

Aus der Abteilung
für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Eberhard Schulz

**„Psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität von Kindern
und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen“**



Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg im Breisgau

vorgelegt 2010

von Diane Cathérine König
geboren in Offenburg

Dekan: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hubert Erich Blum
1. Gutachter: Prof. Dr. med. Philip Heiser
2. Gutachter: PD Dr. med. Alexandra Philipsen
Promotionsjahr: 2011

**Meiner Familie
In Liebe und Dankbarkeit**

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	7
1.1	HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN	9
1.1.1	<i>Epidemiologie und Geschlechterverteilung</i>	11
1.1.2	<i>Ätiologie</i>	13
1.1.3	<i>Symptomatik</i>	20
1.1.4	<i>Komorbiditäten</i>	22
1.1.5	<i>Diagnose</i>	23
1.1.6	<i>Diagnostik/Differenzialdiagnostik</i>	26
1.1.7	<i>Therapie</i>	26
1.1.8	<i>Verlauf/Prognose</i>	33
1.2	LEBENSQUALITÄT	35
1.2.1	<i>Definition und Geschichtliches</i>	35
1.2.2	<i>Schutzfaktoren und Ressourcen</i>	36
1.2.3	<i>Messung der Lebensqualität</i>	38
1.3	FRAGESTELLUNGEN UND ZIELSETZUNG DER STUDIE	39
2	MATERIALIEN	41
2.1	ANSCHREIBEN	41
2.2	FRAGEBÖGEN	41
2.3	ANGABEN ZU DEN ERKLÄRUNGEN DER FRAGEBÖGEN	41
3	PATIENTEN UND METHODEN	42
3.1	STUDIENART	42
3.1.1	<i>Erhebungszeitraum</i>	42
3.1.2	<i>Setting</i>	42
3.2	PATIENTEN	43
3.2.1	<i>Rekrutierung</i>	43
3.2.2	<i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	44
3.2.3	<i>Einwilligung in die Studienteilnahme</i>	45
3.3	ERHEBUNG DER STUDIENDATEN	46
3.3.1	<i>Ablauf der Treffen beziehungsweise der Telefongespräche</i>	46
3.3.2	<i>Inhalt und Ablauf der Gespräche</i>	47
3.4	ANALYSEMETHODEN	47
3.4.1	<i>Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)</i>	47
3.4.2	<i>Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)</i>	61
3.5	DOKUMENTATION DER ERGEBNISSE	69
3.6	STATISTISCHE AUSWERTUNG	70

3.7	ETHISCHE ASPEKTE DER STUDIE	70
4	ERGEBNISSE	71
4.1	DEMOGRAFISCHE DATEN	71
4.1.1	<i>Geschlechterverteilung</i>	71
4.1.2	<i>Patientenalter</i>	72
4.1.3	<i>Medikation</i>	72
4.1.4	<i>Diagnosen und Komorbiditäten</i>	72
4.1.5	<i>Anzahl der Geschwister</i>	74
4.1.6	<i>Bildung der Probanden (Kindergarten/Schule)</i>	75
4.1.7	<i>Bildungsstand der Eltern</i>	75
4.1.8	<i>Berufsstand der Eltern</i>	76
4.1.9	<i>Familienstand der Eltern</i>	76
4.2	LEBENSQUALITÄT: ERGEBNISSE	77
4.2.1	<i>Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF): Core-Set Ergebnisse</i>	77
4.2.2	<i>Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK): Ergebnisse</i>	98
5	DISKUSSION	110
5.1	DISKUSSION DER PATIENTEN UND METHODEN	110
5.1.1	<i>Datenerhebung</i>	110
5.1.2	<i>Datendokumentation</i>	110
5.1.3	<i>Datenauswertung</i>	111
5.2	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	112
5.2.1	<i>Demografische Daten</i>	112
5.2.2	<i>Lebensqualität Ergebnisse</i>	116
5.3	BEANTWORTUNG DER FRAGEN	129
5.4	EINSCHRÄNKUNGEN DER STUDIE	132
5.5	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND OFFENE FRAGEN: IM SPEZIELLEN FÜR DIE VORLIEGENDE STUDIE SOWIE AUCH IM ALLGEMEINEN	133
6	ZUSAMMENFASSUNG	135
7	LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS	136
8	ANHANG	150
8.1	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	150
8.2	ERGEBNISSE DER STUDIE: MEDIANE UND MITTELWERTE DER VERWENDETEN ICF-VARIABLEN	152
8.3	ZUGESANDTE UNTERLAGEN AN DIE ELTERN	155
8.3.1	<i>Anschreiben an die Eltern</i>	155
8.3.2	<i>Aufklärung für Eltern zur Studie</i>	156

8.3.3	<i>Aufklärung für Kinder zur Studie</i>	157
8.3.4	<i>Einverständniserklärung zur Studie</i>	158
8.3.5	<i>Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – Elternversion</i>	159
8.3.6	<i>Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – Kinderversion</i>	161
8.4	ANGEWANDTE KLASSIFIKATIONEN DER ZWEITEN EBENE DER INTERNATIONALEN KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT	165
8.5	DIE ANGEWANDTE INTERNATIONALE KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT: CORE-SET	168
8.6	DANKSAGUNG	195
8.7	LEBENS LAUF	196

1 EINLEITUNG

Die Hyperkinetischen Störungen (HKS) beziehungsweise die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) gehören zu den häufigsten chronisch verlaufenden Krankheitsbildern im Kindes- und Jugendalter. Die Prävalenzangaben schwanken zwar teilweise erheblich, aber man kann in Deutschland von circa 3,9% für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr ausgehen (Huss 2004). Da zudem bei einem nicht unerheblichen Anteil der Erwachsenen die Symptome fortbestehen, gilt ADHS hier ebenso als eine behandlungsbedürftige psychische Störung (Caspers-Merk et al. 2002).

In letzter Zeit kommt es in der Öffentlichkeit allerdings immer häufiger zu kontrovers geführten Debatten: Ist die HKS beziehungsweise ADHS überhaupt eine wirkliche Erkrankung oder nur eine Modediagnose unserer heutigen Zeit? Liegt es an der Erziehung der Eltern, den vielen Scheidungen oder gar an der Ernährung? Setzen wir unsere Kinder mit Psychostimulanzien nicht unter Drogeneinfluss; werden sie von den Medikamenten nicht abhängig und unterdrücken wir ihren Antrieb so, dass ihre Persönlichkeit eine vollkommen andere wird?

Diese Fragen zeigen, dass die Bevölkerung nicht ausreichend oder teilweise sogar falsch informiert ist. Zudem haben die Eltern Angst, dass die eigenen Kinder eine Stigmatisierung erfahren und eventuell großen Schaden von jedweden Eingriffen auf therapeutischer Ebene nehmen.

Abgesehen davon, dass nicht als erkrankt erkannte Kinder und deren Eltern erheblich leiden und einen großen Teil an Lebensqualität einbüßen, entstehen auch volkswirtschaftlich enorme Kosten. Die direkten Behandlungskosten, die durch die HKS verursacht werden, sind in den letzten Jahren in vielen entwickelten Ländern stark gestiegen. Die Kosten für die Erkrankung beliefen sich laut Statistischem Bundesamt Deutschland 2002 auf 177 Millionen Euro, 2004 auf 234 Millionen Euro und 2006 auf 341 Millionen Euro. Die höchsten Kosten wurden von der Gruppe der unter 15-Jährigen verursacht. So sind also die Gesundheitsausgaben in diesem Bereich ständig gestiegen, was sowohl für eine zunehmende Nachfrage an Diagnostik und Therapie spricht als auch für eine verbesserte Verfügbarkeit solcher Leistungen (Wehmeier et al. 2009).

Zusätzlich zu diesen direkten Kosten ergeben sich jedoch noch weitaus höhere indirekte Folgekosten. Zahlreiche Komorbiditäten wie Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, Depressionen, Minderwertigkeitskomplexe, Angsterkrankungen, affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen als auch delinquentes Verhalten belasten das Gesundheitswesen schwer (Brunnhuber et al. 2005, Peters 2004, Rösler et al. 2007).

Ein nicht unbedeutender Anteil von 10-25% der betroffenen Kinder hat außerdem eine Teilleistungsschwäche wie die Lese-Rechtschreib-Störung oder Rechenschwäche (Peters 2004). In Verbindung mit der Aufmerksamkeitsstörung und vor allem der motorischen Unruhe ergeben sich große schulische Probleme. Durch eine unter Umständen vorenthaltene adäquate Behandlung wird diesen Kindern eine höhere schulische Bildung versagt, was im weiteren Lebensverlauf zu erhöhter Arbeitslosigkeit führen kann. Da oftmals ihr Potenzial und ihre Fähigkeiten nicht richtig erkannt werden, gehen der Wirtschaft möglicherweise kreative Leute verloren.

Unser Blick darf jedoch nicht nur auf die unaufgeklärte Bevölkerung, die enormen volkswirtschaftlichen Kosten, die noch teilweise fehlende Unterstützung der Politik und die offenen Fragen in der Forschung gerichtet sein, sondern es sollten insbesondere die Lebensqualität, das psychosoziale Funktionsniveau und die Anpassung der Betroffenen in verschiedenen Lebensbereichen berücksichtigt werden.

Während bisher hauptsächlich die Lebensqualität von Erwachsenen untersucht wurde, rückt in letzter Zeit zunehmend auch die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit (Mattejat und Remschmidt 2006).

Diese Kinder und Jugendlichen fordern uns geradezu heraus, über gewisse Fragen nachzudenken: Wie fühlen sie sich; wo liegen ihre stärksten Beeinträchtigungen; was bereitet ihnen im Alltag Probleme und wie kommen sie mit ihrer Erkrankung zurecht? Wir können Patienten mit einer HKS beziehungsweise ADHS nur ausreichend unterstützen und ihnen angemessen helfen ihre Persönlichkeit voll zu entwickeln, indem wir uns mit ihnen und ihrer Situation auseinandersetzen. Die vorliegende Studie soll dazu dienen, mittels verschiedener Fragebögen, auf diese Fragen eine Antwort zu erhalten.

Bei dieser Doktorarbeit werde ich im Folgenden bei direktem Bezug auf meine Studie den Terminus HKS verwenden, der vor allem in Deutschland im Gebrauch ist; beim Zitieren anderer Studien hingegen werde ich den synonymen internationalen Begriff ADHS anwenden.

Die Klassifizierung und Abrechnung über die Krankenkassen erfolgt in Deutschland nach der International Classification of Diseases (ICD-10) und nicht nach der Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV); in der Forschung jedoch sind die meisten Studien in englischer Sprache publiziert und es wird der Terminus ADHS gebraucht.

1.1 HYPERKINETISCHE STÖRUNGEN



Abb. 1.1 Der „Zappelphilipp“ aus dem Buch „Der Struwwelpeter“ (Hoffmann 1900)

Hyperkinetische Störungen (HKS; klassifiziert nach ICD-10) beziehungsweise die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS; klassifiziert nach DSM-IV) sind echte Erkrankungen und nicht nur „Modediagnose[n]“ oder Produkte unserer hektischen, unruhigen und kinderfeindlichen Zeit (Trott und Badura 2000).

Man sollte bedenken, dass nicht jedes Kind, das unkonzentriert, lebhaft und laut ist, unter ADHS leidet. Die Übergänge von „schwierigem Verhalten“ zu ADHS sind fließend und für Laien schwer einzuschätzen (Peters 2004). Zwar sieht man heute wegen ADHS viel mehr Kinder in Praxen und Kliniken als früher, aber das liegt auch daran, dass es heute eine wirksame Behandlung gibt und viele Eltern ihr „Schicksal“ nicht mehr einfach als gegeben hinnehmen wollen (Freisleder 2003).

Auch schon in früheren Zeiten – es liegen zahlreiche wissenschaftliche Berichte aus dem 19. Jahrhundert über ADHS vor – gab es Verhaltensmuster, die auf diese Diagnose hinwiesen. Bereits 1845 lieferte der Frankfurter Psychiater Dr. Heinrich Hoffmann in seinem Buch „Der Struwwelpeter“ mit dem „Zappelphilipp“ (siehe Abb. 1.1) ein anschauliches Bild eines hyperkinetischen Jungen (Trott und Badura 2000).

1902 gab es dann eine erste systematische Untersuchung des englischen Pädiaters George Frederic Still. Er sprach von einem „Defekt in der moralischen Kontrolle bei Kindern“ und beschrieb eine Symptomenkombination aus Überaktivität, Aufmerksamkeitsstörung und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, die sich schon meist vor dem achten Lebensjahr zeigte. Er vermutete eine biologische Disposition, die ursächlich sowohl der Genetik als auch prä- oder postnatalen Störungen zugrunde liegen könnte.

Schon damals ging er von einer Chronizität in den meisten Fällen aus, wobei die Symptome bis ins Erwachsenenalter persistieren. Das männliche Geschlecht überwog mit einem Anteil von 75%; bei einigen Fällen nennt er ein höheres Risiko für eine spätere Strafanfälligkeit und bei den biologischen Verwandten fanden sich vermehrt affektive Störungen, Kriminalität und Alkoholismus (Barkley 2006, Palmer und Finger 2001, Still 1902).

Die Bezeichnung des Syndroms hat im Laufe der Zeit einige Veränderungen erfahren. Seit 1932 wurde von einer „Hyperkinetische[n] Erkrankung des Kindesalters“ berichtet (Peters 2004). In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nahm man eine generelle Schädigung des Gehirns für das „Hyperkinetische beziehungsweise Hyperaktive Syndrom“ an. Erst in den 50er und 60er Jahren erkannte man schließlich, dass bei den primär hyperaktiven Kindern keine substanzielle Hirnschädigung vorlag. Man führte die Störung wegen ihres diskreten organischen Gepräges auf eine minimale cerebrale Dysfunktion zurück. 1980 führte die American Association of Psychiatry den Begriff „Attention deficit hyperactivity disorder“ (ADHD) in ihrem „Diagnostic and statistical manual of mental disorders“ (DSM-III) ein. In der revidierten Fassung DSM-IV von 1987 wurden dann ebenfalls Untergruppen wie das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) berücksichtigt (Freisleder 2003). In der Schweiz wird synonym der Begriff „Psychoorganisches Syndrom“ (POS) verwendet; hierbei richten sich die diagnostischen Kriterien nach der schweizerischen Invalidenversicherung. Laut der dortigen „Verordnung über Geburtsgebrechen“ kann das Syndrom angeboren oder erworben sein. Die Entstehung beruht auf einer verlangsamten Entwicklung eines beziehungsweise mehrerer Hirnareale oder einer minimalen strukturellen Hirnschädigung. Es kann zu Störungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, der Kognition, der Wahrnehmung, des Antriebs und zu Verhaltensstörungen kommen (Holzen Beusch et al. 2005).

Die begrifflichen Verwendungen in der Fachliteratur wie auch im täglichen Gebrauch sind nicht einheitlich (siehe Tabelle 1.1).

Tabelle 1.1 Begriffe der Fachliteratur (Thierstein 1999)

Abkürzung	Bezeichnung	gebräuchlich
ADD	Attention Deficit Disorder	weltweit
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	weltweit
ADS	Aufmerksamkeitsdefizitstörung	in deutschsprachigen Ländern
POS	Frühkindliches psychoorganisches Syndrom	nur in der Schweiz
HKS	Hyperkinetisches Syndrom oder hyperkinetische Störung[en]	v.a. in Deutschland [offizieller ICD-10 Terminus]

Einen ersten Hinweis auf eine pharmakotherapeutische Behandlungsmöglichkeit lieferte 1937 der Psychiater Charles Bradley. Der Ansatz, pädagogisch kaum beeinflussbare hyperaktive Kinder mit Benzedrin (D- und L-Amphetamin) zu behandeln, erwies sich als erfolgreich (Bradley 1937; zitiert nach Freisleder 2003).

Die erste Veröffentlichung einer Amphetamintherapie eines Erwachsenen erschien 1947, also 10 Jahre später. Diese führte ebenso zur Verbesserung der Symptome (Hill 1947). Von Wood et al. (1976) wurden zusammenfassende Erfahrungen bei hyperkinetischen Kindern und Erwachsenen mit Pemolin und Methylphenidat berichtet. Man untersuchte in der Folgezeit weitere pharmakotherapeutische Möglichkeiten, aber es stellte sich keine als erfolgreicher heraus (Freisleder 2003).

Zametkin et al. (1990) vermuteten, als denkbaren Grund der positiven Ergebnisse der Pharmakotherapie eine von der Norm abweichende Hirnstoffwechselstörung. Sie fanden Unterschiede im cerebralen Glukosestoffwechsel, welcher bei Erwachsenen – die seit der Kindheit hyperaktiv waren – vor allem im prämotorischen Kortex und im oberen präfrontalen Kortex reduziert war; also gerade in Gebieten, die an der Kontrolle der Aufmerksamkeit und motorischen Aktivität beteiligt sind. Psychotherapie oder heilpädagogische Maßnahmen alleine reichten hierbei in der Behandlung also nicht aus.

Um die ADHS besser verstehen zu können, haben sich in den letzten Jahren immer mehr Forscher mit den genauen Ursachen und den Behandlungsmöglichkeiten auseinandergesetzt (Trott und Badura 2000).

1.1.1 Epidemiologie und Geschlechterverteilung

Die Prävalenzangaben schwanken zwischen 2 und 18% bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5-18 Jahren. Der Grund hierfür liegt zum einen an den verschiedenen Diagnosekriterien der internationalen Leitlinien: *International Classification of Diseases 10* (ICD-10) und *DSM-IV* und zum anderen an den methodischen Kriterien der Studien (Schulte-Markwort et al. 2004, Faraone et al. 2003; zitiert nach Wilens 2007).

In der Altersgruppe der 4- bis 17-Jährigen ergibt sich nach der DSM-IV Klassifikation eine Prävalenz von 2-7%; diese liegt bei der Anwendung der strenger gefassten ICD-10 Klassifikation bei 1-2% (Barkley et al. 2002, Buitelaar 2002).

Im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts Berlin wurde für die Bundesrepublik Deutschland eine mittlere Prävalenzrate der ADHS von 3,9% für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr ermittelt (Huss 2004). Laut einer Studie von Polanczyk et al. (2007) beträgt die weltweite Prävalenz an ADHS 5,29%.

Man kann also behaupten, dass sich rein statistisch in jeder Schulklasse circa ein bis zwei Kinder mit ADHS befinden. Somit zählt ADHS zu einer der häufigsten Störungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Sobanski und Alm 2004).

Jungen sind hierbei häufiger betroffen als Mädchen (3-4:1) (Brunnhuber et al. 2005, Döpfner et al. 2000, Nøvik et al. 2006). Dass die Prävalenz bei Jungen höher liegt als bei Mädchen kann ebenfalls daher rühren, dass Mädchen eher an ADS erkranken, wodurch sie aufgrund der fehlenden Hyperaktivität unauffälliger bleiben und eine behandlungsbedürftige Erkrankung leichter übersehen wird (Bargele et al. 2006).

Nach neusten Angaben, laut der Metaanalyse von Simon et al. (2009), liegt die zusammengefasste Prävalenz im Erwachsenenalter bei 2,5% (95% CI 2,1-3,1); nimmt jedoch mit steigendem Alter in der Allgemeinbevölkerung ab. Außerdem beträgt die Geschlechterverteilung bei Erwachsenen lediglich noch 2:1 (Faraone et al. 2003, Simon et al. 2009).

Eine umfangreiche Studie, die in Deutschland mit 14836 Probanden im Alter von 3 bis 17 Jahren im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KIGGS) durchgeführt wurde, führte zu interessanten Daten hinsichtlich Prävalenz, Geschlechterverteilung, Alterseffekt, geografischer Unterschiede und sozioökonomischem Status. Von diesen Kindern und Jugendlichen erhielten 4,8% die Diagnose ADHS, zusätzlich galten weitere 4,9% als Verdachtsfälle. Signifikante Unterschiede bestanden in der Geschlechterverteilung, wobei die Prävalenz bei Jungen 7,7% und bei Mädchen 1,8% betrug, was einer ungefähren Relation von 4:1 entspricht. Wie erwartet fand sich ein signifikanter Alterseffekt bezüglich der Diagnosestellung: Kinder im Vorschulalter erhielten die Diagnose in 1,5% der Fälle, Grundschüler in 5,3% und Schüler der weiterführenden Schulen in 7,1%. Es gab weder ein Ost-West-Gefälle in Deutschland, noch einen Unterschied zu ländlicher versus städtischer Gegend. Allerdings war der sozioökonomische Status signifikant assoziiert mit der Diagnosestellung: niedriger sozioökonomischer Status: 6,4%, mittlerer 5,0% und hoher 3,2%. Die Ergebnisse stehen im Einklang zu Studien aus anderen europäischen Ländern, weisen aber teilweise eine geringere Schwankungsbreite auf (Huss et al. 2008, Schlack et al. 2007).

1.1.2 Ätiologie

Die Forschung konnte trotz der deutlichen Fortschritte in den letzten Jahrzehnten keine vollständige Erklärung der Ursachen für ADHS liefern. Es handelt sich um eine multifaktorielle Erkrankung, an der vor allem biologische und psychosoziale Einflüsse beteiligt sind. Es kann als gesichert gelten, dass die Dysregulation des Hirnstoffwechsels in hohem Maße von genetischen Faktoren abhängt, weshalb häufig mehrere Kinder einer Familie betroffen sind und meistens ebenfalls die Eltern selbst beziehungsweise später die eigenen Kinder der Betroffenen (Bargele et al. 2006).

1. Genetik

Im Gebiet der psychiatrischen Störungen hat ADHS mit ungefähr 76% (bei vielen Studien liegt der Bereich zwischen 60-80%) eine der höchsten Hereditäten; dies führte dazu, dass immer mehr genetische Studien durchgeführt wurden und werden, welche in den verschiedensten Bevölkerungsgruppen weltweit eine große Anzahl an Kandidatengenen erforschen (Forero et al. 2009, Nikolas und Burt 2010, Smidt et al. 2003).

Besonders bei den Betroffenen, die die Symptome auch im Erwachsenenalter zeigen, trifft die ausgeprägte genetische Komponente zu. Ist ein Familienmitglied an ADHS erkrankt, besteht zudem ein fünffach erhöhtes Risiko für Erstgradangehörige ebenfalls darunter zu leiden. Die Krankheitsverursachung scheint polygenetisch zu sein; die Gene sind allerdings nicht immer ADHS-spezifisch, sondern einige sind ebenso bei anderen psychischen Krankheiten nachgewiesen worden. Es gilt heute als gesichert, dass es genetisch bedingte ADHS-Subtypen gibt, zum Beispiel die Kombination ADHS/Störung des Sozialverhaltens oder ADHS/depressive Störung (Rösler et al. 2007).

Ein weiterer Hinweis auf die genetische Komponente könnte außerdem sein, dass mehr Jungen als Mädchen erkranken (Freisleder 2003).

In den letzten zwei Jahrzehnten wurden viele Anstrengungen unternommen Kandidatengene zu finden, welche an der Ätiologie der ADHS beteiligt sind; daraus resultierte viel und nicht immer einheitliche oder sogar widersprüchliche Literatur. Im Folgenden sollen deshalb mehrere Studien und ihre Ergebnisse präsentiert werden, die aufzeigen, dass es abschließend noch keine vollständige Erklärung gibt, wie viele und welche Gene an der Krankheitsentstehung beteiligt sind. Den meisten Studien lässt sich lediglich eine konstante Richtung entnehmen: Dopaminrezeptor Gene (*DRD4/5*) sind höchstwahrscheinlich involviert und mutmaßlich auch das Dopamin-Transporter-Gen (*DAT1*) (Heiser et al. 2004, Sharp et al. 2009).

Die hohe Ansprechrate der ADHS-Patienten auf Medikamente, die den Dopamintransporter inhibieren, wie beispielsweise Methylphenidat, Amphetamin, Pemolin, Bupropion, führte dazu, den Dopamin-Transporter als ein hauptverantwortliches Gen bei ADHS anzusehen und lieferte gleichzeitig die Hoffnung, durch biochemische Analysen die verantwortlichen Mutationen zu entdecken und dadurch effektivere therapeutische Interventionen zu entwickeln (Cook et al. 1995).

In der vermuteten polygenetischen Heredität schien vor allem der *D4 Rezeptor* von großem Interesse. Er ist vorzugsweise in kortikalen und limbischen Gehirnregionen verteilt und besitzt einen hohen Grad an funktionell relevanter Variabilität in seinem *DRD4-Gen*. Das 7-repeat-Allel erschien signifikant häufiger in der untersuchten 48-bp Sequenz als im Normalkollektiv, wobei diese Rezeptorform eine abgeschwächte intrazelluläre Antwort auf Dopamin zeigte. Es fand sich also ein realer Zusammenhang zwischen ADHS und *DRD4-Genen*, wobei man in weiteren Untersuchungen prüfen musste, welche Allelvariante genau dazu beiträgt (Faraone et al. 2001, LaHoste et al. 1996).

Von den dopaminergen Genen *DRD4*, *DRD5* und *DAT1*, die möglicherweise an der Entstehung von ADHS involviert sind, konnte 2002 in einer Metaanalyse von Maher et al. eine signifikante Assoziation für *DRD4* und *DRD5* gefunden werden, wohingegen für *DAT1* keine signifikanten Ergebnisse herauskamen (Maher et al. 2002).

Li et al. (2006) bestätigten in einer groß angelegten Meta-Analyse diese Ergebnisse; sie fanden in molekulargenetischen Forschungen eine Verbindung mit VNTR's (variable number of tandem repeats) in den Bereichen des *DAT1-Gens*, des *DRD4-Gens* und ein Microsatelliten-Polymorphismus auf dem *DRD5-Gen*. Es wurden die Ergebnisse aller veröffentlichten Studien der europäischen und asiatischen Bevölkerung bis Oktober 2005 zusammengefasst, um ein umfangreicheres Bild der Rolle der drei Dopamin zugehörigen Gene zu schaffen. Das *DRD4* 7-repeat- und 5-repeat-Allel sowie das *DRD5* 148-bp Allel verleihen ein erhöhtes signifikantes Risiko und werden bevorzugt von Eltern an HKS betroffene Kinder weitergegeben. Das *DRD4* 4-repeat- und *DRD5* 136-bp Allel hingegen haben schützende Auswirkungen. Demgegenüber hat man keinen signifikanten Beweis einer Assoziation mit dem 480-bp Allel von *DAT1* gefunden. Zusammenfassend kann man sagen, dass es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen ADHS und Genen des dopaminergen Systems gibt; insbesondere *DRD4* und *DRD5*. Die nachfolgende Tabelle 1.2 verdeutlicht dies noch einmal:

Tabelle 1.2: zusammengefasste Ergebnisse aller Studien (Li et al. 2006)

Genes/Alleles	Overall OR (95% CI)	<i>P</i> (Z)	<i>P</i> (Q)	<i>P</i> (T)
<i>DAT1</i> 440-bp (11) ^a	1.02 (0.93, 1.13)	0.6418	0.7829	0.309
<i>DAT1</i> 480-bp (26)	1.04 (0.98, 1.11)	0.1955	1x10 ⁻⁶	0.065
<i>DAT1</i> 520-bp (7)	1.48 (1, 2.18)	0.05	0.9236	0.729
<i>DRD4</i> 2-repeat (28)	0.97 (0.86, 1.09)	0.6059	0.2157	0.204
<i>DRD4</i> 3-repeat (24)	0.99 (0.8, 1.23)	0.9507	0.3767	0.891
<i>DRD4</i> 4-repeat (27)	0.90 (0.84, 0.97)	0.0042	0.0513	0.07
<i>DRD4</i> 5-repeat (21)	1.68 (1.17, 2.41)	0.0053	0.2067	0.29
<i>DRD4</i> 7-repeat (33)	1.34 (1.23, 1.45)	2x10⁻¹²	0.0314	0.062
<i>DRD5</i> 148-bp (9)	1.34 (1.21, 1.5)	8x10⁻⁸	0.0008	0.011
<i>DRD5</i> 136-bp (3)	0.57 (0.34, 0.96)	0.0223	0.6247	0.202
<i>DRD5</i> 146-bp (3)	0.84 (0.6, 1.15)	0.2252	0.2118	0.593

P(Z): Z-Test: bestimmt die Signifikanz der Gesamt-OR.

P(Q): Cochran Q-Test: zur Berechnung der Heterogenität.

P(T): t-Test: zur Berechnung der Signifikanz der Publikations-Bias.

^aIn Klammern ist die Anzahl der Studien angegeben, die einbezogen sind.

