaten folgt im ersten Abschnitt der Ergebnisse. Die grundlegenden Charakteristika der Stichprobe sowie ein Vergleich mit den Nicht-Teilnehmern sind dort Tab. 1 zu entnehmen.

2.3 Verfahren zur Datenerhebung: Der Fragebogen

Das Studiendesign entspricht einer retrospektiven Nachuntersuchung von ehemaligen Patienten. Die Erhebung der Daten anhand des „Fragebogen zur Nachbefragung ehemaliger stationärer Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg“ erfolgte auf dem Postweg. Dieser Fragebogen (siehe Anhang) besteht aus 61 Items, die sich in die folgenden vier Bereiche unterteilen, und anschließend im Einzelnen erläutert werden.

- Zufriedenheit mit der stationären Behandlung in der KJPPP Würzburg (Items 1-14),
- Weitere Behandlung (Items 15, 16, 16b),
- Gewalterfahrungen während der stationären Behandlung in der KJPPP Würzburg (Items 17-27),
- Aktuelle Lebensqualität (Items 28-53).

2.3.1 Zufriedenheit mit der stationären Behandlung

Der Bereich Zufriedenheit mit der stationären Behandlung ist in zwei Unterbereiche aufgeteilt, wobei zunächst allgemeine Aspekte des stationären Aufenthaltes und anschließend die Behandlung an sich bewertet werden sollten.

Die Fragen zu allgemeinen Aspekten sind zum einen auf Grundlage von Erfahrungen im Klinikalltag entstanden und repräsentieren Themen, die von Patienten häufig angesprochen werden. Zum anderen orientieren sie sich an

Studien und gängigen Fragebögen zur Erfassung von Patientenzufriedenheit (Längle et al., 2002; Spießl, Schmid, Cording, Klein, & Adler, 2006). Damit wird auf Facetten des stationären Aufenthaltes eingegangen, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Behandlung stehen und dennoch eine Bedeutung für die Gesamtzufriedenheit bei Patienten haben (Rentrop et al., 1999). Auch bietet diese allgemeine Einleitung des Fragebogens allen Befragten die Möglichkeit, sich in die Zeit der Behandlung zurückzusetzen und dient somit zusätzlich der Vorbereitung auf die weiteren Fragen. Die ersten sieben Items, zu allgemeinen Aspekten des Behandlungssettings, erfragen auf einer fünfstufigen Likert-Skala die Zufriedenheit mit

- der Gestaltung der Räumlichkeiten auf der Station,
- der Verpflegung,
- der Beziehung zu Mitpatienten,
- der Beziehung zum Pfllegeteam,
- der Möglichkeit Kontakt zu Familie und Freunden zu halten,
- der Möglichkeit, die Behandlung mitzugestalten
- sowie der Stimmung auf Station insgesamt.

Die sieben nächsten Items (8-14) decken anschließend den konkreten Bereich der Behandlungsbeurteilung ab. Sie bestehen aus der Kurzversion des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung FBB-K (Mattejat & Remschmidt, 2003). Dieser Kurzfragebogen wurde, mit freundlicher Genehmigung der Autoren, an die Befragungsmodalitäten der vorliegenden Studie angepasst und dabei in Hinblick auf die Behandlung, die bereits zehn Jahre zurückliegt sowie die Volljährigkeit der Probanden leichtgradig sprachlich modifiziert. Der FBB-K ist hinsichtlich gängiger Gütekriterien untersucht. Er erlaubt sowohl die Berechnung je eines Wertes zu

- Erfolg der Behandlung (Ergebnisqualität) und
- Beziehung zum Therapeuten (Prozessqualität),

als auch einen Gesamtwert aus beiden Skalen, der diese zusammenfassend abbildet als

- Zufriedenheit mit der Behandlung.

Auch diesem Fragebogen ist eine fünfstufige Likert-Skala zugrunde gelegt, sodass alle Einzel- und Skalenwerte im Wertebereich von 0 bis 4 liegen und ein direkter Vergleich möglich ist. Dabei wird die Behandlung umso positiver beurteilt, je höher der Wert ist (Mattejat & Remschmidt, 2003).

2.3.2 Weitere Behandlung

Der Bereich zur weiteren Behandlung erfasst anhand von drei Items, ob nach Abschluss der Behandlung

- eine weitere stationäre psychiatrische Behandlung stattgefunden hat und
- ob aktuell eine ambulante oder
- stationäre psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen wird.

Mithilfe der Antworten aus diesem Bereich lässt sich der weitere langfristige Krankheitsverlauf im Anschluss an die stationäre Behandlung skizzieren. Auch ein Einblick in die aktuelle Situation der Probanden, in Hinblick auf die psychische Gesundheit und Inanspruchnahme von Therapie, ist durch diesen Abschnitt abgedeckt.

2.3.3 Gewalterfahrungen

Die Erhebung im Bereich Gewalterfahrungen während der stationären Behandlung bildet ein weiteres Kerngebiet der Nachbefragung. Hier werden differenziert Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, inklusive Täterereigenschaften, sowie gegebenenfalls eigene Täterschaft erfragt. Die 15 Items sind in Blöcke von jeweils drei Fragen gegliedert. Dabei ist jeder Block einer Art von Gewalt zugeordnet:

- emotional,
- körperlich,
- sexuell ohne Körperkontakt,
- sexuell mit Körperkontakt,
- sexuell mit Geschlechtsverkehr.

Diese einzelnen Kategorien werden kurz beschrieben und entsprechend mit Beispielen erläutert, um eine möglichst einheitliche Begrifflichkeit einzuführen und die Antworten der Probanden vergleichbar zu machen. In den jeweils zugeordneten Fragen können Erfahrungen der entsprechenden Art von Gewalt selbst mit nie, einmal und mehrfach angegeben werden. Als mögliche Tätergruppen sind dabei aufgelistet

- Therapeuten (Ärzte, Psychologen, Fachtherapeuten),
- Mitarbeiter des Pflorgeteams,
- Mitpatienten,
- Besucher,
- andere (mit Freitextfeld).

Anschließend wird die eigene Täterschaft in jeder Kategorie von Gewalt erfasst.

Die Kategorien der möglichen Gewalterfahrungen sollen einerseits verschiedene Formen von Gewalt differenziert erfassen und andererseits eine quantitative Erhebung durch das Zusammenfassen in die fünf Bereiche ermöglichen. In die Einteilung dieser Kategorien gingen orientierend andere Erhebungen zum Thema sexuelle Gewalt ein, wie beispielsweise der Bericht des Deutschen Jugendinstituts von 2011 (Helming et al., 2011), die Repräsentativbefragung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (Bieneck, Stadler, & Pfeiffer, 2011) sowie die Arbeiten von Professor Jörg M. Fegert am Universitätsklinikum Ulm (Fegert et al., 2018).

Ergänzend werden anhand der zwei darauffolgenden Items

- Beschwerdemöglichkeiten und
- Hilfe von Seiten der Klinik erfragt.

Der Fragebogenabschnitt zu Gewalterfahrungen schließt mit der offenen Frage: „Möchten Sie uns noch etwas über Ihren stationären Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Allgemeinen oder speziell zu Gewalterfahrungen mitteilen?“. Sie bietet den Probanden Raum für individuelle Anmerkungen, das Ansprechen von zusätzlichen Themen oder die Konkretisierung ihrer angekreuzten Aussagen. Ebenfalls wird an dieser Stelle auf das Gesprächsangebot von Seiten der Klinik aufmerksam gemacht. Bei Bedarf

stand die Studienleitung, bestehend aus leitenden Mitarbeitern der Klinik, den ehemaligen Patienten als Ansprechpartner zur Verfügung.

2.3.4 Aktuelle Lebensqualität

Der vierte Abschnitt des Fragebogens ist der Ermittlung der aktuellen Lebensqualität ehemaliger Patienten gewidmet. Zur Messung dient der WHOQOL – BREF (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000). In dieser deutschsprachigen Kurzversion der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität wird in 26 Items die Lebensqualität erfasst auf den Skalen

- Physisches Wohlbefinden
(Schmerzen, Energie, Schlaf, Fortbewegung, Alltagsfähigkeiten, Angewiesenheit auf medizinische Behandlung, Arbeitsfähigkeit),
- Psychisches Wohlbefinden
(Genuss des eigenen Lebens, Konzentration, Selbstzufriedenheit, Akzeptanz des eigenen Aussehens, negative Gefühle, Lebenssinn),
- Soziale Beziehungen
(persönliche Beziehungen, Unterstützung, Sexualleben) und
- Umwelt
(Sicherheit, Wohnbedingungen, Geld, Gesundheitsdienste, Zugang zu Information, Freizeitaktivitäten, Umweltbedingungen, Beförderungsmittel)
- sowie ein Globalwert
(Beurteilung Lebensqualität, Zufriedenheit mit eigener Gesundheit)

Dieser Fragebogen erscheint in der Nachbefragung für die Erhebung der Lebensqualität besonders geeignet, da er nicht nur durch seinen übersichtlichen Umfang eine hohe Benutzerfreundlichkeit für die Befragten einer postalischen Studie gewährleistet, sondern auch hinsichtlich gängiger Gütekriterien bereits untersucht ist. Zusätzlich liegen altersgestaffelte Referenzwerte in mehreren Altersbereichen von 18 bis über 85 Jahre für eine große Stichprobe ($N = 2055$) vor. Der WHOQOL – BREF wurde daher zur Erfassung der einzelnen Aspekte von Lebensqualität herangezogen, wobei der Globalwert als eigene Skala und nicht als Zusammenfassung der anderen Bereiche zu interpretieren ist. Zur Auswertung wurden Domänenwerte der einzelnen Skalen gebildet und in den Wertebereich 0 bis 100 transformiert. Ein Vergleich mit der

Allgemeinbevölkerung sowie die Untersuchung der entsprechenden Forschungsfragen konnten auf Grundlage dieser Werte erfolgen.

2.4 Ablauf der Nachuntersuchung

Auf die Erstellung des Fragebogens und die Phase der Datenerhebung unter den eingeschlossenen ehemaligen Patienten folgten Auswertung und Einordnung in Bezug auf die vorne genannten Forschungsfragen und Hypothesen. Die Meilensteine der Studie werden nun im Einzelnen dargestellt.

In der ersten Phase der Studie wurde anhand des aktuellen Forschungsstandes und des definierten Studienziels das Studienprotokoll ausgearbeitet sowie ein geeigneter Fragebogen entwickelt. Nach Erhalt eines positiven Votums der Ethik-Kommission der Universität Würzburg am 24.11.17 wurden die relevanten Patientendaten dem Patientenverwaltungssystem der Klinik entnommen und die Fragebögen zur weiteren Datenerhebung gemäß folgendem Schema versendet. Ein frankierter, adressierter Rückumschlag lag jeweils bei.

- 1. Versand: Erstes Anschreiben (568 Stück am 01.01.18),
- 2. Versand: Erinnerungsschreiben (339 Stück am 07.02.18),
- 3. Versand: an verzogene Patienten (160 Stück am 04.05.18).

Patienten, die seit ihrem Aufenthalt in der Klinik umgezogen waren, wurden durch ihre jeweiligen Anschreiben, die als nicht zustellbar zurückgeleitet wurden, identifiziert und erneut kontaktiert. Die Anschlussadresse wurde dazu durch die jeweiligen Einwohnermeldeämter in Erfahrung gebracht. Der gesamte Verlauf der Befragung ist in Abb. 1 schematisch abgebildet.

Im individuellen Studienablauf der einzelnen Probanden erfolgten postalisch die Aufklärung und Information zu Ablauf und Ziel der Befragung sowie über den Datenschutz, die Pseudonymisierung der Daten und deren vertrauliche Verwendung ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken. Gleichzeitig wurden explizit Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit der Klinik aufgezeigt. Leitende Mitarbeiter der Klinik konnten bei Bedarf postalisch, telefonisch und per E-Mail erreicht werden. Die unterschriebene „Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Nachbefragung und zum Datenschutz“ konnte mit dem ausgefüllten

Fragebogen zurückgesendet werden und war Voraussetzung für den Einschluss in die Studie. Alle patientenbezogenen Daten wurden dabei gemäß den damals geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet, verwahrt und gespeichert. Der Zugriff auf diese Daten ist den Studienmitarbeitern und -leitern vorbehalten und gegen unbefugte Dritte geschützt. Weiterhin werden keine patientenbezogenen Daten an Dritte übermittelt. Nach Abschluss der Studie werden die Daten für zehn Jahre archiviert und anschließend datenschutzgerecht entsorgt.

An die Erhebung der Daten schloss sich die Dateneingabe in Excel 2016 an. Die Auswertung im Hinblick auf Merkmale der Studienstichprobe und die Forschungsfragen wurde mit IBM SPSS Statistics 25 durchgeführt. Die Studie wird in Form der vorliegenden medizinischen Doktorarbeit veröffentlicht und zudem bei der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eingereicht.

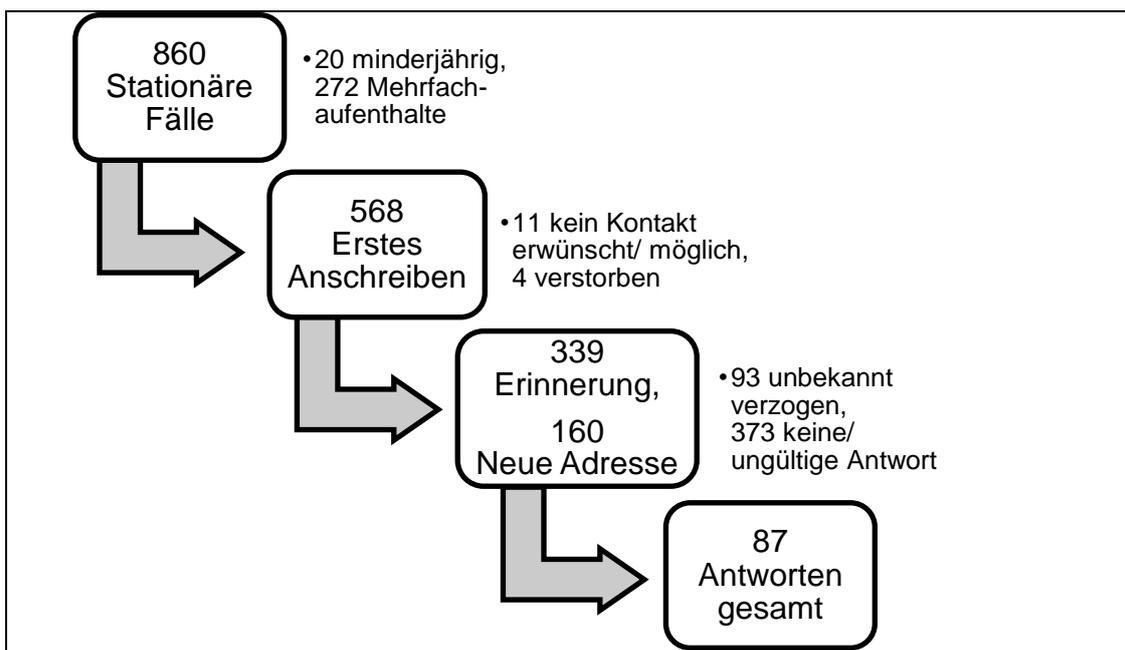


Abb. 1: Ablauf der Nachbefragung

860 stationäre Fällen aus den Jahren 2006 und 2007,

568 angeschriebene ehemalige Patienten nach Abzug der Fallnummern zu Mehrfachaufenthalten (desselben Patienten) und zum Befragungszeitpunkt Minderjähriger,

339 Erinnerungsschreiben und 160 Anschreiben der verzogenen Patienten unter Nachfolgeadresse (Einwohnermeldeämter),

87 auswertbare Antwortbögen mit gültiger Einwilligungserklärung.

2.5 Statistische Auswertung

In der Nachbefragung wurden alle oben beschriebenen Variablen durch das Patientenverwaltungssystem der Klinik sowie den Fragebogen erhoben. Im Fragebogen kam es zu einzelnen fehlenden Werten bei Nichtbeantwortung oder ungültiger Angabe, die nicht in die Auswertung einfließen. Die erhobenen Daten dienten der explorativen Untersuchung der in der Einleitung genannten Forschungsfragen. Da es sich nicht um eine Interventionsstudie handelt, waren keine primären und sekundären Endpunkte zu definieren.

Im Rahmen der deskriptiven Statistik wurden die Daten in Hinblick auf absolute und relative Häufigkeiten dargestellt. Zur Bestimmung der zentralen Tendenz und Variabilität kamen außerdem Median, Mittelwert und Standardabweichung zur Anwendung. Zur besseren Übersicht und Anschaulichkeit wurden Tabellen und Diagramme eingesetzt.

Um die Daten auf Normalverteilung zu überprüfen, wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test verwendet. Untersucht wurden dabei alle für anschließende Tests relevanten Daten, wobei gegebenenfalls die Verteilungen für einzelne Probandengruppen separat betrachtet wurden. Da die Annahme der Normalverteilung der Daten bis auf einzelne Ausnahmen nicht verifiziert werden konnte, kamen zur Untersuchung der Forschungsfragen entsprechende nicht-parametrische Tests zur Anwendung. Die Testverfahren zur Untersuchung der einzelnen Forschungsfragen werden im Folgenden zusammengefasst.

Mögliche Unterschiede zwischen der Probandengruppe mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung wurden bezüglich personen- und behandlungsbezogener Merkmale (Forschungsfrage 2) untersucht. Entsprechend der unterschiedlichen Datenniveaus der nominalen Variable Gewalterfahrung und der weiteren relevanten Variablen wurde der Mann-Whitney-U-Test bzw. Chi-Quadrat-Test angewendet. Da hier keine spezifischen Hypothesen formuliert waren, kamen die Tests zweiseitig zur Anwendung unter Forderung des gängigen Signifikanzniveaus von .05.