Auch die 29 Studien umfassende Meta-Analyse von Kebir et al. (2009) stellte fest, dass Ergebnisse von Zwillings-, Familien- und Adoptionsstudien auf eine starke genetische Beteiligung bei ADHS hinweisen. Man überprüfte zehn Gene auf ihren neuropsychologischen Bezug zu der HKS: *DRD4*, *DRD5*, *DAT1*, *COMT*, *DBH*, *MAOA*, *ADRA2A*, *GRIN2A*, *BDNF* und *TPH2*. Für die *DRD*-Gene wurden hier ebenfalls signifikante Ergebnisse gefunden; über die anderen ließen sich weiterhin keine sicheren Aussagen machen, sie müssten zunächst in weiteren Studien untersucht werden. Insbesondere wird das *DRD4* Gen hervorgehoben, welches auf dem 11p15.5 Chromosom lokalisiert ist. Es hat einen starken Polymorphismus; die Anzahl der Tandemrepeats innerhalb der codierenden Region (Exon 3) variiert zwischen zwei, drei, vier, fünf und sieben Kopien. In der Allgemeinbevölkerung sind die am meisten vorherrschenden Allele: die mit vier (67%), sieben (12%) und zwei (10%) Wiederholungssequenzen. Es ließ sich einheitlich, anhand bestimmter Testverfahren, ein scheinbar ADHS-spezifisches Ergebnis feststellen: Das Fehlen des 7-repeat-Allels hängt mit einer schnelleren Reaktionszeit zusammen. Die Bearbeitungsgeschwindigkeit, der Aufmerksamkeitswechsel und die kognitive Impulsivität wurden zwar weniger erforscht, scheinen aber ebenfalls verändert zu sein. Gerade das *DRD4*-Gen ist bezüglich ADHS besonders erforscht, weil die *D4-Rezeptoren* hauptsächlich in Gehirnregionen, wie dem anterioren cingulären Kortex, exprimiert werden, der für Aufmerksamkeit und Hemmung verantwortlich ist und diese Patienten gerade hierbei Probleme haben.

Die Meta-Analyse von Gizer et al. (2009) versuchte Gene herauszufinden, welche einen konstant bleibenden Beweis einer Assoziation zu ADHS lieferten und dies über verschiedene Studien hinweg. Bei *DRD4*, *DRD5*, *DAT1*, Serotonin-Transporter-Gen (*5HTT*), Serotonin-Rezeptor-Gen (*HTR1B*) und synaptosomal-assoziiertes Protein 25-Gen (*SNAP25*) wurden signifikante Ergebnisse gefunden. Die möglichen Kandidatengene liegen in codierenden sowie in regulierenden Abschnitten, umfassen sowohl Single Nucleotide Polymorphisms (SNPs) als auch VNTRs, aber ob sie ursächlich für ADHS verantwortlich sind, wie ihre genaue Funktion dabei aussieht und ob Assoziationen zu anderen Genen ausgeschlossen werden können, erfordert weitere Forschungsarbeit.

Faraone und Khan (2006) hatten bereits zuvor – unter anderem – auf diese sechs signifikanten Gene hingewiesen und das Dopamin-Beta-Hydroxylase-Gen (*DBH*) als zusätzliches signifikantes Gen aufgeführt.

Die Meta-Analyse von Forero et al. (2009) soll laut eigenen Angaben die zurzeit größte Studie über die Vererbungslehre der ADHS sein. Die Autoren untersuchten die fünf Kandidatengene: *BDNF*, *HTR1B*, *SLC6A2*, *SLC6A4* und *SNAP25*. Lediglich für *SNAP25* konnte eine schwache Assoziation zu der HKS gefunden werden (OR 1,15, 95% CI: 1,01–1,31, $p = 0,028$). Dieses Molekül spielt eine zentrale Rolle in der synaptischen Übertragung und den Verformungsmechanismen. Abgesehen von *DRD4* und *DRD5* könnte es also ebenfalls bei *SNAP 25* signifikante Assoziationen mit ADHS geben.

Man sieht also, dass auf dem Gebiet der Gene noch keine Einigkeit darüber herrscht, welche Gene an der Entstehung beteiligt sind und welche nicht. Konkret ausschließen lässt sich keines der Gene. Es wird immer wieder Studien geben, welche der These zu bestimmten Genen zustimmen oder sie ablehnen und somit besteht weiterhin ein hoher Forschungsbedarf.

2. Neurotransmitter – biologische Faktoren

Die genauen Ursachen der ADHS sind noch nicht hinreichend geklärt, aber man nimmt an, dass es an einem Ungleichgewicht von Neurotransmittern liegt, wobei besonders die Signalübertragung im dopaminergen System gestört ist. Es kommt zu einer erhöhten Dichte von Dopamintransportern im präfrontalen Kortex und in den Basalganglien, also in den Hirnarealen, die maßgeblich an der Steuerung der motorischen Aktivität, der Impulskontrolle und der exekutiven Funktionen beteiligt sind (Solanto 2002). Durch das Überangebot an diesen Transportern resultiert eine reduzierte Verfügbarkeit an Dopamin und Noradrenalin im synaptischen Spalt, da diese zu schnell wieder aufgenommen werden (Madras et al. 2005).

Weil aber eine wichtige Funktion dieser beiden Transmitter die Reizweiterleitung ist (Funktionen der beiden Transmitter: siehe Abb. 1.2), kann das Gehirn von Betroffenen infolgedessen einströmende Umgebungsreize nicht filtern und es kommt zu einer unkontrollierten Reizüberflutung (Schulte-Markwort et al. 2004).

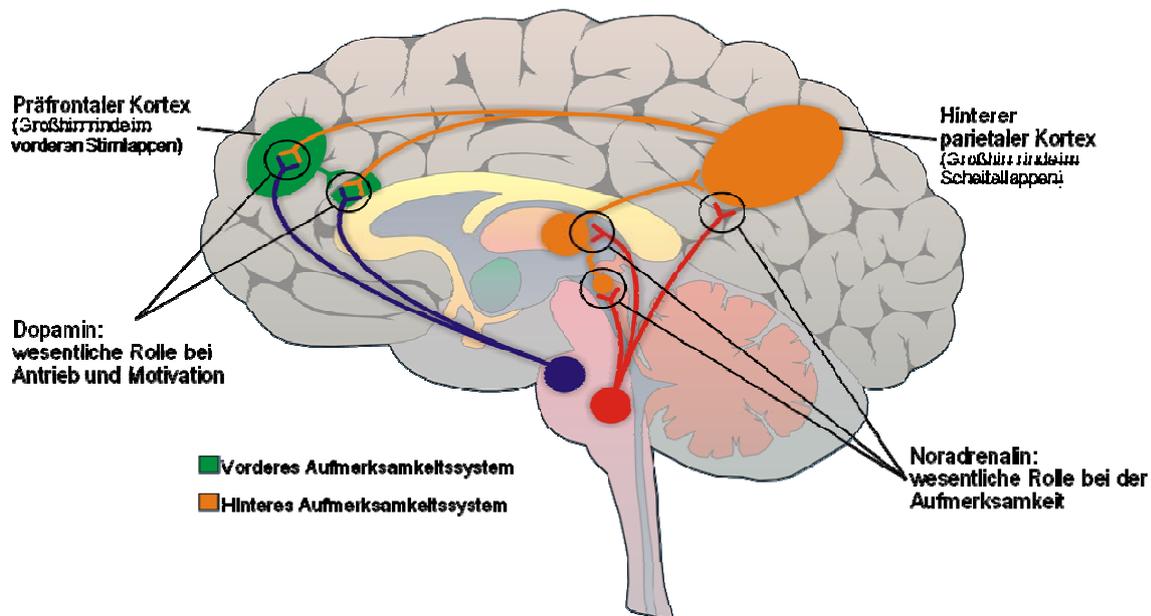


Abb. 1.2 (Modifiziert nach Pliszka et al. (1996); sowie Himmelstein et. al. (2000))

Diese These ließ sich durch bildgebende Verfahren stützen. In der Einzel-Photonen-Emissions-Tomographie (SPECT) konnte bei den Betroffenen tatsächlich eine erhöhte Dichte an Dopamintransportern, unter anderem im Striatum, nachgewiesen werden (Madras et al. 2005). Dass Dopamin an der Entstehung einer ADHS beteiligt ist, konnte außerdem dadurch belegt werden, dass Methylphenidat Einfluss auf die Symptomatik nimmt, indem es die präsynaptische Dichte des Dopamin-Transporters verringert (Soyka und Spitzer 2006).

3. Hirnstruktur und Hirnfunktion

Anatomische bildgebende Studien haben einheitlich darauf hingedeutet, dass es bei ADHS-Patienten zu einer Mitleidenschaft in Bereichen des Frontallappens, den Basalganglien, dem Splenium des Corpus callosum und dem Cerebellum kommt (Giedd et al. 2001, Hutchinson et al. 2008, Rösler et al. 2007, Rubia et al. 1997, Valera et al. 2007).

Bereits 1989 hatte die Arbeitsgruppe um Lou et al. Hinweise auf eine Entwicklungsstörung gewisser Hirnareale bei ADHS-Patienten gefunden. Sie stellten in SPECT-Untersuchungen eine statistisch signifikante Hypoperfusion periventrikulärer Strukturen fest; insbesondere des rechten Striatums, welche teilweise reversibel auf Methylphenidat ansprachen.

Der primär sensorische und der sensomotorische Kortex hingegen waren hyperperfundiert und Methylphenidat konnte hier den Flow im Bereich des primär sensorischen Kortex erniedrigen. Diese Ergebnisse ließen sich 1990 in weiteren SPECT-Untersuchungen von Lou et al. bestätigen, wobei wiederum eine zu Gesunden abweichende Verteilung der Gehirnaktivität bestand, die vor allem in striatalen und posterioren periventrikulären Bereichen vermindert war (Lou et al. 1989, Lou et al. 1990).

Durston et al. (2005) lieferte Anhaltspunkte dafür, dass Gene, die die Proteine der dopaminergen Bahn beeinflussen, mit den regionalen Veränderungen des Gehirnvolumens im Frontallappen und im Nucleus caudatus zusammenhängen. Es besteht eine Assoziation zwischen der ADHS und einer veränderten Gehirnstruktur. Das *DAT1-Gen*, welches hauptsächlich in den Basalganglien exprimiert wird, beeinflusst vorzugsweise das Caudatusvolumen, wohingegen das *DRD4-Gen*, welches hauptsächlich im präfrontalen Kortex exprimiert wird, vorzugsweise das Volumen der präfrontalen grauen Substanz beeinflusst.

In den neuronalen Regelkreisen spielen also vor allem das Frontalhirn und das Striatum (Putamen, Nucleus caudatus) eine große Rolle. Bei ADHS-Patienten kommt es zu einer so genannten Striatofrontalen Dysfunktion. Kernspintomografie und neuropsychologische Testverfahren konnten zeigen, dass ADHS-Betroffene in bestimmten Gehirnregionen eine geringere Fähigkeit zur Aktivierung besitzen. Hierbei sind gerade die Zentren betroffen, die an der Regulation von Aufmerksamkeitsprozessen und an der Steuerung und Hemmung von Verhaltensbereitschaften beteiligt sind. Die gefundenen regionalen Verminderungen der grauen Substanz im Bereich der Basalganglien, genauer des rechten Putamens und Globus pallidus, könnten ein anatomischer Marker für die Dysfunktion frontostriataler Schaltkreise sein, die die Wahrnehmungskontrolle vermitteln. Diese frontostriatale Dysfunktion führt zu Störungen bei den Neurotransmittern, insbesondere von Dopamin und Noradrenalin, was wiederum Störungen der psychischen beziehungsweise Verhaltensfunktionen zur Folge hat (Ellison-Wright et al. 2008, Rösler et al. 2007).

4. Soziale Faktoren

Wissenschaftliche Studien zeigen ganz klar, entsprechend den neurobiologischen Befunden, dass die elterliche Erziehung nicht die Ursache von ADHS sein kann (Bargele et al. 2006).

Der Verlauf und die Ausprägung der Symptome allerdings können erheblich beeinflusst werden von den Bedingungen, unter denen Kinder in der Familie, im Kindergarten oder in der Schule aufwachsen. Somit vermögen ungünstige psychosoziale Faktoren durchaus als exogene Risikofaktoren zu wirken.

5. Andere Faktoren

Bei Einzelnen können Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Geburt oder in der Neugeborenenperiode zur Entwicklung einer ADHS beitragen (Döpfner und Lehmkuhl 2003).

Weitere Risikofaktoren stellen eine Bleiintoxikation, der Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft sowie ein geringes Geburtsgewicht dar (Banerjee et al. 2007).

Gehirnverletzungen, vor allem im Bereich des dopaminreichen vorderen Putamens, erhöhen das Risiko für ADHS oder ADHS-typische Symptome. ADHS oder Züge davon dürften also folglich ein Enthemmungssyndrom darstellen, welches mit einer Dysfunktion in diesem kortiko-striato-thalamo-kortikalen Regelkreis einhergeht (Max et al. 2002).

Lange Zeit wurde diskutiert, ob bestimmte Nahrungsmittel oder Zusatzstoffe Veränderungen in der Balance der Transmitter hervorrufen und so Mitverursacher einer ADHS sein könnten. Vor allem Zucker, Phosphat und Lebensmittel, die allergische Hautreaktionen hervorrufen können, waren hierbei im Blickpunkt. Als Verursacher können mittlerweile Zucker und Phosphat weitgehend ausgeschlossen werden. Allerdings konnte gezeigt werden, dass 5-10% der Kinder mit ADHS auf unterschiedliche Nahrungsmittel mit einer Symptomverstärkung reagieren. Bei diesen Kindern können dann auch gewisse Auslass-Diäten therapeutisch von Nutzen sein (Peters 2004).

1.1.3 Symptomatik

1. Aufmerksamkeitsdefizit (Kognition)

Schlechte Konzentration, leichte Ablenkbarkeit, Vergesslichkeit:

Es kommt zu **Konzentrationsstörungen**, Desorganisiertheit und „geistiger Abwesenheit“. Die Gesprächspartner erscheinen unaufmerksam, zerstreut und **vergesslich**. Die betroffenen Personen wirken sprunghaft und sind **leicht ablenkbar**.

Es fällt ihnen schwer Aufgaben durchzuhalten, die eine längere Aufmerksamkeit erfordern oder sehr monoton sind. Alltagsaktivitäten sowie berufliche beziehungsweise schulische Anforderungen werden durch organisatorisches Chaos stark beeinflusst und behindern die Erledigungen der anfallenden Arbeiten.

2. Impulsivität (Verhalten)

Ständiges Unterbrechen und Stören anderer, Herausplatzen mit Antworten, Ungeduld:

Häufig werden rasche, unüberlegte Entscheidungen und Handlungen getroffen beziehungsweise vollzogen.

3. Überaktivität (Motorik)

Extremer Bewegungsdrang, motorische Unruhe, ständiges Laufen und Klettern, Ruhelosigkeit/Getriebenheit:

Die motorische Hyperaktivität lässt sich meist nur im Kindesalter nachweisen und ist später oftmals verschwunden oder lediglich noch leicht vorhanden. Viele Erwachsene äußern eher das Gefühl innerer Unruhe oder Angespanntheit und können schlecht abschalten.

[4. Emotionale Instabilität (Affektivität)]

Emotionale Instabilität gehört zwar nicht ausdrücklich zur Symptomtrias, aber es können typische Störungen in diesem Bereich bei ADHS gefunden werden. Es kommt im affektiven Erleben zu schnellen Stimmungsänderungen, wobei sich Euphorie und Deprimiertheit ständig abwechseln; häufig findet man außerdem aggressives Verhalten. Im Erwachsenenalter empfinden viele Langeweile, innere Leere, allgemeine Unzufriedenheit und Depressivität. Dann kann es auch zu komorbiden Störungen wie Depressionen oder Angsterkrankungen kommen (Brunnhuber et al. 2005).

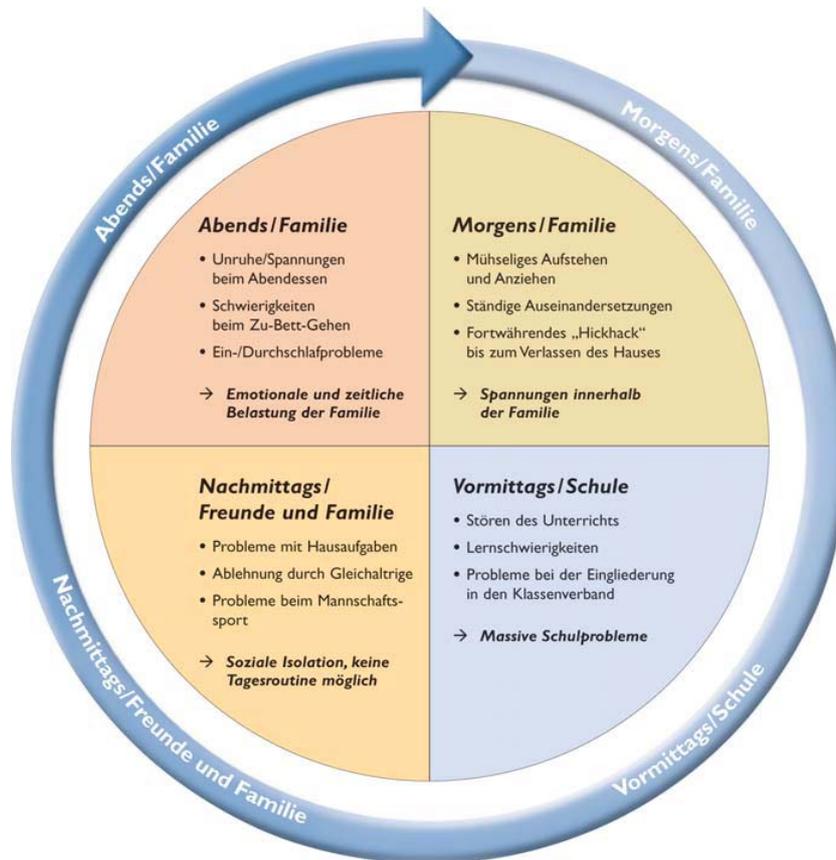


Abb. 1.3: Typische ADHS-Symptome im Tagesverlauf (Schulte-Markwort 2006)

Die Auffälligkeiten sind allerdings nicht bloß in einem Lebensbereich zu finden, sondern meistens in vielen Bereichen vorherrschend; also in der Familie, dem Kindergarten, der Schule und auch in der Freizeit. Abb. 1.3 soll deshalb zur Verdeutlichung der Symptome einen typischen Tagesverlauf aufzeigen.

Verstärkt treten die Probleme auf, wenn von den Betroffenen eine längere Ausdauer erwartet wird. Große Schwierigkeiten bereiten der Schulunterricht, die Hausaufgaben oder gemeinsame Essen in der Familie (Döpfner und Lehmkuhl 2003).

Die Verhaltensweisen entsprechen weder dem Alter noch dem Entwicklungsstand des Kindes. Eine Verbesserung der Symptomatik von alleine kann nicht erwartet werden; die Probleme treten also nicht phasenhaft auf, sondern sind über die Zeit stabil (Schulte-Markwort et al. 2004).

Eine grobe Abgrenzung zwischen einem lebhaften und einem HKS-Kind liefert Tabelle 1.3:

Tabelle 1.3 Abgrenzung vom lebhaften zum hyperaktiven Kind (eigene Tabelle in Anlehnung an Freisleder (2003))

Kriterium	Lebhaftes Kind (altersgemäß)	HKS-Kind (nicht altersgemäß)
Konzentration	normal	stark eingeschränkt
Sinneserfahrung	normal	stark eingeschränkt
Teilleistungsstörung	keine	mehrere
Soziale Reife	ungestört	zurückgeblieben

1.1.4 Komorbiditäten

Patienten mit ADHS weisen in bis zu 80% der Fälle komorbide psychische Störungen auf. Hierbei finden sich am häufigsten Störungen des Sozialverhaltens (in 50% der Fälle) und umschriebene Entwicklungsstörungen (Döpfner et al. 2007, Peters 2004).

Abb. 1.4 soll einen groben Überblick über mögliche Komorbiditäten bei ADHS liefern.

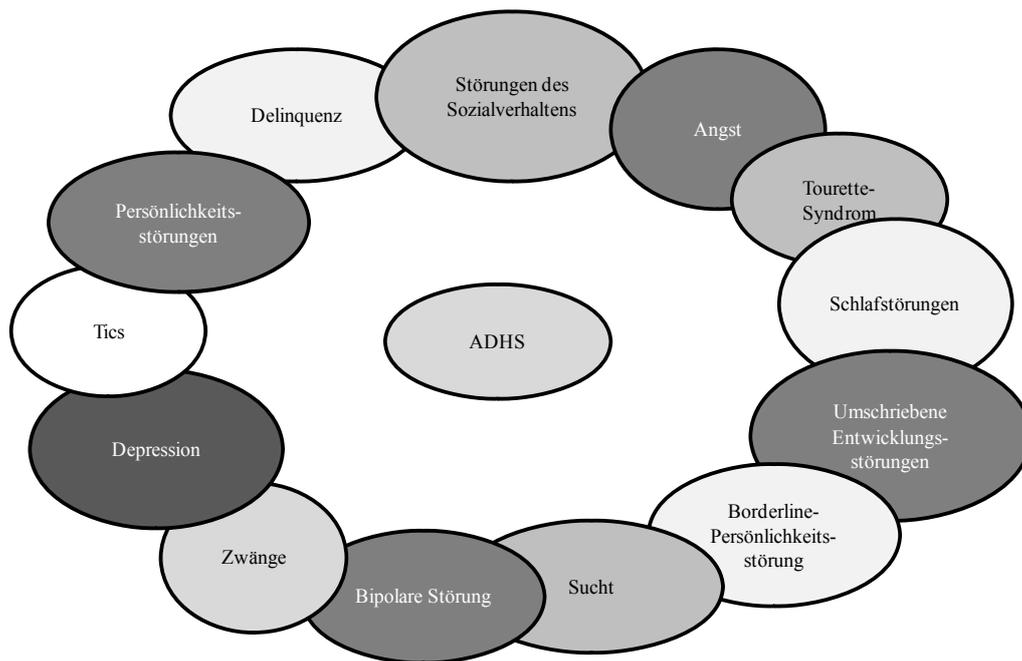


Abb. 1.4 Komorbiditäten (eigene Darstellung in Anlehnung an Philipsen (2007))

Gerade im Vorschulalter finden sich oftmals umschriebene Entwicklungsstörungen besonders in der Sprache, beim Zeichnen und in der Koordination von Bewegungen. Im Schulalter treten dann die Teilleistungsschwächen (10-25%) wie Dyskalkulie und Legasthenie hinzu und es kommt häufiger zu Klassenwiederholungen.

Kinder mit ADHS sind meistens nicht mehr oder weniger intelligent als ihre Altersgenossen, also weder hochbegabt noch ein Fall für die Sonderschule, aber sie sind nicht in der Lage, ihr intellektuelles Potenzial voll auszuschöpfen. Weiterhin kann auch eine begleitende Lernbehinderung vorliegen. Ansonsten treten Tics (30%) und das Tourette-Syndrom bei Kindern mit ADHS vermehrt auf (Bargele et al. 2006, Brunnhuber et al. 2005, Döpfner und Lehmkuhl 2003, Peters 2004).

Des Weiteren wird über einen Zusammenhang von ADHS und bipolaren Störungen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung diskutiert (Rösler et al. 2007). Ferner können ein Substanzmissbrauch/-abhängigkeit (30%), nicht-substanzgebundene Süchte, affektive Störungen, Depressionen (10-40%), Angsterkrankungen (20-25%), Persönlichkeitsstörungen (insbesondere die dissoziale und emotional instabile Persönlichkeitsstörung) sowie Zwänge vorliegen. Außerdem können eventuelle Schlafstörungen, welche mit einem Gefühl von geminderter subjektiver Schlafqualität und vermehrten Einschlafproblemen einhergehen, auftreten (Brunnhuber et al. 2005, Peters 2004, Rösler et al. 2007).

Generell findet sich ein um den Faktor zwei bis vier erhöhtes Unfallrisiko und es gibt häufiger delinquente Kinder und Jugendliche als bei gesunden Gleichaltrigen. Bei Eltern von ADHS-Kindern ist die Scheidungsrate um das drei bis fünffache gesteigert (Murphy und Barkley 1996).

1.1.5 Diagnose

Zur Diagnose von HKS beziehungsweise ADHS stehen zwei Kriterienkataloge zur Verfügung:

1. ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
2. DSM-IV der American Psychiatric Association (APA)

Die Klassifikationsschemata sind nicht genau gleich, stimmen allerdings in den grundsätzlichen Aspekten überein. Der Aufbau ist ähnlich, wobei die ICD-10 spezifischer und präziser ist und zur Diagnose der enger definierten „hyperaktiven Störung“ herangezogen wird und weniger zur Erkennung von Kindern mit deutlichen unaufmerksamen oder hyperaktiven/impulsiven Subtypen, wie sie in dem DSM-IV definiert sind. Die amerikanische DSM-IV umschreibt ein größeres Auffälligkeitsspektrum.

Von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) wurden im Herbst 2003 Leitlinien für die Diagnose und Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter veröffentlicht.

Hierbei sind die vorhandenen Erkenntnisse jedoch bisher noch nicht umfassend genug und es besteht noch großer Forschungsbedarf (Freisleder 2003, Peters 2004).

Über die Klassifikation von Subtypen wurde noch kein Konsens gefunden. Nach DSM-IV kann allerdings unterschieden werden zwischen:

1. hyperaktiv-impulsiver Subtyp (vermehrtes Auftreten bei Jungen)
2. unaufmerksamer Subtyp (vermehrtes Auftreten bei Mädchen; weniger stark ausgeprägte Variante der Störung)
3. Mischtyp

Durch den Zusatz "in partieller Remission" kann die Diagnose nach DSM-IV detaillierter dargestellt werden, wenn Jugendliche und Erwachsene nicht mehr alle erforderlichen Symptome zeigen (Brunnhuber et al. 2005, Döpfner et al. 2007).

Die ICD-10 unterscheidet wie folgt:

- „F90.0: *Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung [erklärt in Abb. 1.5]*
- F90.1: *Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, bei der sowohl die Kriterien für eine hyperkinetische Störung als auch für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind. Diese Kombinationsdiagnose wird durch die Häufigkeit begründet, mit der beide Störungen gemeinsam auftreten, und mit der im Vergleich zur einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung vermutlich ungünstigeren Prognose*
- F90.8/90.9: *Andere und nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung*
- F98.8: *Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (wird unter F98.8 explizit genannt; F90.8 wäre aber vermutlich angemessener)“ (Döpfner et al. 2007)*

3 Kardinalsymptome	Aufmerksamkeitsstörung	Beginn vor dem Alter von 6 Jahren (ICD-10) bzw. 7 Jahren (DSM-IV)
	Impulsivität	Mindestens 6 Monate andauernd
	Hyperaktivität	Situationsübergreifend: Tritt regelmäßig in mindestens 2 Lebensbereichen/Situationen auf (z.B. Familie/Schule)

Abb. 1.5 Hyperkinetische Störungen (F90) – Definition (eigene Darstellung in Anlehnung an Döpfner et al. (2007))

Das DSM-IV und die ICD-10 führen nur die Diagnosekriterien der Störung im Kindesalter auf und sind nicht spezifisch für Erwachsene, für diese gelten die Wender-Utah-Kriterien.

Hier werden neben den klassischen Symptomen – Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität – noch vier weitere Symptomgruppen berücksichtigt: desorganisiertes Verhalten, Affektlabilität, Affektkontrolle und emotionale Überreagibilität (Retz-Junginger et al. 2002).

Bei Erwachsenen wählt man daher seltener die Diagnose *F90.1*, da, wenn die Störungen des Sozialverhaltens bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben, sie als Persönlichkeitsstörungen bezeichnet werden (Rösler et al. 2007).

Ein so genannter „Entscheidungsbaum“ für die Diagnose hyperkinetischer Störungen soll die nachstehende Abb. 1.6 geben:

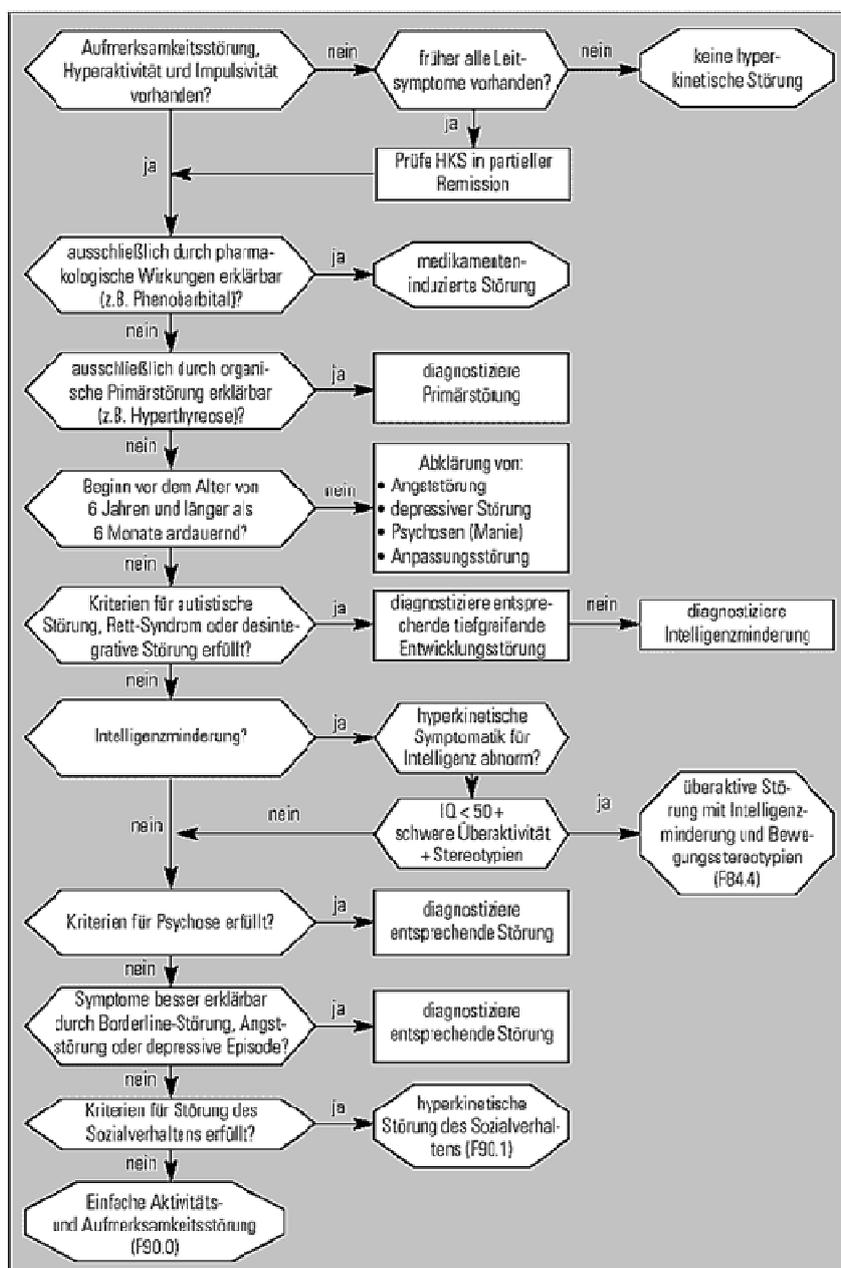


Abb. 1.6 Entscheidungsbaum für die Diagnose hyperkinetischer Störungen (Döpfner et al. 2007)

1.1.6 Diagnostik/Differenzialdiagnostik

Neben der ärztlichen Basisdiagnostik sowie der Differenzialdiagnostik ist vor allem die Beobachtung durch die Eltern, Erzieher und Lehrer wichtig.

1. Ärztliche Basisdiagnostik

Zuerst erfolgen eine allgemeine als auch eine störungsspezifische Anamnese, wobei die Familienanamnese unter besonderer Berücksichtigung der Psychosomatik erhoben wird. Es werden Fragebögen für Kinder, Eltern, Kindergarten und Schule verwendet. Der psychiatrische Befund spielt genauso wie die körperliche und neurologisch-motorskopische Untersuchung eine große Rolle. Gegebenenfalls können noch eine Elektroenzephalografie (EEG) und ein Labor mit Blutbild, Differenzialblutbild, Schilddrüsen-/Leberwerte und Kreatinin durchgeführt werden.

2. Psychodiagnostik

Obligat sind eine IQ-Testung, die Überprüfung der Teilfunktionen und eine Testung sowie Überprüfung der Aufmerksamkeit. Als fakultativ kann die Erfassung komorbider Störungen, die Erfassung von emotionalen Bedingungen und die videogestützte Diagnostik angesehen werden.

3. Fakultativ weiterführende Diagnostik

Es können zusätzlich bildgebende/elektrophysiologische Verfahren eingeleitet werden als auch eine pädaudiologische, phoniatische, pädoophthalmologische oder genetische Differenzialdiagnostik (Schulte-Markwort et al. 2004).

Um die Diagnose ADHS stellen zu können, sind viel Aufwand und fachliche Erfahrung notwendig. Differenzialdiagnostisch muss man des Weiteren Schilddrüsenstörungen, Anfallsleiden, Sozialverhaltensstörungen, Ängste, Depressionen, Autismus, eine beginnende Psychose, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Lernbehinderungen oder auch nur eine einfache schulische Überforderung oder Belastung durch die aktuelle Lebenssituation in Betracht ziehen. Hierbei sollten die genannten Differenzialdiagnosen lediglich einen kleinen Ausschnitt der unzähligen weiteren liefern (Bargele et al. 2006).

1.1.7 Therapie

Eine kausale Behandlung im Sinne einer Heilung der ADHS ist nicht möglich; es können jedoch mittels der verschiedenen Therapieverfahren die Symptome verringert und die Folgeschäden vermieden werden (Peters 2004).

Der erfolgreiche therapeutische Ansatz basiert auf drei Hauptsäulen (siehe Abb. 1.7):

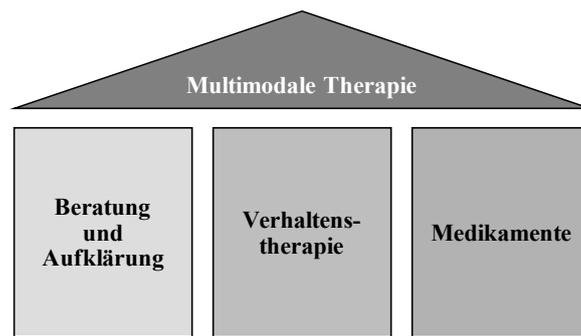


Abb. 1.7 Multimodale Therapie (eigene Darstellung in Anlehnung an Bargele et al. (2006))

Zusätzlich zu diesen wichtigen Bausteinen können Konzentrations- und Wahrnehmungsförderung sowie Trainings zur sozialen Kompetenz günstig wirken. Es sollten eine kontinuierliche Betreuung und Beratung erfolgen (Bargele et al. 2006).

Eine oligoantigene Diät kann bei einem kleinen Teil der Betroffenen durchaus hilfreich sein. Besteht eine Unverträglichkeit für bestimmte Nahrungsstoffe, vermag ein Auslassversuch die Symptomatik eventuell zu lindern. Aufgrund der Alltagsuntauglichkeit ließ sich diese Diät allerdings nicht als tragender Behandlungspfeiler durchsetzen (Schulte-Körne et al. 1996).

Hinsichtlich der Ansätze mit Homöopathie (Coulter und Dean 2007), Nahrungsergänzungstoffen (Weber und Newmark 2007) und Entspannungsverfahren ist – solange noch keine kontrollierten Studien vorliegen – Zurückhaltung geboten; abgesehen von der Effizienz ist manchmal auch deren Sicherheit fraglich (Bundesärztekammer 2005).

Des Weiteren darf man eventuelle Begleiterkrankungen nicht vergessen. Hier ist teilweise eine vorgezogene oder gleichzeitige Behandlung der Symptome nötig, um überhaupt erst eine effektive ADHS-Therapie zu ermöglichen. Meist wird zunächst das schwerwiegendere Problem zuerst behandelt (Rösler et al. 2007).

1. Beratung und Psychoedukation

Betroffene und deren Angehörige werden vorab gründlich beraten und informiert, wobei das weitere Vorgehen ausgiebig besprochen und ein individueller Therapieplan angefertigt wird. In der Psychoedukation lernen die Betroffenen etwas über die Ätiologie, die Symptomatik, die Diagnostik, die Therapie und über weitere wichtige Aspekte von ADHS. Unter Einbeziehung der individuellen Lebenssituation werden Bewältigungsstrategien aufgezeigt, die Patienten in der Selbstorganisation unterstützen und emotional entlasten sollen (Rösler et al. 2007).

2. Psychotherapie

Eine Metaanalyse von Van der Oord et al. (2008), die die Jahre 1985-2006 mit einbezieht, zeigte, dass psychosoziale Behandlungsverfahren effektiv die Symptome reduzieren können. Allerdings ergab die Anwendung einer kombinierten Behandlung eine höhere Ausbeute als eine psychosoziale Behandlung alleine.

Obwohl also die Pharmakotherapie traditionell als die "First-line"-Therapie angesehen wird, gibt es viele Patienten, die hierzu eine Alternative suchen. Insbesondere die Verhaltenstherapie konnte, von der Vielzahl an unterschiedlichsten psychotherapeutischen Verfahren, überzeugend und über die Zeit konstant eine effektive Verminderung ADHS-typischer Symptome nachweisen. Das tägliche Verhalten soll gezielt verändert werden; störende Verhaltensweisen müssen erkannt und abgelegt werden sowie neue, gewünschte erlernt werden. Hierbei kommen Einzel- aber auch Gruppentherapien zum Einsatz. Die einzigen empirisch abgesicherten nicht-pharmakologischen Behandlungsansätze für Kinder und Jugendliche mit ADHS sind die behavioralen Interventionen, wie das Elterntraining und Schulinterventionen. Vielversprechend präsentierte sich ebenfalls das Training von sozialen Fertigkeiten (Bargele et al. 2006, Chronis et al. 2006, Fabiano et al. 2009, Knight et al. 2008).

Es gibt zahlreiche weitere Therapiemöglichkeiten – allerdings schaffte man es bisher nicht deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachzuweisen. Unter anderem findet die Familientherapie häufig Anwendung; lerntherapeutische Methodentrainings und Konzentrationsförderung können erfolgreich sein sowie die sozialen Kompetenztrainings in Gruppen an Schulen. Ergotherapie findet vor allem im Vor- und Grundschulalter Gebrauch und Psychomotorik greift die Bewegungsfreude auf und nutzt sie therapeutisch. Ferner lieferten Biofeedbackverfahren erste ermutigende Ergebnisse (Bargele et al. 2006).

Für die Therapie im Erwachsenenalter liegen bisher keine kontrollierten Studien mit großen Fallzahlen vor, die eine Effektivität nachweisen. Bei Erwachsenen, die durch Medikamente nicht symptomfrei werden, brachten erste Studien zur Wirksamkeit eines strukturierten, an die dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung angelehnten Konzeptes in der Gruppe, positive Effekte. Die Kombination senkt ADHS-Symptome, eventuelle Ängste und Depressionen stärker als Pharmakotherapie alleine; außerdem wird die Ansprechrquote auf die Behandlung bei Kombination erhöht. Neben psychoedukativen Elementen können ebenso die Entwicklung von Fertigkeiten zum Umgang mit Stress und Emotionen, die Verbesserung zwischenmenschlicher Fähigkeiten und eine verbesserte Selbstwahrnehmung (durch ein an der Zen-Tradition orientiertes „Achtsamkeits-Training“) hilfreich sein.

Die Alltagsstrukturierung, Beziehungsgestaltung, Handlungsplanung und Selbstachtung werden so mittelfristig verbessert (Brunnhuber et al. 2005, Hesslinger et al. 2002, Safren et al. 2005).

Abschließend sollten noch die Selbsthilfegruppen genannt werden, welche oftmals weitere Informationen, Tipps und Erfahrungen liefern und eine Möglichkeit zum Austausch mit anderen Betroffenen bieten (Rösler et al. 2007).

3. Pharmakotherapie

Die Forschungsergebnisse mehrerer Jahrzehnte zeigen, dass die Pharmakotherapie in der Regel wirksam und gut verträglich ist. Für Methylphenidat zum Beispiel, dem Mittel der ersten Wahl, wurden signifikante Ergebnisse in den Bereichen Aktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeit gefunden. Psychostimulanzien sind allerdings keine kausale Therapie, da sie das Auftreten problematischen Verhaltens lediglich verringern beziehungsweise verhindern können (Bargele et al. 2006, Freisleder 2003, Heiser et al. 2004).

Den überraschenden Effekt, dass Stimulanzien bei Gesunden antriebssteigernd und euphorisierend wirken, bei ADHS-Patienten hingegen beruhigend, fand 1937 erstmalig der Psychiater Charles Bradley heraus (Bradley 1937). 1944 entdeckte dann der Schweizer Pharmakologe Leandro Panizzon das Methylphenidat, welches heute als Medikament erster Wahl gilt. Amphetamin nimmt eher eine Randerscheinung ein. Es gibt zahlreiche Gemeinsamkeiten, aber auch wichtige pharmakologische Unterschiede in der Gruppe der Stimulanzien. Die Behandlung mit Stimulanzien hat eine Ansprechrate von 70% im Kindesalter, aber von nur 50% im Erwachsenenalter. Eine vorliegende Suchterkrankung oder eine dissoziale Persönlichkeitsstörung sind zudem Kontraindikationen (Brunnhuber et al. 2005).

Methylphenidat ist ein Amphetamin-Derivat und unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz; es hat ein geringeres Abhängigkeitspotenzial als die Amphetamine. Die Aufdosierung auf eine Tagesdosis von 10-60 mg (maximal 0.5-1 mg/kg KG) sollte langsam – in Schritten von ungefähr 5 mg – erfolgen. In der Pathophysiologie der ADHS spielen katecholaminerge frontale, subkortikale und cerebellare Projektionsbahnen eine wichtige Rolle. Man konnte im Striatum von ADHS-Patienten aller Altersstufen eine deutlich erhöhte Dichte an präsynaptischen Dopamin-Transportern (DAT) nachweisen, die sich im Alter leicht verringert. Daraus resultiert eine eingeschränkte Verfügbarkeit von Dopamin im synaptischen Spalt; Methylphenidat hemmt diesen Transporter und erhöht somit das vorhandene Dopamin.

Amphetamin hingegen blockiert primär den Noradrenalintransporter (NET); zusätzlich aber auch den Transporter-Mechanismus Dopamin haltiger Vesikel (VMAT) im präsynaptischen Neuron, unabhängig von der physiologischen Dopamin-Freisetzung. Somit kann es zu einer Überschwemmung mit Dopamin und Noradrenalin kommen; diese stärkere und schnellere Neurotransmitterfreisetzung erhöht die Euphorisierungstendenz und das spätere Abhängigkeitspotenzial. Langwirksame Methylphenidatpräparate haben den Vorteil, dass es zu keinen starken Wirkungsschwankungen aufgrund von wechselnden Plasmakonzentrationen kommt; unerwünschte Nebenwirkungen (Einschlafstörungen, Appetitminderung, Übelkeit, selten Schwindel, Kopfschmerzen oder Dysphorie) und Reboundphänomene sind ebenfalls geringer. Durch die langsamere Anflutung wird das Abhängigkeitspotenzial nochmals minimiert. Zudem werden die Compliance, die Lebensqualität und das psychosoziale Funktionsniveau erheblich verbessert (Biederman und Faraone 2005, Brunnhuber et al. 2005). Tabelle 1.4 zeigt noch einmal zusammenfassend das unterschiedliche Rezeptorprofil von Methylphenidat/Amphetamin.

Tabelle 1.4 Unterschiedliches Rezeptorprofil von Methylphenidat/Amphetamin (eigene Tabelle in Anlehnung an Soyka und Spitzer (2006))

	Noradrenalin-Transporter (NET)	Dopamin-Transporter (DAT)	Vesikel-Transporter (VMAT)
Methylphenidat	++	+++	-
Amphetamin	+++	++	+

Aus der Diagnose ADHS leitet sich nicht immer gleich eine medikamentöse Behandlungsnotwendigkeit ab. Bei lediglich leichten Beeinträchtigungen in nur einem Lebensbereich kann zunächst eine alleinige psychologische Behandlung erfolgen. Eine Medikation kann in zwei Fällen sinnvoll sein (siehe Abb. 1.8; Döpfner und Lehmkuhl (2003)):

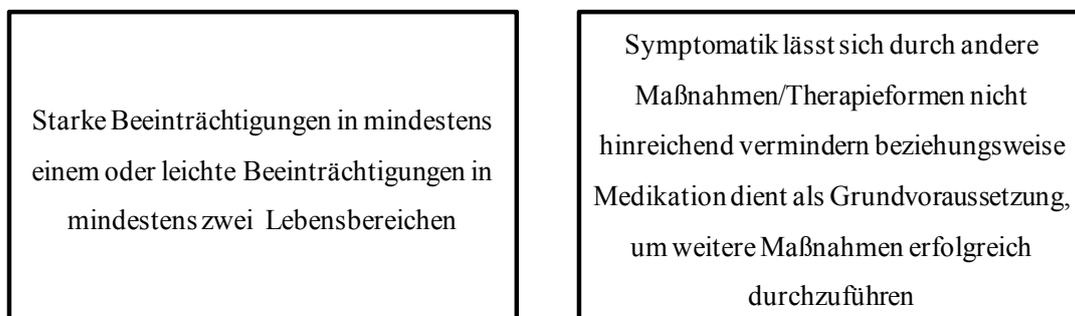


Abb. 1.8 Behandlungsnotwendigkeit bei ADHS (Döpfner und Lehmkuhl 2003)

Es gibt verschiedene Präparate mit jeweils unterschiedlicher Wirkdauer als auch unterschiedlichen Wirkstoffen und Wirkmechanismen, sodass für jeden Betroffenen eine individuelle Therapie erfolgen sollte. Je nach Ausprägungsgrad – in einem oder mehreren Lebensbereichen – kommen kurz- beziehungsweise langwirksame Arzneimittel zum Einsatz.

Die Medikamente zur Behandlung der ADHS sind bislang in Deutschland nur für das Kindes- und Jugendalter zugelassen; jedoch wird empfohlen, eine medikamentöse Therapie nicht vor dem 6. Lebensjahr zu beginnen. Der Arzt kann diese Mittel ebenso Erwachsenen verschreiben, sofern er das gegenüber den Krankenkassen begründen kann.

Diese „Off-Label-Verordnungen“ sind möglich, wenn der Patient erhebliche Symptome zeigt, es keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten gibt und Untersuchungen zur Wirksamkeit des entsprechenden Medikamentes vorliegen (Bargele et al. 2006, Rösler et al. 2007).

Bei erfolgreichem Ansprechen der Medikation wird diese zunächst für sechs bis neun Monate durchgeführt, wobei regelmäßige Beratungen und Kontrollen erforderlich sind. Im Anschluss an diese Zeit kann man die Notwendigkeit der weiteren medikamentösen Behandlung durch einen kontrollierten Auslassversuch von ein bis zwei Wochen, unter normalen Belastungsbedingungen, überprüfen (Döpfner und Lehmkuhl 2003).

In Deutschland zugelassene Präparate zur Behandlung der ADHS sind Methylphenidat mit schneller Freisetzung (Ritalin, Medikinet, Equasym, Methylphenidat Hexal/ratiopharm/TAD), Methylphenidat mit modifizierter Freisetzung (Medikinet Retard, Concerta, Equasym Retard), d-1-Amphetamin und Atomoxetin (Strattera) (Döpfner et al. 2007).

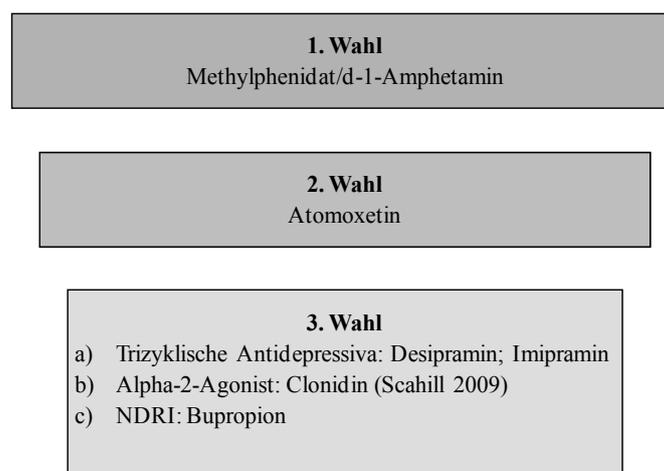


Abb. 1.9 Pharmakotherapie – Vorgehensweise (Banaschewski et al. 2004, Bundesärztekammer 2005, Himpel 2005, Mészáros et al. 2007, Spencer et al. 2002, Taylor et al. 1998)

Die Vorgehensweise bei der Pharmakotherapie verdeutlicht Abb. 1.9. War die Behandlung mit Methylphenidat und d-1-Amphetamin erfolglos, könnte man noch Pemolin, ein Psychostimulans vom Nicht-Amphetamin-Typ, in Betracht ziehen. Zeigen die Präparate der 1. und 2. Wahl keinen Effekt oder weisen zu ausgeprägte Nebenwirkungen auf, kommen die Medikamente der 3. Wahl infrage (Bundesärztekammer 2005).

Die ADHS-Medikamente sind zwar gut in ihrer Wirksamkeit untersucht und liefern signifikante Ergebnisse; aber es fehlen aussagekräftige Studien, die die einzelnen Medikamente in ihrer Wirksamkeit miteinander vergleichen. Obwohl Stimulanzien in der ADHS-Therapie die Hauptumsatzträger sind, zeigen ebenfalls einige Nicht-Stimulanzien Beweise ihrer Wirksamkeit, indem sie effektiv die Symptome reduzieren (Faraone et al. 2006).

Außer für *Atomoxetin* (Strattera; Selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; gut verträglich; Garnock und Keating (2009)), *trizyklische Antidepressiva (AD)* (Desipramin; Spencer et al. (2002)) und *Bupropion* (atypisches AD; Selektiver Noradrenalin-/Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (NDRI); mittlerer Wirkungsbereich und somit schwächer als Stimulanzien; Verbeeck et al. (2009)) konnten ebenso signifikante Ergebnisse für *Venlafaxin* (Selektiver Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI); Findling et al. (2007)), *Modafinil* (zentralwirksames Mittel, das zu den Psychostimulanzien zählt, aber welches sich strukturell und pharmakologisch von den Stimulanzien wie Amphetamin und Methylphenidat unterscheidet; wird gut vertragen; Kahbazi et al. (2009)) und *Monoaminoxidase-Hemmer wie Selegilin* (MAO-B-Hemmer; keine große Nebenwirkungen; Rubinstein et al. (2006)) und *Moclobemid* (MAO-A-Hemmer; Antkowiak und Rajewski (1998)) gefunden werden.

Abschließend soll die Abb. 1.10, das therapeutische Vorgehen zusammenfassen:

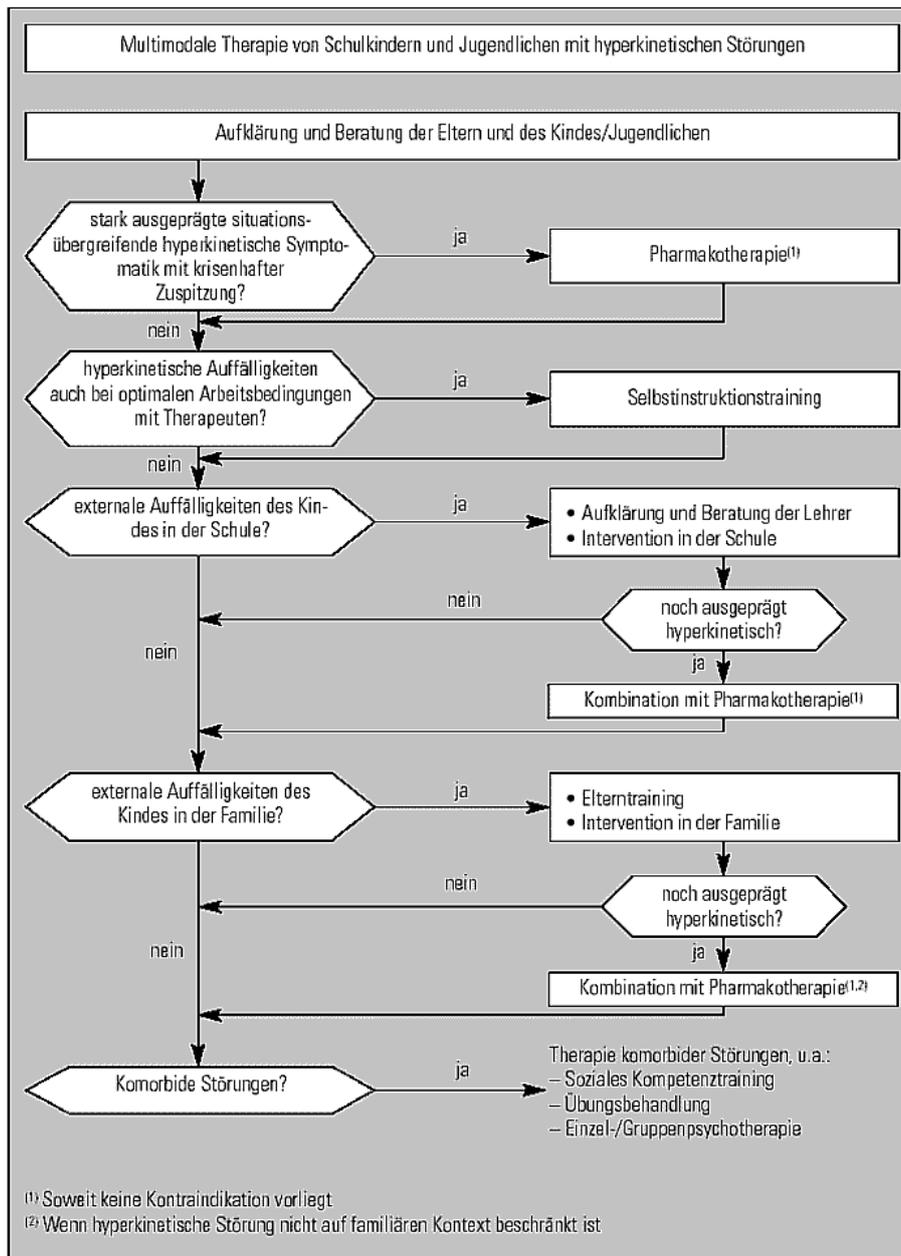


Abb. 1.10 Hierarchie des therapeutischen Vorgehens bei hyperkinetischen Störungen (Döpfner et al. 2007)

1.1.8 Verlauf/Prognose

Fachleute behaupten, dass es prinzipiell möglich sei, ab einem Alter von 3 Jahren ein hyperkinetisches Verhalten von „normalen Varianten“ abzugrenzen. Allerdings steht es weiterhin offen, ob es gewisse Regelmäßigkeiten im Auftreten von Auffälligkeiten in der Entwicklung von Säuglingen und Kleinstkindern gibt, welche sicher auf ADHS deuten.

Rückblickend lassen sich bei bis zu 60% der Kinder mit der späteren Diagnose ADHS Auffälligkeiten im Säuglingsalter, wie leichte Irritierbarkeit und ausgeprägte Unruhe, finden.

Diese Kinder werden als unausgeglichen und schwierig beschrieben, haben Probleme bei der Anpassung, leiden unter Ess- oder Schlafproblemen oder gehören zu den so genannten „Schreibabys“. Hierdurch kann schon sehr früh der Grundbaustein einer schwierigen Eltern-Kind-Beziehung gelegt werden (Brunnhuber et al. 2005, Cortese et al. 2009, Peters 2004).

So wird die Erkrankung mit ihren typischen Problemen Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität häufig erst im Schulalter mit 5-6 Jahren diagnostiziert, tritt in der Regel jedoch schon früher auf. Oft kommen noch sekundäre Probleme wie schlechte soziale Integration, Aggressivität, mangelnde Schulleistungen und gefahrenträchtiges Verhalten hinzu.

In der Pubertät lässt dann häufig die Hyperaktivität nach, dagegen bestehen die Impulsivität und die Unaufmerksamkeit weiter. Vorschnelles und unüberlegtes Handeln bringen die Jugendlichen bei fehlender Unterstützung in erhebliche Schwierigkeiten. So ist im Vergleich zu Altersgenossen der Konsum von legalen und illegalen Drogen erhöht (Bargele et al. 2006, Döpfner und Lehmkuhl 2003, Trott und Badura 2000).