Die Frage nach einem Unterschied zwischen den Probanden mit und ohne Gewalterfahrung in Bezug auf den Behandlungserfolg (Forschungsfrage 3)

wurde analog mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests untersucht. Die Skalen des Fragebogens zur Behandlungsbeurteilung FBB-K dienten dabei der Quantifizierung des Behandlungserfolgs. Diesbezüglich lassen sich anhand des FBB-K drei Skalen abgrenzen. Die eine Unterskala bildet den Erfolg der Behandlung im engeren Sinne, als Maß für die Ergebnisqualität, ab. Die Prozessqualität als weiterer Bestandteil einer erfolgreichen Behandlung wird durch die Unterskala Beziehung zum Therapeuten quantifiziert. Die Gesamtskala aus beiden Bereichen bildet die Behandlungsbeurteilung, die hier als übergeordnete Messgröße für den Behandlungserfolg dient. Daher wurde die Hypothese anhand der Gesamtskala des FBB-K getestet und zu deskriptiven Zwecken zusätzlich Teststatistik und p-Werte der beiden Unterskalen angegeben. Da diese nicht der spezifischen Hypothesentestung dienen, wurde auf eine α -Adjustierung verzichtet. Das geforderte Signifikanzniveau wurde dabei im einseitigen Test auf .05 festgelegt.

Zur Prüfung des Zusammenhangs zwischen Behandlungszufriedenheit und aktueller Lebensqualität (Forschungsfrage 4) wurde der Rangkorrelationskoeffizient r_s nach Spearman bestimmt. Die Testung der Hypothese beruhte dabei auf der Gesamtskala des FBB-K und der Skala zur globalen Lebensqualität des WHOQOL – BREF. Dazu wurde neben dem Korrelationskoeffizient r_s der p-Wert berechnet und ein Signifikanzniveau von .05 gefordert. Zur deskriptiven Auswertung wurde dieser Zusammenhang zusätzlich für allen weiteren Skalen des WHOQOL – BREF betrachtet.

Im Vergleich der aktuellen Lebensqualität der Probanden mit der Allgemeinbevölkerung (Forschungsfrage 5) diente ebenfalls die Skala globale Lebensqualität des WHOQOL – BREF zur Quantifizierung. Den Werten der Probanden wurden in zwei getrennten Altersgruppen die entsprechenden Normwerte der deutschen Allgemeinbevölkerung gegenübergestellt. Aufgrund seiner ausreichenden Robustheit gegenüber Verletzungen der Normalverteilung wurde der Einstichproben-t-Test für unabhängige Stichproben verwendet. Teststatistik, Freiheitsgrade und p-Werte wurden sowohl zur Hypothesentestung für den Globalwert (Signifikanzniveau .05), als auch beschreibend für alle weiteren Skalen des WHOQOL – BREF angegeben.

Der Unterschied zwischen Probanden mit und ohne Gewalterfahrung bezogen auf die aktuelle Lebensqualität (Forschungsfrage 6) wurde wieder im Mann-Whitney-U-Test überprüft. Wieder diente die globale Lebensqualität im WHOQOL – BREF zur Hypothesentestung im einseitigen Test auf einem Signifikanzniveau von .05. Zusätzlich erfolgten teststatistische Angaben zu den weiteren Skalen der Lebensqualität.

3 Ergebnisse

Vor den spezifischen Ergebnissen der einzelnen Forschungsfragen wird zunächst die Studienstichprobe anhand ihrer Basisdaten näher charakterisiert: Das Alter der Probanden zum Zeitpunkt der Behandlung erstreckt sich von neun bis 18 Jahren und betrug durchschnittlich 14 Jahre ($SD = 2.44$). Der Anteil weiblicher Teilnehmer unter allen Probanden ($N = 87$) liegt bei zwei Drittel, mit 59 (68 %) weiblichen zu 28 (32 %) männlichen Probanden.

Die Diagnosen der ehemaligen Patienten liegen in den gespeicherten Basisdaten kodiert nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 vor. Diese gliedert in Kapitel F „Psychische und Verhaltensstörungen“ einzelne Diagnosegruppen unter den Schlüsselnummern „F00-F99“ auf (*ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis*, 2018). Folgende Gruppen sind in der Katamnese-Stichprobe bei mindestens einem Probanden vergeben:

- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen bei 5 % aller Probanden ($n = 4$)
- F3 Affektive Störungen bei 10 % aller Probanden ($n = 9$)
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung bei 31 % aller Probanden ($n = 27$),
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren bei 21 % aller Probanden ($n = 18$),
- F8 Entwicklungsstörungen bei 1 % aller Probanden ($n = 1$)
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend bei 30 % aller Probanden ($n = 26$).

Da die Dauer der Behandlung von vielen Einflussfaktoren abhängt, ist bei diesem Merkmal unter den Probanden eine breite Streuung, bis hin zu einem Aufenthalt von 151 Tagen, zu beobachten, wobei die Aufenthaltsdauer im Mittel 48 Tage ($SD = 32.80$) betrug. Dabei wird bei den Probanden mit einer weiteren Aufnahme (16 % aller Probanden; $n = 14$) oder mit weiteren Mehrfachaufnahmen (8 % aller Probanden; $n = 7$) der jeweils längste Aufenthalt auf einer offenen Station betrachtet. Mit 78 % ($n = 68$) wurde der Großteil aller Probanden ausschließlich auf einer offen geführten Station behandelt. Bei 22 % ($n = 19$) der Probanden

dagegen kam es, entweder primär oder im Verlauf, zu einer Aufnahme auf die Intensivstation der Klinik. Dabei sind bei zwölf Patienten (14 % aller Probanden) eine einmalige, bei sieben Patienten (8 % aller Probanden) mehrfache Aufnahmen auf der Intensivstation dokumentiert.

Zur Einordnung der Daten dient der Vergleich mit den Nicht-Teilnehmern ($n = 481$), allen ehemaligen Patienten, die zu Studienzwecken angeschrieben wurden, aber nicht antworteten (unbekannt verzogen, verstorben, keine oder ungültige Antwort) oder die Teilnahme ablehnten. Diese Nicht-Teilnehmer verhalten sich bezüglich ihres Alters und ihrer Diagnosen ähnlich, wie die Probanden. Das Geschlechterverhältnis ist hier allerdings ausgewogen und die Behandlungsdauer im Mittel mit 34 Tagen ($SD = 26.90$) etwas kürzer. Eine Übersicht der wesentlichen Basisdaten aller Probanden und Nicht-Teilnehmer ist Tab. 1 zu entnehmen.

Tab. 1: Basischarakteristika der Probanden

Aufgeführt sind die wesentlichen Basisdaten Alter bei Aufnahme, Geschlecht, Behandlungsdauer und verschlüsselte Diagnosen aller Probanden ($n = 87$) und Nicht-Teilnehmer ($n = 481$) entnommen aus dem Patientenverwaltungssystem der Klinik.

		Probanden	Nicht-Teilnehmer
Alter bei Aufnahme (Jahre)	M	14.00	13.83
	SD	2.44	2.69
Geschlecht	weiblich	68 % ($n = 59$)	50 % ($n = 239$)
	männlich	32 % ($n = 28$)	50 % ($n = 242$)
Behandlungsdauer (Tage)	M	48.06	33.63
	SD	32.80	26.90
Vorhandene Diagnosen (nach ICD-10)	F1	0 % ($n = 0$)	1 % ($n = 5$)
	F2	5 % ($n = 4$)	2 % ($n = 10$)
	F3	10 % ($n = 9$)	13 % ($n = 60$)
	F4	31 % ($n = 27$)	21 % ($n = 101$)
	F5	21 % ($n = 18$)	10 % ($n = 49$)
	F6	0 % ($n = 0$)	2 % ($n = 9$)
	F7	0 % ($n = 0$)	1 % ($n = 6$)
	F8	1 % ($n = 1$)	2 % ($n = 11$)
	F9	30 % ($n = 26$)	39 % ($n = 187$)

Zum Zeitpunkt der Befragung, gut zehn Jahre nach der stationären Behandlung, waren die Probanden zwischen 19 und 29 Jahre alt ($M = 24.53$, $SD = 2.53$). Im Fragebogen wurde zusätzlich der weitere und aktuelle Behandlungsverlauf erfasst. Nach ihrem Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie KJPPP des Universitätsklinikums Würzburg nochmals auf einer psychiatrischen Station behandelt worden zu sein, gaben 27 % ($n = 23$) der Probanden an. Zum Befragungszeitpunkt wurden 30 % ($n = 26$) der Probanden ambulant psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt. Dagegen befand sich keiner der Probanden zum Zeitpunkt der Befragung in stationärer psychiatrischer Behandlung.

3.1 Gewalterfahrungen, Tätererfahrungen, Beschwerdemöglichkeiten und Hilfsangebote

Forschungsfrage 1a: Wie häufig berichten ehemalige Patienten über Gewalterfahrungen und eigene Gewalttaten im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes?

Insgesamt gaben im Fragebogen 60 % ($n = 52$) der Probanden an, keinerlei Kontakt zu Gewalt gehabt zu haben. Die übrigen Probanden haben Gewalt durch andere erlebt (Gewalterfahrung) oder selbst Gewalt gegen Mitpatienten angewendet (Tätererfahrung). Angaben ausschließlich zu Gewalterfahrungen gegen sich selbst machten dabei 30 % aller Probanden ($n = 26$), ausschließlich Anwenden von Gewalt gegen Mitpatienten 2 % aller Probanden ($n = 2$) und Angaben zu beiden Formen von Gewalt 8 % aller Probanden ($n = 7$). Eine Übersicht ist in Abb. 2 dargestellt.

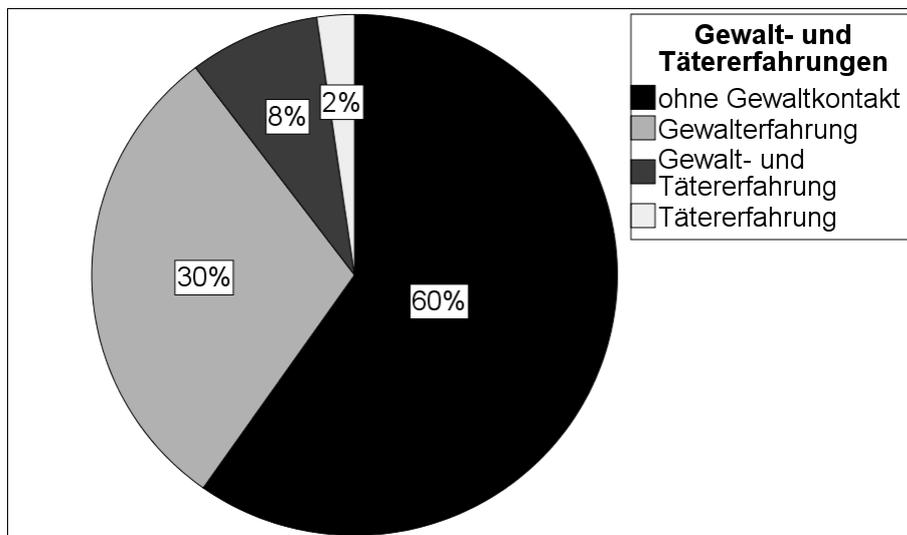


Abb. 2: Häufigkeit von Gewalterfahrungen und Tätererfahrungen der Probanden

Dargestellt ist der Anteil aller Probanden ($N = 87$) in Prozent, die während des stationären Aufenthaltes keinen Kontakt zu Gewalt hatten ($n = 52$), Gewalt gegen sich selbst erlebt haben ($n = 26$), Gewalt gegen Mitpatienten angewendet haben ($n = 2$) oder beide Arten von Gewalt erlebt haben ($n = 7$).

Forschungsfrage 1b: Wie häufig sind dabei spezifische Aspekte der Gewalterfahrung?

Spezifische Aspekte von Gewalt wurden in der Nachbefragung differenziert nach Art der Gewalt, Häufigkeit und Person des Täters erfasst. Die meisten Probanden, die von Gewalterfahrungen berichteten, gaben an, einmal oder mehrfach emotional unter Druck gesetzt worden zu sein (35 % aller Probanden; $n = 30$). Seltener sind Angaben zu körperlicher Misshandlung (6 % aller Probanden; $n = 5$) und sexueller Belästigung ohne Berührung (7 % aller Probanden; $n = 6$). In zwei Fällen (2 % aller Probanden) gab ein Proband Gewalt in Form von sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt an, und in einem Fall (1 %) zusätzlich Zwang zu Geschlechtsverkehr. Die Häufigkeiten der einzelnen berichteten Gewalterfahrungen sind in Tab. 2 dargestellt.

Tab. 2: Art und Häufigkeit von Gewalterfahrung

Differenziert werden Gewalterfahrungen der Probanden ($N = 87$) nach Art der Gewalt und Häufigkeit; die Angaben in Zeilenprozent beziehen sich auf die Häufigkeit innerhalb einer Art von Gewalt.

		nie	einmal	mehrfach
Emotional	Anzahl	55	11	19
	Zeilenprozent	64.7%	12.9%	22.4%
Körperlich	Anzahl	81	3	2
	Zeilenprozent	94.2%	3.5%	2.3%
Sexuell ohne Körperkontakt	Anzahl	80	3	3
	Zeilenprozent	93.0%	3.5%	3.5%
Sexuell mit Körperkontakt	Anzahl	85	1	1
	Zeilenprozent	97.7%	1.1%	1.1%
Sexuell mit Geschlechtsverkehr	Anzahl	86	0	1
	Zeilenprozent	98.9%	0.0%	1.1%

Die Angaben zu Tätergruppen jeweils nach Art der Gewalterfahrung sind in Tab. 3 als Häufigkeiten abgebildet. Als Verursacher emotionaler Gewalt wurden am häufigsten Mitarbeiter des Pflorgeteams ($n = 21$) sowie Mitpatienten ($n = 12$) genannt, selten Therapeuten ($n = 4$). Körperliche Gewalt und sexuelle Gewalt ohne Körperkontakt ging bis auf einzelne Fälle von Mitpatienten aus (jeweils $n = 3$). Bei allen Gewaltformen wurden von einem Probanden als

Tätergruppe „andere“ angegeben, diese jedoch nicht im zugehörigen Freitextfeld spezifiziert.

Tab. 3: Tätergruppen differenziert nach Art der Gewalt

Angegeben ist die Häufigkeit genannter Tätergruppen, die der Art von Gewalt zugeordnet werden.

	Therapeut	Pflegeteam	Mitpatienten	Besucher	andere
Emotional	4	21	12	1	1
Körperlich	0	1	3	0	1
Sexuell ohne Körperkontakt	1	1	3	0	1
Sexuell mit Körperkontakt	0	0	1	0	1
Mit Geschlechtsverkehr	0	0	0	0	1

Angaben zu eigener Täterschaft von Gewalt gegenüber Mitpatienten während des stationären Aufenthaltes waren, sowohl insgesamt als auch differenziert nach Form der Gewalt, erheblich seltener als Angaben zu eigenen Gewalterfahrungen. Analog zu den Gewalterfahrungen kam dabei auch bei den Tätererfahrungen emotionale Gewaltanwendung am häufigsten vor (6 % aller Probanden; $n = 6$), gefolgt von körperlicher Gewalt (5 % aller Probanden; $n = 4$). Keiner der Probanden gab an, Täter von sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt oder erzwungenem Geschlechtsverkehr gewesen zu sein. Eine Übersicht bietet Tab. 4.

Tab. 4: Art und Häufigkeit von Tätererfahrungen der Probanden gegenüber Mitpatienten

Tätererfahrungen der Probanden ($N = 87$) gegen Mitpatienten werden differenziert nach Art der Gewalt und Häufigkeit angezeigt; Prozentzahlen beziehen sich auf die Häufigkeit innerhalb einer Art von Gewalt.

		nie	einmal	mehrfach
Emotional	Anzahl	81	3	3
	Zeilenprozent	93.1%	3.4%	3.4%
Körperlich	Anzahl	83	4	0
	Zeilenprozent	95.4%	4.6%	0.0%
Sexuell ohne Körperkontakt	Anzahl	85	0	2
	Zeilenprozent	97.7%	0.0%	2.3%
Sexuell mit Körperkontakt	Anzahl	87	0	0
	Zeilenprozent	100.0%	0.0%	0.0%
Sexuell mit Geschlechtsverkehr	Anzahl	87	0	0
	Zeilenprozent	100.0%	0.0%	0.0%

Als Zusammenfassung der Ergebnisse zu spezifischen Aspekten von Gewalt während der stationären Behandlung bietet Tab. 5 eine Übersicht aller Angaben der Probanden zu Gewaltkontakt innerhalb der Klinik.

Tab. 5: Übersicht Art und Häufigkeit von Gewalt- und Tätererfahrungen

Dargestellt ist die Anzahl der Angaben zu Gewalterfahrungen gegen sich bzw. Tätererfahrungen gegen Mitpatienten differenziert nach Art der Gewalt; ergänzende Angaben des jeweiligen Anteils an allen Probanden (N = 87).

		Gewalterfahrung	Tätererfahrung
Emotional	Anzahl	30	6
	% aller Probanden	35%	6%
Körperlich	Anzahl	5	4
	% aller Probanden	5%	5%
Sexuell	Anzahl	9	2
	% aller Probanden	9%	2%

Forschungsfrage 1c: Gab es aus Patientensicht Beschwerdemöglichkeiten und Hilfe von Seiten der Klinik?

Die Frage nach der Möglichkeit, sich bei Gewalterfahrungen zu beschweren sowie die Frage nach Hilfe von Seiten der Klinik, wurde im Fragebogen explizit an Probanden gerichtet, die Gewalt in der KJPPP Würzburg erlebt haben. Beide Fragen wurden jedoch in einigen Fällen unabhängig vom Vorliegen von Gewalterfahrung beantwortet, wobei Angaben der Probanden ohne Gewalterfahrung in 35 % (n = 19; Beschwerdemöglichkeiten) bzw. 28 % (n = 15; Hilfe) und der Probanden mit Gewalterfahrung in 82 % (n = 27) vorliegen.