Im Erwachsenenalter sind bei 2/3 gewisse Grundsymptome zu beobachten, dann allerdings in altersentsprechender Ausgestaltung. ADHS wächst sich also sozusagen nicht aus. Bei circa 10% persistiert das Vollbild der Störung, wobei der Verlauf dann üblicherweise chronisch ist. Die Grundsymptomatik – meistens dominiert die Aufmerksamkeitsstörung –, aber vor allem auch die sozialen und psychischen Konsequenzen bereiten erhebliche Probleme. Es kommt zu Stressintoleranz, emotionaler Instabilität, „Sensation-seeking Verhalten“ und Desorganisiertheit in vielen Bereichen (Bargele et al. 2006, Brunnhuber et al. 2005, Krause et al. 1998, Philipsen et al. 2008).

Nicht ausdrücklich die Grundsymptomatik, sondern die daraus resultierenden psychosozialen Konsequenzen sind entscheidend für den Verlauf der Störung. Durch das ständige Ermahnen und Bestrafen empfinden die Kinder ein Gefühl von Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit und entwickeln nicht selten ein dauerhaft gemindertem Selbstwörterleben. Später können viele in beruflicher Hinsicht nicht ihren eigentlichen Begabungen und Fähigkeiten nachgehen, da hierzu oftmals Durchhaltevermögen und Konzentration erforderlich sind. Ferner können zwischenmenschliche Beziehungen erheblich leiden, da sich die Partner durch Unzuverlässigkeit und Sprunghaftigkeit belastet sehen. Patienten mit ADHS sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung öfters geschieden oder arbeitslos (Brunnhuber et al. 2005).

Die Ursache dafür, dass ADHS bei vielen bis in die Adoleszenz hineinreicht, wird darin gesehen, dass die Krankheit primär nicht erkannt wird und keine pharmakotherapeutische oder verhaltenstherapeutische Behandlung erfolgt, genauso wenig wie eine adäquate Beratung.

Solche Jugendliche können auch noch zu einem späteren Zeitpunkt von einer Psychostimulanzientherapie profitieren. Hierbei sind die Responderraten allerdings geringer (Heath et al. 1990, Heiligenstein und Anders 1997).

Abschließend sollte man jedoch festhalten, dass es nicht nur negative Seiten bei ADHS gibt. Oft sind die Betroffenen sehr begeisterungsfähig, zumeist hilfsbereit, sensibel, haben viel Energie, große Improvisationskunst, sind kreativ und offen für Neues (Rösler et al. 2007).

1.2 LEBENSQUALITÄT

1.2.1 Definition und Geschichtliches

Ein mancher mag unter Lebensqualität hauptsächlich den sozialen Wohlstand beziehungsweise materielle Dinge oder einen hohen Freizeitwert sehen. Umgangssprachlich findet außerdem oft der Begriff „Lebensstandard“ Verwendung. Manch anderer macht sie vom vorhandenen Beruf, Freundeskreis oder Umweltfaktoren abhängig. Obwohl die Meinungen des Einzelnen also über die Lebensqualität auseinandergehen, gilt trotzdem für alle Menschen gleichermaßen, dass die körperliche und psychische Gesundheit maßgeblich die Lebensqualität beeinflussen (Kramer 2007, Rinner 2004).

Die Definition von Bullinger et al. (1994) definiert es treffend:

„Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus Sicht von Patienten und/oder Beobachtern beinhaltet“.

Sie berücksichtigen also fünf Dimensionen (Multidimensionalität) und beachten auch subjektive und objektive Aspekte durch Bezug auf das Mehrperspektiven-Konzept (Selbst- und Fremdeinschätzung).

Als einer der ersten Momente in der Geschichte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann die **WHO-Gesundheitsdefinition** von 1946 gesehen werden: **„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“** (WHO 1946).

Seit den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts gewann dann der Begriff der Lebensqualität gerade in der Medizin eine zunehmende Bedeutung; insbesondere Therapieentscheidungen wurden unter anderem davon abhängig gemacht.

Durch den Meilenstein **Antonovsky's** – dem von ihm in den 1970er Jahren entwickelten **Konzept der Salutogenese** – hatte sich in den Gesundheitswissenschaften eine Sichtweise entwickelt, die als wesentliche Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden, neben Risikofaktoren und Belastungen ebenfalls Schutzfaktoren und Ressourcen sah (Bettge und Ravens-Sieberer 2003). Dazu Näheres im Abschnitt 1.2.2.

Das **Konzept der Lebensqualität** ist aus der medizinisch-psychologischen Forschung seit dem Appell von Katz (1987) – man solle gerade die Funktionsfähigkeit und Befindlichkeit in verschiedenen Lebensbereichen und nicht nur die generellen therapeutischen Effizienzmaßnahmen berücksichtigen – nicht mehr wegzudenken. Dies gilt auch im Speziellen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kramer 2007).

Der Erfassung der subjektiven und psychischen Gesundheit kommt in Ergänzung der Daten der körperlichen somit eine große Bedeutung zu. Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen sind teilweise lang anhaltend, betreffen einen nicht geringen Anteil der Kinder und Jugendlichen und resultieren in einer verminderten Lebensqualität (Ravens-Sieberer et al. 2002).

Das Modul „Psychische Gesundheit“ (BELLA-Studie), in Ergänzung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS), hatte zum Ziel, bundesweit gültige Daten von Kindern zwischen 7 und 17 Jahren in Deutschland zum psychischen Gesundheitszustand zu erheben. Dabei konnte die BELLA-Studie feststellen, dass insgesamt 14,5% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 7-17 Jahren die Kriterien für mindestens ein typisches psychisches Gesundheitsproblem erfüllten, welches mit Beeinträchtigungen verbunden ist. Symptome für allgemeine psychische Gesundheitsprobleme waren bei 8,6% der Kinder und 6,6% der Jugendlichen vorhanden. Diese Zahlen wurden auf Prävalenzraten von 6,3% und 4,9% reduziert, wenn zusätzlich „vorhandene Beeinträchtigungen“ als Kriterium genommen wurde. Diese verzeichneten Prävalenzen der psychischen Erkrankungen verlangen nach frühzeitiger Prävention. Präventive Maßnahmen werden künftig die Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen darstellen (Ravens-Sieberer et al. 2002, Ravens-Sieberer et al. 2008 b).

1.2.2 Schutzfaktoren und Ressourcen

In mehreren Studien stachen als negative Faktoren insbesondere ein ungünstiges Familienklima und ein niedriger sozioökonomischer Status hervor. Außerdem wirken sich eine geringe soziale Unterstützung und ein vermindertes psychisches Wohlergehen der Eltern ebenfalls negativ aus. Treten mehrere Risikofaktoren gleichzeitig auf, steigt die Prävalenz psychischer Erkrankungen merklich.

Im Gegensatz dazu koinzidieren personale, familiäre und soziale Ressourcen mit einem Nichtvorhandensein psychischer Erkrankungen; sie können also als Schutzfaktoren für die subjektive und psychische Gesundheit gesehen werden (Ravens-Sieberer et al. 2007, Ravens-Sieberer et al. 2008 a).

In einer Studie mit 264 australischen Schülern im Alter von 12-18 Jahren fanden Gullone und Cummis (1999) weitere Faktoren der Lebenszufriedenheit. Diese korreliert positiv mit innerer Kontrollüberzeugung, Selbstbewusstsein und Extraversion und negativ mit Angst, Neurotizismus, depressiven Symptomen und Stress. Diese Aspekte, die für die Lebenszufriedenheit bei Jugendlichen verantwortlich sind, ähneln stark denen bei Erwachsenen.

Andere wie Hawkins et al. (1992) oder Neto (1993; zitiert nach Gullone und Cummis (1999)) nennen als zusätzliche negative Faktoren Einsamkeit, Sozialangst und Schüchternheit, als positive Faktoren hingegen soziale Akzeptanz, soziale Bindung, Selbstvertrauen, psychologische Reife, niedrige Impulsivität und körperliche Attraktivität.

Abgesehen von der psychischen Erkrankung an sich bestehen also zahlreiche Einflussfaktoren, die die Lebensqualität beeinflussen. Die nachfolgende Abb. 1.11 soll dieses Spektrum noch einmal verdeutlichen beziehungsweise erweitern:

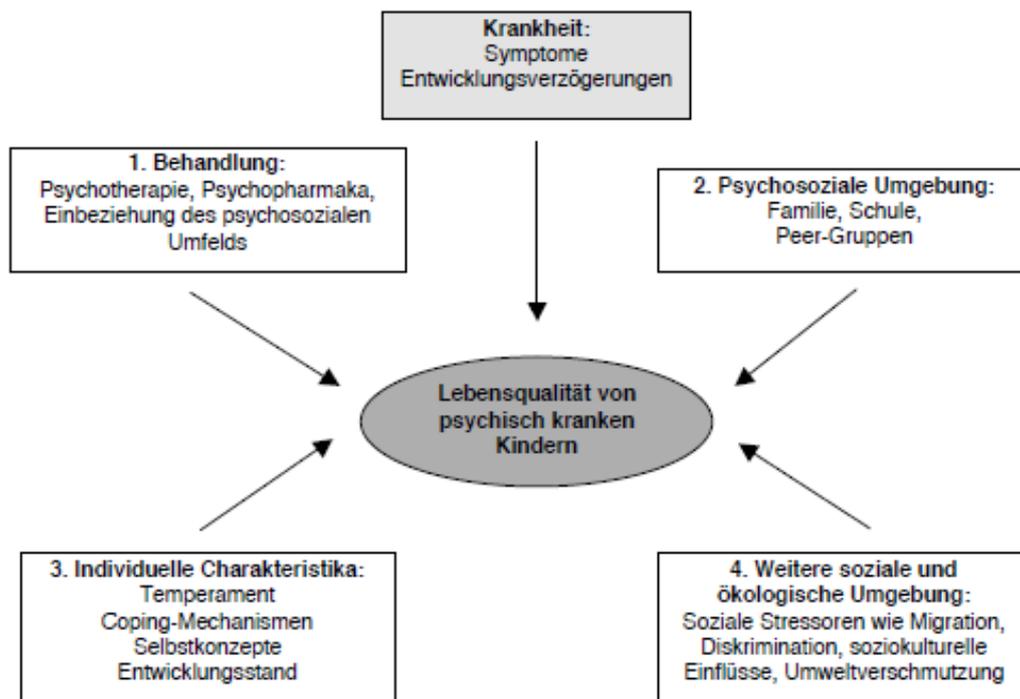


Abb. 1.11 Einflussfaktoren auf die Lebensqualität psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (Schmeck 1998)

1.2.3 Messung der Lebensqualität

Um eine Qualitätssicherung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu ermöglichen, ist es nötig, auch bei psychisch gestörten Kindern- und Jugendlichen die Lebensqualität systematisch zu erfassen, damit sie bei der Therapieplanung und Evaluation berücksichtigt werden kann. Es sollen nicht nur die Symptome, sondern die Lebensqualität als Ganzes beachtet werden, um die Ergebnisqualität der Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verbessern (Kramer 2007, Schmeck et al. 1998).

Bis heute liegen für Kinder und Jugendliche jedoch kaum überprüfte Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität vor. Die meisten von ihnen wurden außerdem in englischer Sprache verfasst (Ravens-Sieberer et al. 2002). Es seien nachfolgend einige der Instrumente genannt:

Mit dem **KINDL^R-Fragebogen** (Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, revidierte Form; revidierte Fassung von Ravens-Sieberer und Bullinger (1998); ursprüngliche Fassung von Bullinger et al. (1994)) liegt ein krankheitsübergreifendes Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei klinisch kranken als auch gesunden Kindern und Jugendlichen in deutscher Sprache vor. Es wurde bereits in epidemiologischen Untersuchungen psychometrisch als Lebensqualität-Screening-Instrument getestet und stellt das bisher am einträglichsten überprüfte Verfahren in deutscher Sprache dar. Der Fragebogen, der in einer Selbst- sowie in einer Fremdbeurteilungsversion (Eltern) vorliegt, beinhaltet 24 Items, die sechs Dimensionen der Lebensqualität umfassen. Es werden Familie, Freunde, Selbstwert, Körper, Psyche und funktionale Aspekte berücksichtigt. Der Forderung nach Einbeziehung der kindlichen Entwicklungsfortschritte wird mittels verschiedener Versionen, die das Alter berücksichtigen, Rechnung getragen (Bullinger et al. 1994, Ravens-Sieberer et al. 2000, Ravens-Sieberer et al. 2002, Ravens-Sieberer und Bullinger 1998).

Der **ILK** (Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen) stellt ebenfalls ein valides und reliables Screening-Instrument zur Erfassung der Lebensqualität dar. Er kann bei psychisch oder körperlich kranken sowie bei gesunden Kindern und Jugendlichen im Alter von 6-18 Jahren eingesetzt werden (Mattejat und Remschmidt 2006). Im Abschnitt 3.4.2.2 wird nochmals auf das Konzept der Lebensqualität und weiteren Definitionen davon eingegangen.

Außerdem sollte noch der **Child Health Related Quality of Life (CQOL)** Fragebogen von Graham et al. (1997) genannt werden. Dieser auch in einer deutschen Version erhältliche Fragebogen, der speziell für Kinder mit mentalen und physischen Krankheiten entwickelt wurde, liegt in

einer Kinder- sowie Elternversion vor. Die Kinderversion beinhaltet allerdings nur das Alter von 9-15 Jahren und ist somit sehr eng gefasst.

Er beinhaltet jeweils drei Fragen zu 15 Dimensionen und des Weiteren wird noch eine Gesamteinschätzung gemacht. Somit ergibt sich ein recht ausführliches Instrument mit 46 Items, welches aber den Vorteil hat, dass es zwischen den Bereichen „objektive Beeinträchtigung“ und „subjektive Zufriedenheit“ unterscheidet (Graham et al. 1997; zitiert nach Schönfeld 2008).

Oft wird ebenfalls der **Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche** (DIKJ) verwendet, ein Fragebogen zur Erfassung der Depressivität; da man die engsten Bezüge zur subjektiven Lebensqualität – hinsichtlich den klassischen psychopathologischen Merkmalen – in der Depressivität sehen kann. Man kann davon ausgehen, dass Depressivität und subjektive Lebensqualität einen engen Zusammenhang besitzen, was sich empirisch durch eine hohe Korrelation nachweisen lässt (Mattejat und Remschmidt 2006, Stiensmeier-Pelster et al. 2000).

Nach all dem Gesagten ergibt sich die allgemeine Annahme, dass psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Vergleich zu gesunden in Bezug auf ihre Lebensqualität im täglichen Leben stärker eingeschränkt sind. Folglich erwartet man diesbezüglich Unterschiede in den einzelnen Lebensbereichen (Kramer 2007). Dies soll in der vorliegenden Studie überprüft werden.

1.3 FRAGESTELLUNGEN UND ZIELSETZUNG DER STUDIE

An der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinikum Freiburg, wurden bereits Projekte zur

„Erfassung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Störungen basierend auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (DIMDI 2010)

durchgeführt.

Es wurde festgestellt, dass Kinder und Jugendliche insbesondere mit chronischen psychiatrischen Störungen oftmals multiple Beeinträchtigungen in den unterschiedlichsten Bereichen aufweisen. Mittels ICF Core-Sets sollten diese Beeinträchtigungen erfasst werden. Mehrere Experten stellten anhand des Schweregrades und der Häufigkeit der Symptome die Items für die Core-Sets zusammen.

Es liegen bereits Studien zum frühkindlichen Autismus, dem Asperger-Syndrom und den Essstörungen vor, welche zeigten, dass die häufigsten Beeinträchtigungen in den Domänen B (Körperfunktionen) und D (Aktivität und Teilhabe) gefunden werden konnten.

Projektleiter: Prof. Dr. med. Eberhard Schulz, Dr. med. Klaus Hennighausen.
Sprecher der Arbeitsgruppe: PD Dr. med. Christian Fleischhaker, Dr. med. Monica Biscaldi-Schäfer, Dr. phil. Reinhold Rauh, Prof. Dr. med. Philip Heiser (DIMDI 2010)

Vor diesem Hintergrund lag es nahe, ein weiteres Krankheitsbild der wichtigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder – die hyperkinetische Störung – auf seine häufigsten und wichtigsten Beeinträchtigungsbereiche zu untersuchen.

Das *Ziel* war, mittels eines ICF Core-Sets den funktionalen Gesundheitszustand, die Behinderung, die sozialen Beeinträchtigungen und die relevanten Umgebungsfaktoren sowie die Lebensqualität von Patienten mit hyperkinetischen Störungen zu erfassen. Ferner wollte man mittels der ILK-Fragebögen zusätzliche Erkenntnisse über die Lebensqualität und die Alltagsprobleme gewinnen.

Folgende *Fragestellungen* dienten hierbei als Leitlinien:

- 1. Unterscheidet sich – und wenn ja, inwiefern – das psychosoziale Funktionsniveau und die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen im Alter zwischen 5 und 13 Jahren von gesunden Kindern und Jugendlichen in diesem Alter?**
- 2. Wo liegen die stärksten Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus bei HKS-Patienten im Kindes- und Jugendalter – bezogen auf die Ergebnisse des ICF Core-Sets?**
- 3. Wie kommen die Patienten in den einzelnen Lebensbereichen beziehungsweise im Alltag zurecht – bezogen auf die Ergebnisse der ILK-Fragebögen?**
- 4. Im Speziellen: Sind die Beeinträchtigungen der Patienten, die man im klinischen Alltag findet, im ICF Core-Set und in den ILK-Fragebögen enthalten?**

Die allgemeinen Daten der HKS-Probanden (Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Geschwister,...), die am Anfang des ICF Core-Sets festgehaltenen wurden, sollten dazu dienen, ein genaueres Bild von den Patienten und deren Lebensumfeld zu bekommen und einen eventuellen Unterschied zu Kindern und Jugendlichen ohne diese Störung darstellen zu können.

Des Weiteren sind Studien zu dem Thema „*Psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen*“ und „*Psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und Rechtschreibstörungen*“ in Bearbeitung.

2 MATERIALIEN

2.1 ANSCHREIBEN

An die Eltern wurden Anschreiben versendet, die folgende Unterlagen enthielten:

- Anschreiben an die Eltern (Informationen zum Inhalt der Studie)
- Eventuelles Erinnerungsschreiben an die Eltern (falls etwaige Unterlagen nach dem Interview noch nicht zurückkamen)
- Aufklärung für Eltern zur Studie
- Aufklärung für Kinder zur Studie
- Einverständniserklärung zur Studie
- ILK-FR Kinder- und Elternversion

2.2 FRAGEBÖGEN

Zur Erhebung der Daten wurden folgende Fragebögen verwendet (siehe 8.3.5, 8.3.6 und 8.5):

- ILK-FR Kinder- und Elternversion
- ICF Core-Set bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen

2.3 ANGABEN ZU DEN ERKLÄRUNGEN DER FRAGEBÖGEN

1. *ICF*: ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (2005) Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.), Medizinische Medien Informations GmbH (MMI), Neu-Isenburg, S. 1-340

2. *ILK*: F. Mattejat, H. Remschmidt, ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen; Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern, 2006, Hans Huver, Hogrefe AG, Bern, S. 9-20

Die ausführlichen Erklärungen zu den verwendeten Materialien folgen im **Abschnitt 3** „Patienten und Methoden“.

3 PATIENTEN UND METHODEN

3.1 STUDIENART

Es handelt sich um eine monozentrische Querschnittsstudie. Die Daten wurden einmalig zu einem bestimmten Zeitpunkt prospektiv erhoben, sodass am Anfang – bis auf die teilweise vorliegenden Krankenakten der Patienten – also noch keinerlei Daten zur Verfügung standen; diese wurden vielmehr im Laufe der Studie ermittelt. Die Daten können vergleichend zu den parallel laufenden Studien mit gesunden Probanden und Probanden mit Lese- und Rechtschreibstörungen (LRS) gesehen werden. Die Durchführung der Studie erfolgte nicht verblindet.

3.1.1 Erhebungszeitraum

Die Studie wurde im Jahr 2008 durchgeführt. Der erste Patient wurde am 4. März 2008 aufgenommen; die letzte Befragung eines an der Studie teilnehmenden Patienten erfolgte am 3. Dezember 2008. In der Zeit zwischen März 2008 und Dezember 2008 wurden in unregelmäßigen Abständen neue Patienten in die Studie aufgenommen. Parallel hierzu erfolgte die Erhebung und Eingabe der Daten in die Datenbank, sodass am 19. Februar 2009 die erste Auswertung der ICF-Daten vorlag. Kurze Zeit später erfolgte die Auswertung der ILK-Fragebögen.

3.1.2 Setting

Die Studie wurde monozentrisch durchgeführt. Studienzentrum war die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinikum Freiburg. Der Hauptteil der Probanden (24) stammte aus dem dortigen Datenregister; ein geringerer Anteil von sechs Probanden besuchte die Karlsschule in Freiburg.

Bei der *Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* handelt es sich um ein Haus der Maximalversorgung, welches über stationäre (Akut-Aufnahmestation und Kinder- und Jugendlichenstation), teilstationäre (Tagesklinik) sowie ambulante (Hochschul- und psychiatrische Institutsambulanz) Einrichtungen verfügt.

„Die Abteilung ist ein eigener Lehrstuhl und bildet gemeinsam mit der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie und der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin die Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik des Universitätsklinikums der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg“ (Universitätsklinikum Freiburg 2006).

Die *Karlsschule Freiburg* stellt eine Einheit aus Grund- und Hauptschule, Lese- und Rechtschreib-Abteilung sowie Internationale Vorbereitungsklassen für Immigranten dar. Vor allem Kindern mit Teilleistungsstörungen im Lesen und/oder Rechtschreiben, bei durchschnittlichen bis guten intellektuellen Fähigkeiten, sollen hier verstärkt gefördert werden. In den LRS-Klassen der Karlsschule sind Schülerinnen und Schüler, die eine LRS haben, teilweise mit oder ohne die bekannten Komorbiditäten wie Rechenschwäche, Entwicklungsverzögerungen und ADS/ADHS. Vom 1. Schultag an steht so durch das speziell geschulte Personal ein psychologisches und methodisches Instrumentarium zur Verfügung. So können eventuelle Lese-Rechtschreib-Störungen schnell erkannt und die betroffenen Schüler gegebenenfalls direkt unterstützt werden (Nievergelt und Wunsch-Ramsperger 2009). Aufgrund der Komorbiditäten ADS und ADHS bei LRS-Schülern konnten hier weitere sechs Probanden gewonnen werden. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie befindet sich darüber hinaus in einem regelmäßigen Austausch mit der Karlsschule.

Das große Einzugsgebiet der Patienten umfasst das Stadtgebiet Freiburg sowie umliegende Dörfer und Städte.

3.2 PATIENTEN

An der Studie nahmen insgesamt 30 Patienten teil; hiervon waren 21 männlich und neun weiblich. Rekrutiert wurden Patienten im Alter von 5-13 Jahren, die die Diagnose HKS erhalten hatten.

Vorab: In der Doktorarbeit ist zur Vereinfachung im Allgemeinen ein generisches Maskulinum für die Personenbezeichnungen verwendet; selbstredend ist mit der maskulinen Form natürlich auch die feminine mit einbezogen.

3.2.1 Rekrutierung

Es wurden 24 Patienten (80%) aus der Datenbank der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinikum Freiburg, rekrutiert und sechs Probanden (20%) von der Karlsschule.

Die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommenen Patienten waren hier zur ambulanten oder teilstationären Behandlung. Die Patienten der Karlsschule besuchten dort die entsprechenden Schulklassen.

Die Klinikpatienten wurden unter anderem im Rahmen einer Famulatur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie rekrutiert; hierbei wurden die Adressen der Patienten mit einer HKS von mehreren Ärzten der Klinik gesammelt. Darüber hinaus gingen in unregelmäßigen Abständen weitere Adressen von den Klinikärzten in den Datensatz ein. Im Anschluss daran wurde telefonisch Kontakt zu den Eltern der Kinder aufgenommen. Außerdem erhielten sie – falls dies nicht im direkten anschließenden persönlichen Kontakt erfolgte –, schriftlich die Einverständniserklärung, die Aufklärungsbögen für Eltern und Kinder zur Studie, die ILK-Fragebögen für Eltern/Jugendliche und die ILK-Fragebögen für Kinder zugesandt. Die einzelnen ICF-Interviews wurden dann zu einem 2. Zeitpunkt im persönlichen Kontakt oder telefonisch durchgeführt. Die Ergebnisse der ILK-Fragebögen für Kinder/Eltern wurden entweder direkt persönlich während des Interviewtermins beziehungsweise telefonisch erhoben oder per Post übermittelt.

Die Patienten der Karlsschule wurden mittels Rundbriefschreibens an die Schüler der 1.-4. Klasse rekrutiert. Nach Übermittlung der Adressen durch das Sekretariat der Karlsschule setzte man sich hier ebenso mit den Eltern in Verbindung; die nachfolgende Prozedur war dann dieselbe, wie die bei den Klinikpatienten bereits beschriebene.

3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Entscheidung über den jeweiligen Ein- beziehungsweise Ausschluss der für die Studie infrage kommenden Patienten war vom Vorhandensein einer Reihe an Kriterien abhängig. Ein Proband wurde nur bei Vorliegen aller Einschlusskriterien und Nichtvorliegen eines Ausschlusskriteriums in die Studie aufgenommen. Die Ein- und Ausschlusskriterien gliederten sich noch in studienspezifische und studienunspezifische Kriterien.

Die Ein- und Ausschlusskriterien hatten sich zum Beginn der Studie nochmals leicht verändert. Ursprünglich waren nur Patienten mit einer HKS im Alter zwischen 6 und 12 Jahren ohne medikamentöse Vorbehandlung vorgesehen. Dieser Rahmen wurde allerdings auf eine Altersspanne von 5 bis 13 Jahre und möglicher Medikation erweitert; da viele der Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden auch eine Medikation erhalten, wäre es schwierig geworden, auf dieser Grundlage, die geforderte Anzahl zu erreichen.

Des Weiteren wurde der Rahmen der möglichen Komorbiditäten vergrößert, da viele Patienten außerdem Störungen in anderen Bereichen aufwiesen und es selten vorkam, dass ein Patient keine weiteren psychiatrischen Diagnosen zeigte.

Einschlusskriterien:

a) studienspezifische Kriterien:

- Patienten mit einer HKS – ICD-10 Diagnose: *F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung* und *F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* – zwischen 5 und 13 Jahren
- Eine HKS kann in der Verwandtschaft vorhanden sein
- Psychiatrische Behandlung darf bestehen
- Komorbiditäten wurden festgehalten

b) studienunspezifische Kriterien:

- Einverständnis des Patienten und eines/beider Erziehungsberechtigten
- Aufklärung des Patienten über den Ablauf der Studie in mündlicher sowie schriftlicher Form
- Vorliegen der vom Patienten unterschriebenen Einverständniserklärung als auch der Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Ausschlusskriterien:

a) studienspezifische Kriterien:

- Patienten ohne eine HKS
- Probanden die älter oder jünger als 5 beziehungsweise 13 Jahre sind

b) studienunspezifische Kriterien:

- Rückziehen der Einwilligung zur Datenverwertung

3.2.3 Einwilligung in die Studienteilnahme

Die für die Studie in Frage kommenden Patienten und deren Erziehungsberechtigten wurden schriftlich sowie mündlich vor Studienbeginn über den Inhalt und dessen Durchführung aufgeklärt und erhielten ausreichend Bedenkzeit.

Es bestand jederzeit die Möglichkeit Fragen zu stellen; die Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass ihre Studienteilnahme auf Freiwilligkeit beruht und ihnen bei Abbruch oder Widerruf der Studie keine Nachteile entstehen. Ein Beenden der Studie war ohne Angabe von Gründen jederzeit möglich; es kam jedoch in keinem der 30 Fälle zu einem Studienabbruch.

Zeigten sich die Patienten mit dem Studienvorhaben einverstanden, unterschrieben sie das für die Studiendurchführung verfasste Dokument, welches die Einverständniserklärung und die Einwilligungserklärung zum Datenschutz enthielt.

Gegenstand dieses Dokuments war das Einverständnis zur Studie sowie die Einwilligung zur verschlüsselten und anonymisierten Aufzeichnung und Speicherung der Daten. Die Unterschrift erfolgte von einem Erziehungsberechtigten und dem betreffenden Patienten.

3.3 ERHEBUNG DER STUDIENDATEN

Die Erhebung der Daten erfolgte einmalig im Rahmen eines persönlichen Treffens oder anhand eines Telefongespräches. Von den 30 Interviews wurden neun persönlich (30%) und 21 telefonisch (60%) durchgeführt. Vorab wurden die Gesprächspartner darauf hingewiesen, falls die Probanden eine HKS-spezifische Medikation erhielten oder erhalten hatten, ihre Angaben so mitzuteilen, wie wenn der Proband ohne Medikation wäre beziehungsweise ist. Dies war nötig, da dies bei 20 der 30 Patienten vorkam.

Die Ergebnisse wurden in die hierzu vorgesehenen Fragebögen eingetragen, in Ordnern abgeheftet und abschließend in den Computer eingetragen. Die Patienten erhielten, um die Anonymität zu wahren, eine fortlaufende Identifikationsnummer, die zusammen mit den Initialien vermerkt wurde.

3.3.1 Ablauf der Treffen beziehungsweise der Telefongespräche

Für die Erhebung der Daten wurde das Jahr 2008 angesetzt und die Aufzeichnungen erfolgten in unregelmäßigen Abständen, sodass der zeitliche Rahmen der Befragungen neun Monate umfasste. Die Treffen erfolgten mit einem oder beiden Erziehungsberechtigten und teilweise auch in Anwesenheit des Patienten, nach einem zuvor telefonisch vereinbarten Termin.

Die Sitzungen wurden in einem zur Verfügung stehenden Raum in der Kinder- und Jugendpsychiatrie abgehalten oder es erfolgte eben zum gegebenen Zeitpunkt ein ungefähr einstündiges Telefongespräch. Die Informationen des ILK-Fragebogen für Kinder wurden bei Anwesenheit des Patienten gleich miterhoben – indem man die Fragen vorlas und gegebenenfalls erklärte; war dies allerdings aufgrund von Abwesenheit nicht möglich, wurden die Daten des Patienten nachträglich notiert. Die ILK-Fragebögen für Eltern wurden selbstständig von diesen bearbeitet. Die Telefongespräche erfolgten grundlegend in gleicher Weise.

3.3.2 Inhalt und Ablauf der Gespräche

Inhalt und Ablauf jedes einzelnen Gesprächs erfolgte nach einem selbst vorgegebenen Schema, welches nachfolgend in Abb. 3.1 dargestellt werden soll:

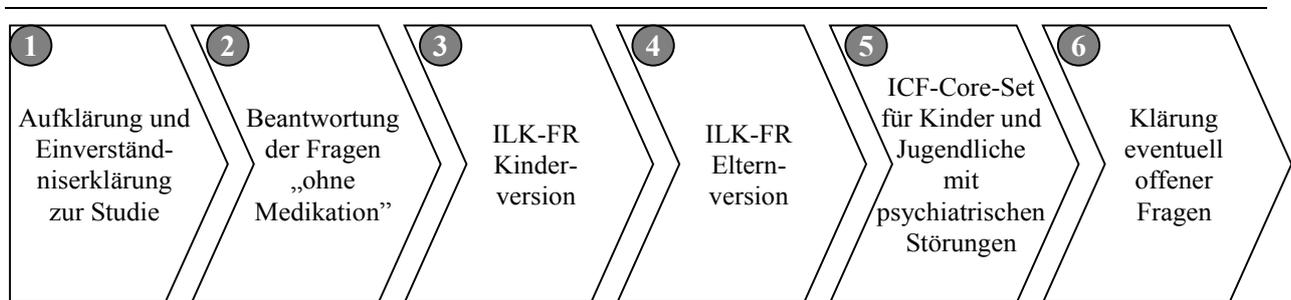


Abb. 3.1 Inhalt und Ablauf eines Gesprächs

Einzelne persönliche Treffen oder auch Telefongespräche konnten von der Reihenfolge dieses vorgegebenen Schemas leicht abweichen, enthielten aber grundlegend alle relevanten Punkte. Die Dauer eines solchen Gesprächs betrug durchschnittlich 45-75 Minuten.

3.4 ANALYSEMETHODEN

Für die Überprüfung der Fragestellungen wurden folgende Methoden verwendet:

- ICF Core-Set bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Störungen
- Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK-FR-Kinderversion)
- Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK-FR-Elternversion)

3.4.1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

3.4.1.1 Vorab einen Exkurs zum ICF – Hintergrundinformationen

Im Mai 2001 wurde von der 54. Vollversammlung der WHO die Originalausgabe der ICF – „International Classification of Functioning, Disability and Health“ verabschiedet und in englischer Sprache veröffentlicht. Sie ist das Nachfolgermodell zur ICIDH – „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ von 1980.

Die ICF ist der Lebenswirklichkeit Betroffener grundsätzlich besser angepasst, weil vor allem das Bio-psycho-soziale Modell, welches ebenfalls in der ICIDH zur Anwendung kam, erheblich erweitert wurde. Nun wird vor allem der komplette Lebenshintergrund der Betroffenen stärker berücksichtigt. Weiterhin stellt sich die ICF sowohl ressourcen- als auch defizitorientiert dar, im Gegensatz zur ICIDH, welche vorwiegend defizitorientiert war. Im alten Schema waren zudem die verschiedenen Ebenen „Schäden, Funktionseinschränkungen und soziale Beeinträchtigung“ linear und kausal mit Krankheit verbunden. In der ICF werden die Partizipation und deren Beeinträchtigung hingegen neu definiert (ICF 2005).

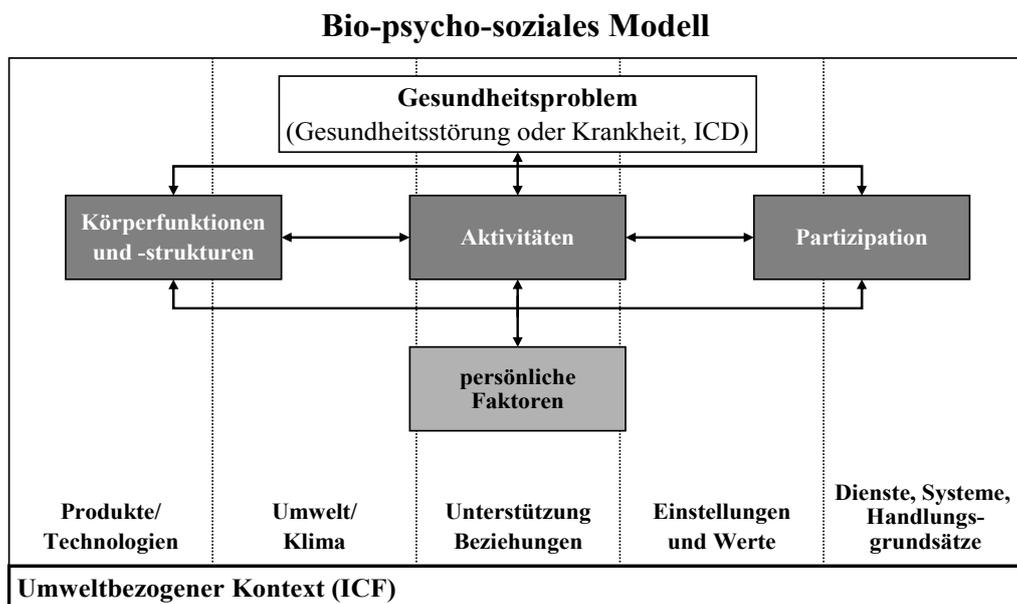


Abb. 3.2 Bio-psycho-soziales Modell (Fheodoroff und Mairhofer 2008)

In Abb. 3.2 wird die Funktionsfähigkeit und Behinderung eines Menschen als eine dynamische Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen, Traumen und so weiter) und den Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren (sind aber in der gegenwärtigen Fassung der ICF noch nicht klassifiziert)) dargestellt. Eingriffe in eine Größe können eine oder mehrere der anderen Größen verändern. Man sollte die Daten über die Konstrukte unabhängig voneinander erheben und erst danach Untersuchungen zu Zusammenhängen und kausalen Verknüpfungen zwischen ihnen anstellen (ICF 2005).

Die ICF umfasst dabei die objektiv darstellbaren Dimensionen des menschlichen Lebens, wohingegen die subjektive Dimension der Funktionsfähigkeit und Behinderung nicht eingeschlossen ist (Fheodoroff und Mairhofer 2008).

2002 erschien dann erstmals die ICF in deutscher Sprache, welche in Zusammenarbeit von Fachleuten aus Deutschland, der Schweiz und Österreich erarbeitet wurde. Sie dient zur einheitlichen länder- und fachübergreifenden Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person (ICF 2005).

Die deutschsprachige Übersetzung der ICF wird durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) – als WHO-Kooperationszentrum – für das System der Internationalen Klassifikationen veröffentlicht.

3.4.1.2 ICF-Modell

Nachfolgend (in Tabelle 3.1) soll ein grober Überblick über die ICF gegeben werden.

Tabelle 3.1 ICF-Modell (ICF 2005)

Konzept	Konzept der funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit)
Grundmodell	Bio-psycho-soziales Modell der Komponenten von Gesundheit
Orientierung	Ressourcen- und defizitorientiert: Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können. Es können unmittelbar positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden.
Behinderung	formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren
Grundlegende Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Körperfunktionen und –strukturen Störungsbegriff: Schädigung (Funktionsstörung, Strukturschaden) • Aktivitäten Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Aktivität • Partizipation (Teilhabe) Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe)
Soziale Beeinträchtigung	Partizipation (Teilhabe) und deren Beeinträchtigung definiert als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren
Umweltfaktoren	Umweltfaktoren sind integraler Bestandteil des Konzepts und werden klassifiziert
Personenbezogene (persönliche) Faktoren	werden explizit erwähnt, aber nicht klassifiziert [aufgrund der großen soziokulturellen Unterschiedlichkeiten]
Anwendungsbereich	Nur im gesundheitlichen Kontext

3.4.1.3 Einführung – Hintergrund und Ziele

Die ICF stellt eine wissenschaftliche Grundlage dar, welche in standardisierter, einheitlicher und somit vergleichbarer Form einen Rahmen geben will, zur Beschreibung der Gesundheitszustände und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände. Die enthaltenen Domänen in der ICF können somit als Gesundheitsdomänen und mit Gesundheit zusammenhängende Domänen angesehen werden, die keine Personen klassifizieren, sondern vielmehr die Situation einer Person beschreiben.

Die Beschreibung erfolgt darüber hinaus immer im Zusammenhang mit den Kontextfaktoren: umwelt- und personenbezogene Faktoren.

Die ICF-Klassifikation und die ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) ergänzen einander. Die ICD-10 stellt die „Diagnose“ von Krankheiten, Gesundheitsstörungen und anderen Gesundheitszuständen. Zusätzlich werden diese Angaben mit Informationen der ICF, wie Funktionsfähigkeit, erweitert, um sich ein genaueres Bild von der Gesundheit eines Menschen machen zu können. Hierbei hat die ICF eine Weiterentwicklung von der Klassifikation der „Krankheitsfolgen“ (ICIDH von 1980) zur Klassifikation der „Komponenten der Gesundheit“ gemacht (ICF 2005).

Die Hauptziele können wie folgt definiert werden:

- Bereitstellung einer wissenschaftlichen Grundlage für das Verstehen von Gesundheitszuständen
- Etablierung einer gemeinsamen Sprache, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern zu verbessern
- Ermöglichung eines Datenvergleichs zwischen Ländern, Gesundheitsdiensten, Disziplinen im Gesundheitswesen sowie im Zeitverlauf
- Bereitstellung eines systematischen Verschlüsselungssystems für Gesundheitsinformationssysteme (ICF 2005)

3.4.1.4 Anwendungen der ICF

Die ICF wird für die verschiedensten Zwecke angewandt; vor allem im Bereich der Datenerhebung, als Forschungsinstrument, als Instrument in der Gesundheitsversorgung, als sozialpolitisches Instrument und als pädagogisches Instrument. Außer als eine Gesundheitsklassifikation und mit Gesundheit zusammenhängende Klassifikation wird die ICF auch in Gebieten der Wirtschaft, der Sozialpolitik, der Fortentwicklung der Gesetzgebung, der sozialen Sicherheit, des Versicherungswesens, der Erziehung/Bildung, der Arbeit sowie der Umweltveränderung angewandt.

Weitergefasst könnte man noch die Gesundheitsversorgung mit einbeziehen, da durch solche Studien auch besser angepasste Behandlungen durchgeführt werden können, die sich an den spezifischen Bedingungen der Erkrankung orientieren (ICF 2005).

Bei dieser Doktorarbeit kam die ICF hauptsächlich als statistisches Instrument für die Datenerhebung und Dokumentation sowie als Forschungsinstrument zur Messung von Lebensqualität, Ergebnissen oder Umweltfaktoren zum Einsatz.

3.4.1.5 Präsentation der ICF

Die ICF liegt in zwei Versionen vor, die sich in ihrem Detaillierungsgrad unterscheiden:

- eine Vollversion, welche die Klassifikation bis zu vier Detaillierungsebenen umfasst
- eine Kurzversion (Zweiebenensystem), welche die Zusammenfassung der vier Ebenen zu einem höhergradigen Klassifikationssystem darstellt, das alle Domänen bis zur zweiten Ebene enthält

Es liegt aber eine Übereinstimmung der Codes beider Versionen vor, sodass die Kurzversion aus der Vollversion herausgezogen werden kann (ICF 2005).

3.4.1.6 Die ICF als Klassifikation

Um die ICF-Gesamtklassifikation besser zu verstehen, sollte man deren Struktur kennen. Diese wird durch Abb. 3.3 verständlich visualisiert.

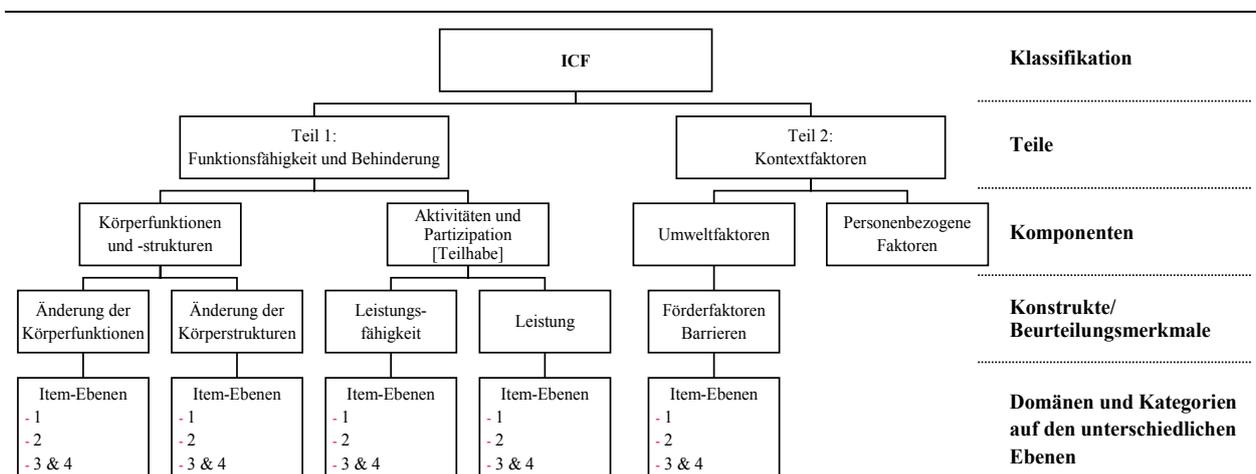


Abb. 3.3 Struktur der ICF (ICF 2005)

In der ICF kommt ein alphanumerisches System zur Anwendung:

„Die Komponenten werden für jeden Kode mit einem gewissen Präfix versehen.

- *b* für Körperfunktionen,
- *s* für Körperstrukturen,
- *d* für Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe],
- *e* für Umweltfaktoren.

Das Präfix *d* bezeichnet z.B. die Domänen innerhalb der Komponente: Aktivitäten und Partizipation. Den Buchstaben (...) folgt ein numerischer Kode, der mit der Nummer des Kapitels beginnt (eine Ziffer), gefolgt von der zweiten Ebene (zwei Ziffern) sowie der dritten und vierten Ebene (jeweils eine Ziffer)“.

Es besteht somit eine gewisse „Einbettung“ der ICF-Kategorien, da allgemeinere Kategorien stärker detaillierte Subkategorien mit einbeziehen (ICF 2005).

„**Domänen** (...): praktikable und sinnvolle Mengen von entsprechenden physiologischen Funktionen, anatomischen Strukturen, Handlungen, Aufgaben oder Lebensbereichen. Die Domänen bilden die verschiedenen Kapitel und Blöcke innerhalb jeder Komponente.

Kategorien (...): Klassen oder Teilklassen innerhalb einer Domäne einer Komponente, z.B. die Einheiten der Klassifikation.

Ebenen: bilden die hierarchische Ordnung und geben Hinweise zur Detaillierung der Kategorien (z.B. Aufteilung der Domänen und Kategorien). Die erste Ebene umfasst alle Items der zweiten Ebene usw.“ (ICF 2005).

3.4.1.7 Überblick über die Komponenten der ICF-Definitionen

Die Tabellen 3.2 und 3.3 wollen einen Überblick über die Komponenten der ICF-Definitionen aufzeigen.

Tabelle 3.2 Definitionen, die im Zusammenhang mit Gesundheit gelten (ICF 2005)

„Körperfunktionen (...)“	physiologische[] Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen)
Körperstrukturen (...)	anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile
Schädigungen (...)	Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder- struktur, wie z.B. wesentliche Abweichung oder ein Verlust
(..) Aktivität (...)	Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen
Partizipation [Teilhabe] (...)	Einbezogenheit in eine Lebenssituation
Beeinträchtigungen der Aktivität (...)	Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann
Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe] (...)	Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenheit in eine Lebenssituation erlebt
Umweltfaktoren	bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten“ [Sie werden von der für den Menschen nächsten Umwelt bis zur allgemeinen Umwelt angeordnet und haben auf alle Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung Einfluss]

Tabelle 3.3 Überblick über die ICF (ICF 2005)

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	Umweltfaktoren	Personbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
Positiver Aspekt	funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
Negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]	negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			

3.4.1.8 Der Begriff des Wohlbefindens

In der Doktorarbeit wurden in Bezug auf die Lebensqualität auch die Bereiche Erziehung, Bildung, Ausbildung und weitere Domänen betrachtet. Die Qualität des Lebens kann mit dem Grad des Wohlbefindens umschrieben werden.

„Wohlbefinden ist ein allgemeiner Begriff, der die Gesamtheit menschlicher Lebensbereiche, einschließlich physischer, mentaler und sozialer Aspekte, umfasst, die das ausmachen, was ein ‘gutes Leben’ genannt werden kann. Gesundheitsbereiche sind eine Teilmenge von Bereichen, welche die Gesamtheit menschlichen Lebens ausmachen. Diese Beziehung wird in [nachstehender Abb. 3.4] skizziert, die das Wohlbefinden repräsentiert“ (ICF 2005).

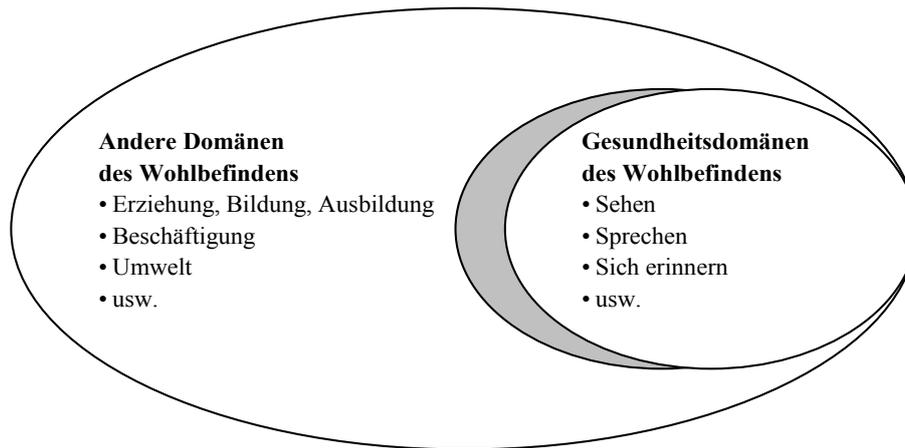


Abb. 3.4 Der Gesamtbereich des Wohlbefindens (ICF 2005)

3.4.1.9 Gebrauch beziehungsweise Kodierungsrichtlinien für die ICF

„Die ICF ist für die Kodierung verschiedener Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände vorgesehen“ (ICF 2005).

Zum Beispiel gibt es in der Klassifikation der Körperfunktionen diese Codes:

- b1** Mentale Funktionen (Item der ersten Ebene)
- b167** Kognitiv-sprachliche Leistungen (Item der zweiten Ebene)
- b1670** Sprachverständnis (Item der dritten Ebene)
- b16700** Das Verständnis gesprochener Sprache betreffende Funktionen (Item der vierten Ebene)

Die Standardsituation ist, dass man die Domänen so kodiert, wie sie zu einem gegebenen Augenblick anwendbar sind (Momentaufnahme). Will man jedoch einen Verlauf oder einen Prozess dokumentieren ist außerdem eine Anwendung über einen Zeitraum möglich.

Man kann jede Komponente in positiven oder negativen Begriffen ausdrücken. Eine Komponente umfasst verschiedenen Domänen und diese Domänen umfassen Kategorien, welche die Einheiten der Klassifikation darstellen.

Die maximale Anzahl an Codes ist auf der ersten Ebene 34 (einziffrig) (acht Codes für Körperfunktionen, acht für Körperstrukturen, neun für Leistung und neun für Leistungsfähigkeit). Auf der zweiten dreiziffrigen Ebene ist die Gesamtzahl der Codes 362. Die gesamte Anzahl der Codes entwickelt sich auf den stärker detaillierten Gliederungsstufen auf bis zu 1424. In der Praxis dürfte die Anwendung der ICF mit einer Kodezahl von drei bis 18 mit der Genauigkeit der zweiten Ebene (dreiziffrig) angemessen sein.

Die stärker detaillierte Vier-Ebenen-Version ist im Allgemeinen für spezielle Dienste (zum Beispiel Geriatrie, Rehabilitationsergebnisse) gedacht.

Die Zwei-Ebenen-Klassifikation findet zum Beispiel für Erhebungen und Ergebnisevaluation im Krankenhausbereich Anwendung (ICF 2005).

*„**Kapitel:** Jede Komponente der Klassifikation ist in Kapitel und Domänenüberschriften eingeteilt, unter denen gemeinsame Kategorien oder spezifische Items aufgelistet sind. So befasst sich zum Beispiel das Kapitel 1 der Klassifikationen der Körperfunktionen mit allen mentalen Funktionen.*

***Blöcke:** Oft sind die Kapitel in „Blöcke“ von Kategorien unterteilt. So gibt es zum Beispiel im Kapitel 3 der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Kommunikation) 3 Blöcke: Kommunizieren als Empfänger (d310-d329), Kommunizieren als Sender (d330-d349) sowie Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken (d350-d369). Blöcke wurden zur einfacheren Handhabung für den Anwender gebildet. Sie sind jedoch genau genommen nicht Teil der Struktur der Klassifikation und werden in der Regel nicht zu Kodierungszwecken benutzt.*

***Kategorien:** Innerhalb eines Kapitels gibt es einzelne Kategorien der zweiten, dritten oder vierten Ebene. Jede ist mit einer kurzen Definition sowie mit Ein- und Ausschlüssen versehen, um dem Anwender zu helfen, den geeigneten Code auszuwählen.*

***Definitionen:** Die ICF enthält operationale Definitionen für Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängende Kategorien, im Gegensatz zu umgangs- oder laiensprachlichen Definitionen. Diese Definitionen beschreiben die wesentlichen Merkmale jeder Domäne (das heißt Qualitäten, Eigenschaften und Beziehungen), und sie enthalten Informationen darüber, was in jeder Kategorie ein- bzw. ausgeschlossen ist.*

Die Definitionen enthalten auch üblicherweise verwendete Schlüsselbegriffe für Assessments, für die Anwendung in Erhebungen und Fragebögen, oder alternativ, für die Ergebnisse aus Anwendungen von Assessment-Instrumenten, die in Begriffen der ICF kodiert werden. So sind zum Beispiel die Sehschärfe (Visus) betreffende Funktionen definiert als beidäugige (binokular) und einäugige (monokular) Wahrnehmung im Nah- und Fernbereich, sodass der Schweregrad eines Problems der Sehschärfe mit ‘nicht vorhanden’, ‘leicht’, ‘mäßig’, ‘erheblich’ oder ‘voll’ ausgeprägt kodiert werden kann.

***Eingeschlossene Sachverhalte:** Für viele Kategorien sind die eingeschlossenen Sachverhalte nach der Definition angegeben. Sie sind als Richtschnur für den Inhalt einer Kategorie gedacht und nicht erschöpfend. Die eingeschlossenen Sachverhalte bei Items der zweiten Ebene umfassen alle zugehörigen Items der dritten Ebene.*

***Ausgeschlossene Sachverhalte:** Ausgeschlossene Sachverhalte werden dann angegeben, wenn wegen der Ähnlichkeit zu anderen Begriffen sich die Anwendung als schwierig erweisen könnte. Zum Beispiel könnte angenommen werden, dass die Kategorie „Die Toilette benutzen“ die Kategorie ‘Seine Körperteile pflegen’ einschließt. Um die beiden Kategorien zu unterscheiden, wird deshalb ‘Die Toilette benutzen’ (d530) aus der Kategorie ‘Seine Körperteile pflegen’ (d520) ausgeschlossen“ (ICF 2005).*

3.4.1.10 Beurteilungsmerkmale

Jeder verwendete ICF-Kode sollte mit mindestens einem Beurteilungsmerkmal ergänzt werden, da die Codes ohne Beurteilungsmerkmal nicht sinnvoll und außerdem unvollständig sind. Die Beurteilungsmerkmale werden je nachdem mit einer, zwei oder mehr Ziffern nach einem Punkt kodiert. Das Beurteilungsmerkmal gibt zum Beispiel das Ausmaß des in Frage stehenden Gesundheitsniveaus oder die Schwere des Problems an. Ein und dieselbe allgemeine Skala gilt für die Quantifizierung aller Komponenten. „Ein Problem zu haben“ kann je nachdem, welches Konstrukt betrachtet wird, eine Schädigung, eine Einschränkung, eine Beeinträchtigung oder Barriere bedeuten (ICF 2005).

3.4.1.11 Allgemeine Kodierungsregeln

Auswahl einer Menge von Codes, um das Profil eines Individuums abzubilden

In der ICF kann das Gesundheitsproblem nicht nur mit einem einzigen Kode klassifiziert werden, wie es in der ICD-10 der Fall ist. Deshalb sollte man bei der Auswahl der ICF-Kodes immer alle Komponenten in Betracht ziehen; was eine Reihe an Codes erfordert, um das Profil der Funktionsfähigkeit einer Person bestmöglich darzustellen.

Der Gesundheitszustand und der mit Gesundheit zusammenhängende Zustand eines Individuums kann durch Auswahl der geeigneten Codes dokumentiert werden. Die Beurteilungsmerkmale ergänzen zusätzlich das Ausmaß beziehungsweise die Größe der Funktionsfähigkeit oder auch Behinderung und geben das Ausmaß an, welche Umweltfaktoren fördernd oder beeinträchtigend wirken (ICF 2005).

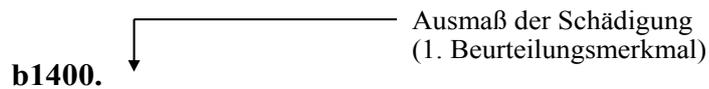
3.4.1.12 Komponentenspezifische Kodierungsregeln

Kodierung der Komponente der Körperfunktionen:

Verwendung des Beurteilungsmerkmals für Körperfunktionen

Körperfunktionen bezeichnen die physiologischen Funktionen von den Körpersystemen, einschließlich der psychologischen Funktionen. „Körper“ bezieht sich auf den menschlichen Organismus als Ganzes und schließt daher das Gehirn mit ein. Daher sind mentale (oder psychologische) Funktionen den Körperfunktionen zugeordnet. Als Standard für diese Funktionen wird die statistische Norm für Menschen angesehen. Die Körperfunktionen werden mit nur einem Beurteilungsmerkmal kodiert, welches das Ausmaß oder den Umfang der Schädigung angibt.

Die Beeinträchtigung einer Person mit zum Beispiel gestörter Daueraufmerksamkeit kann mit dem Kode **b1400** Daueraufmerksamkeit beschrieben werden.