In den vorhandenen Antworten fallen deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen auf, wobei der überwiegende Anteil der Probanden ohne Gewalterfahrung die Möglichkeit bejahte, sich in der Klinik zu beschweren (79 % der Probanden ohne Gewalterfahrung; n = 15) bzw. Hilfe von Seiten der Klinik zu bekommen (60 % der Probanden ohne Gewalterfahrung; n = 9). Dagegen bejahte eine Minderheit der Probanden mit Gewalterfahrung Beschwerdemöglichkeiten (44 % der Probanden mit Gewalterfahrung; n = 12) und nur ein kleiner Anteil, Hilfe erhalten zu haben (26 % der Probanden mit

Gewalterfahrung; $n = 7$). Eine graphische Übersicht der Antworten beider Gruppen ist in Abb. 3 dargestellt.

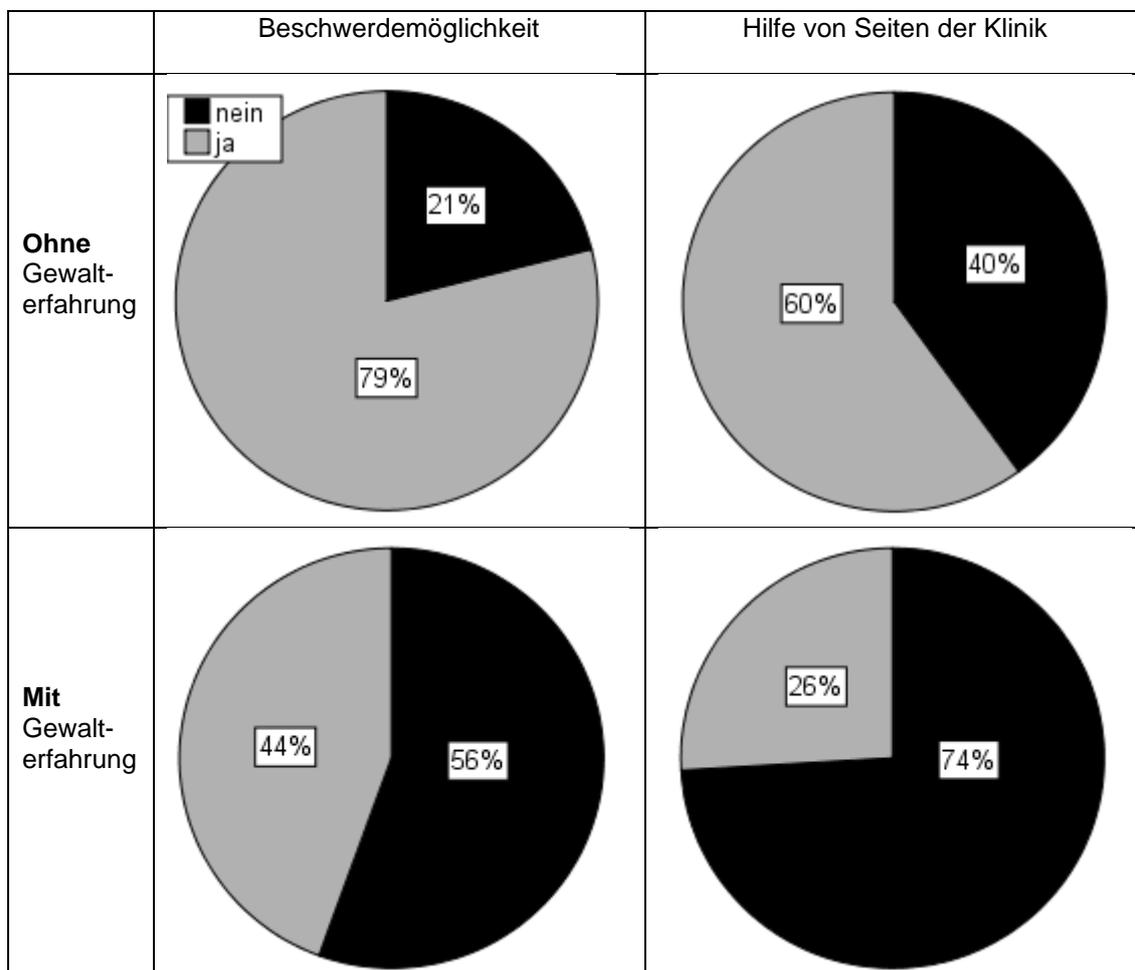


Abb. 3: Beschwerdemöglichkeiten und Hilfe von Seiten der Klinik

Dargestellt sind links die Antworten auf die Frage nach Beschwerdemöglichkeiten und rechts die Angaben, Hilfe von Seiten der Klinik erhalten zu haben; getrennt nach oben Probanden ohne und unten mit Gewalterfahrung.

3.2 Gewalterfahrung und personen- und behandlungsbezogene Merkmale

Forschungsfrage 2: Besteht ein Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung bezüglich personen- oder behandlungsbezogenen Merkmalen?

2a) Gewalterfahrung und Alter bei Aufnahme

Die Häufigkeiten von Angaben der Probanden zu Gewalterfahrungen während ihres stationären Aufenthaltes ist in Abb. 4 in Bezug auf das Alter zum Beginn der Behandlung dargestellt. Dabei ist der Anteil von Probanden mit Gewalterfahrung in der Gruppe der 14-Jährigen mit 73 % ($n = 8$) am größten. Nur in dieser Altersgruppe überwiegt der Anteil der Probanden mit Gewalterfahrung. Am niedrigsten ist er unter den 10-Jährigen mit 13 % ($n = 1$).

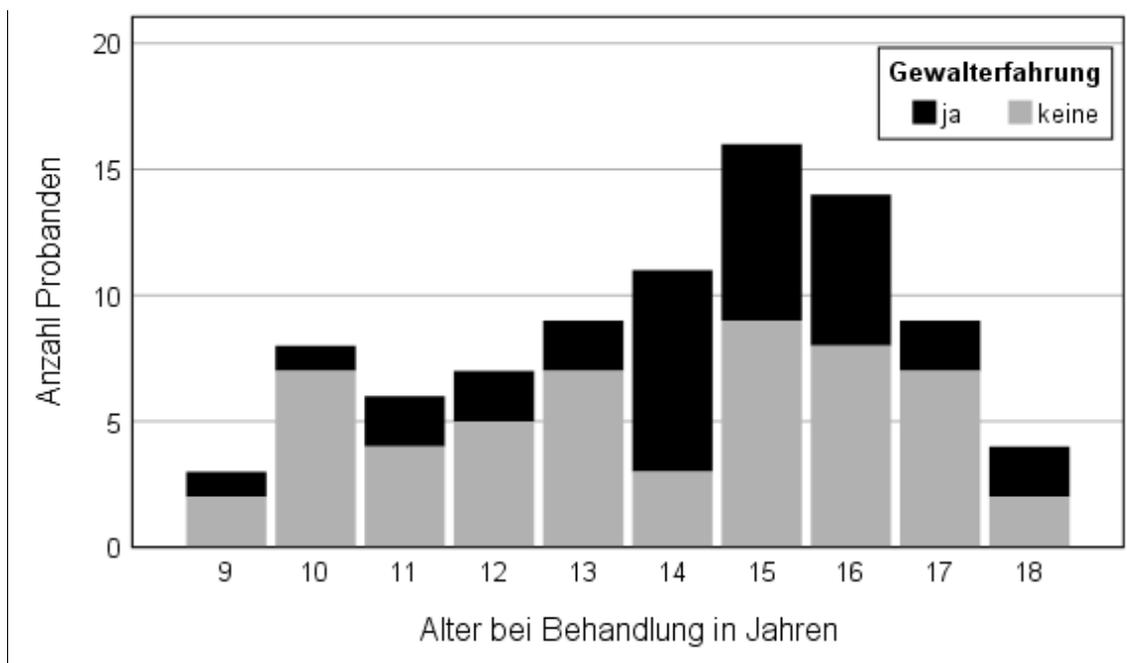


Abb. 4: Gewalterfahrung und Alter bei Behandlung

Abgebildet ist die Anzahl der Probanden mit ($n = 33$) oder ohne ($n = 54$) Gewalterfahrung während des stationären Aufenthaltes differenziert nach Alter der Probanden zum Aufnahmezeitpunkt.

Die Anzahl der Probanden der jeweiligen Altersgruppen sind: 9 Jahre ($n = 3$), 10 Jahre ($n = 8$), 11 Jahre ($n = 6$), 12 Jahre ($n = 7$), 13 Jahre ($n = 9$), 14 Jahre ($n = 11$), 15 Jahre ($n = 16$), 16 Jahre ($n = 14$), 17 Jahre ($n = 9$) und 18 Jahre ($n = 4$).

In Bezug auf das Alter zum Aufnahmezeitpunkt lässt sich kein Unterschied zwischen Patienten mit ($Mdn = 15.00$) und ohne ($Mdn = 14.00$) Gewalterfahrung während der stationären Behandlung feststellen (zweiseitiger Mann-Whitney-U-Test: $z(54,33) = -0.88, p = .381$).

2b) Gewalterfahrung und Geschlecht

Bei der Differenzierung von Gewalterfahrungsangaben nach dem Geschlecht der Probanden sind unterschiedliche Anteile zu erkennen. Während 42 % ($n = 25$) aller weiblichen Probanden Gewalterfahrungen angaben, liegt der Anteil bei den männlichen Probanden bei 29 % ($n = 8$).

Ein signifikanter Unterschied bezüglich des Geschlechts zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung ist anhand dieser Daten nicht nachzuweisen (zweiseitiger Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1, N = 87) = 1.54, p = .245$).

2c) Gewalterfahrung und Dauer des Klinikaufenthaltes

Der Anteil der Probanden, die Angaben zu Gewalterfahrungen machten, differenziert nach der Dauer des stationären Aufenthaltes, ist in Abb. 5 dargestellt. Bei Probanden mit mehreren Aufnahmen wurde jeweils der längste Aufenthalt auf einer offenen Station betrachtet. Dabei wurden zur besseren Lesbarkeit Zeiträume von jeweils einem Monat zu Gruppen zusammengefasst. Der geringste Anteil von angegebenen Gewalterfahrungen ist in der großen Gruppe der Probanden mit ein bis zwei Monaten Aufenthalt mit 32 % ($n = 12$) zu verzeichnen. Dagegen ist dieser Anteil in der Gruppe mit einem Aufenthalt von drei bis vier Monaten mit 50 % ($n = 4$) am höchsten.

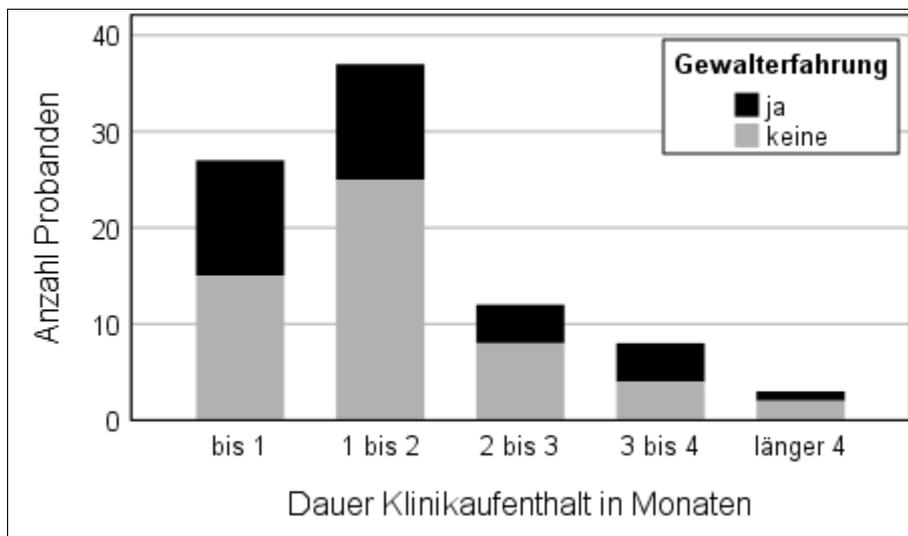


Abb. 5: Gewalterfahrung und Dauer des Klinikaufenthaltes

Die Anzahl der Probanden mit ($n = 33$) oder ohne ($n = 54$) Gewalterfahrung ist jeweils in Gruppen nach Dauer des längsten Klinikaufenthaltes abgebildet; Klassierung in Monate.

Die Anzahl der Probanden in den jeweiligen Gruppen beträgt: Bis 1 Monat ($n = 27$), 1 bis 2 Monate ($n = 37$), 2 bis 3 Monate ($n = 12$), 3 bis 4 Monate ($n = 8$) und länger 4 Monate ($n = 3$).

Insgesamt ist kein systematischer Unterschied zwischen Patienten mit ($Mdn = 49.00$) und ohne ($Mdn = 42.50$) Gewalterfahrung während der stationären Behandlung bezogen auf die Dauer des Klinikaufenthaltes festzustellen (zweiseitiger Mann-Whitney-U-Test: $z(54,33) = -0.03$, $p = .981$).

2d) Gewalterfahrung und Art der Station (offen geführte Station oder Intensiveinheit)

Angaben zu Gewalterfahrungen werden hier in Bezug auf die Aufnahme auf verschiedene Stationen betrachtet. Dabei werden die Angaben der Probanden ausschließlich offen geführter Stationen ($n = 68$) mit den Probanden verglichen, die mindestens einmal in der Intensiveinheit der KJPPP aufgenommen waren ($n = 19$). Der Anteil von Gewalterfahrungen unter Probanden, die nie auf Intensivstation aufgenommen wurden, lag mit 37 % ($n = 25$) geringfügig unter dem Anteil von 42 % ($n = 8$) der Patienten, die einmal oder mehrfach auf Intensivstation aufgenommen wurden. Die jeweiligen Anteile sind in Tab. 6 im Detail aufgeführt.

Tab. 6: Gewalterfahrung und Anzahl Aufnahmen auf Intensivstation

Angegeben ist die Anzahl von Probanden ohne ($n = 54$) oder mit ($n = 33$) Gewalterfahrung differenziert nach Häufigkeit von Aufnahmen auf Intensiveinheit der Klinik; die Zeilenprozent geben den Anteil pro Gruppe mit jeweils gleicher Anzahl von Intensivaufnahmen an.

Anzahl Aufnahmen auf Intensivstation		Gewalterfahrung		Gesamt
		keine	ja	
0	Anzahl	43	25	68
	Zeilenprozent	63.2%	36.8%	100.0%
1	Anzahl	8	4	12
	Zeilenprozent	66.7%	33.3%	100.0%
2	Anzahl	2	3	5
	Zeilenprozent	40.0%	60.0%	100.0%
3	Anzahl	1	1	2
	Zeilenprozent	50.0%	50.0%	100.0%

Ein systematischer Unterschied der Probanden mit und ohne Gewalterfahrung bezüglich der Art der Station besteht nicht. Im Test werden Probanden offen geführter Stationen mit Probanden, die mindestens einmal in der Intensiveinheit aufgenommen wurden, verglichen (zweiseitiger Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1, N = 87) = 0.18, p = .790$).

2e) Gewalterfahrung und Anzahl der Aufnahmen

Hier wird der Anteil von Gewalterfahrungsangaben innerhalb der Gruppen von Probanden betrachtet, die im Beobachtungszeitraum jeweils die gleiche Anzahl stationärer Aufnahmen in der KJPPP Würzburg aufweisen. In der größten Probandengruppe mit genau einer Aufnahme ($n = 57$) lag dieser Anteil bei 37 % ($n = 22$). Die Angaben der weiteren Probandengruppen sind Abb. 6 zu entnehmen, wobei zur besseren Lesbarkeit alle Probanden mit 5 – 8 Aufnahmen in einer Gruppe graphisch zusammengefasst sind.

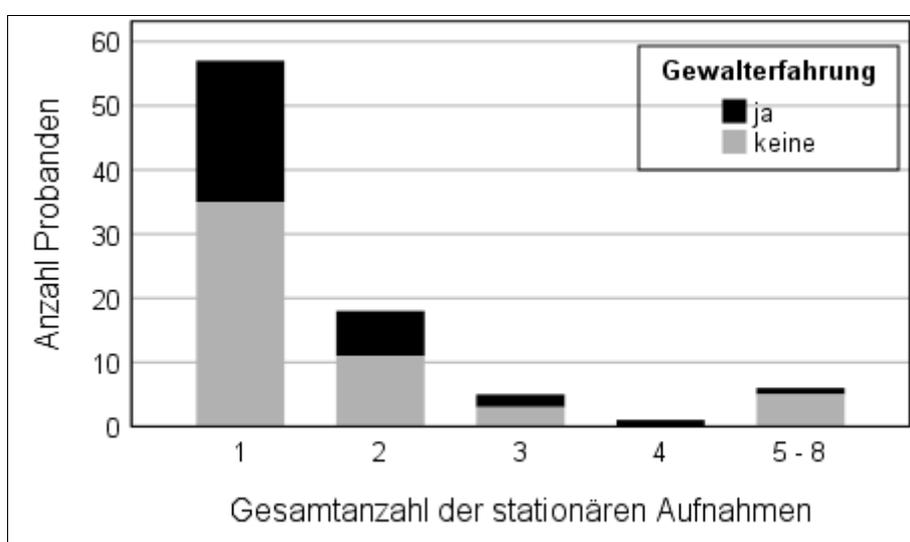


Abb. 6: Gewalterfahrung und Anzahl der stationären Aufnahmen

Dargestellt ist die Anzahl der Patienten mit ($n = 33$) oder ohne ($n = 54$) Gewalterfahrung während des stationären Aufenthaltes differenziert nach der Anzahl der Aufnahmen.

Die Anzahl der Probanden beträgt in den Gruppen jeweils: 1 Aufnahme ($n = 57$), 2 Aufnahmen ($n = 18$), 3 Aufnahmen ($n = 5$), 4 Aufnahmen ($n = 1$) und 5 bis 8 Aufnahmen ($n = 6$).

Es besteht im Test kein signifikanter Unterschied der Gruppe mit ($Mdn = 1.00$) und ohne ($Mdn = 1.00$) Gewalterfahrung in Bezug auf die Anzahl der stationären Aufnahmen (zweiseitiger Mann-Whitney-U-Test: $z(54,33) = -0.30$, $p = .764$).

Zusammenfassend ist aufgrund aller zur Forschungsfrage untersuchten Daten kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung bezüglich personen- oder behandlungsbezogenen Merkmalen nachzuweisen.

3.3 Gewalterfahrung und Behandlungserfolg

Forschungsfrage 3: Besteht ein Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung in Bezug auf den Erfolg der Behandlung im Kindes- und Jugendalter?

Hypothese: Es besteht ein Unterschied im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung.

Die Ergebnisse des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung FBB-K, inklusive seiner Unterskalen, sind in Tab. 7 wiedergegeben. Die Spanne der angekreuzten Antworten lag bei allen Skalen zwischen 0 und 4, was auch dem möglichen anzukreuzenden Wertebereich im Fragebogen entspricht. Die Beurteilung des Erfolgs der Behandlung ($M = 2.34$, $SD = 1.24$) unterschied sich nur geringfügig von der Beurteilung der Beziehung zum Therapeuten ($M = 2.49$, $SD = 1.23$), wobei beide in den Gesamtwert der Behandlungsbeurteilung durch die Probanden einfließen ($M = 2.41$, $SD = 1.17$).

Tab. 7: Beurteilung der Behandlung durch die Probanden im FBB-K

Die drei Skalen des FBB-K aller Probanden ($N = 87$) sind im Hinblick auf zentrale Tendenz und Varianz sowie Extremwerte aufgeführt.

	Erfolg der Behandlung	Beziehung zum Therapeuten	Behandlungs- beurteilung
<i>Mittelwert</i>	2.34	2.49	2.41
<i>Std.-Abweichung</i>	1.24	1.23	1.17
<i>Minimum</i>	0	0	0
<i>Maximum</i>	4	4	4

Werden dieselben Skalen jeweils in einer Probandengruppe ohne und einer Probandengruppe mit Gewalterfahrung gebildet, lassen sich deutliche Unterschiede erkennen. Eine graphische Darstellung ist in Abb. 7 zu finden.

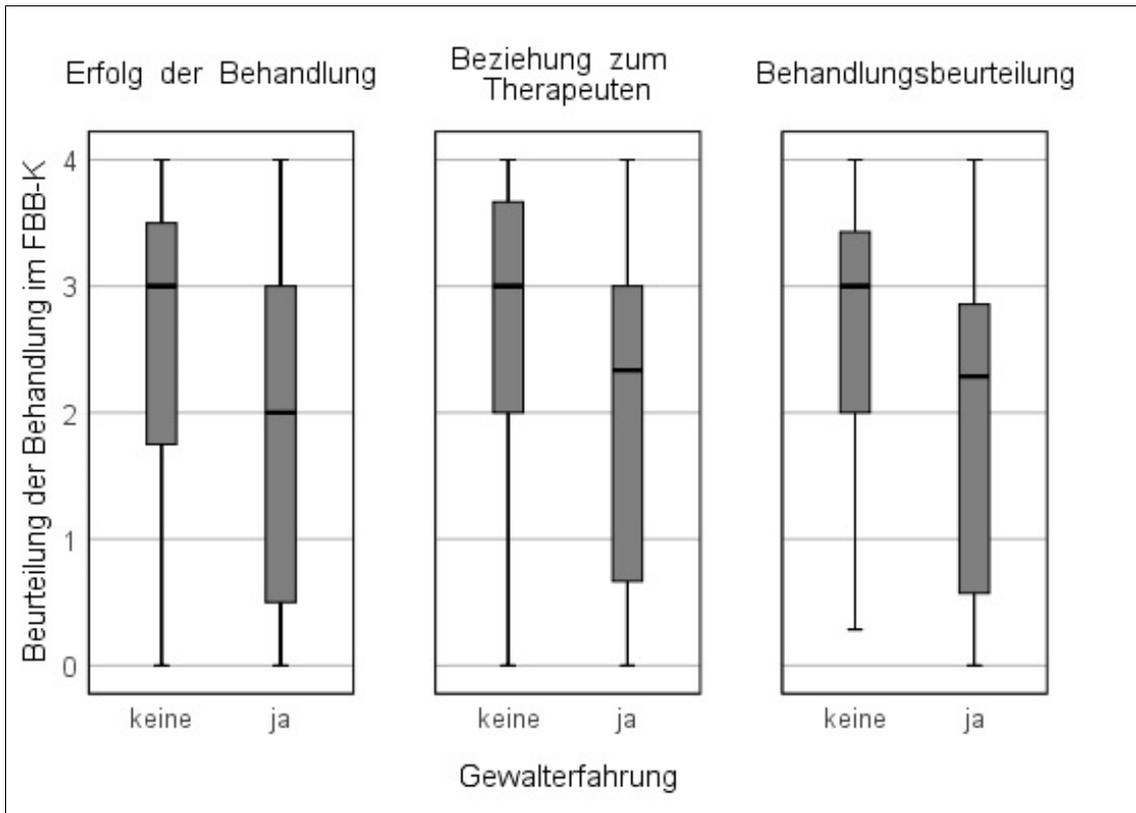


Abb. 7: Gewalterfahrung und Behandlungserfolg

Die Beurteilung der Behandlung durch die Probanden ist auf den drei Skalen des FBB-K als Maß für den Behandlungserfolg wiedergegeben; Differenzierung nach Probanden ohne ($n = 33$) und Probanden mit ($n = 54$) Gewalterfahrung.

Im einseitigen Mann-Whitney-U-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Probanden ohne ($Mdn = 3.00$) und mit ($Mdn = 2.29$) Gewalterfahrung auf der Gesamtskala des FBB-K zur Behandlungsbeurteilung ($z(54; 33) = -2,890, p = .002$). Die ebenfalls signifikanten Werte bezüglich des Erfolgs der Behandlung und der Beziehung zum Therapeuten sind Tab. 8 zu entnehmen.

Zusammenfassend lässt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung in Bezug auf den Erfolg der Behandlung im Kindes- und Jugendalter zeigen und die Hypothese somit bestätigen.

Tab. 8: Gewalterfahrung und Beurteilung der Behandlung durch die Probanden im FBB-K

Unterschiede zwischen den Probandengruppen ohne ($n = 33$) und mit ($n = 54$) Gewalterfahrung bezüglich der Behandlungsbeurteilung werden aufgeführt und im einseitigen Mann-Whitney-U-Test, unter Angabe von z-Wert und Signifikanzniveau p , getestet.

FBB-K	Ohne Gewalterfahrung		Mit Gewalterfahrung		Mann-Whitney-U	
	Anzahl	Median	Anzahl	Median	z	p, einseitig
Erfolg der Behandlung	54	3.00	33	2.00	-2.828**	.002
Beziehung zum Therapeuten	54	3.00	33	2.33	-2.581**	.005
Behandlungs- beurteilung	54	3.00	33	2.29	-2.890**	.002

3.4 Zufriedenheit mit der Behandlung und aktuelle Lebensqualität

Forschungsfrage 4: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Behandlung im Kindes- und Jugendalter und der Lebensqualität im Erwachsenenalter?

Hypothese: Es besteht ein positiver Zusammenhang.

Die Zufriedenheit mit der Behandlung in der KJPPP Würzburg wird einerseits durch den FBB-K und andererseits durch die Beurteilung allgemeiner Aspekte des stationären Aufenthaltes quantifiziert. Die Ergebnisse des FBB-K sind im Detail Tab. 7 im Abschnitt 3.3 zu entnehmen.

Die Beurteilungen nicht-behandlungsspezifischer Aspekte durch die Probanden sind in Tab. 9 aufgeführt. In allen Bereichen gab es sowohl einzelne Angaben in der geringsten Kategorie (0, sehr unzufrieden) als auch in der höchsten (4, sehr zufrieden). Die Mittelwerte in den einzelnen Bereichen lagen zwischen 1.9 (Möglichkeit, die Behandlung selbst mitzugestalten) und 2.9 (Beziehung zu Mitpatienten).

Tab. 9: Beurteilung allgemeiner Aspekte des stationären Aufenthaltes durch die Probanden

Die einzelnen Bereiche entsprechen den jeweiligen Items im Fragebogen und können dort mit 0 (sehr unzufrieden) bis 4 (sehr zufrieden) bewertet werden; Beurteilung durch alle Probanden (N = 87).

	Räumlichkeiten	Verpflegung	Mitpatienten	Pflegeteam	Kontaktmöglichkeit	Mitgestaltung	Gesamtstimmung
<i>Mittelwert</i>	2.2	2.5	2.9	2.7	2.1	1.9	2.5
<i>Std.-Abw.</i>	0.88	1.00	.91	1.13	1.22	1.12	1.00
<i>Minimum</i>	0	0	0	0	0	0	0
<i>Maximum</i>	4	4	4	4	4	4	4

Die Lebensqualität der Probanden wurde anhand der fünf Skalen des WHOQOL – BREF Fragebogens bewertet (physische, psychische Lebensqualität, soziale Beziehungen, Umweltfaktoren, globale Lebensqualität). Diese umfassen den Wertebereich 0-100, mit 100 als bestmöglichen Wert der Lebensqualität. Die durchschnittliche Lebensqualität der Probanden war am niedrigsten im Bereich Psychisch ($M = 62.91$, $SD = 22.05$) und am höchsten in

Bezug auf die Umweltfaktoren ($M = 75.88$, $SD = 14.86$). Alle weiteren Ergebnisse sind Tab. 10 zu entnehmen. Eine inhaltliche Einordnung dieser Daten zur Lebensqualität der Probanden wird durch einen Vergleich mit Referenzdaten aus der Allgemeinbevölkerung ersichtlich und folgt unter Forschungsfrage 5.

Tab. 10: Lebensqualität aller Probanden im WHOQOL – BREF

Die fünf Skalen bilden die Lebensqualität der Probanden ($N = 87$) in den verschiedenen Bereichen ab.

	1: Physisch	2: Psychisch	3: Soziale Beziehungen	4: Umwelt	5: Global
Mittelwert	74.93	62.91	66.22	75.88	68.90
Std.-Abweichung	20.68	22.50	22.63	14.86	21.92

Zur Überprüfung der oben genannten Hypothese dient der Gesamtwert Behandlungsbeurteilung des FBB-K als Maß für die Behandlungszufriedenheit. Dessen positiver Zusammenhang mit dem Globalwert der Lebensqualität im WHOQOL – BREF wurde im einseitigen Rangkorrelationstest nach Spearman belegt, wodurch sich die Hypothese bestätigen lässt ($r_s(86) = .26$, $p = .007$). Weiterhin lässt sich auf allen anderen Skalen des WHOQOL – BREF zur Lebensqualität ein signifikanter positiver Zusammenhang zu der Behandlungszufriedenheit beschreiben, wie in Tab. 11 dargestellt ist.

Tab. 11: Zufriedenheit mit der Behandlung im Kindes- und Jugendalter und Lebensqualität

Dargestellt sind Anzahl der Probanden n , Korrelationskoeffizient r_s und Signifikanzniveau p des Rangkorrelationstests nach Spearman zum Zusammenhang zwischen der Behandlungsbeurteilung im FBB-K und der Lebensqualität im WHOQOL – BREF.

	1: Physisch	2: Psychisch	3: Soziale Beziehungen	4: Umwelt	5: Global
n	86	86	84	86	86
r_s	.288**	.242*	.308**	.236*	.263**
p (einseitig)	.004	.012	.002	.014	.007

Insgesamt ist ein mittelstarker positiver Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Behandlung im Kindes- und Jugendalter und der Lebensqualität im Erwachsenenalter nachzuweisen.

3.5 Aktuelle Lebensqualität - Vergleich von Probanden und Allgemeinbevölkerung

Forschungsfrage 5: Wie hoch ist die aktuelle Lebensqualität ehemaliger Patienten im Vergleich zu derjenigen einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung?

Hypothese: Die Lebensqualität ehemaliger Patienten ist geringer.

Der WHOQOL – BREF liefert altersgestaffelte Normwerte zur Lebensqualität separat für alle Personen bis 25 Jahre ($n = 52$ in der Probandengruppe; $n = 116$ in der Stichprobe der Allgemeinbevölkerung) sowie für alle 26- bis 35-Jährigen ($n = 34$ in der Probandengruppe; $n = 180$ in der Stichprobe der Allgemeinbevölkerung).

In der Gruppe bis 25 Jahre war die physische Lebensqualität, sowohl unter den Probanden ($M = 75.55$, $SD = 20.38$) als auch in der Allgemeinbevölkerung ($M = 86.63$, $SD = 13.42$), am höchsten. Den schlechtesten Wert erreichten die Probanden im Bereich psychische Lebensqualität ($M = 64.87$, $SD = 19.78$), der deutlich unter der Norm ($M = 78.49$, $SD = 14.54$) lag.

In der Gruppe der 26- bis 35-jährigen Probanden ist eine ähnliche Verteilung zu beobachten. Hier bestand die höchste Lebensqualität im Bereich Umwelt ($M = 77.19$, $SD = 14.20$), die, wie auch in der jüngeren Altersgruppe, über dem Normwert ($M = 71.47$, $SD = 13.54$) lag. Die psychische Lebensqualität der Probanden dieser Altersgruppe ($M = 59.90$, $SD = 26.16$) war noch geringer als bei den Probanden bis 25 Jahre und lag weit unter der Norm ($M = 77.62$, $SD = 14.95$). Zur graphischen Übersicht sind in Abb. 8 (bis 25 Jahre) und Abb. 9 (26 bis 35 Jahre) sowohl die Werte der Probanden beider Altersgruppen aufgetragen, als auch die jeweiligen Normwerte markiert. Zur besseren Lesbarkeit ist dabei ausschließlich die obere Hälfte möglicher Werte des WHOQOL – BREF abgebildet.

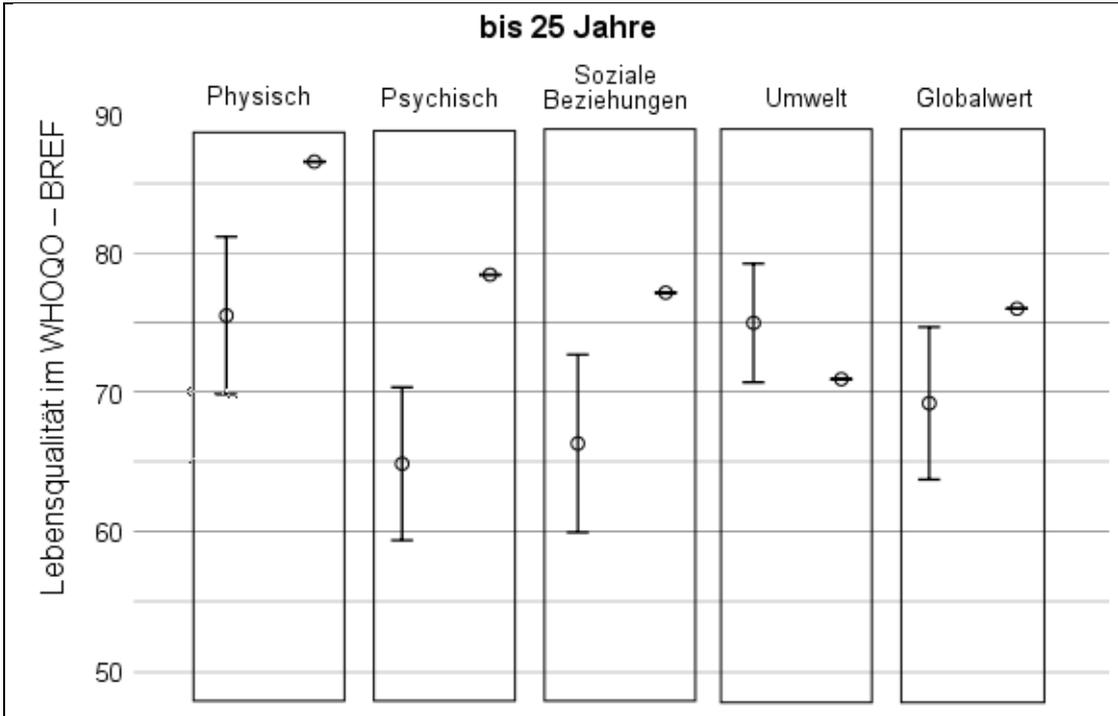


Abb. 8: Lebensqualität Probanden und Allgemeinbevölkerung bis 25 Jahre

Beschreibung s.u.