Eine bestehende Beeinträchtigung kann mit dem allgemeinen Beurteilungsmerkmal (siehe Tabelle 3.4) nach ihrer Schwere beziehungsweise dem Ausmaß skaliert werden. Zum Beispiel:

Tabelle 3.4 Erstes Beurteilungsmerkmal: Ausmaß eines Problems (ICF 2005)

xxx.0	Problem nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich ...)	0-4%
xxx.1	Problem leicht ausgeprägt (schwach, gering ...)	5-24%
xxx.2	Problem mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich ...)	25-49%
xxx.3	Problem erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst ...)	50-95%
xxx.4	Problem voll ausgeprägt (komplett, total ...)	96-100%

b1400.1 leicht ausgeprägte Beeinträchtigung der Daueraufmerksamkeit (5-24%)

b1400.2 mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung der Daueraufmerksamkeit (25-49%)

b1400.3 erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung der Daueraufmerksamkeit (50-95%)

b1400.4 voll ausgeprägte Beeinträchtigung der Daueraufmerksamkeit (96-100%)

b1400.0 keine Beeinträchtigung der Daueraufmerksamkeit, bedeutet, dass eine Beeinträchtigung nicht vorhanden ist (in Bezug auf ein vorgegebenes Grenzniveau). Dies wird mit dem Wert „0“ für das allgemeine Beurteilungsmerkmal angegeben.

Der Wert „8“ sollte verwendet werden, wenn es zur Spezifizierung der Schwere einer Schädigung nur unzureichende Informationen gibt beziehungsweise Aspekte der Funktionsfähigkeit kodiert werden sollen, die unter keiner spezifischen Kategorie gelistet sind. Ergeben die Aufzeichnungen zur Gesundheit einer Person ohne weitere Einzelheiten lediglich, dass sie unter einer Schwäche der Daueraufmerksamkeit leidet, kann folgender Kode angegeben werden:

b1400.8 Beeinträchtigung der Daueraufmerksamkeit, nicht spezifiziert

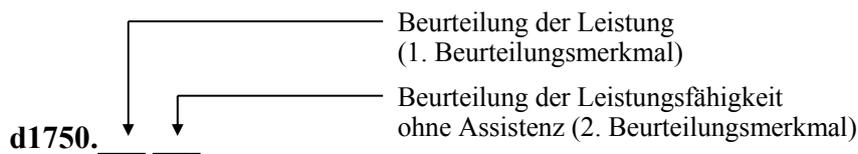
Der Wert „9“ sollte verwendet werden, wenn es in einer speziellen Situation unpassend ist, einen bestimmten Kode anzuwenden. Man kann damit Funktionen kodieren, die der Gruppe zwar angehören, aber nur unzureichende Informationen vorweisen, um eine spezifischere Kategorie anzuwenden. Zum Beispiel ist der Kode *b172 Rechenleistungen* bei Kindern bis zu einem gewissen Alter nicht anwendbar:

b172.9 Rechenleistungen, nicht anwendbar (ICF 2005).

Kodierung der Komponente der Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]:

Verwendung der Beurteilungsmerkmale für Leistungsfähigkeit und Leistung

Zur Beurteilung der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) stehen 2 Merkmale zur Verfügung: das Beurteilungsmerkmal für Leistung, welches die 1. Stelle hinter dem Punkt belegt und das Beurteilungsmerkmal für Leistungsfähigkeit, welches an der zweiten Stelle hinter dem Punkt steht. Die standardmäßige Informationsmatrix wird durch den Kode und die 2 Beurteilungsmerkmale hinter dem Punkt gebildet.



Leistung: beschreibt was ein Mensch in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt macht beziehungsweise machen kann. Da der gesellschaftliche Kontext in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt enthalten ist, kann sie verstanden werden, als „gelebte Erfahrung“ von Menschen oder „Einbezogenheit in eine Lebenssituation“ in dem aktuellen Kontext, in dem sie leben. Dieser Kontext umfasst die Umweltfaktoren (alle Aspekte der einstellungsbezogenen, sozialen und materiellen Welt).

Leistungsfähigkeit: beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe beziehungsweise eine Handlung durchzuführen. Mit diesem Konstrukt soll das höchste mögliche Niveau der Funktionsfähigkeit zum Ausdruck gebracht werden, das ein Individuum zu einem gegebenen Zeitpunkt in einer bestimmten Domäne erreichen kann. Was wäre man möglich zu leisten beziehungsweise wie ist die individuelle Kapazität? Es wird eine uniforme beziehungsweise „standardisierte“ Umwelt benötigt, um variierende Einflüsse der verschiedenen Umweltbedingungen, welche sich auf die Leistungsfähigkeit des Menschen auswirken, auszuschalten. Sie spiegelt also das umweltadjustierte Leistungsvermögen wider. Nur so kann man die volle Leistungsfähigkeit beurteilen.

Der Unterschied zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit spiegelt die Differenz zwischen den Einflüssen einer üblichen und einer einheitlichen Umwelt wider. Er gibt nützliche Anhaltspunkte zur Beantwortung der Frage, was an der Umwelt eines Menschen verändert werden kann, um die Leistung des Menschen zu verbessern (ICF 2005).

3.4.1.13 ICF Core-Sets

In der ICF Research Branch des WHO Collaboration Centers of the Family of International Classifications (DIMDI) am Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften, an der Ludwig-Maximilians-Universität München, werden ICF Core-Sets für die klinische Praxis entwickelt. Ein ICF Core-Set stellt eine Liste an ICF Kategorien dar, die für Patienten mit einer bestimmten Krankheit oder in einer bestimmten Behandlungssituation von Relevanz sind. Für eine multiprofessionelle ausführliche Beschreibung eines Patienten benützt man ein umfassendes Core-Set. Für klinische Studien oder in der Forschung reichen kurze Core-Sets aus (Kirchberger und Cieza 2008).

Es wäre für einen Kliniker zu umfangreich alle bestehenden Codes komplett für einen einzelnen Patienten anzuwenden; so wird also für den täglichen Gebrauch eine Fraktion davon ausgewählt, welche auf das jeweilige Krankheitsbild zugeschnitten ist. Als generelle Regel gilt, dass 20% der Codes 80% der beobachteten Varianz in der Praxis erklären. (Ustün et al. 2004).

Die Herausforderung bei der Verwendung des ICF ist somit die Größe des Klassifikationssystems mit 1424 Codes. Es bestehen ICF Core-Sets für den akutmedizinischen Bedarf, die frühe post-akute Phase der Rehabilitation und für zwölf chronische Gesundheitszustände, weitere sind in Entwicklung (Stucki et al. 2008).

Sie beinhalten ICF Core-Sets zum neurologischen, kardiopulmologischen und muskuloskeletalen Gesundheitszustand sowie des Weiteren für geriatrische Patienten und werden von Ärzten, Krankenschwestern, Therapeuten und anderen Gesundheitsberufen verwendet (Grill et al. 2005, Stucki et al. 2005).

Da es nicht praxisgerecht gewesen wäre auf unser HKS-Patientenkollektiv alle Codes anzuwenden, wurden somit in Abhängigkeit von den Umständen der Befragung, die für diese Zwecke wichtigsten Codes zur Beschreibung der gesundheitlichen Sachverhalte ausgewählt. Es wurde für die Studie also nicht die komplette Vollversion verwendet, sondern ein gekürzter und überarbeiteter Datensatz, den Ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie Freiburg zusammengestellt hatten.

Der verwendete Datensatz dieser Doktorarbeit umfasst 13 von den 34 möglichen Codes auf der ersten Ebene; es wird nur der Teil 1 (Funktionsfähigkeit und Behinderung) gebraucht und hiervon lediglich vier Codes für die Komponente Körperfunktionen und neun für die Komponente Aktivitäten und Partizipation. Bei der letzteren Domäne auch bloß das Beurteilungsmerkmal Leistung und nicht die Leistungsfähigkeit, sodass nur eine Stelle hinter dem Punkt ausgefüllt wird. Die Items, die „nicht näher bezeichnet“ oder „anders bezeichnet“ enthielten, wurden aus

der Befragung gestrichen. Genauer gefasst sind es 252 Kodes: 13 Kodes der ersten Ebene, 78 der zweiten Ebene, 158 der dritten Ebene und drei der vierten Ebene.

Die Liste der verwendeten Kodes bis zur ersten Ebene wird nachstehend aufgeführt, einen Grobüberblick der zweiten Ebene liefert Tabelle 3.5; detailliertere Informationen (bis zur 4. Ebene) befinden sich im Anhang. Außerdem wurden in dieser Doktorarbeit personenbezogene Faktoren erhoben und somit Geschlecht, Alter, Lebensstil, Gewohnheiten, Bewältigungsstile und andere derartige Faktoren mit einbezogen.

Zur Einarbeitung in das ICF Core-Set diene – wie schon erwähnt – die Lektüre: „Einführung in die ICF“ (ICF 2005). Des Weiteren erfolgte eine kurze Einarbeitung anhand ausführlicher Erklärungen zum Vorgehen der Befragungen und man führte im Vorfeld gemeinsame Patienteninterviews durch, um ein übereinstimmendes Klassifikationsschema zu erlangen. Dies war nötig, da das ICF Core-Set eine subjektive Einschätzung des Interviewers darstellt und man somit zuvor erst eine gewisse Synchronisation zu anderen Interviewern erreichen muss, um erhaltene Ergebnisse sinnvoll vergleichen zu können. Bei der Befragung ein und desselben Probanden durch verschiedene Interviewer sollte man theoretisch beziehungsweise im Idealfall identische Ergebnisse erhalten. Offene Fragen wurden fortwährend geklärt. Die Kodierung erfolgte nach dem Schema, welches bereits in Kapitel 3.4. erläutert wurde.

3.4.1.14 ICF – Klassifikation der ersten Ebene

Im Folgenden eine Liste der Kapitelüberschriften, die verwendet wurden:

Klassifikation der Körperfunktionen

Kapitel 1: Mentale Funktionen
Kapitel 2: Sinnesfunktionen und Schmerz
Kapitel 3: Stimm- und Sprechfunktionen
Kapitel 7: Neuromuskuloskeletale und
bewegungsbezogene Funktionen
Items aus den Kapiteln 4, 5, 6 und 8 wurden nicht betrachtet..

Klassifikation der Körperstrukturen

Dieser Teilbereich wurde nicht betrachtet.

Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung
Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben/Anforderungen
Kapitel 3: Kommunikation
Kapitel 4: Mobilität
Kapitel 5: Selbstversorgung
Kapitel 6: Häusliches Leben
Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und
Beziehungen
Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche
Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staats-
bürgerliches Leben

Klassifikation der Umweltfaktoren

Dieser Teilbereich wurde nicht betrachtet.

Der verwendete ICF-Datensatz dieser Arbeit enthält (Tabelle 3.5):

Tabelle 3.5 ICF-Datensatz dieser Arbeit

Körperfunktionen	Kapitel	Kode	Klassifikationsblock oder -kategorie
Mentale Funktionen	1	(b110-b134)	<i>Globale mentale Funktionen</i>
	1	(b140-b180)	<i>Spezifische mentale Funktionen</i>
Sinnesfunktionen und Schmerz	2	(b230)	<i>Hör- und Vestibularfunktionen</i>
	2	(b270)	<i>Weitere Sinnesfunktionen</i>
Stimm- und Sprechfunktionen	3	(b320-b340)	
Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	7	(b735)	<i>Funktionen der Muskeln</i>
	7	(b760-b770)	<i>Funktionen der Bewegung</i>
Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]			
Lernen und Wissensanwendung	1	(d110-d120)	<i>Bewusste sinnliche Wahrnehmungen</i>
	1	(d130-d155)	<i>Elementares Lernen</i>
	1	(d160-d179)	<i>Wissensanwendung</i>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	2	(d210-d240)	
Kommunikation	3	(d310-d325)	<i>Kommunizieren als Empfänger</i>
	3	(d330-d345)	<i>Kommunizieren als Sender</i>
	3	(d350-d360)	<i>Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken</i>
Mobilität	4	(d450-d465)	<i>Gehen und sich fortbewegen</i>
	4	(d470-d475)	<i>Sich mit Transportmitteln fortbewegen</i>
Selbstversorgung	5	(d510-d570)	
Häusliches Leben	6	(d620)	<i>Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten</i>
	6	(d630-d640)	<i>Haushaltsaufgaben</i>
	6	(d650-d660)	<i>Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen</i>
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	7	(d710-d720)	<i>Allgemeine interpersonelle Interaktionen</i>
	7	(d730-d770)	<i>Besondere interpersonelle Beziehungen</i>
Bedeutende Lebensbereiche	8	(d810-d820)	<i>Erziehung/Bildung</i>
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	9	(d910-930)	

3.4.2 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)

3.4.2.1 Einführung

1998 wurde im Auftrag und mit Unterstützung der Forschungskommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände ein Instrument – das ILK – entwickelt, welches ökonomisch und effizient die Lebensqualität in Abhängigkeit vom Schweregrad psychiatrischer Störungen erfassen kann. Ferner ist eine sensitive Darstellung von Alters- und Geschlechtseffekten möglich. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft förderte anschließend, an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg, ein mehrjährig durchgeführtes Projekt, welches dazu diente, die Endform des ILK zu entwickeln und zu überprüfen.

Indem das ILK Bereiche mit eingeschränkter Lebensqualität schnell und zuverlässig feststellt, ermöglicht es einen Ansatzpunkt zur Indikationsstellung und weiterhin zur Therapieplanung und zu therapeutischen Interventionen. Es gestattet somit auch eine Therapie-Evaluation und Qualitätssicherung (Mattejat et al. 1998, Mattejat et. al 2003).

3.4.2.2 Konzept der Lebensqualität: Definitionen

Für den Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ besteht keine allgemein anerkannte Definition. Eng gefasst wird der Begriff nur auf eine spezielle Erkrankung und den damit verbundenen Einschränkungen verwendet (Mattejat und Remschmidt 2006).

Eine relativ breite Definition hingegen liefert eine Arbeitsgruppe der WHO zur Lebensqualität, die diese wie folgt definiert: „die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (WHOQOL-Group 1995).

Der ILK geht von dieser Definition aus und liefert noch eine Ergänzung durch Schumacher et al. (2003): Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist

„ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus der subjektiven Sicht des Betroffenen beinhaltet. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bezieht sich somit auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand bzw. die erlebte Gesundheit“ (Schumacher et al. 2003).

Bei dem Begriff Lebensqualität sind folgende Begriffe zu unterscheiden:

„1. Die objektiven Lebensbedingungen eines Individuums: In diesen Bereich gehören die materiellen und sozialen Rahmenbedingungen und der objektive Gesundheitszustand, d.h. die Frage, ob beim betreffenden Individuum eine Erkrankung, oder ob eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung vorliegt.

2. Die Funktionsfähigkeit eines Individuums, seine soziale Integration und seine Teilhabe an altersentsprechenden Lebensvollzügen.

3. Die Lebensqualität eines Individuums, verstanden als subjektive Wahrnehmung und Beurteilung der unter Punkt (1) und (2) dargestellten Aspekte aus der Sicht des Betroffenen“ (Mattejat und Remschmidt 2006).

Die ILK sieht folgende Arbeitsdefinition für „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ vor:

„die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung der wichtigsten Aspekte der eigenen Lebenssituation, insbesondere des eigenen Gesundheitszustandes, der eigenen Funktionsfähigkeit, der sozialen Integration und der eigenen Teilhabe an altersentsprechenden Lebensvollzügen“ (Mattejat und Remschmidt 2006).

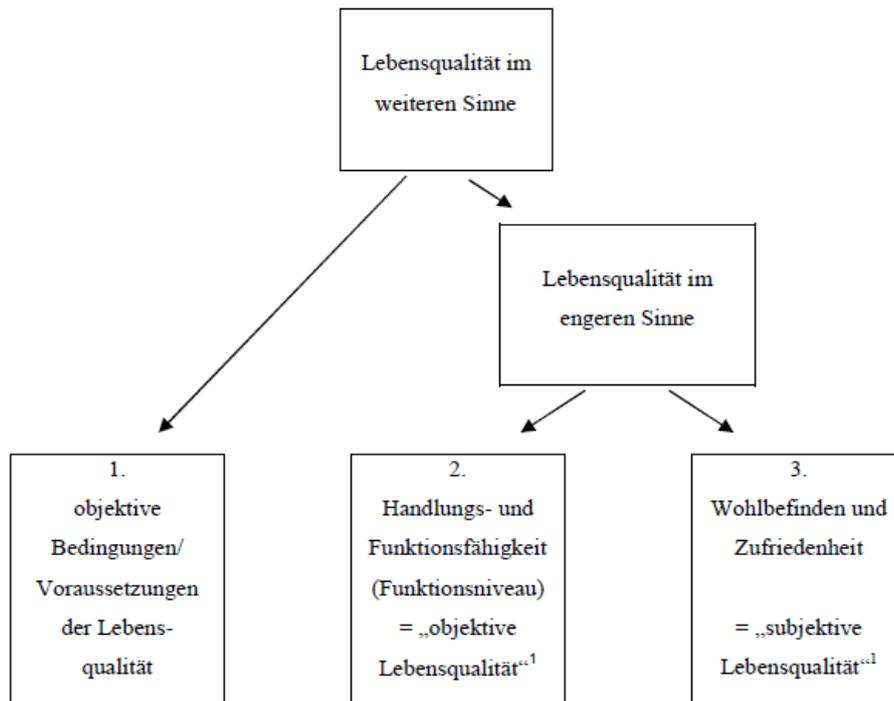
Weiterhin basiert das ILK auf einem multidimensionalen Konzept der Lebensqualität, welches folgende Unterscheidungen trifft:

Lebensqualität im weiteren Sinne beinhaltet einerseits die *Voraussetzungen und Bedingungen der Lebensqualität* und andererseits die *Lebensqualität im engeren Sinne*.

Durch die *Voraussetzungen und Bedingungen der Lebensqualität* kann die Lebensqualität positiv wie negativ beeinflusst werden, z.B. durch medizinische Behandlungen, körperliche oder psychische Erkrankungen beziehungsweise Behinderungen, psychosoziale Umfeldbedingungen und materielle Voraussetzungen.

Lebensqualität im engeren Sinne umfasst zwei Grundaspekte; zum einen die objektive Lebensqualität, welche die Handlungs- und Funktionsfähigkeit beschreibt und zum anderen die subjektive Lebensqualität, welche das subjektive Wohlbefinden beziehungsweise Zufriedenheit mit der Lebensführung und -situation als auch mit dem körperlichen und psychischen Gesundheitszustand mit einschließt.

Diese beiden Betrachtungsweisen können nicht auf ein einziges Maß reduziert werden und müssen deshalb separat voneinander erhoben werden. Das objektive Funktionsniveau wird am besten durch eine Außenperspektive erfasst, also einem „externen“ Beobachter, das subjektive Wohlbefinden beziehungsweise die Zufriedenheit kann am besten durch eine Innenperspektive – durch Selbstbeurteilung der Patienten – aufgezeichnet werden. Abb. 3.5 veranschaulicht nochmals die Grundaspekte (Mattejat et al. 1998).



¹ „Häufig wird der Begriff Lebensqualität auf die subjektive Lebensqualität eingengt. Der Begriff ‘subjektive Lebensqualität’ wird dabei teilweise als Synonym zum subjektiven Wohlbefinden/Zufriedenheit verwendet (so wie wir es hier auch tun; Aspekt 3); teilweise wird er auch gebraucht, um alle Selbstberichtsangaben der Patienten/Probanden (zu den Aspekten 1, 2 und 3) zu bezeichnen. Den Begriff ‘gesundheitsbezogene Lebensqualität’ verwenden wir zur Bezeichnung aller derjenigen Aspekte, die mit der Gesundheit oder Krankheit einer Person zusammenhängen“.

Abb. 3.5 Grundaspekte der Lebensqualität (Mattejat et al. 1998)

An folgenden Zielsetzungen orientierte sich die Entwicklung des ILK:

- Eignung zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren.
- Erfassung der Lebensqualität differenziert nach verschiedenen Bereichen beziehungsweise Dimensionen.
- Mehrperspektiven-Konzept, welches die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet; Angaben von Patienten, Eltern und Fachleuten sollen, hinsichtlich der verschiedenen Bereiche beziehungsweise Dimensionen der Lebensqualität und Funktionsfähigkeit, direkt miteinander verglichen und aufeinander bezogen werden können.
- Gute Eignung für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich.
- Darüber hinaus breite Anwendbarkeit im klinischen Bereich, sodass ein Vergleich verschiedener Altersgruppen, psychiatrischer Störungen sowie körperlicher und psychischer Erkrankungen möglich ist.

- Konzipierung nicht ausschließlich krankheits- und störungsbezogen, sondern auch Anwendung bei psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen, sodass Vergleiche mit der Normalbevölkerung gezogen werden können.
- Informationsgewinnung, die für die klinische Praxis bedeutend sein kann, das heißt für die Indikationsstellung und Therapieplanung.
- Eignung zur Therapie-Evaluation und Qualitätssicherung.
- Ökonomisch und praktikabel, also kurz, schnell durchführbar und leicht verständlich (Mattejat und Remschmidt 2006).

3.4.2.3 ILK im Überblick

Zum Erlernen der Durchführung und Auswertung der ILK-Fragebögen diente das Manual „ILK-Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen“ (Mattejat und Remschmidt 2006), welches seit 2006 vor allem in Deutschland im Gebrauch ist. Neben dem Original in deutscher Sprache gibt es außerdem Versionen auf Englisch und Französisch sowie in sechs weiteren europäischen Sprachen. Dort ist das detaillierte Vorgehen beschrieben, auf welches hier nicht näher eingegangen werden soll, da dies den Rahmen der Arbeit übersteigen würde. Deshalb erfolgt hier nur eine kurze Vorstellung:

Der Anwendungsbereich dieses Screening-Instruments liegt im Erfassen der Lebensqualität von gesunden, psychisch kranken oder körperlich kranken Kindern.

Die Daten werden aus verschiedenen Perspektiven erhoben: einerseits als Selbsteinschätzung von den Kindern und Jugendlichen selbst (Kinder- (6-11 Jahre) und Jugendlichenversion (ab 12 Jahre)) und andererseits als Fremdeinschätzung von den Eltern (Elternversion). Des Weiteren bearbeiten die Therapeuten Skalen zum Funktionsniveau und zur Behandlungsnotwendigkeit. Außerdem registrieren sie objektive Daten zur Untersuchung und Behandlung. Die ILK-Angaben der Therapeuten werden mittels der Diagnosen auf den sechs Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) ergänzt. Insgesamt ist der ILK also ein Instrument, das eine Selbst- und Fremdeinschätzung gestattet.

Es werden Eindrücke von den verschiedenen Lebensbereichen gewonnen, welche wahlweise aus verschiedenen Perspektiven miteinander verglichen werden können. Das Gesamtergebnis bildet dann ein Lebensqualitäts-Score.

Ohne auf die Gütekriterien des ILK näher eingehen zu wollen sei erwähnt, dass die Ergebnisse zur Reliabilität und Validität zufrieden stellend und konzeptkonform waren.

Im Gegensatz zum ICF, das die objektiv erfassbaren Dimensionen des Lebens umfasst, gilt das ILK als Screening-Instrument zur subjektiven Erfassung des Wohlbefindens und der objektiven Funktionsfähigkeit (Mattejat und Remschmidt 2006).

Die Lebensqualität wird in verschiedene Bereiche gegliedert und im ILK getrennt erfasst:

I Erfasste Bereiche der Lebensqualität

- 1) Schule
- 2) Familie
- 3) Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen
- 4) Interessen und Freizeitgestaltung
- 5) Körperliche Gesundheit
- 6) Psychische Gesundheit
- 7) Gesamtbeurteilung der Lebensqualität

II Zusatzitems für Patienten

- 8) Belastung durch die aktuelle Erkrankung
- 9) Belastung durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

III Zusatzitems für Patientenelementern

- 10) Eigene Belastung der Mutter/des Vaters durch die aktuelle Erkrankung
- 11) Eigene Belastung der Mutter/des Vaters durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

Zusätzlich für Jugendliche und Eltern gibt es dann noch sechs Fragen zur Zeitverteilung, zum Beispiel wie viele Stunden in der Schule oder mit Hausaufgaben verbracht werden. Diese Zeitangaben sind lediglich subjektiv geschätzt und nicht quantifizierbar gemessen (Mattejat und Remschmidt 2006).

Die ersten sieben Bereiche der Lebensqualität können sowohl bei Patienten als auch bei gesunden Kontrollpersonen erhoben werden. 8 und 9 sind nur auf Patienten bezogen; 10 und 11 sind für die Patientenelementern gedacht.

Es werden also Angaben von den Patienten (subjektives Wohlbefinden und Zufriedenheit), den Eltern (subjektive und objektive Aspekte bei der Einschätzung der Lebensqualität) und den behandelnden Ärzten beziehungsweise Therapeuten (objektives Funktionsniveau) erhoben. Die Bearbeitungszeit beträgt 5-15 Minuten (Mattejat et al. 1998, Mattejat und Remschmidt 2006).

Bei der **Auswertung** beziehungsweise **Berechnung** stehen dann verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung:

- **Auswertung auf Einzelitem-Ebene:** Die ILK-Ratings der Kinder- und Jugendlichen sowie der Erwachsenen werden wie folgt dichotomisiert: Als „kein Problem“ werden Antworten im Bereich „sehr gut“ und „eher gut“ angesehen. In diesem Bereich kann davon ausgegangen werden, dass keine Beeinträchtigungen der Lebensqualität bestehen. Die Wertungen „teils teils“, „eher schlecht“ und „sehr schlecht“ deuten auf ein wahrgenommenes Problem hin und es kann somit von einer eingeschränkten Lebensqualität ausgegangen werden. Mittels dieser Dichotomisierung können nun Prozentangaben über die Probleme in einem bestimmten Lebensbereich gemacht werden. Jedes einzelne Rating kann für sich betrachtet werden und es wird ein Vergleich möglich mit den Häufigkeitsverteilungen in den Normierungsstichproben. Dieser Dichotomisierung entspricht die „Häufigkeit problematischer Einschätzungen“ (HPE), eine Kenngröße, die Aussagen darüber macht, in wie viel Prozent der Fälle ein Item mit „teils teils“, „eher schlecht“ und „sehr schlecht“ bewertet wurde. Eine HPE von 43% besagt, dass 43% diese Frage mit „teils teils“, „eher schlecht“ und „sehr schlecht“ beantwortet haben (Mattejat et. al 2003, Mattejat und Remschmidt 2006).
- **Berechnung des Problemscores PR_{0-27} :** Der Problemscore PR_{0-27} orientiert sich an den dichotomisierten Werten und gibt die Anzahl der Lebensbereiche an, bei denen Probleme vorliegen. Die Angaben reichen von einem Minimum von 0 bis zu einem Maximum von 7, wobei das Testergebnis umso schlechter ist, je höher der Problemscore ist.
- **Berechnung des Lebensqualitätsscores LQ_{0-28} :** Er geht von den Rohwerten aus und kann somit Informationen liefern wie die Einschätzung der Lebensqualität über alle Bereiche hinweg ist. Die Werte reichen von einem Minimum von 0 bis zu einem Maximum von 28; dabei gilt je höher der Score, desto besser das Ergebnis beziehungsweise die Lebensqualität.
- **Berechnung des Lebensqualitätsscores LQ_{0-100} :** Dieser Score liefert dieselben Informationen wie der Lebensqualitätsscores LQ_{0-28} , allerdings wird hierbei aus Anschaulichkeitsgründen der Score auf einen Bereich zwischen 0 und 100% umgerechnet (0 bei LQ_{0-28} ist ebenso bei LQ_{0-100} 0%, 28 bei LQ_{0-28} ist 100% bei LQ_{0-100}). Man kann somit den Lebensqualitätsscores LQ_{0-100} als einen Optimalitätsscore bezeichnen, da er angibt wie viel Prozent vom optimal erreichbaren Ergebnis erlangt wurde.

Es liegt eine enge Verknüpfung zwischen den drei Scores vor. Die Korrelation zwischen dem Lebensqualitätsscores LQ_{0-28} und dem Lebensqualitätsscores LQ_{0-100} beträgt 1. Zwischen den Lebensqualitätsscores und dem Problemscore besteht – wegen der unterschiedlichen Polung – eine negative Korrelation von 0,80-0,90 (Mattjeat und Remschmidt 2006).

Die Auswertung und Interpretation erfolgt grundlegend auf den Normen der Allgemeinbevölkerung. Bei den Kindern und Jugendlichen kann man sich auf die Normwerte aus einer *repräsentativen Schulstichprobe* (unterschiedliche Schultypen) – und beziehungsweise oder – auf eine *klinische Stichprobe* (kinder- und jugendpsychiatrische Patienten) beziehen. Es wird aber eher die *repräsentative Schulstichprobe* verwendet. Bei den Eltern können die Daten der *Schülereltern*, der *repräsentativen Telefonstichprobe* (Normwerte aus der Allgemeinbevölkerung) oder der *klinischen Stichprobe* verwendet werden. Meistens wird aus Repräsentativität auf die Telefonstichprobe zurückgegriffen.