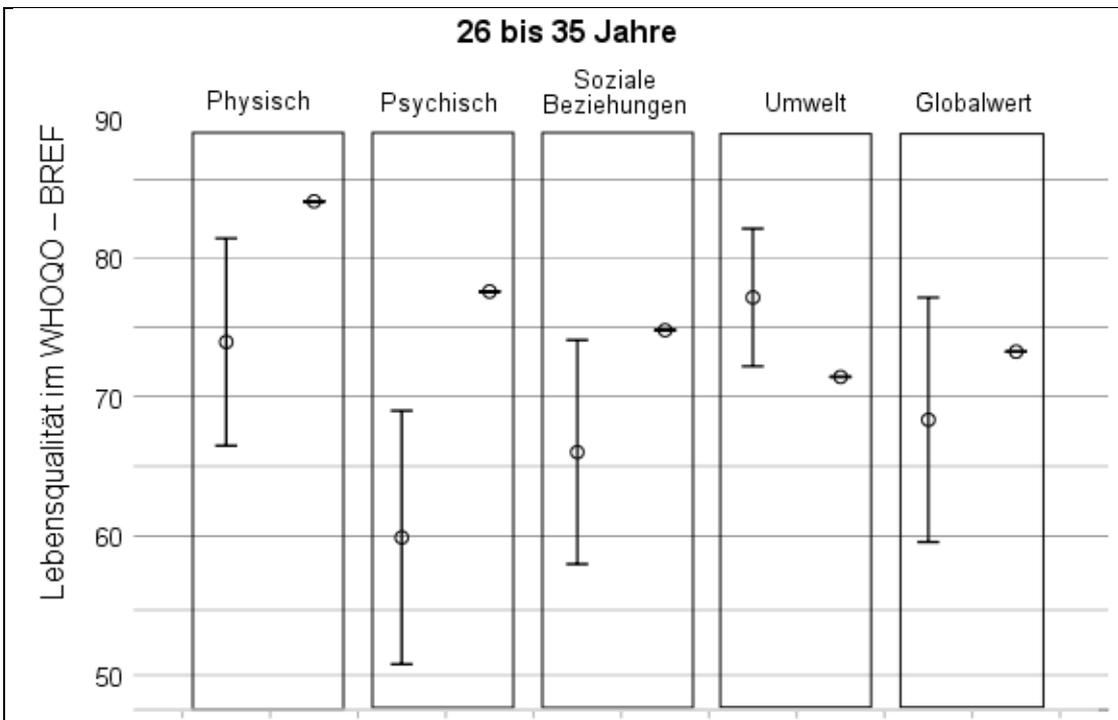


Abb. 9: Lebensqualität Probanden und Allgemeinbevölkerung von 26 bis 35 Jahren

Die Lebensqualität der Probanden oben bis 25 Jahre ($n = 52$) und unten von 26 bis 35 Jahren ($n = 34$) ist auf den fünf Skalen des WHOQOL – BREF dargestellt als Fehlerbalken mit 95 % Konfidenzintervall. Die Normwerte aus der entsprechenden Altersgruppe der Allgemeinbevölkerung sind jeweils rechts daneben abgetragen.

Zur Untersuchung der Forschungsfrage wurde der Globalwert der Lebensqualität von Probanden und Allgemeinbevölkerung im Einstichproben-t-Test verglichen. In der Probandengruppe bis 25 Jahre war die globale Lebensqualität signifikant geringer als in der Normstichprobe der Allgemeinbevölkerung ($t(51) = -2.49$, $p = .016$). In der Altersgruppe der 26 bis 35-Jährigen war dieser Unterschied nicht signifikant ($t(33) = -1.13$, $p = .265$). Für die weiteren Skalen des WHOQOL – BREF zur Lebensqualität lässt sich für beide Altersgruppen eine signifikant schlechtere Lebensqualität der Probanden gegenüber der Allgemeinbevölkerung beschreiben. Eine Ausnahme bildet die Skala Umwelt, auf der die Probanden signifikant bessere Werte aufwiesen. In Tab. 12 (bis 25 Jahre) und Tab. 13 (26 bis 35 Jahre) sind die Werte beider Probandengruppen und der Vergleich mit den Normwerten im Einstichproben-t-Test dargestellt.

Tab. 12: Lebensqualität der Probanden bis 25 Jahre im WHOQOL – BREF

Die fünf Skalen bilden die Lebensqualität der Probanden ($n = 52$) ab. Zum Vergleich dienen Normwerte aus einer altersadaptierten Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung ($n = 116$); Einstichproben-t-Test unter Angabe von t-Werten, Freiheitsgraden df und p-Werten.

bis 25 Jahre					
	1: Physisch	2: Psychisch	3: Soziale Beziehungen	4: Umwelt	5: Global
<i>M (Probanden)</i>	75.55	64.87	66.33	75.02	69.23
<i>SD (Probanden)</i>	20.38	19.78	22.52	15.35	19.72
<i>M (Normwert)</i>	86.63	78.49	77.20	70.97	76.04
<i>SD (Normwert)</i>	13.42	14.54	16.28	13.27	15.93
<i>t</i>	-3.92**	-4.97**	-3.41**	+1.90	-2.49*
<i>df</i>	51	51	49	51	51
<i>p (zweiseitig)</i>	< .001	< .001	.001	.063	.016

Tab. 13: Lebensqualität der Probanden von 26 bis 35 Jahren im WHOQOL – BREF

Angegeben sind die Lebensqualität der Probanden ($n = 34$) und die jeweiligen Normwerte ($n = 180$) sowie der Einstichproben-t-Test zum Vergleich der Werte.

26 bis 35 Jahre					
	1: Physisch	2: Psychisch	3: Soziale Beziehungen	4: Umwelt	5: Global
<i>M (Probanden)</i>	73.98	59.90	66.05	77.19	68.38
<i>SD (Probanden)</i>	21.40	26.16	23.12	14.20	25.23
<i>M (Normwert)</i>	84.11	77.62	74.83	71.47	73.29
<i>SD (Normwert)</i>	13.98	14.95	18.61	13.54	15.68
<i>t</i>	-2.76**	-3.95**	-2.21*	+2.35	-1.13
<i>df</i>	33	33	33	33	33
<i>p (zweiseitig)</i>	.009	< .001	.034	.025	.265

Insgesamt ist die aktuelle Lebensqualität ehemaliger Patienten im Vergleich zu derjenigen einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung in den meisten erhobenen Bereichen signifikant geringer. Dies gilt nicht für die globale Lebensqualität der 26 bis 35-Jährigen. Eine weitere Ausnahme bildet der Bereich Umwelt, in dem die Probanden eine höhere Lebensqualität aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Die Hypothese kann somit nur eingeschränkt beibehalten werden.

3.6 Gewalterfahrung und aktuelle Lebensqualität

Forschungsfrage 6: Besteht ein Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung bezüglich der Lebensqualität im Erwachsenenalter?

Hypothese: Es besteht ein Unterschied in der Lebensqualität im Erwachsenenalter zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung.

Zur Untersuchung der Gruppen bezüglich der aktuellen Lebensqualität der Probanden wurde der WHOQOL – BREF (physische, psychische Lebensqualität, soziale Beziehungen, Umweltfaktoren, globale Lebensqualität) getrennt für die Gruppe der Probanden mit ($n = 32$) bzw. ohne Gewalterfahrung ($n = 54$) betrachtet. In allen Bereichen der Lebensqualität war festzustellen, dass die Probanden mit Gewalterfahrung geringere Werte aufwiesen als die Probanden ohne Gewalterfahrung. Eine graphische Übersicht bietet Abb. 10.

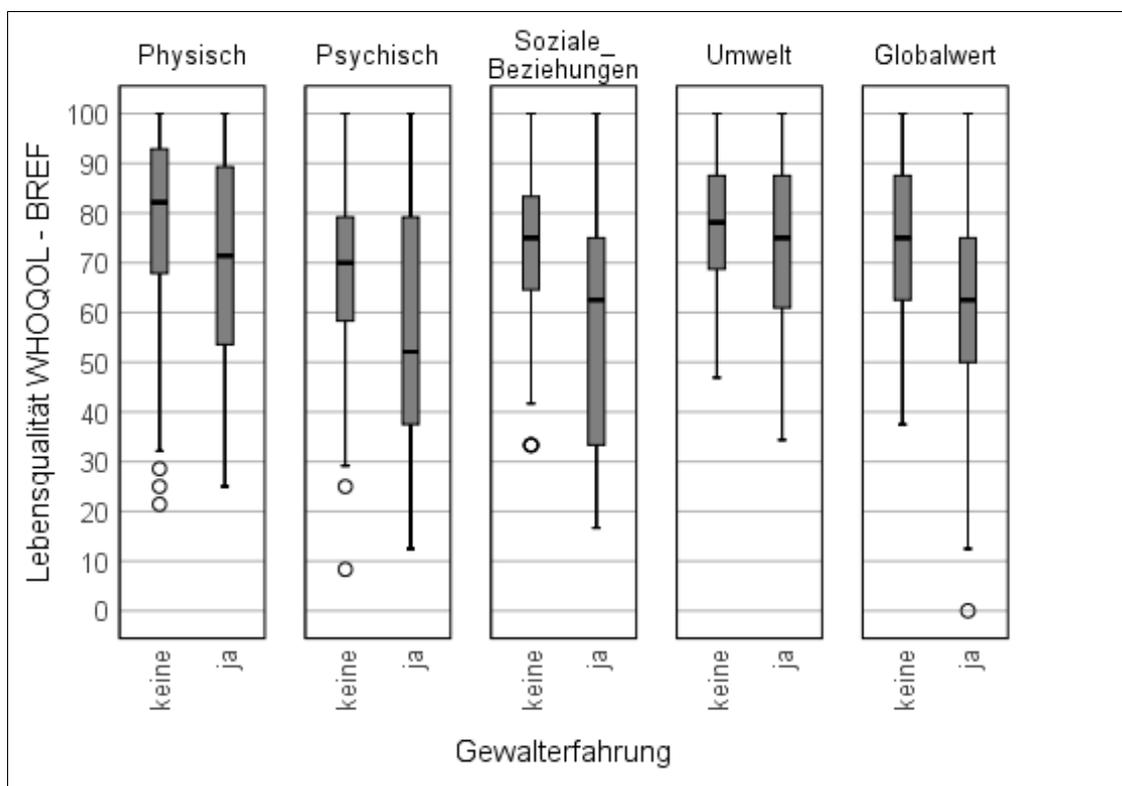


Abb. 10: Gewalterfahrung und aktuelle Lebensqualität

Abgebildet ist die Lebensqualität der Probanden im Erwachsenenalter auf den Skalen des WHOQOL – BREF getrennt nach Gruppen ohne ($n = 54$) und mit ($n = 32$) Gewalterfahrung.

Bei Betrachtung der globalen Lebensqualität im einseitigen Mann-Whitney-U-Test war ein signifikanter Unterschied in den Probandengruppen ohne ($Mdn = 75.00$) bzw. mit Gewalterfahrungen ($Mdn = 62.50$) nachweisbar ($z(54,32) = -2.11, p = .017$). Auch in den Bereichen psychische Lebensqualität sowie soziale Beziehungen lässt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen beschreiben. Dagegen war dieser Unterschied bezogen auf die Skalen Physisch und Umweltfaktoren nicht signifikant. Alle Werte sind in Tab. 14 dargestellt.

Tab. 14: Gewalterfahrung und aktuelle Lebensqualität

Gezeigt werden Unterschiede der Probanden ohne ($n = 54$) und mit ($n = 32$) Gewalterfahrung in den einzelnen Bereichen der Lebensqualität im WHOQOL – BREF und die teststatistische Auswertung im Mann-Whitney-U-Test unter Angabe von z-Wert und p-Wert.

	1: Physisch	2: Psychisch	3: Soziale Beziehungen	4: Umwelt	5: Global
Median (Ohne Gewalterfahrung; n = 54)	82.14	70.00	75.00	78.13	75.00
Median (Mit Gewalterfahrung; n = 32)	71.43	52.08	62.50	75.00	62.50
z	-1.46	-1.67**	-2.75**	-.86	-2.11*
p (einseitig)	.073	.048	.003	.195	.017

Zusammenfassend besteht bezüglich der Lebensqualität im Erwachsenenalter ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrung während der stationären Behandlung, was in Einklang mit der Forschungshypothese steht. Bei differenzierter Betrachtung aller Bereiche der Lebensqualität ist dieses Ergebnis für die Skalen physische Lebensqualität sowie Umweltfaktoren einzuschränken, da hier kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden kann.

4 Diskussion

4.1 Einordnung und Interpretation

Angaben zu Gewalterfahrungen gegen sich selbst während des stationären Aufenthaltes in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie KJPPP des Universitätsklinikums Würzburg machten insgesamt 38 % der befragten ehemaligen Patienten. Zusätzlich zu eigenen Gewalterfahrungen selbst Gewalt gegen Mitpatienten angewendet zu haben, traf auf 8 % der Probanden zu und 2 % aller Probanden wendeten ausschließlich selbst Gewalt an. Am häufigsten wurde von emotionaler Gewalt berichtet (Gewalterfahrung 35 % vs. Tätererfahrung 6%), wobei als Täter zumeist Mitarbeiter des Pflorgeteams und Mitpatienten sowie vereinzelt Therapeuten genannt wurden. Seltener waren Angaben zu körperlicher Gewalt (5 % vs. 5 %) und sexueller Gewalt mit oder ohne Körperkontakt (9 % vs. 2 %), die überwiegend von Mitpatienten ausging. Weniger als die Hälfte (44 %) der betroffenen Probanden gab an, in der Klinik die **Möglichkeit zur Beschwerde** gehabt zu haben und nur ein Viertel (26 %), **Hilfe erhalten** zu haben.

Da die allgemeinen Prävalenzen in unterschiedlichen Studien zu Kindesmisshandlung und -missbrauch, insbesondere durch eine große Bandbreite unterschiedlicher Forschungsdesigns und erfassten Zeiträumen, hohe Schwankungen aufweisen, ist ein Vergleich nur eingeschränkt repräsentativ (Witt et al., 2018). Die noch immer dürftige Datenlage zu Prävalenzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie KJP wurde durch die vorliegende Studie in einem explorativen Ansatz erweitert, sodass nun erstmals Daten für die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie KJPPP des Universitätsklinikums Würzburg in den Jahren 2006 und 2007 vorliegen.

Geeignete nationale oder internationale Vergleichsdaten aus dem Bereich der KJP stehen bis dato nicht zur Verfügung. Im Vergleich mit Prävalenzen einer weltweiten Metaanalyse von Kindesmisshandlung und -missbrauch zeigen sich Unterschiede je nach Art der Gewalt (Stoltenborgh et al., 2015). Während die

Häufigkeit emotionaler Gewalt fast gleich ist (Nachbefragung 35 % vs. Metaanalyse 36 %), fallen seltenere Angaben der hier befragten Probanden gegenüber der Metaanalyse sowohl bei körperlicher Gewalt (5 % vs. 23 %), als auch bei sexueller Gewalt (9 % vs. 13 %) auf. Allerdings handelt es sich bei den Vergleichsdaten um Prävalenzen der Allgemeinbevölkerung bezogen auf die gesamte Kindheit und Jugend, während in der durchgeführten Studie lediglich der Zeitraum der stationären Behandlung erfasst wurde. Bezogen auf diesen kurzen Zeitraum sind die Gewalterfahrungen der Probanden bei allen Arten von Gewalt als sehr hoch zu bewerten. Diese Daten stehen in deutlichem Widerspruch zur UN-Kinderrechtskonvention (UNICEF, 1989) und auch dem aktuellen Leitbild der KJPPP Würzburg, die sich als Schutzraum versteht, Wertschätzung und Respekt sowie die Einhaltung der Kinderrechte als zentral erachtet (Universitätsklinikum Würzburg, 2018b). Dies unterstreicht die hohe Relevanz der aktuellen Bestrebungen zu einem verbesserten Kinderschutz im Bereich der KJP.

Bei der Einordnung der Angaben zu Tätererfahrungen zeigt sich in den wenigen bisherigen Studien ebenfalls ein heterogenes Bild und ein Mangel an Daten im Bereich der KJP. Erste Untersuchungen von sexueller Gewalt gegen Gleichaltrige in Institutionen, welche häufig im Rahmen eigener Gewalterfahrungen zu sehen ist, liefern Lebenszeitprävalenzen von rund einem Viertel der Jugendlichen (Allroggen, Ohlert, Rau, & Fegert, 2018). Die vorliegende Studie bezieht Tätererfahrungen explizit ein, wobei 10 % der Probanden berichteten, im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes Gewalt gegen Mitpatienten angewendet zu haben. Sie beschränkt sich dabei allerdings auf eine deskriptive Auswertung und konzentriert sich in der weiteren Analyse vornehmlich auf Gewalterfahrungen.

Beschwerdemöglichkeiten bzw. Hilfe vonseiten der Klinik erhalten zu haben, gab ein geringer Anteil der Probanden mit Gewalterfahrung an. Auffällig ist dabei die Diskrepanz zu Probanden, die keine Gewalt erfahren haben und wesentlich häufiger Beschwerdemöglichkeiten (mit Gewalterfahrung 44 % vs. ohne Gewalterfahrung 79 %) und Hilfsangebote (26 % vs. 60 %) sahen. Diesbezüglich sind Defizite auf Seiten der Klinik denkbar, wie ein mögliches Versagen von

Schutzkonzepten im konkreten Bedarfsfall, oder auf Seiten betroffener Patienten, wenn besonders gefährdete Patienten gleichzeitig eine geringe Kompetenz zu Selbstschutz und Inanspruchnahme von Hilfe aufweisen (Rau, 2015). Das Beschwerdemanagement im aktuellen Kinderschutzkonzept der KJPPP Würzburg beinhaltet, neben expliziten Verhaltensregeln für Mitarbeiter und Patienten, umfangreiche Beschwerdemöglichkeiten. Eine künftige Evaluation bezüglich der Umsetzung von Beschwerdemöglichkeiten und Hilfsangeboten ist zu empfehlen.

In der Untersuchung der Probanden mit und ohne **Gewalterfahrungen** wurde kein signifikanter Unterschied im Vorliegen von **personen- und behandlungsbezogenen Merkmalen** nachgewiesen. Es konnten in der untersuchten Population keine Risikokonstellationen in Bezug auf das Alter bei der Aufnahme, das Geschlecht der Probanden, die Dauer des Aufenthaltes, die Station oder die Anzahl der Aufnahmen eruiert werden.

In bisherigen Studien wurden hingegen Risikofaktoren nachgewiesen, wie beispielsweise weibliches Geschlecht als Risikofaktoren für sexuelle Gewalt (Stadler et al., 2012). Zusätzlich Gefährdungsmomente in der KJP durch quantitative personen- und behandlungsbezogene Merkmale aufzudecken, wäre an dieser Stelle eine wichtige Ergänzung und gegebenenfalls durch weitere gezielte Studien zu erreichen.

Denkbar ist jedoch auch, dass solche Prädiktoren eine untergeordnete Rolle spielen und Risikokonstellationen überwiegend durch Verhaltensweisen aufzuklären sind. Im Rahmen der Erstellung des Kinderschutzkonzeptes der KJPPP Würzburg wurden unter anderem Gefährdungsmomente in Bezug auf sexuellen Missbrauch und Misshandlung zusammengefasst. Diese sind nicht evidenzbasiert, beruhen jedoch auf der langjährigen Berufserfahrung der interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppen. Genannt werden hier vor allem Verhaltensweisen, wie distanzloses, aggressives Verhalten oder jugendliche Kleidergewohnheiten im Sommer, und Situationen, wie Fixierung oder persönliche Kontakte zwischen Mitarbeitern und Patienten (Universitätsklinikum Würzburg, 2018a).

Es wurde ein signifikanter Unterschied bezüglich des **Behandlungserfolgs** (hier gemessen anhand der Behandlungsbeurteilung durch die Probanden im FBB-K) von **Probanden mit und ohne Gewalterfahrung** gezeigt und die Hypothese somit bestätigt.

Dieser Zusammenhang steht in Einklang mit dem bisherigen Stand der Forschung (Kaplan et al., 2001) und ist möglicherweise erklärbar durch die gewaltbedingte Belastung, welche die Behandlungszufriedenheit einschränkt.

Bei der Operationalisierung der Forschungsfrage diente die Gesamtskala des Fragebogens zur Behandlungsbeurteilung FBB-K der Quantifizierung des Behandlungserfolgs. Der Fragebogen misst außerdem den Erfolg der Behandlung im engeren Sinne (Skala für Ergebnisqualität) und die Beziehung zum Therapeuten (Skala für Prozessqualität) und erlaubt so eine patientenorientierte Perspektive. Eine Interpretation der Ergebnisse ist anhand von Vergleichswerten einer stationären Inanspruchnahmepopulation ($N = 938$) möglich, die die Autoren des FBB-K zur Verfügung stellen (Mattejat & Renschmidt, 2003). Diesbezüglich sind die Ergebnisse der Probanden in allen drei Bereichen als unterdurchschnittlich (entspricht Prozentrangbereich 11-25) einzuordnen. Ob die Behandlungsbeurteilung allerdings tatsächlich ein zulässiges Maß für den Erfolg einer Behandlung ist, wird kontrovers diskutiert. Vor allem in frühen Studien wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Behandlungserfolg, im Sinne einer Symptomreduktion oder Funktionsverbesserung, gefunden (Lambert, Salzer, & Bickman, 1998; Marriage, Petrie, & Worling, 2001). Neuere Forschungsergebnisse legen nahe, dass durchaus relevante Beziehungen in diesem Bereich bestehen (Cropp et al., 2008), wobei die Behandlungszufriedenheit von Eltern stärker mit der Ergebnisqualität und die der KJP-Patienten selbst vorwiegend mit der Prozessqualität zusammenhing (Bredel, Brunner, Haffner, & Resch, 2004). Insgesamt ist die Studienlage uneinheitlich, was auch in diesem Falle nicht zuletzt auf verschiedene Definitionen und Erhebungsmethoden zurückzuführen ist (Biering, 2010). Trotz

der umstrittenen Beziehung besteht heute Konsens darüber, dass Behandlungsbeurteilung und -zufriedenheit relevante Evaluationsmaße darstellen (McNicholas, Reulbach, Hanrahan, & Sakar, 2016). Daher müssen zu einer umfassenden Betrachtung des Behandlungserfolges, neben Symptomen und Funktionsniveau, die Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität einbezogen werden (Spießl et al., 2006).

Der hier gefundene Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und Erfolg der Behandlung ist vor diesem Hintergrund nicht als allgemeingültig anzusehen, sondern bezieht sich vorwiegend auf die subjektive, patientenzentrierte Komponente des Behandlungserfolges.

Die **Zufriedenheit mit der Behandlung** im Kindes- und Jugendalter stand erwartungsgemäß in einem signifikanten Zusammenhang mit der späteren **Lebensqualität im Erwachsenenalter**.

Während in der bisherigen Forschung bereits erste Ergebnisse zur retrospektiven Behandlungszufriedenheit und der langfristigen Lebensqualität ehemaliger KJP-Patienten vorliegen (Fleischhaker et al., 2008), wurde hier die Beziehung beider Bereiche untersucht und ein signifikanter positiver Zusammenhang nachgewiesen.

Die Lebensqualität als ein wesentliches Kriterium der Therapieevaluation (Mattejat et al., 2003) ist in diesem Kontext ein wichtiger Parameter für den Behandlungserfolg. Dabei verändert sie sich im Therapieverlauf teilweise unabhängig von der Symptomreduktion, während die Symptome nicht selten über einen längeren Zeitraum persistieren. Daher ist eine stärkere Beachtung der langfristigen Lebensqualität als Therapieziel zu empfehlen (Bastiaansen, Koot, & Ferdinand, 2005). Der hier gefundene Zusammenhang lässt dabei die wichtige Bedeutung der Behandlungszufriedenheit für die langfristige Entwicklung nach einer stationären Behandlung in der KJP erkennen. Damit ist die Zufriedenheit von KJP-Patienten in Zukunft möglicherweise als Prädiktor für die weitere individuelle Entwicklung hinzuzuziehen. Allerdings darf dabei nicht von einer Kausalität ausgegangen werden. Denkbar ist beispielsweise auch, dass

ehemalige Patienten mit einer hohen subjektiven Lebensqualität positiver auf die stationäre Behandlung zurückblicken oder der Zusammenhang auf Konfounder, wie individuelle Merkmale der Probanden mit Auswirkungen in beiden Bereichen, zurückzuführen ist.

Die **aktuelle Lebensqualität der ehemaligen Patienten** (gemessen anhand des WHOQOL–BREF) war in den meisten Bereichen signifikant geringer als in der **Referenzstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung**. Das gilt für die physische und psychische Lebensqualität sowie soziale Beziehungen. Einschränkungen ergaben sich für den Bereich Umwelt, in dem die Probanden eine höhere Lebensqualität aufwiesen, sowie für die globale Lebensqualität der 26- bis 35-Jährigen.

Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit bisherigen Erkenntnissen einer eingeschränkten Lebensqualität von KJP-Patienten gegenüber gleichaltrigen Schülern (Jozefiak et al., 2010), während im Prä-Post-Vergleich eine Verbesserung der Lebensqualität im Anschluss an die stationäre Behandlung gezeigt werden konnte (Katzenschläger, Fliedl, Popow, & Kundi, 2018). Erste Daten einer langfristig verringerten Lebensqualität ehemaliger Patienten (Fleischhaker et al., 2008) mussten hier bestätigt werden.

Allerdings ist bei der Bewertung der Lebensqualität im WHOQOL – BREF einschränkend zu beachten, dass es sich bei dem Globalwert nicht um den Gesamtwert aller Skalen handelt, sondern die allgemeine Lebensqualität anhand zweier Items separat erfasst wird. Trotzdem wurde die Skala Globale Lebensqualität in den durchgeführten Tests als Auswertungsgrundlage verwendet, weil sie am ehesten eine übergreifende Quantifizierung der Lebensqualität erlaubt.

Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Probanden mit und ohne **Gewalterfahrungen während des stationären Aufenthaltes** in Bezug auf die **globale Lebensqualität im Erwachsenenalter** nachgewiesen werden, was in

Einklang mit der Forschungshypothese steht. Davon ausgenommen sind allerdings die physische Lebensqualität sowie Umweltfaktoren.

Dieses Ergebnis bestätigt aktuelle Forschungsergebnisse nun auch für die Inanspruchnahmepopulation einer KJP. Studien zur Lebensqualität von Kindern und Erwachsenen, die Kindesmisshandlung oder -missbrauch erlebt haben, belegen trotz methodischer Unterschiede übereinstimmend einen signifikanten Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und einer reduzierten späteren Lebensqualität (Weber et al., 2016). Auch bei Adjustierung für mögliche Konfounder, wie soziodemographische Eigenschaften und Gesundheitsstatus, war der Zusammenhang prospektiv in repräsentativen Geburtenkohorten robust (Abajobir et al., 2017; Tanaka, Afifi, Wathen, Boyle, & MacMillan, 2014). Ebenfalls wurde in diesem Kontext die ökonomische Tragweite von Misshandlung gezeigt (Corso, Edwards, Fang, & Mercy, 2008).

In der durchgeführten Studie wird besonders die Beziehung zwischen Gewalterfahrungen während des stationären Aufenthaltes und der späteren Lebensqualität in den vornehmlich persönlichen Bereichen psychische Faktoren und soziale Beziehungen deutlich. Auch wenn dieser Zusammenhang nicht als Kausalität interpretiert werden darf, weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Kindesmissbrauch und -misshandlung nicht ausschließlich akute Auswirkungen haben, sondern sich über Jahre hinweg in einer reduzierten Lebensqualität niederschlagen können. Dies bestätigt umso mehr eindrücklich die hohe Relevanz eines umfassenden Kinderschutzes in der KJP. Ein ständig verbesserter, flächendeckender Schutz der jungen Patienten vor Gewalterfahrungen, für die in Institutionen ein erhöhtes Risiko besteht und die nachweislich im stationären Alltag präsent sind, ist dringend notwendig. Nur so kann eine erfolgreiche Behandlung gewährleistet und den Patienten langfristig geholfen werden.

4.2 Aussagekraft und Gültigkeit

In den vorangegangenen Abschnitten wurden neue Ergebnisse bezüglich der Forschungsfragen durch die durchgeführte Studie dargestellt. Diese Ergebnisse dienen nicht nur der rein wissenschaftlichen Untersuchung von Behandlungsbeurteilung, Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und der Lebensqualität ehemaliger Patienten, sondern liefern in allen Bereichen auch praktische Implikationen mit klinischer Relevanz. Insbesondere ist dabei an eine Stärkung der Kinderrechte in der KJP durch die Entwicklung eines umfassenden Präventionskonzeptes zu denken.

Die methodische Stärke liegt im Aufbau auf bisherige Studien unterschiedlicher Forschungsbereiche, die hier auf die Inanspruchnahmepopulation einer KJP bezogen und in gegenseitigem Bezug betrachtet werden. Der stationäre Aufenthalt konnte durch den langen Katamnesezeitraum von zehn Jahren aus der Perspektive der erwachsenen Probanden erfasst und dabei störungsübergreifend die langfristige Entwicklung berücksichtigt werden. Dabei wurde in allen Bereichen der Datenerhebung durch Selbstauskunft eine patientenzentrierte Perspektive gewählt.

Eine wichtige Limitation des explorativen Forschungsansatzes ist die fragliche Repräsentativität der Stichprobe. Um eine möglichst gute Repräsentativität zu gewährleisten, wurde das gesamte Patientenkollektiv aus zwei Jahren kontaktiert. Einzige Ausnahme bildete eine kleine Untergruppe von 20 sehr jungen Patienten, die zum Zeitpunkt der Behandlung unter acht Jahren alt und daher bis zur Befragung noch nicht volljährig waren. Im Hinblick auf die Basisdaten ist festzustellen, dass der Anteil weiblicher Probanden gegenüber den Nicht-Teilnehmern überwiegt und die Probanden im Mittel eine etwas längere Behandlungsdauer aufweisen. Das mittlere Alter und vorhandene Diagnosen erscheinen dagegen vergleichbar. Bei einer Rücklaufquote von 15 % ist die Repräsentativität dennoch in Frage zu stellen. Dieser Rücklauf ist im Vergleich zu anderen katamnestischen Nachbefragungen im Fachbereich der KJP als gering einzuschätzen. Möglicherweise spielen dabei neben praktischen Einschränkungen, wie der hohen Anzahl unbekannt verzogener Patienten und

dem langen Zeitintervall, die belastende Thematik von Misshandlung und Missbrauch und die große Anzahl sehr persönlicher Items im Fragebogen eine Rolle. Dafür sprechen auch einzelne Fälle aktiver Ablehnung einer Teilnahme an der Nachbefragung.

Eine weitere Einschränkung der Ergebnisse ist ein mögliches Selection Bias, im Sinne einer Verzerrung durch systematisch unterschiedliche Teilnahmebereitschaft der ehemaligen Patienten. Es ist damit zu rechnen, dass die Bereitschaft zur Teilnahme je nach Verlauf des stationären Aufenthaltes, Motivation, familiärem Umfeld, kognitiver Leistungsfähigkeit und einer Reihe weiterer, teilweise unbekannter Faktoren variiert (Mattejat & Remschmidt, 2003). Alle berichteten Ergebnisse sind somit als erste Einschätzungen der Forschungsfrage zu betrachten, während aufbauende repräsentative Studien zur Validierung einer allgemeinen Gültigkeit ausstehen.

In der Inanspruchnahmepopulation einer KJP sind auch bei ehemaligen Patienten störungsbedingte Veränderung der Urteils- und Auskunftsfähigkeit, nicht auszuschließen (Rentrop et al., 1999). Dahingehend legt der hohe Anteil (30 %) ehemaliger Patienten, die sich aktuell in ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, eine Einschränkung der psychischen Gesundheit zum Zeitpunkt der Befragung nahe, die möglicherweise in das Antwortverhalten einfließt. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass Antworttendenzen teilweise durch Verdrängung, Scham oder soziale Erwünschtheit geprägt sind (Jud, Rassenhofer, Witt, Münzer, & Fegert, 2016). Letztgenannten wurde durch die Pseudonymisierung der Fragebögen und die postalische Befragung Rechnung getragen. Trotz der genannten Einschränkungen ist die Methode der Selbstauskunft gerade beim Thema Misshandlung und Missbrauch aktuell als wichtiges Erhebungsinstrument zu betrachten. Während sich die Untersuchung von Kriminalstatistiken und die Befragung beteiligter Professionen im Kinderschutz immer nur auf den kleinen Anteil bekannt gewordener Fälle bezieht, liefert die Erhebung durch Selbstauskunft noch immer die umfangreichsten Daten unter Berücksichtigung des Dunkelfeldes (Stoltenborgh et al., 2015).

Die Verwendung eines retrospektiven Forschungsdesigns wird kontrovers beurteilt und muss auch hier kritisch betrachtet werden. Zu bedenken ist bei einer Nachbefragung weiterhin, dass eine stationäre Behandlung in der KJP häufig eine Ausnahmesituation für die jungen Patienten darstellt, was sich in der Wahrnehmung und späteren Erinnerung niederschlagen kann. Als Limitationen sind eine Verzerrung durch Recall Bias sowie fehlender Informationsgewinn bezüglich aktuellen Entwicklungen oder in Bezug auf neu etablierte Präventionsprogramme, beispielsweise im Kinderschutz, zu nennen (Jud et al., 2016). Dagegen legen andere Studien nahe, dass temporäre Effekte und Recall Bias in Bezug auf Studien zu Gewalt gegen Kinder und Jugendliche zu vernachlässigen sind (Fergusson et al., 2013; Wielaard, Stek, Comijs, & Rhebergen, 2018). Außerdem ist retrospektiv die Befragung volljähriger Probanden möglich, welche einen wichtigen Bestandteil bei der Schließung von Forschungslücken darstellt, indem sie Erkenntnisgewinn ohne die mögliche Belastung beteiligter Minderjähriger gewährleistet (Helming et al., 2011).

Auch bei der Befragung volljähriger Personen ist eine einhergehende Belastung der Probanden nicht auszuschließen. In der vorliegenden Studie diente die postalische Kontaktaufnahme, neben dem Erreichen einer großen Stichprobe, auch der größtmöglichen Freiheit für alle Probanden. Die Entscheidungen über eine Teilnahme und den Zeitpunkt konnten frei getroffen werden. Für den Fall, dass ehemaligen Patienten durch Erfahrungen, die sie in Zusammenhang mit ihrer damaligen stationären Behandlung gemacht haben, noch belastet waren, wurde ein Gespräch mit einem leitenden Mitarbeiter der KJPPP Würzburg angeboten. Insbesondere der praktische Nutzen der Studienergebnisse für die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung und die Implementierung des Kinderschutzkonzeptes stand dabei dem geringen Risiko für Probanden im Rahmen der freiwilligen Studienteilnahme gegenüber.

Abschließend ist in Bezug auf Aussagekraft und Gültigkeit der Ergebnisse immer auch die starke subjektive Komponente der hier untersuchten Themen zu berücksichtigen. Sowohl Behandlungsbeurteilung und -zufriedenheit als auch die Wahrnehmung von Gewalt und die individuelle Einschätzung der eigenen Lebensqualität unterliegen jeweils unterschiedlichen Konzepten und

Definitionen. Während die Begrifflichkeiten und Operationalisierung aller drei Bereiche schon im wissenschaftlichen Kontext kontrovers diskutiert werden, verstärkt sich der subjektive Einfluss in der Befragung individueller Probanden zusätzlich (Biering & Jensen, 2017; Bullinger et al., 2000; Fegert et al., 2013). In der vorliegenden Studie stand weniger die theoretische Diskussion der Konzepte, sondern die konkrete, patientennahe Formulierung und Erfassung im Vordergrund. In der Entwicklung des Fragebogens und der Forschungsfragen wurde daher mit gängigen Begrifflichkeiten und Beispielen gearbeitet. Ein Vorteil der subjektiven Betrachtung in der Evaluation ergibt sich aus dem engen Realitätsbezug und der Fokussierung auf die Relevanz für Patienten oder Betroffene (Koller, 2016).

4.3 Implikationen und Ausblick

Die Ergebnisse der Nachbefragung und insbesondere die bestätigten Zusammenhänge zwischen der Behandlungsbeurteilung, der Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sowie der Lebensqualität ehemaliger Patienten liefern sowohl Konsequenzen für den Kinderschutz in der KJP als auch eine Grundlage für zukünftige Forschungsvorhaben. Die hier erhobenen Daten zu Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in der KJPPP Würzburg reihen sich ein in bisherige Prävalenzraten in Institutionen (Witt et al., 2018) sowie der Allgemeinbevölkerung (Stoltenborgh et al., 2015) und stehen in massivem Gegensatz zur UN-Kinderrechtskonvention (UNICEF, 1989). Speziell der nachgewiesene Zusammenhang zwischen der erfahrenen Gewalt und der langfristig geringeren Lebensqualität unterstreicht den dringenden Handlungsbedarf.