Bei der **Interpretation** der Scores sind jeweils Prozentrangnormen aufgelistet. „Sie geben an wie viel Prozent der Probanden in der Normierungsstichprobe den selben oder einen niedrigeren Wert erreicht haben“ (Mattjeat und Remschmidt 2006).

Der **Problemscore PR_{0-27}** unterscheidet zwischen auffälligen (hoher Problemscore) und unauffälligen Werten (niedriger Problemscore). Als Interpretationsregel gilt, dass wenn 75% beziehungsweise mehr der Probanden in der Normstichprobe einen niedrigeren Wert haben, dieser Wert als „unauffällig“ angesehen wird, die anderen Ergebnisse gelten als „auffällig“.

Die Interpretation des **Lebensqualitätsscores LQ_{0-28}** liefert folgende Grenzwerte:

„ $PR \leq 15$ “	Unterdurchschnittliche Lebensqualität
$15 < PR < 85$	Durchschnittliche Lebensqualität
$PR \geq 85$	Überdurchschnittliche Lebensqualität“

(Mattjeat und Remschmidt 2006).

Der **Lebensqualitätsscores LQ_{0-100}** gibt lediglich eine andere Darstellungsweise des Lebensqualitätsscores LQ_{0-28} wider.

Zur detaillierteren Erläuterung der Auswertung beziehungsweise Berechnung und Interpretation der Ergebnisse, sei auf das Manual von Mattjeat und Remschmidt (2006) verwiesen. Hier werden auch genau die einzelnen Stichproben beschrieben. Es sei nur soviel erwähnt, dass ein Teil der Probanden aus der *klinischen Stichprobe* – dieser in den Jahren 1998 und 1999 durchgeführten multizentrischen Studie – aus der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinikum Freiburg, rekrutiert wurde (Mattjeat und Remschmidt 2006).

3.5 DOKUMENTATION DER ERGEBNISSE

Die Angaben der Studienteilnehmer wurden, wie bereits erwähnt, einerseits in dem gekürzten ICF Core-Set und andererseits in den ILK-Fragebögen festgehalten. Beide Messinstrumente sind gut etablierte Erfassungsmethoden.

Für jeden Patienten wurde ein Ordner angelegt, der die Einverständniserklärung zur Studie, das ICF Core-Set, die ILK-FR Kinderversion, die ILK-FR Elternversion und zusätzlich ein leeres Blatt enthielt, welches Raum zur Eintragung von wichtigen Gesprächsinhalten beziehungsweise Anamneseangaben dienen sollte. Im Verlauf eines Gesprächs wurden sämtliche Daten notiert und später in eine gesonderte Suchmaske im Computer eingetragen, was ungefähr 20-30 Minuten in Anspruch nahm. Zwecks Verschlüsselung der Daten erhielt jede ILK-FR Elternversion, jede ILK-FR Kinderversion und jedes ICF Core-Set eine Identifikationsnummer.

In dieser Suchmaske war also der Patient mit diesen drei Nummern (benannt: ILKElternMySQLID, ILKSelbstMySQLID, ICFMYSQLID), seiner Patienten-Informations-Zentrums Nummer (PIZ), seinem Geburtsdatum, Vor-/Nachname, Geschlecht, Eingabedatum und jeglichen festgestellten ICD-10 (Kategorie F) Diagnosen eingetragen.

ICF:

Jedes einzelne der 252 Items wurde mit einer Zahl von 0-4 beziehungsweise 8 oder 9 kodiert, welche in ihrer Beurteilung einer Ordinalskala (Rangskala) entspricht. Die Bewertung reicht von „kein“ bis „voll ausgeprägtes“ Problem beziehungsweise „nicht spezifiziert“ oder „nicht anwendbar“ und bezieht sich auf den Zeitraum der letzten 30 Tage. Zu mehreren Items gibt es immer ein zusammenfassendes Hauptitem. Die Dokumentation beruht auf der subjektiven Einschätzung des Interviewers.

Abgesehen von der Erfassung der Körperfunktionen und der Aktivität und Teilhabe, wurden vorab Angaben zu allgemeinen Daten (Eingabedatum, Eingabeperson, Stichprobe...) und demografische Daten (Name, Vorname, Alter, Geschlecht...) notiert. Anhand zusätzlicher hilfreicher Randnotizen zu den Aussagen der Eltern über Art und Wesen des Kindes, konnte man sich – falls das Kind bei dem Gesprächstermin nicht anwesend war – doch ein vollkommeneres Bild seiner Persönlichkeit machen. Die Ergebnisse wurden anschließend in eine dafür vorgesehene Eingabemaske übertragen

ILK:

Für Kinder bis 12 Jahre ist das ILK-K (Kinderversion) vorgesehen. Um einer kindgerechten Darstellung zu genügen werden „Smilies“ verwendet, welche einer Ordinalskala (Rangskala) entsprechen. Die Skalenwerte reichen von „sehr gut“, „eher gut“ über „teils teils“, „eher schlecht“, „sehr schlecht“. Hierbei können die letzten drei Abstufungen Hinweise auf mögliche Probleme liefern, wohingegen „sehr gut“ und „eher gut“ keine Hinweise auf vorhandene Probleme geben. Die Befragung erfolgte in dieser Altersgruppe als Interview, wobei die Fragen vorgelesen und im Bedarfsfall erklärt wurden. Bei den Jugendlichen und Erwachsenen reichen die Ausmaße ebenfalls in fünf Stufen von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“, wobei hier Kästchen angekreuzt werden. Zusätzlich sollen sie noch – in Stunden ausgedrückt – die Zeitverteilung zu verschiedenen täglichen Aktivitäten notieren. Die Fragen wurden selbstständig bearbeitet. Auch diese Angaben wurden in eine separate Eingabemaske eingetragen. Die Aussagen sollten sich außerdem immer auf das Befinden der letzten Woche beziehen (Mattejat et. al 2003).

3.6 STATISTISCHE AUSWERTUNG

Zur statistischen Auswertung der im Laufe der Studie gewonnenen ICF Core-Set Daten wurde das Programmpaket SAS (Version 9.1.3, SAS Institute Inc., Cary, USA) verwendet. Die Auswertung wurde rein deskriptiv vorgenommen. Es wurden die Häufigkeitsverteilungen der einzelnen Items berechnet, sowie für jede ICF-Variable der Median, der Mittelwert, die Standardabweichung, das Maximum und das Minimum der Beurteilungen. Die Ergebnisse der allgemeinen Daten wurden mittels Excel-Tabellen ausgewertet.

Auch die ILK-Daten wurden mit dem SAS-Programm ausgewertet. Diese Statistik wurde getrennt für die Selbsteinschätzung und die Elterneinschätzung erstellt. Es erfolgte eine deskriptive Häufigkeitsverteilung für die Einzelratings, den Problemscore PR_{0-7} und den Lebensqualitätsscore LQ_{0-28} . Außerdem fanden eine Geschlechts- und Altersgruppenverteilung sowie eine Dichotomisierung der Werte statt. Des Weiteren wurde ein Einstichproben t-Test für die Selbsteinschätzung und die Elterneinschätzung gemacht. Die Zeitverteilung der ILK-Elternversion wurde mittels einer Excel-Tabelle berechnet.

3.7 ETHISCHE ASPEKTE DER STUDIE

Die Studie wurde von der örtlich zuständigen Ethikkommission genehmigt und erfolgte unter Beachtung der Deklaration von Helsinki.

4 ERGEBNISSE

Das ICF Core-Set und die ILK-Fragebögen (Kinder- und Elternversion) entsprechen in ihrem Skalenniveau einer Rangskala (Ordinalskala) und haben somit qualitative Merkmale.

Beim ICF sind es Zensuren mit der Ausprägung 0, 1, 2, 3, 4, 8, 9; bei der ILK-Kinderversion „sehr gut“, „eher gut“, „teils teils“, „eher schlecht“, „sehr schlecht“ und bei der ILK-Elternversion kommen noch die Zeitangaben für diverse Tätigkeiten hinzu, die schon einer Intervallskala (Abstandsskala) entsprechen.

Theoretisch könnte man bei der ICF- und ILK-Auswertung lediglich den Median angeben; obwohl dies also nicht ganz korrekt ist, wird im Folgenden trotzdem zur Veranschaulichung zusätzlich der Mittelwert dargestellt.

Bei den folgenden Ergebnissen wird nur jeweils eine Stelle hinter dem Komma angegeben, um keine höhere Messgenauigkeit vorzutäuschen, als in Wirklichkeit gegeben ist. Die Werte sind aufgerundet.

Nachfolgend muss berücksichtigt werden, dass die Zahl der Probanden bei der Auswertung des ICF Core-Sets variieren kann. Die Anzahl (n) betrug grundlegend 30 Personen; im Laufe der Exploration kam es aber zu einer Kürzung der Itemzahl, sodass manche Fragen nicht von allen beantwortet wurden. Das jeweilige n jedes einzelnen Items ist im Anhang genau aufgelistet. Außerdem wurden bei der grafischen Darstellung die Angaben mit den Beurteilungsmerkmalen 8 – nicht spezifiziert – und 9 – nicht anwendbar – gestrichen, um eine einfachere Visualisierung der Ergebnisse zu ermöglichen. Dies konnte dazu führen, dass wenn zum Beispiel 30 Probanden geantwortet hatten, aber zwei das Beurteilungsmerkmal 9 angaben, als Anzahl (n) nur 28 Probanden genannt wurden.

4.1 DEMOGRAFISCHE DATEN

4.1.1 *Geschlechterverteilung*

Unter den 30 an der Studie teilnehmenden Probanden waren neun Mädchen (30,0%) und 21 Jungen (70,0%). Somit lag das Verhältnis bei circa 2:1, wobei also deutlich das männliche Geschlecht überwog.

4.1.2 Patientenalter

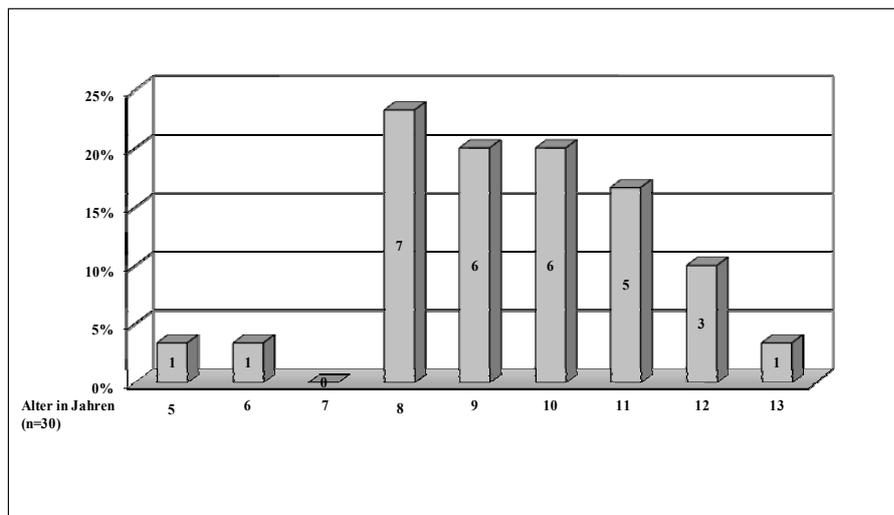


Abb. 4.1 Patientenalter: 5-13 Jahre

Abb. 4.1 visualisiert die genaue Altersverteilung der Stichprobe mit HKS. Das durchschnittliche Alter betrug 9,5 Jahre ($\pm 1,8$). Der jüngste Proband war 5 Jahre, der älteste 13 Jahre. Das größte Patientenkollektiv (80,0%) befand sich im Alter von 8-11 Jahren; dies entspricht in etwa dem Lebensabschnitt, in dem man die Grundschule wechselt und in einer weiterführenden Schule beginnt.

4.1.3 Medikation

20 Probanden (66,7%) erhielten zum Zeitpunkt der Befragung beziehungsweise hatten bis kurz zuvor eine HKS-spezifische Medikation erhalten, die anderen zehn Probanden (33,3%) waren ohne medikamentöse Therapie; das Verhältnis lag demnach bei 2:1.

4.1.4 Diagnosen und Komorbiditäten

Bei den Patienten wurde eine HKS diagnostiziert und meistens bestanden noch zusätzliche Komorbiditäten. Von den 30 Probanden wurden sechs (20,0%) mit *F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung* diagnostiziert und 18 (60,0%) mit *F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens*.

Zu den restlichen sechs (20,0%) Probanden ließ sich keine genauere Differenzierung zwischen *F90.0* und *F90.1* angeben, da bei Ihnen die Krankenakten nicht vorlagen. Es bestand aber jeweils eine Diagnosestellung von einem „auswärtigen“ Arzt (nicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie Freiburg angehörend); teilweise waren die Patienten auch schon in Behandlung.

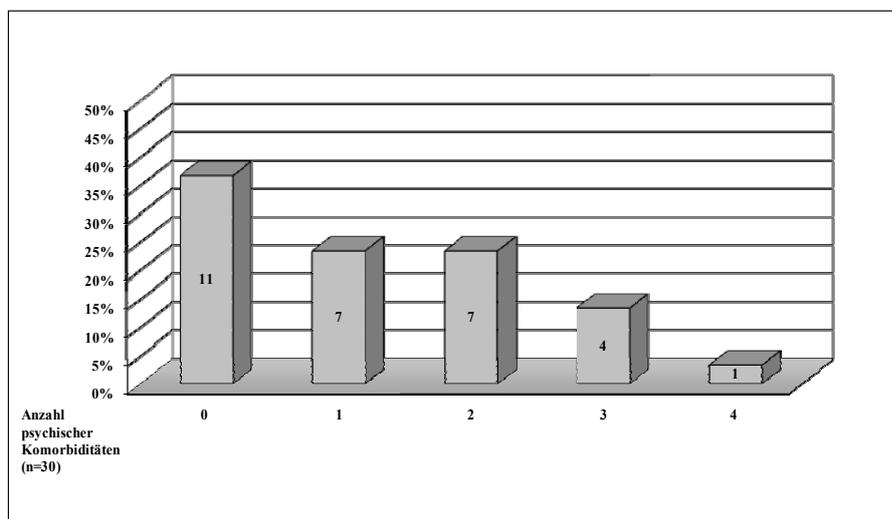


Abb. 4.2 Anzahl der jeweiligen Komorbiditäten eines Patienten

Aus Abb. 4.2 folgt, dass bei 30 Patienten im Durchschnitt 1,2 Komorbiditäten ($\pm 1,2$) vorlagen, also mindestens eine weitere Krankheitsdiagnose im Schnitt zu *F90.0* beziehungsweise *F90.1* hinzukam. Hierbei wurden allerdings nur die Komorbiditäten erfasst die zum Kapitel V (ICD-10) Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) gehören.

Bei unseren Patienten lag bei 19 (63,3%) zumindest eine zusätzliche Erkrankung vor und bei zwölf (40,0%) mindestens zwei zusätzliche Störungen.

Lag eine Nebendiagnose vor (n=19; 63,3%) so waren es im Schnitt zwei ($2,0 \pm 0,9$).

Tabelle 4.1 ICD-10 Codes der jeweiligen Komorbidität

Gruppe	Anzahl der Betroffenen (%)
F32.-Depressive Episode	
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	1 (2,7%)
F43.-Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	
F43.2 Anpassungsstörungen	8 (21,6%)
F48.-andere neurotische Störungen	
F48.8 Sonstige neurotische Störungen	1 (2,7%)
F63.-Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	
F63.8 Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	1 (2,7%)
F63.3 Trichotillomanie	1 (2,7%)
F70.-Leichte Intelligenzminderung	
F70.1 Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	1 (2,7%)
F70.0 Keine oder geringfügige Verhaltensstörung	1 (2,7%)
F80.-Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	
F80.0 Artikulationsstörung	1 (2,7%)

F80.1 Expressive Sprachstörung	1	(2,7%)
F80.9 Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet	2	(5,4%)
F81.-Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten		
F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung	6	(16,2%)
F 82.-Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen		
F82.9 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen, nicht näher bezeichnet	1	(2,7%)
F84.-Tief greifende Entwicklungsstörungen		
F84.1 Atypischer Autismus	1	(2,7%)
F91.-Störungen des Sozialverhaltens		
F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	1	(2,7%)
F95 Ticstörungen		
F95.9 Ticstörung, nicht näher bezeichnet	1	(2,7%)
F98.-Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit/ Jugend		
F98.1 Nichtorganische Enkopresis	4	(10,8%)
F98.0 Nichtorganische Enuresis	5	(13,5%)
Gesamtzahl der angegebenen Diagnosen	37	(100,0%)

Wie man aus der Tabelle 4.1 entnehmen kann, ließen sich 17 verschiedene – nach ICD-10 klassifizierte Komorbiditäten – finden. Die vier häufigsten waren:

- F43.2 Anpassungsstörungen (21,6%); trat bei acht Kindern auf (26,7%)
- F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung (16,2%); trat bei sechs Kindern auf (20,0%)
- F98.0 Nichtorganische Enuresis (13,5%); trat bei fünf Kindern auf (16,7%)
- F98.1 Nichtorganische Enkopresis (10,8%); trat bei vier Kindern auf (13,3%)

4.1.5 Anzahl der Geschwister

Die meisten Kinder (23 Probanden; 76,7%) hatten ein bis zwei Geschwister ($1,7 \pm 0,9$). Bei unserer Stichprobe wuchsen nur 2 der Probanden (6,7%) ohne Geschwister auf. Waren Geschwister vorhanden ($n=28$; in 93,3% der Fälle), waren es im Schnitt $1,8 \pm 0,8$.

4.1.6 Bildung der Probanden (Kindergarten/Schule)

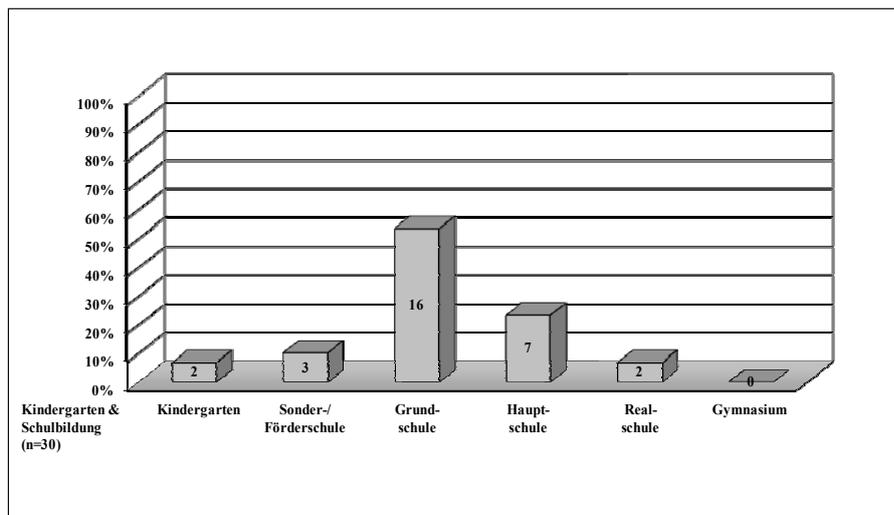


Abb. 4.3 Bildungsstand

Abb. 4.3 illustriert, dass circa die Hälfte der Probanden (n=16; 53,3%) in die Grundschule gingen und sieben (23,3%) in die Hauptschule. Von den drei Probanden der Sonder-/Förderschule waren zwei Achtjährige und ein bereits Elfjähriger dabei, sodass also ein Proband sozusagen eine „weiterführende“ Schule besuchte. Hieraus ergab sich, dass zusammengefasst zehn Patienten (33,3%) eine weiterführende Schule besuchten, wovon die Mehrheit (sieben Probanden \triangleq 70,0%) auf die Hauptschule ging.

4.1.7 Bildungsstand der Eltern

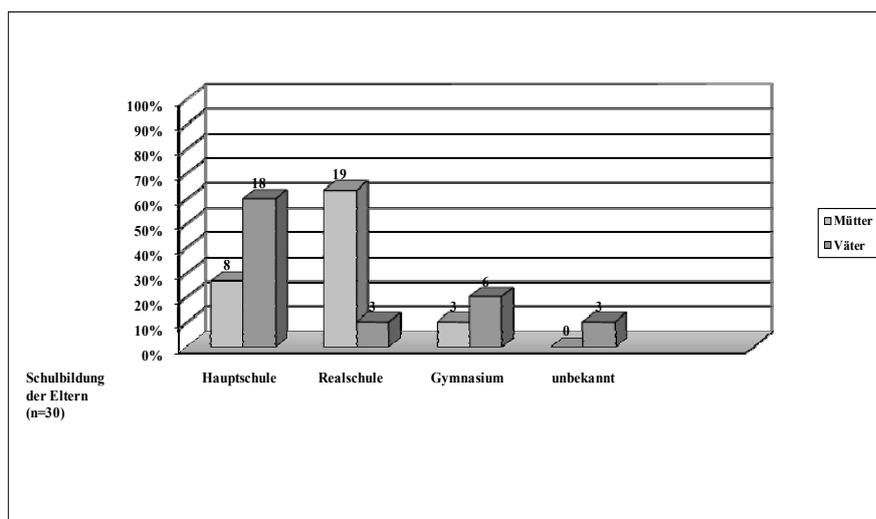


Abb. 4.4 Bildungsstand der Eltern

Die Mehrheit der Männer (n=18; 60,0%), dies kann man der Abb. 4.4 entnehmen, hatte einen Hauptschulabschluss; sechs (20,0%) absolvierten das Abitur; drei (10,0%) erlangten den Realschulabschluss und bei den restlichen drei (10,0%) war der Abschluss unbekannt. 63,3% (ungefähr 2/3; n=19) der Frauen besaßen einen Realschulabschluss; 26,7%, also circa 1/4 (n=8) einen Hauptschulabschluss und 10,0% (1/10; n=3) das Abitur. Beide Elternteile hatten somit eher einen „niedrigeren“ Bildungsstand, wobei die Frauen noch besser abschnitten.

4.1.8 Berufsstand der Eltern

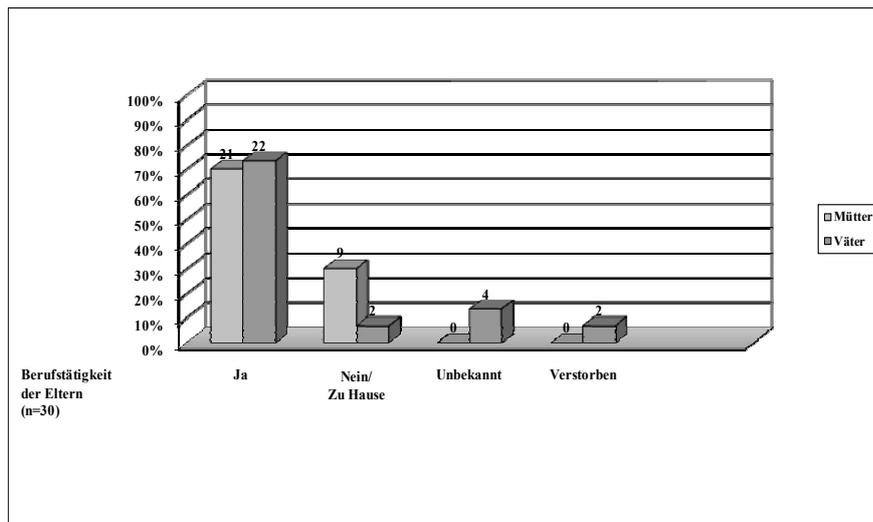


Abb. 4.5 Berufsstand der Eltern

Man sieht in Abb. 4.5, dass 22 von 30 Männern (73,3%) einer Erwerbstätigkeit nachgingen. Beachtet man, dass sich darunter allerdings auch noch die Unbekannten und Verstorbenen subsumieren (sechs Männer); waren genau genommen 22 Männer von 24 erwerbstätig arbeiteten. Dies machte eine Quote von 91,7% aus; nur zwei Personen (8,3%) waren erwerbslos. Bei den Frauen betrug die Erwerbstätigkeit 70,0% (21 Frauen).

Bei dem vorhandenen Kollektiv (54 Probanden – ohne die Unbekannten/Verstorbenen) von dem insgesamt 43 erwerbstätig und elf erwerbslos waren, betrug somit die Erwerbslosenquote 20,4%.

4.1.9 Familienstand der Eltern

19 Elternpaare (63,3%; also circa 2/3) waren verheiratet oder lebten zusammen; sieben (23,3%; ungefähr ein 1/4) waren geschieden oder getrennt lebend. Jeweils zwei (6,7%) waren entweder verwitwet oder der Familienstand war unbekannt. Somit lebten elf Probanden (36,7%) in einem auffälligen Elternhaushalt.

4.2 LEBENSQUALITÄT: ERGEBNISSE

4.2.1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF): Core-Set Ergebnisse

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Items in Grafiken visualisiert; hierbei werden am Rand immer die Beurteilungsmerkmale 0 bis 4 genannt. Deshalb vorab noch einmal in Tabelle 4.2 deren Bedeutung:

Tabelle 4.2 Erstes Beurteilungsmerkmal: Ausmaß eines Problems (ICF 2005)

xxx.0	Problem nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich ...)	0-4%
xxx.1	Problem leicht ausgeprägt (schwach, gering ...)	5-24%
xxx.2	Problem mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich ...)	25-49%
xxx.3	Problem erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst ...)	50-95%
xxx.4	Problem voll ausgeprägt (komplett, total ...)	96-100%

Abb. 4.6 soll übersichtlich die Beurteilung der Mediane auf der Ebene der ersten Klassifikation darstellen.