Das 2018 etablierte Kinderschutzkonzept in der KJPPP Würzburg ist vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse als wichtige Maßnahme zu begrüßen. Anschließend an die hier durchgeführte Nachbefragung und die Implementierung des Kinderschutzkonzeptes ist eine Folgestudie zur Evaluation sowie kontinuierlichen Anpassung an aktuelle Gegebenheiten und stetige Verbesserung im Verlauf wünschenswert. Auch wenn die allgemeine Datenlage

als dürftig einzuordnen ist, ist davon auszugehen, dass dieser Bedarf in allen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken besteht (Pooch & Kappler, 2017). Das Thema Kinderschutz sollte daher flächendeckend mehr in den Fokus gerückt, ein offener Austausch angeregt und konzeptionelle Konsequenzen gezogen werden.

Weiterer Forschungsbedarf zum Thema Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist anknüpfend an diese explorative Studie vorrangig in einer repräsentativen Erhebung in der KJP zu sehen. Als Herausforderung kommt eine bessere Erforschung des Dunkelfeldes hinzu, die für ein umfassendes Bild unabdingbar ist. Relevant ist neben der Erhebung belastbarer Prävalenzen vor allem die Aufdeckung von Risikokonstellationen in Bezug auf Patienten und Behandlung. Dies ist in der vorliegenden Studie leider nicht gelungen, könnte aber gezielte Schutzmaßnahmen ermöglichen. Des Weiteren mangelt es noch immer an repräsentativen Daten zu KJP-Patienten als Täter (Allroggen et al., 2018). Valide Täterprofile könnten zur Entwicklung weiterer konkreter Präventionsmaßnahmen beitragen.

Auch im Bereich der Lebensqualität ehemaliger KJP-Patienten fehlen, ähnlich wie beim Thema Gewalt, weiterhin repräsentative Daten (Fleischhaker et al., 2008). Insbesondere ein Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung unter Adjustierung für mögliche Konfounder wäre hilfreich, um Aussagen über die langfristig zu erwartende Entwicklung der jungen Patienten zu machen. Hier würde sich insbesondere eine prospektive Erfassung der Lebensqualität von Kindern aus der Allgemeinbevölkerung unter Berücksichtigung psychischer Auffälligkeiten und dem Einsatz unterschiedlicher Therapieverfahren bis ins Erwachsenenalter hinein anbieten. Langfristige Auswirkungen von psychischen Erkrankungen sowie deren Therapie könnten so umfassender beurteilt werden.

Eindrücklich ist in der durchgeführten Nachbefragung der nachgewiesene Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der stationären Behandlung in der KJP und der Lebensqualität im Erwachsenenalter. In der Zusammenschau mit bisherigen Studien in diesem Bereich (Fleischhaker et al., 2008; Katzenschläger et al., 2018) lässt sich daraus ein starkes Plädoyer für die

stärkere Berücksichtigung von Behandlungsbeurteilung und Lebensqualität auch in der zukünftigen Therapieforschung einzelner Störungsbilder ableiten. Damit ließe sich eine patientenzentrierte Perspektive stärken, die für die Beurteilung des Therapieergebnisses eine maßgebliche Rolle spielen sollte.

Insgesamt lassen sich also an die untersuchten Bereiche Behandlungsbeurteilung, Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und Lebensqualität ehemaliger Patienten sowie an die hier nachgewiesenen Zusammenhänge verschiedene Fragestellungen von hoher klinischer Relevanz anknüpfen. Dabei sind als Konsequenz aus bisherigen Studien und den Ergebnissen dieser Nachbefragung in der weiteren Forschung methodische Überlegungen als grundlegend zu erachten. Zu optimieren sind insbesondere die Standardisierung von Konzepten und Erhebungsmethoden zur besseren Vergleichbarkeit. Neben der weiteren Forschung zu einzelnen Zusammenhängen und möglichen Kausalitäten erscheint dabei zunächst die Erhebung repräsentativer Daten besonders wichtig. Im Mittelpunkt sollte stets eine patientenzentrierte Herangehensweise stehen, um Realitätsnähe und Praxisrelevanz zu erzielen.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Nachbefragung ehemaliger Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie KJPPP des Universitätsklinikums Würzburg dient der retrospektiven Beurteilung der stationären Behandlung nach 10 Jahren. Die Zielsetzung der Studie besteht neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn in der kontinuierlichen Verbesserung des Patientenschutzes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Studienpopulation umfasst alle stationären Patienten der Jahre 2006 und 2007, wobei 87 (15 %) der 568 kontaktierten Personen an der postalischen Nachbefragung teilnahmen. Die Befragung beinhaltet den Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung FBB-K, die Erfassung verschiedener Aspekte von Kontakt zu Gewalt in der KJPPP Würzburg und den Fragebogen der WHO zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität WHOQOL – BREF.

Angaben zu Gewalterfahrungen in der KJPPP Würzburg machten 38 % der Probanden. Selbst Gewalt gegen Mitpatienten angewendet zu haben, traf auf 10 % zu. Dabei wurden keine spezifischen Risikokonstellationen nachgewiesen. Am häufigsten wurde von emotionaler Gewalt berichtet, zumeist durch Mitarbeiter des Pflorgeteams oder Mitpatienten. 44 % der betroffenen Probanden gab Beschwerdemöglichkeiten an und 26 %, Hilfe erhalten zu haben. Es wurde hypothesenkonform ein signifikanter Unterschied der Probanden mit und ohne Gewalterfahrungen in Bezug auf den Behandlungserfolg sowie die globale Lebensqualität im Erwachsenenalter gezeigt. Die aktuelle Lebensqualität der Probanden war in den meisten Bereichen signifikant geringer als in der Allgemeinbevölkerung und stand erwartungsgemäß in einem signifikanten Zusammenhang mit der Behandlungszufriedenheit.

Die Daten zu Gewaltkontakt von KJP-Patienten sowie der Zusammenhang zu Behandlungserfolg und langfristiger Lebensqualität unterstreichen die hohe Relevanz effektiver Schutzkonzepte. Der nachgewiesene Zusammenhang von Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität bedeutet ein starkes Votum für patientenzentrierte Therapieevaluation in der Qualitätssicherung.

6 Literaturverzeichnis

- Abajobir, A. A., Kisely, S., Williams, G., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. M. (2017). Does substantiated childhood maltreatment lead to poor quality of life in young adulthood? Evidence from an Australian birth cohort study. *Quality of Life Research, 26*(7), 1697-1702. doi:10.1007/s11136-017-1517-5
- Allroggen, M., Ohlert, J., Rau, T., & Fegert, J. M. (2018). Sexual Violence by Juveniles in Institutions: A Descriptive Study on Prevalence and Circumstances. *Int J Offender Ther Comp Criminol, 62*(7), 1806-1820. doi:10.1177/0306624x17719292
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100, WHOQOL-BREF (WHO-QOL): Handbuch für die deutschsprachigen Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*: Hogrefe.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005). Psychopathology in children: Improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction? *European Child & Adolescent Psychiatry, 14*(7), 364-370. doi:10.1007/s00787-005-0481-8
- Bieneck, S., Stadler, L., & Pfeiffer, C. (2011). Erster Forschungsbericht zur Repräsentativerhebung Sexueller Missbrauch 2011. *Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN)*.
- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(1), 65-72.
- Biering, P., & Jensen, V. H. (2017). The concept of patient satisfaction in adolescent psychiatric care: A qualitative study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 30*(4), 162-169. doi:10.1111/jcap.12189
- Blanz, B., & Schmidt, M. H. (2000). Practitioner Review: Preconditions and Outcome of Inpatient Treatment in Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(6), 703-712. doi:10.1111/1469-7610.00658
- Blenkiron, P., & Hammill, C. A. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgrad Med J, 79*(932), 337-340.
- Bohm, B., Zollner, H., Fegert, J. M., & Liebhardt, H. (2014). Child sexual abuse in the context of the Roman Catholic Church: a review of literature from 1981-2013. *J Child Sex Abus, 23*(6), 635-656. doi:10.1080/10538712.2014.929607
- Bredel, S., Brunner, R., Haffner, J., & Resch, F. (2004). Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten-Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder-und Jugendpsychiatrie.
- Brown, A., Ford, T., Deighton, J., & Wolpert, M. (2014). Satisfaction in Child and Adolescent Mental Health Services: Translating Users' Feedback into Measurement. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 41*(4), 434-446. doi:10.1007/s10488-012-0433-9

- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin—eine Einführung. *Monika Bullinger, Johannes Siegrist & Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.). Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und-soziologischer Perspektive*, 11-18.
- Chandan, J. S., Thomas, T., Gokhale, K. M., Bandyopadhyay, S., Taylor, J., & Nirantharakumar, K. (2019). The burden of mental ill health associated with childhood maltreatment in the UK, using The Health Improvement Network database: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry*, 6(11), 926-934. doi:10.1016/s2215-0366(19)30369-4
- Chen, H., Cohen, P., Kasen, S., Johnson, J. G., Berenson, K., & Gordon, K. (2006). Impact of adolescent mental disorders and physical illnesses on quality of life 17 years later. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(1), 93-99. doi:10.1001/archpedi.160.1.93
- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X., & Mercy, J. A. (2008). Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *American journal of public health*, 98(6), 1094-1100.
- Cropp, C., Streeck-Fischer, A., Jaeger, U., Masuhr, O., Schröder, A., & Leichsenring, F. (2008). Der Zusammenhang zwischen Behandlungserleben und Behandlungserfolg bei der stationären Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 36(3), 205-213. doi:10.1024/1422-4917.36.3.205
- DGKJP-Vorstand. (2019). *Stellungnahme zur aktuellen Pressedebatte über Grenzverletzungen in kinder- und jugendpsychiatrischen und – psychotherapeutischen Einrichtungen*. Retrieved from www.dgkjp.de/stellungnahmen-positions-papiere/stellungnahmen-2019
- Fegert, J., Hoffmann, U., Spröber, N., & Liebhardt, H. (2013). Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(2), 199-207. doi:10.1007/s00103-012-1598-9
- Fegert, J., Kölch, M., König, E., Harsch, D., Witte, S., & Hoffmann, U. (2018). *Schutz vor sexueller Gewalt und Übergriffen in Institutionen: Für die Leitungspraxis in Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Schule*: Springer-Verlag.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child abuse & neglect*, 37(9), 664-674.
- Fleischhaker, C., Bock, K., Hennighausen, K., Horwath, D., Kuhn-Hennighausen, C., Rauh, R., Schulz, E. (2008). 20-Jahres-Katamnese der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Klinik Haus Vogt. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 36(3), 191-203. doi:10.1024/1422-4917.36.3.191
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. doi:10.1016/s2215-0366(19)30286-x

- Hebebrand, J., Albayrak, Ö., Banaschewski, T., Dittmann, R., Fegert, J. M., Fendrich, H., Warnke, A. (2009). Forschungsbericht. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 37(4), 231-367. doi:10.1024/1422-4917.37.4.231
- Helming, E., Kindler, H., Langmeyer, A., Mayer, M., Entleitner, C., Mosser, P., & Wolff, M. (2011). Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. *Rohdatenbericht. Deutsches Jugendinstitut. München.*
- Helming, E., Kindler, H., Langmeyer, A., Mayer, M., Mosser, P., Entleitner, C., Wolff, M. (2011). Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. *Abschlussbericht des DJI-Projekts:» Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen «, München: DJI, Abteilung Familie und Familienpolitik.*
- ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis.* (2018). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrøm, L., Wallander, J., & Mattejat, F. (2010). Quality of Life as reported by children and parents: a comparison between students and child psychiatric outpatients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 136. doi:10.1186/1477-7525-8-136
- Jud, A., Fegert, J. M., & Finkelhor, D. (2016). On the incidence and prevalence of child maltreatment: a research agenda. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 10, 17. doi:10.1186/s13034-016-0105-8
- Jud, A., Rassenhofer, M., Witt, A., Münzer, A., & Fegert, J. M. (2016). Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch - Internationale Einordnung, Bewertung der Kenntnislage in Deutschland, Beschreibung des Entwicklungsbedarfs. *Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs. Berlin.*
- Kammerer, E., & Göbel, D. (1985). Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 34, 123-133.
- Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J., & Kang, G. (2001). Consumer Satisfaction at a Child and Adolescent State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 52(2), 202-206. doi:10.1176/appi.ps.52.2.202
- Katzenschläger, P., Fliedl, R., Popow, C., & Kundi, M. (2018). Quality of life and satisfaction with inpatient treatment in adolescents with psychiatric disorders. *neuropsychiatrie*, 32(2), 75-83. doi:10.1007/s40211-018-0264-3
- Koller, S. (2016). *Wie erfolgreich ist eine stationäre Behandlung in der Jugendpsychiatrie?* (Master of Science), Fachhochschule Bern, Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek.
- Konopka, L., Keller, F., Löble, M., Felbel, D., & Naumann, A. (2001). Wie wird Patientenzufriedenheit in stationären Kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland erfasst? *Krankenhauspsychiatrie*, 12(04), 152-156.
- Lambert, W., Salzer, M. S., & Bickman, L. (1998). Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 270.

- Längle, G., Schwärzler, F., Eschweiler, G. W., Renner, G., Schramm, K., & Waschulewski, H. (2002). Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000). *Psychiat Prax*, 29(02), 83-89. doi:10.1055/s-2002-22039
- Marriage, K., Petrie, J., & Worling, D. (2001). Consumer Satisfaction with an Adolescent Inpatient Psychiatric Unit. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(10), 969-975. doi:10.1177/070674370104601011
- Maschke, S., & Stecher, L. (2017). „Sexualisierte Gewalt in der Erfahrung Jugendlicher“ *Öffentlicher Kurzbericht*. Retrieved from speak! Die Studie:
- Mattejat, & Remschmidt. (2003). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung: FBB - Kurzversion (FBB-K)*. Marburg: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Mattejat, & Remschmidt. (2006). Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 34(6), 445-454. doi:10.1024/1422-4917.34.6.445
- Mattejat, Simon, König, Quaschner, Barchewitz, Felbel, Remschmidt. (2003). Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 31(4), 293-303. doi:10.1024/1422-4917.31.4.293
- McNicholas, F., Reulbach, U., Hanrahan, S. O., & Sakar, M. (2016). Are parents and children satisfied with CAMHS? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 33(3), 143-149.
- Merod, R., & Petermann, F. (2006). Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15(3), 164-169. doi:10.1026/0942-5403.15.3.164
- Nosikov, A., & Gudex, C. (2003). *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys*. Amsterdam: IOS Press.
- Pooch, M., & Kappler, S. (2017). Datenreport des Monitorings zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland (2015–2018) zu den Handlungsfeldern Kindertageseinrichtungen, Heime, Kliniken und Einrichtungen des ambulanten Gesundheitsbereichs. *Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs Berlin*.
- Rajmil, L., Palacio-Vieira, J. A., Herdman, M., López-Aguilà, S., Villalonga-Olives, E., Valderas, J. M., . . . Alonso, J. (2009). Effect on Health-related Quality of Life of changes in mental health in children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 103. doi:10.1186/1477-7525-7-103
- Rau, T. (2015). Befragung von Jugendlichen zu sexueller Gewalt in Einrichtungen der Jugendhilfe und Internaten in Deutschland. *Sozial Extra*, 39(5), 38-40. doi:10.1007/s12054-015-0084-7
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U., & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5), 810-818. doi:10.1007/s00103-007-0244-4
- Remschmidt, H., & Mattejat, F. (2003). Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 100(16), A1066-A1072.

- Rentrop, M., Böhm, A., & Kissling, W. (1999). Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. [Patient Satisfaction with Psychiatric Care]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 67(10), 456-465. doi:10.1055/s-2007-994996
- Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch. (2011). Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich. *Bundesministerium der Justiz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Bildung und Forschung. Berlin.*
- Saini, S. M., Hoffmann, C. R., Pantelis, C., Everall, I. P., & Bousman, C. A. (2019). Systematic review and critical appraisal of child abuse measurement instruments. *Psychiatry Res*, 272, 106-113. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.068
- Schumacher, J. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310. doi:10.1023/b:qure.0000018486.91360.00
- Sozialgesetzbuch, V. (2015). Gesetzliche Krankenversicherung. *Artikel, 1*, 2477.
- Spieß, H., Schmid, R., Cording, C., Klein, H., & Adler, L. (2006). Die Bedeutung der Nutzerzufriedenheit für psychiatrische Kliniken. *Krankenhauspsychiatrie*, 17(01), 2-8.
- Stadler, L., Bieneck, S., & Pfeiffer, C. (2012). Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. *KFN-Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (Forschungsbericht Nr. 118)*.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & IJzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. doi:10.1002/car.2353
- Tanaka, M., Afifi, T. O., Wathen, C. N., Boyle, M. H., & MacMillan, H. L. (2014). Evaluation of sex differences in health-related quality of life outcomes associated with child abuse: Results from the Ontario Child Health Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(4), 353-363. doi:10.1017/S2045796014000274
- UNICEF. (1989). *UN-Kinderrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte des Kindes*. Retrieved from www.unicef.de/fileadmin/content_media/projekte/themen/PDF/UN-Kinderrechtskonvention.pdf
- Universitätsklinikum Würzburg, Z. f. P. G. (2018a). Das Kinderschutzkonzept der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) Würzburg. Retrieved from https://www.ukw.de/fileadmin/uk/kinder_jugendpsychiatrie/Kinderschutzkonzept_18e.pdf
- Universitätsklinikum Würzburg, Z. f. P. G. (2018b). Leitbild der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Würzburg.

- Weber, S., Jud, A., & Landolt, M. (2016). Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: a systematic review. *Quality of Life Research, 25*(2), 237-255.
- Wielaard, I., Stek, M. L., Comijs, H. C., & Rhebergen, D. (2018). Reliability of retrospective reports on childhood abuse and its determinants in older adults during a 6-year follow-up. *J Psychiatr Res, 105*, 9-16. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.009
- Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Braehler, E., & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 11*, 47. doi:10.1186/s13034-017-0185-0
- Witt, A., Rassenhofer, M., Allroggen, M., Braehler, E., Plener, P. L., & Fegert, J. M. (2018). The Prevalence of Sexual Abuse in Institutions: Results From a Representative Population-Based Sample in Germany. *Sex Abuse, 1079063218759323*. doi:10.1177/1079063218759323

7 Anhang

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Ablauf der Nachbefragung	26
Abb. 2:	Häufigkeit von Gewalterfahrungen und Tätererfahrungen der Probanden.....	34
Abb. 3:	Beschwerdemöglichkeiten und Hilfe von Seiten der Klinik	38
Abb. 4:	Gewalterfahrung und Alter bei Behandlung.....	39
Abb. 5:	Gewalterfahrung und Dauer des Klinikaufenthaltes	41
Abb. 6:	Gewalterfahrung und Anzahl der stationären Aufnahmen	43
Abb. 7:	Gewalterfahrung und Behandlungserfolg	45
Abb. 8:	Lebensqualität Probanden und Allgemeinbevölkerung bis 25 Jahre	50
Abb. 9:	Lebensqualität Probanden und Allgemeinbevölkerung von 26 bis 35 Jahren	50
Abb. 10:	Gewalterfahrung und aktuelle Lebensqualität	53

7.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Basischarakteristika der Probanden.....	32
Tab. 2:	Art und Häufigkeit von Gewalterfahrung.....	35
Tab. 3:	Tätergruppen differenziert nach Art der Gewalt.....	36
Tab. 4:	Art und Häufigkeit von Tätererfahrungen der Probanden gegenüber Mitpatienten.....	36
Tab. 5:	Übersicht Art und Häufigkeit von Gewalt- und Tätererfahrungen.....	37
Tab. 6:	Gewalterfahrung und Anzahl Aufnahmen auf Intensivstation	42
Tab. 7:	Beurteilung der Behandlung durch die Probanden im FBB-K	44
Tab. 8:	Gewalterfahrung und Beurteilung der Behandlung durch die Probanden im FBB-K	46
Tab. 9:	Beurteilung allgemeiner Aspekte des stationären Aufenthaltes durch die Probanden	47
Tab. 10:	Lebensqualität aller Probanden im WHOQOL – BREF	48
Tab. 11:	Zufriedenheit mit der Behandlung im Kindes- und Jugendalter und Lebensqualität	48
Tab. 12:	Lebensqualität der Probanden bis 25 Jahre im WHOQOL – BREF	51
Tab. 13:	Lebensqualität der Probanden von 26 bis 35 Jahren im WHOQOL – BREF	51
Tab. 14:	Gewalterfahrung und aktuelle Lebensqualität	54

7.3 Abkürzungsverzeichnis

FBB-K	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung - Kurzversion
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPPP Würzburg	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg
UN	Vereinte Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WHOQOL – BREF	Fragebogen der WHO zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität - Kurzversion

Nicht zuletzt interessieren wir uns für **Ihre heutige Lebensqualität**. Wir möchten von Ihnen wissen, wie es Ihnen nun im Erwachsenenalter geht und wie Sie heute auf Ihr Leben blicken.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt, sie unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen**. Außerdem werden alle Daten pseudonymisiert bearbeitet. Das bedeutet, dass die Daten ohne Ihren Namen, sondern unter einer Zahlenkombination gespeichert und ausschließlich zur wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Der Zugriff ist den Studienmitarbeitern sowie -leitern vorbehalten. Personenbezogene Daten dürfen nur gespeichert und verwendet werden, wenn das schriftliche Einverständnis des Patienten vorliegt. Bitte senden Sie **dazu** auch die **unterschiedene Einwilligungserklärung** mit dem Fragebogen zurück. Die Speicherung erfolgt passwortgeschützt auf dem internen Server der Universität. Es werden keine personenbezogenen Daten an Dritte übermittelt oder veröffentlicht. Zehn Jahre nach Beendigung der Studie oder bei Widerruf werden die Studiendaten datenschutzgerecht entsorgt.

Möglicherweise führen die Erinnerungen an Ihren Aufenthalt dazu, dass Sie mit jemandem darüber sprechen möchten. Dann bieten wir Ihnen gerne an, dass wir persönlich mit Ihnen über die Zeit in unserer Klinik sprechen. Auch Ihre Fragen zur Studienteilnahme beantworten wir gerne. Schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an:

PD Dr. Thomas Jans
Zentrum für Psychische Gesundheit (ZEP) Klinik und
Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Margarete-Höppel-Platz 1
97080 Würzburg

Jans_T@ukw.de

Telefon: +49 - 931 - 201 - 0
(Bitte lassen Sie sich mit Herrn Dr. Jans verbinden.)

Wir bedanken uns herzlich bei Ihnen, dass Sie sich die Zeit nehmen, unsere Studie zu unterstützen! Sollten wir innerhalb eines Monats keine Antwort von Ihnen erhalten, werden wir uns noch einmal mit einem Brief bei Ihnen melden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. M Romanos
Direktor der Klinik

PD. Dr. T. Jans
Ltd. Psychologe der Klinik

cand. med. I. Posch
Doktorandin der Klinik

Protokollversion 2.0 vom 17. Oktober 2017

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt, sie unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen**. Außerdem werden alle Daten pseudonymisiert bearbeitet. Das bedeutet, dass die Daten ohne Ihren Namen, sondern unter einer Zahlenkombination gespeichert und ausschließlich zur wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Der Zugriff ist den Studienmitarbeitern sowie -leitern vorbehalten. Personenbezogene Daten dürfen nur gespeichert und verwendet werden, wenn das schriftliche Einverständnis des Patienten vorliegt. Bitte senden Sie dazu auch die **unterschiedene Einwilligungserklärung** mit dem Fragebogen zurück. Die Speicherung erfolgt passwortgeschützt auf dem internen Server der Universität. Es werden keine personenbezogenen Daten an Dritte übermittelt oder veröffentlicht. Zehn Jahre nach Beendigung der Studie oder bei Widerruf werden die Studiendaten datenschutzgerecht entsorgt.

Möglicherweise führen die Erinnerungen an Ihren Aufenthalt dazu, dass Sie mit jemandem darüber sprechen möchten. Dann bieten wir Ihnen gerne an, dass wir persönlich mit Ihnen über die Zeit in unserer Klinik sprechen. Auch Ihre Fragen zur Studienteilnahme beantworten wir gerne. Schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an:

PD Dr. Thomas Jans
Zentrum für Psychische Gesundheit (ZEP) Klinik und
Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Margarete-Höppel-Platz 1
97080 Würzburg

Jans_T@ukw.de

Telefon: +49 - 931 - 201 - 0
(Bitte lassen Sie sich mit Herrn Dr. Jans verbinden.)

Wir bedanken uns herzlich bei Ihnen, dass Sie sich die Zeit nehmen, unsere Studie zu unterstützen!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. M Romanos
Direktor der Klinik

PD. Dr. T. Jans
Ltd. Psychologe der Klinik

cand. med. I. Posch
Doktorandin der Klinik

Protokollversion 2.0 vom 17. Oktober 2017

7.6 Fragebogen



Der

Fragebogen

zur Nachbefragung ehemaliger Patienten der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums
Würzburg

1.11.2017

Protokollversion 2.0 vom 17. Oktober 2017

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, unsere Fragen zu Ihrem Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beantworten! Damit helfen Sie uns, die Qualität der Behandlung zu verbessern. Außerdem ist es wichtig für uns, zu erfahren, wie es ehemaligen Patienten heute geht.

Bitte beantworten Sie **alle Fragen**. Falls Sie mehrmals in der Klinik waren, beurteilen Sie dabei bitte Ihren längsten Aufenthalt im Jahr 2006 oder 2007. Wenn Sie sich nicht mehr ganz genau erinnern können oder wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach **am ehesten zutrifft**. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt. Kreuzen Sie bitte **immer nur genau eine Antwortkategorie** an.

Es geht bei den Fragen um Ihre ganz persönliche Sicht und nicht darum, was richtig oder wünschenswert ist. Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilung.

Zufriedenheit mit der Behandlung

In den ersten Fragen geht es darum, wie Sie verschiedene Aspekte Ihres stationären Aufenthaltes erlebt haben.

Dabei bedeutet (0), dass Sie mit dem jeweiligen Aspekt sehr unzufrieden waren, (1), dass Sie unzufrieden waren, (2), dass Sie weder zufrieden noch unzufrieden waren, (3), dass Sie zufrieden waren und (4), dass Sie sehr zufrieden waren. Bitte markieren Sie die Zahl, die auf Sie zutrifft mit einem Kreuz.

Als Sie in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg waren, wie zufrieden waren Sie im Allgemeinen mit...

0 = sehr unzufrieden
1 = unzufrieden
2 = weder zufrieden, noch unzufrieden
3 = zufrieden
4 = sehr zufrieden

1. der Gestaltung der Räumlichkeiten auf der Station?	0	1	2	3	4
2. der Verpflegung?	0	1	2	3	4
3. der Beziehung zu Mitpatienten/ Mitpatientinnen?	0	1	2	3	4
4. der Beziehung zum Pfltegeteam?	0	1	2	3	4
5. der Möglichkeit, Kontakt zu Familie und Freunden zu halten?	0	1	2	3	4
6. der Möglichkeit, die Behandlung selbst mit zu gestalten?	0	1	2	3	4
7. der Stimmung auf Station insgesamt?	0	1	2	3	4

Um die Arbeit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg zu verbessern, interessieren wir uns dafür, wie Sie Ihre Behandlung erlebt haben. Durch vollständige, offene und ehrliche Beantwortung der folgenden Fragen können Sie uns dabei helfen.

Überprüfen Sie bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit diese auf Ihre Behandlung zutreffen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an. Beziehen Sie sich dabei auf den **gesamten** Behandlungszeitraum und nicht nur auf das Ende der Behandlung.

Die Feststellung stimmt:

0 = überhaupt nicht / niemals

1 = kaum / selten

2 = teilweise / manchmal

3 = überwiegend / meistens

4 = ganz genau / immer

8. Die Behandlung war für mich hilfreich.	0	1	2	3	4
9. Der Therapeut/ die Therapeutin (der für mich zuständige Arzt/Ärztin oder Psychologe/ Psychologin) hatte Verständnis für meine Situation.	0	1	2	3	4
10. Wir kamen in unserer Familie nach der Therapie besser miteinander aus als vor der Therapie.	0	1	2	3	4
11. Ich hatte Vertrauen zu meinem Therapeuten/ meiner Therapeutin.	0	1	2	3	4
12. Ich konnte mit dem Therapeuten/ der Therapeutin offen über meine Probleme reden.	0	1	2	3	4
13. Ich bin mit der Behandlung zufrieden.	0	1	2	3	4
14. Meine Probleme haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert.	0	1	2	3	4

FBF-Kurzversion-Fragebogen.doc / © F. Matiejat & H. Remschmidt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg, Mai 2003

Nun möchten wir gerne von Ihnen erfahren, ob Sie nach dem stationären Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg nochmals in Behandlung waren.

15. Waren Sie seit Ihrem Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg nochmal in Behandlung auf einer psychiatrischen Station, die inzwischen beendet ist? ja nein

16 a. Befinden Sie sich zurzeit in ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

16 b. Befinden Sie sich zurzeit in stationärer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Gewalterfahrungen

Auch in einer Klinik kann es vorkommen, dass Kinder und Jugendliche Gewalt erleben. Wir möchten wissen, ob das in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg der Fall war. Wir bitten Sie, die Fragen offen zu beantworten, auch wenn dieses Thema belastend sein kann.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage genau die Antwortmöglichkeit an, die auf Sie zutrifft. Bei der Frage „Wenn ja, durch wen?“ sind mehrere Kreuze möglich. Es geht dabei um den Zeitraum, in dem Sie in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg waren.

17. Ich bin emotional unter Druck gesetzt worden.

nie einmal mehrfach

(Das bedeutet zum Beispiel: Es wurden verletzende, demütigende oder beleidigende Dinge zu mir gesagt. Mir wurde Angst gemacht oder gedroht.)

17 b. Wenn ja, durch wen?

Therapeuten (Ärzte, Psychologen, Fachtherapeuten) Mitarbeiter des Pflorgeteams Mitpatienten

Besucher andere: _____

18. Ich selbst habe andere Patienten emotional unter Druck gesetzt.

nie einmal mehrfach

19. Ich bin körperlich misshandelt worden.

nie einmal mehrfach

(Das bedeutet zum Beispiel: Ich wurde geschlagen, getreten oder gebissen. Mir wurden Schmerzen zugefügt.)

19 b. Wenn ja, durch wen?

Therapeuten (Ärzte, Psychologen, Fachtherapeuten) Mitarbeiter des Pflorgeteams Mitpatienten

Besucher andere: _____

20. Ich habe andere Patienten körperlich misshandelt.

nie einmal mehrfach

21. Ich bin sexuell belästigt worden, ohne dass es zu Berührungen kam. nie einmal mehrfach

(Zum Beispiel: Es wurden anzügliche Dinge zu mir gesagt, mir wurden pornografische Fotos gezeigt, jemand hat mir sein Geschlechtsteil gezeigt oder ich wurde gezwungen, mein Geschlechtsteil zu zeigen).

21 b. Wenn ja, durch wen?

Therapeuten (Ärzte, Psychologen, Fachtherapeuten) Mitarbeiter des Pflorgeteams Mitpatienten

Besucher andere: _____

22. Ich habe andere Patienten sexuell belästigt, ohne dass es zu Berührungen kam. nie einmal mehrfach

23. Ich bin sexuell missbraucht worden und dabei kam es zu Körperkontakt. nie einmal mehrfach

(Jemand hat mich gegen meinen Willen geküsst oder sexuell berührt, zum Beispiel am Mund, an den Brüsten oder am Geschlechtsteil oder ich sollte jemanden sexuell berühren).

23 b. Wenn ja, durch wen?

Therapeuten (Ärzte, Psychologen, Fachtherapeuten) Mitarbeiter des Pflorgeteams Mitpatienten

Besucher andere: _____

24. Ich selbst habe andere Patienten sexuell missbraucht und dabei kam es zu Körperkontakt. nie einmal mehrfach

25. Ich bin sexuell missbraucht worden und wurde dabei zum Geschlechtsverkehr gezwungen. nie einmal mehrfach

25 b. Wenn ja, durch wen?

Therapeuten (Ärzte, Psychologen, Fachtherapeuten) Mitarbeiter des Pflorgeteams Mitpatienten

Besucher andere: _____

Wir bieten Ihnen gerne an, dass wir persönlich mit Ihnen über die Behandlung oder mögliche Vorfälle in unserer Klinik sprechen. Schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an:

PD Dr. Thomas Jans
Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Margarete-Höppel-Platz 1
97080 Würzburg

Jans_T@ukw.de

Telefon: +49 - 931 - 201 - 0
(Bitte lassen Sie sich mit Herrn Dr. Jans verbinden.)

Lebensqualität heute

Im letzten Abschnitt werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der vergangenen zwei Wochen.

Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
28	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5
		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
29	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
30	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
31	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5
32	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
33	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5
34	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
35	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
36	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **in welchem Umfang** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
37	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5
38	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
39	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
40	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
41	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4	5
		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
42	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
43	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
44	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
45	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5
46	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
47	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5
48	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5

49	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5
50	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5
51	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4	5
52	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit

		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
53	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	1	2	3	4	5

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen **mit Ihrer unterschriebenen Einwilligungserklärung** im beiliegenden Umschlag an uns zurück.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe bei unserer Befragung!

7.7 Einwilligungserklärung

Nachbefragung zur stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung am UKW



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Nachbefragung und zum Datenschutz

Name:

Geburtsdatum:

Teilnehmernummer:

- Durch die Beantwortung des Fragebogens zu der Nachbefragung ehemaliger Patienten und die Unterschrift dieser Einwilligungserklärung nehme ich an folgender wissenschaftlichen Studie der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg teil: „Die retrospektive Beurteilung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung nach 10 Jahren – eine Nachbefragung ehemaliger Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg“ Im beiliegenden Anschreiben bin ich über die Studie (Inhalt, Anliegen) und das Ziel der Nachbefragung informiert worden. Dieses Anschreiben habe ich gelesen und verstanden.
- Nachdem ich im Anschreiben über die Studie informiert worden war, hatte ich ausreichend Bedenkzeit, sowie die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Sollte ich Fragen gestellt haben, wurden mir diese zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich weiß, dass meine Teilnahme vollkommen freiwillig ist. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zurückziehen, ohne dass mir daraus Nachteile von Seiten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg oder des Universitätsklinikums Würzburg entstehen.
- Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung meiner Angaben erfolgt nach den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und setzt meine freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Rahmen dieser Befragung erhobenen Daten pseudonymisiert (verschlüsselt) in Papierform und auf elektronischen Datenträgern in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik in Würzburg aufgezeichnet werden.
- Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung der Studie zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.

Ort, Datum, Unterschrift

Würzburg, Datum, Unterschrift des schriftlich aufklärenden Arztes
Protokollversion 2.0 vom 17. Oktober 2017

Danksagung

Zunächst danke ich Herrn Prof. Dr. Marcel Romanos, dass er mir das Forschungsprojekt zur Bearbeitung im Rahmen meiner Promotion anvertraut und mich während des gesamten Prozesses sehr unterstützt hat. Herrn Priv.-Doz. Dr. Thomas Jans danke ich für die fachliche Betreuung, insbesondere bei der Vorbereitung und Auswertung der Nachbefragung. Des Weiteren gilt mein Dank den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg. Ein besonderer Dank gebührt allen Probanden, ohne deren Mitwirkung die Nachbefragung nicht möglich gewesen wäre. Ganz persönlich bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden, die mich während der ganzen Zeit begleitet und unterstützt haben.