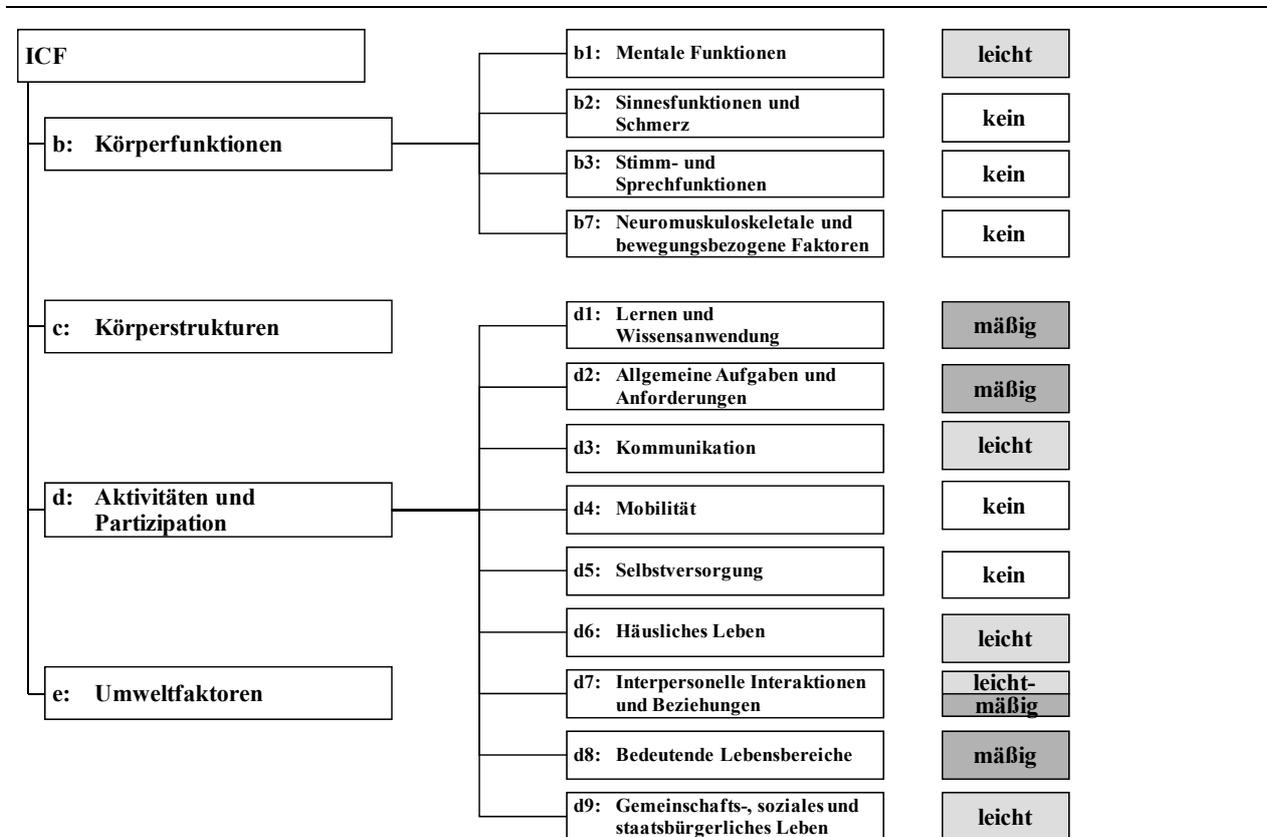


Abb. 4.6 Übersicht der Beurteilung der Mediane auf der Ebene der ersten Klassifikation

Mediane der zweiten und weiter detaillierteren Klassifikationen:

Median $\geq 3,0$

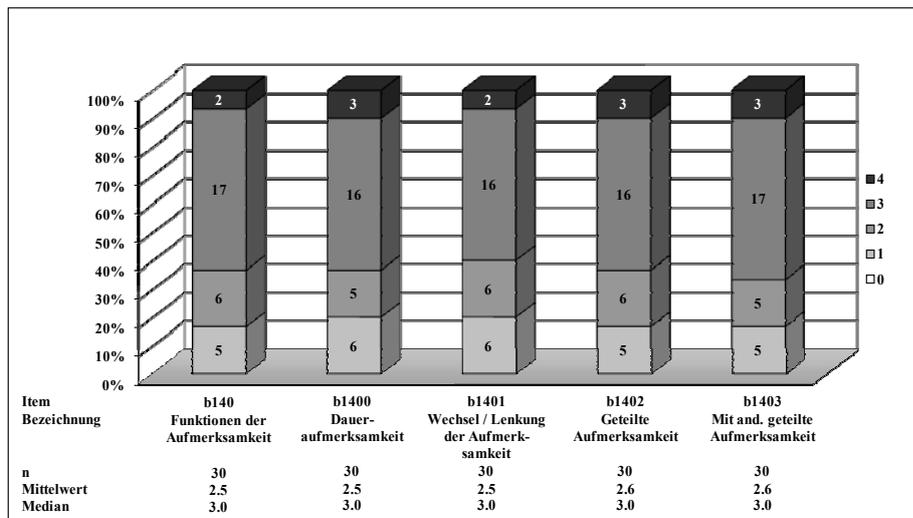


Abb. 4.7 Funktionen der Aufmerksamkeit

Die größten Schwierigkeiten auf der zweiten Klassifikationsebene machte das Item *b140 Funktionen der Aufmerksamkeit*, wie Abb. 4.7 visualisiert. Die Fokussierung auf innere Vorgänge oder externe Reize für eine gewisse Zeitspanne erfordert spezifische mentale Funktionen. Bei einem Median von 3,0 bedeutet das, dass hier erhebliche Probleme vorlagen. Bei 19 Probanden wurde diese Frage mit dem Beurteilungsmerkmal 3 oder schlechter bewertet.

Die Items der dritten Ebene: *b1402 Geteilte Aufmerksamkeit*, *b1403 Mit anderen geteilte Aufmerksamkeit*, *b1400 Daueraufmerksamkeit* und *b1401 Wechsel und Lenkung der Aufmerksamkeit* lieferten homogene Ergebnisse, der Median betrug jeweils 3,0. Die Items *b1402 Geteilte Aufmerksamkeit* und *b1403 Mit anderen geteilte Aufmerksamkeit* stellten mit einem Mittelwert von 2,6 hierbei die stärksten Probleme dar.

Diese Itemgruppe war die einzige mit einem Median von 3,0. Bei keinem Item wurde das Beurteilungsmerkmal 0 erfasst, das heißt es lagen bei jedem Probanden zu mindestens leichte Probleme vor.

Median $\geq 2,0$

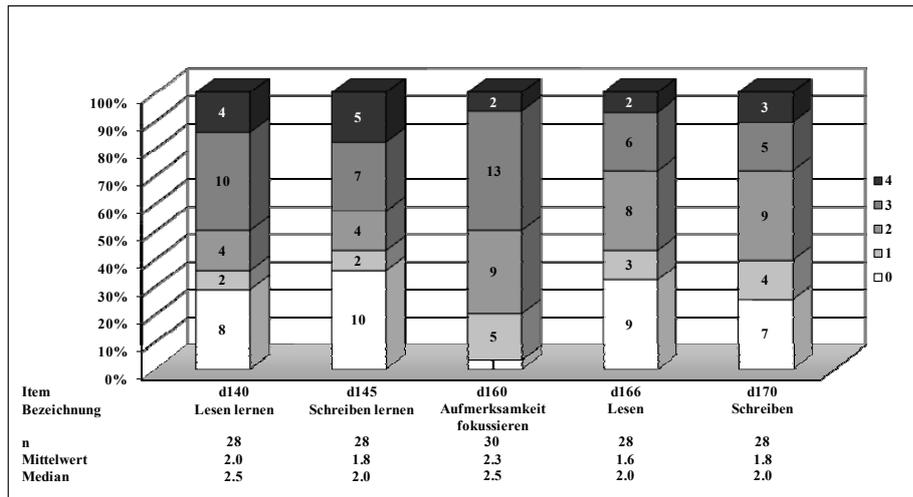


Abb. 4.8 Kategorien des Kapitels 1: Lernen und Wissensanwendung

Einen Median von 2,5 – also Problem mäßig bis erheblich ausgeprägt – zeigen in Abb. 4.8 die Items *d160 Aufmerksamkeit fokussieren* (man muss sich bewusst auf einen Reiz konzentrieren und zum Beispiel andere Geräusche heraus filtern) und *d140 Lesen lernen* (die Fähigkeit erlernen Geschriebenes richtig und flüssig zu lesen, Wörter zu verstehen und in einer korrekten Betonung zu äußern sowie Buchstaben und Zeichen erkennen). Wobei das Item *d160 Aufmerksamkeit fokussieren* mit einem Mittelwert von 2,3 im Vergleich zu 2,0 bei Item *d140 Lesen lernen* fast noch ein größeres Problem bereitete.

d145 Schreiben lernen, *d170 Schreiben* und *d166 Lesen* hingegen machten bei einem Median von 2,0 nur mäßige Schwierigkeiten. Man sieht, dass Lesen und Schreiben lernen große Schwierigkeiten bereitete. Bei Item *d145 Schreiben lernen* gaben sogar fünf der Befragten (17,9%) an, ein voll ausgeprägtes Problem zu haben. Diese Auffälligkeit hatte sich bereits im Kapitelabschnitt 4.1.4 gezeigt, in dem sich ergab, dass bei sechs Probanden (20,0%) eine Lese-Rechtschreib-Störung diagnostiziert wurde.

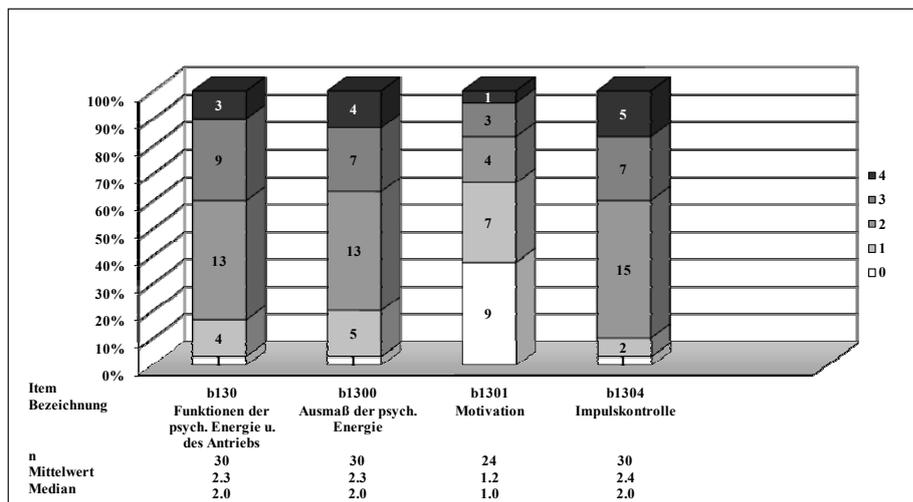


Abb. 4.9 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs

Das Item der zweiten Klassifikationsebene *b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs* (Verfolgung allgemeiner Ziele und Befriedigung bestimmter Bedürfnisse) ergab einen Median von 2,0 (Abb. 4.9).

Bei den Items der dritten Ebene war *b1304 Impulskontrolle* das auffälligste, da es zusätzlich zu dem Median von 2,0, den höchsten Mittelwert von 2,4 lieferte. *b1304 Impulskontrolle* sticht mit seiner fünfmaligen Bewertung des Beurteilungsmerkmals 4 – Problem voll ausgeprägt – hervor, das heißt 1/6 hatte bei der Regulation und Unterdrückung von plötzlichen intensiven Handlungsimpulsen starke Auffälligkeiten.

b1300 Ausmaß der psychischen Energie (Durchhaltekraft und Durchsetzungsvermögen) ergab mäßige Probleme bei einem Median von 2,0 und bei *b1301 Motivation* lagen nur leichte Probleme bei einem Median von 1,0 vor.

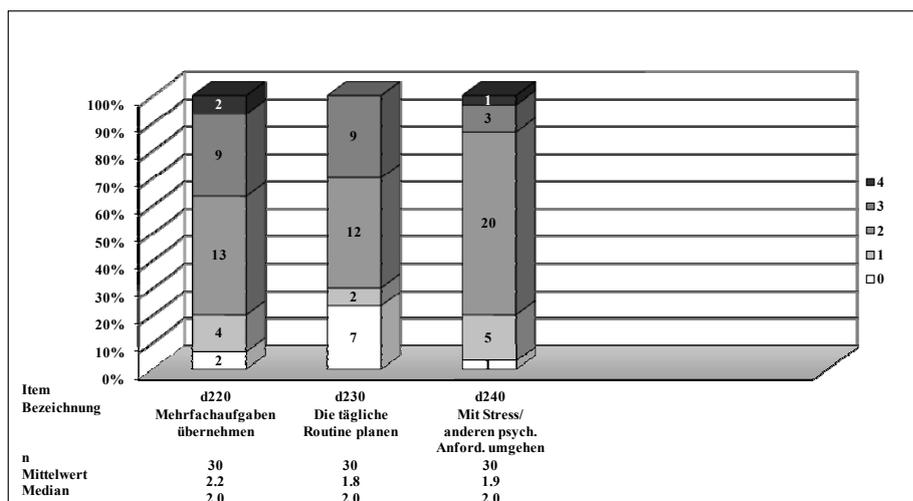


Abb. 4.10 Kategorien des Kapitels 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Abb. 4.10 demonstriert, dass die Items *d220 Mehrfachaufgaben übernehmen* (einfache oder komplexe Aufgaben, die mehrere Bearbeitungsschritte nacheinander oder gleichzeitig erfordern), *d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen* (Aufgaben, die besondere Verantwortung erfordern, Stress und Krisensituationen bewältigen) und *d230 Die tägliche Routine planen* (Anforderungen des Alltags planen, handhaben und bewältigen, zum Beispiel die Zeit einplanen oder einen Tagesplan erstellen) mit einem Median von 2,0 mäßige Probleme machten.

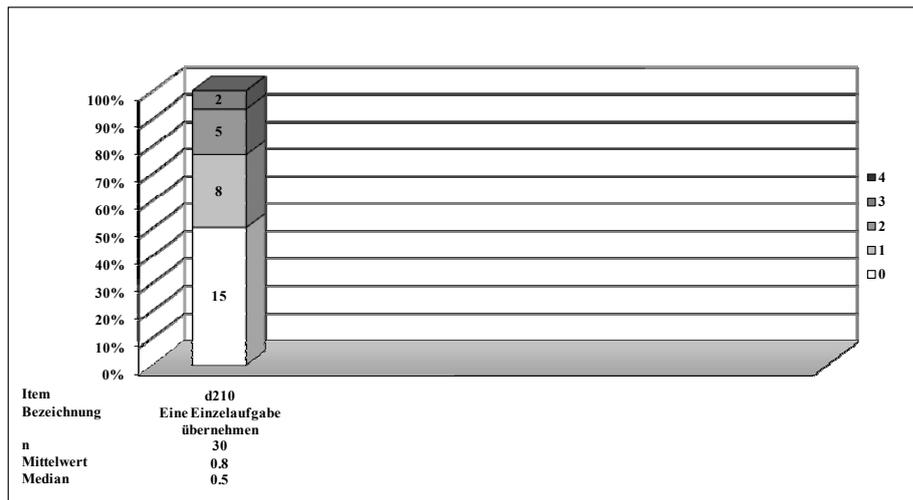


Abb. 4.11 Eine Einzelaufgabe übernehmen

Im Gegensatz zum Item *d220 Mehrfachaufgaben übernehmen* (Median: 2,0) bereitete *d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen* (Abb. 4.11) allerdings keine bis leichte Probleme (Median: 0,5). Die Hälfte der Befragten (n=15) hatte hier keine beziehungsweise unerhebliche Schwierigkeiten, das Beurteilungsmerkmal 4 – Problem voll ausgeprägt – lag bei keinem der Betroffenen vor.

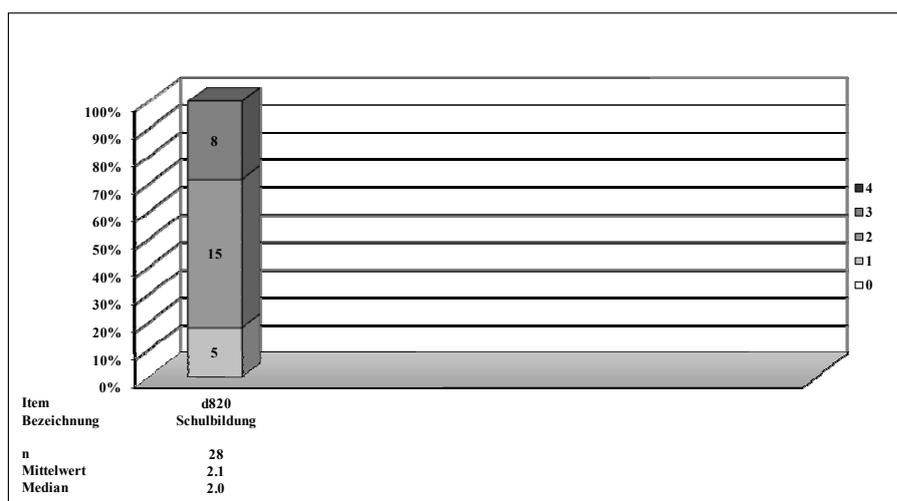


Abb. 4.12 Schulbildung

Bei Abb. 4.12 *d820 Schulbildung* gab es mäßige Probleme (Median: 2,0). Keiner der Probanden war ohne Auffälligkeiten, das heißt es bestanden mindestens leichte Probleme, was die Zulassung zur Schule, die schulbezogenen Pflichten und Rechte, das Erlernen des Lehrgangsstoffes und die regelmäßige Teilnahme am Unterricht anging.

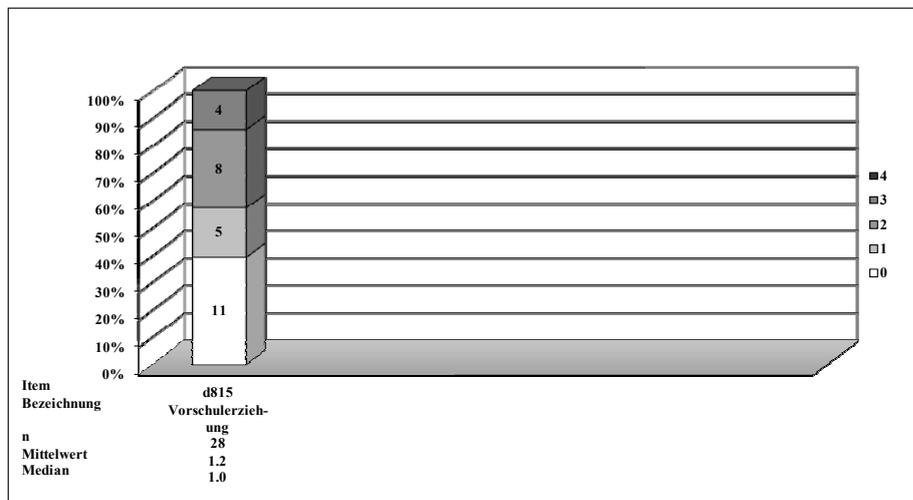


Abb. 4.13 Vorschulerziehung

d815 Vorschulerziehung (Abb. 4.13) hingegen fiel noch nicht so schwer ins Gewicht und bereitete bei einem Median von 1,0 nur leichte Probleme. Elf der Befragten wurden so bewertet, dass bei der Vorbereitung vom Übergang zur Schule bei den Probanden keine Probleme vorhanden (0) waren.

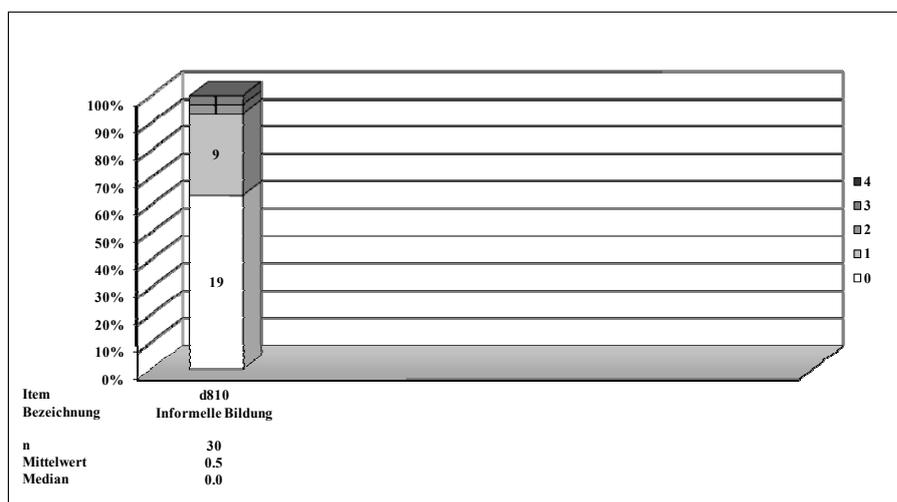


Abb. 4.14 Informelle Bildung

d810 Informelle Bildung; das Erlernen von handwerklichen und anderen Fertigkeiten von den Eltern, weiteren Familienmitgliedern oder einem nicht-institutionellen Rahmen, bereitete bei einem Median von 0,0 grundlegend keine beziehungsweise unerhebliche Schwierigkeiten. 63,3% (n=19) in Abb. 4.14 gaben an, dass keine Probleme bestünden.

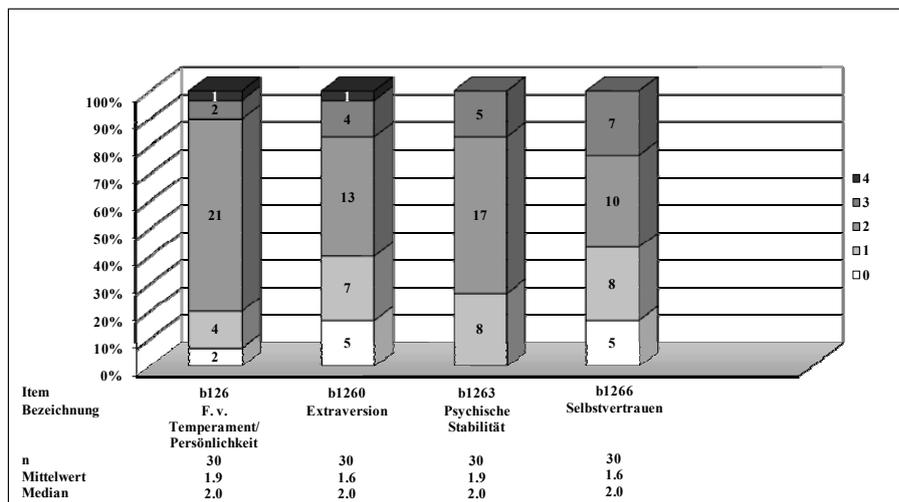


Abb. 4.15 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit

In Abb. 4.15 hatte das Item der zweiten Klassifikationsebene *b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit* (das anlagebedingte Wesen, das individuelle Reagieren auf Situationen und psychische Charakteristika) einen Median von 2,0. 80,0% (n=24) der Probanden hatten mindestens mäßige Probleme.

Auf der dritten Ebene folgte im Schweregrad das Item *b1263 Psychische Stabilität*, welches die Bereiche Ruhe, Gelassenheit und Gefasstheit, im Gegensatz zu Reizbarkeit, Besorgtheit und Unbeständigkeit umfasst. Dieses als auch das vorhergehende Item besaßen einen Mittelwert von 1,9. Die Items *b1260 Extraversion* und *b1266 Selbstvertrauen* bereiteten mit einem Median von 2,0 ebenfalls ziemliche Schwierigkeiten.

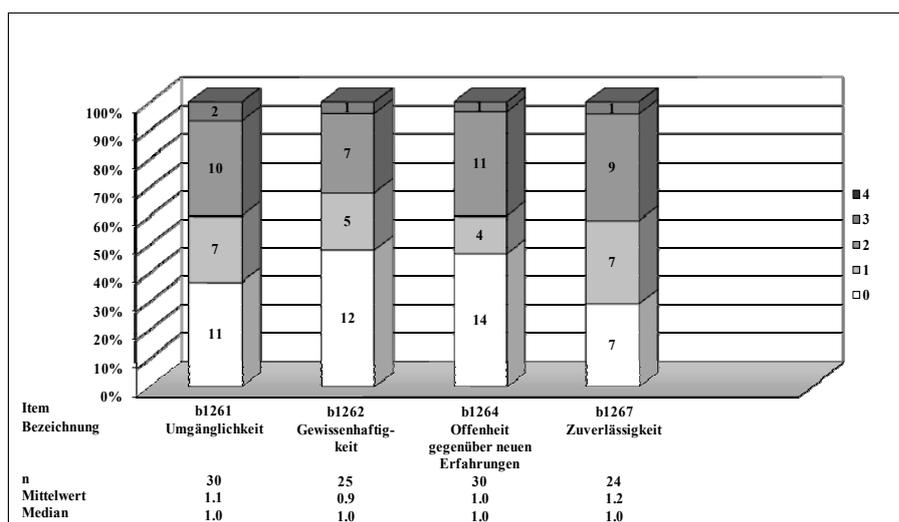


Abb. 4.16 Weitere Funktionen von Temperament und Persönlichkeit

Das Item *b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit* der zweiten Ebene (siehe Abb. 4.16) lieferte allerdings auch noch untergeordnete Items die nicht ganz so problembehaftet waren:

b1267 Zuverlässigkeit, *b1261 Umgänglichkeit*, *b1264 Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen* und *b1262 Gewissenhaftigkeit* stellten mit einem Median von 1,0 nur leichte Probleme dar; wobei *b1267 Zuverlässigkeit* die größten Schwierigkeiten zeigte, mit einem Mittelwert von 1,2. Keiner der Probanden wurde bei diesen Items mit 4 – Problem voll ausgeprägt – bewertet.

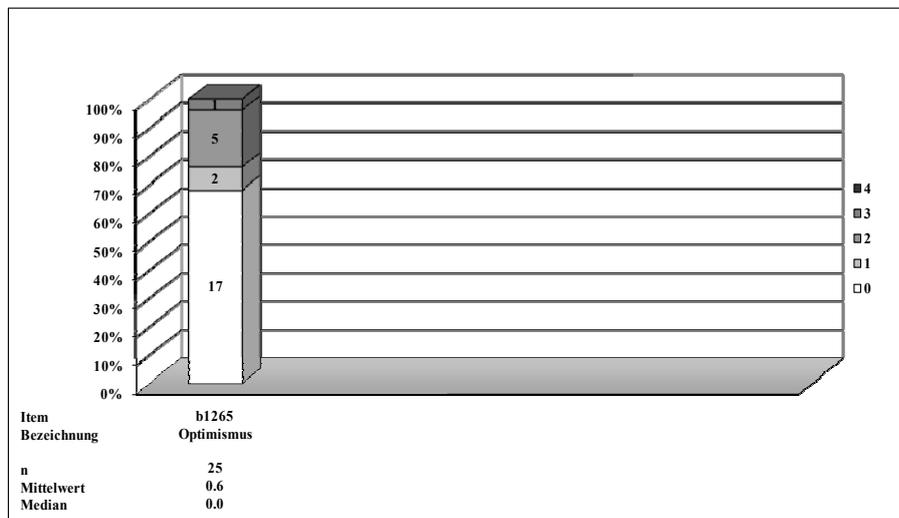


Abb. 4.17 Weitere Funktionen von Temperament und Persönlichkeit

b1265 Optimismus (Abb. 4.17), ein Item der dritten Ebene (zugehörig zu *b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit*, einem Item der zweiten Ebene), ergab bei einem Median von 0,0 keine beziehungsweise unerhebliche Probleme. Auch hier – wie bereits schon im vorhergehenden Diagramm – erhielt keiner die Bewertung: Problem voll ausgeprägt (4).

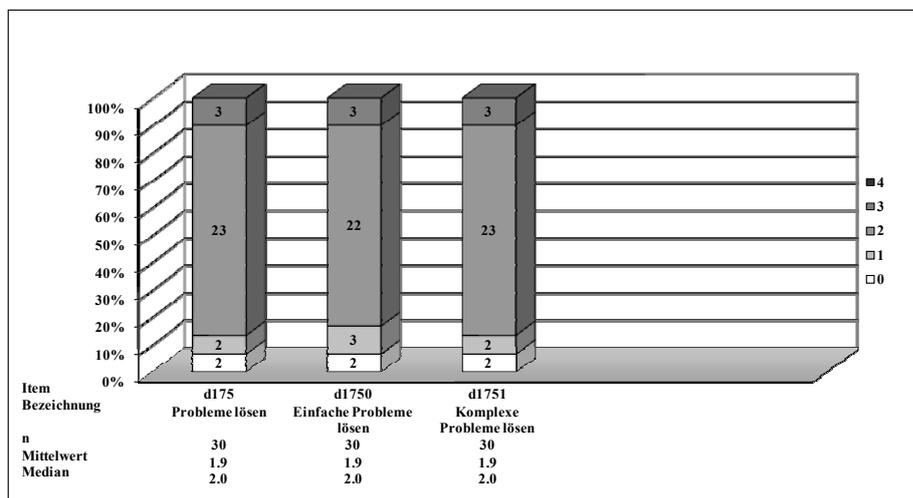


Abb. 4.18 Probleme lösen

Die Items *d175 Probleme lösen*, *d1750 Einfache Probleme lösen* und *d1751 Komplexe Probleme lösen* in Abb. 4.18 bereiteten durchschnittlich mäßige Schwierigkeiten (Median: 2,0). Es gab bei allen drei Items nur wenige Probanden (n=2) die keine beziehungsweise unerhebliche Probleme hatten.

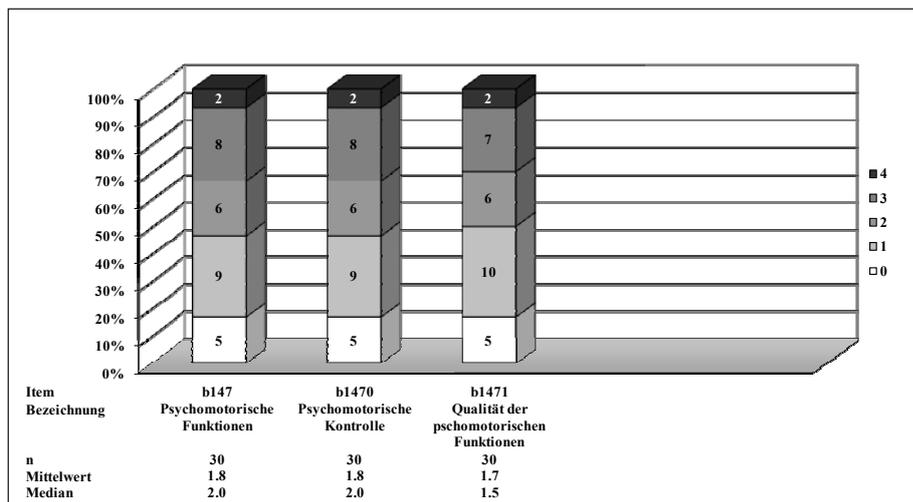


Abb. 4.19 Psychomotorische Funktionen

Abb. 4.19 zeigt, dass *b147 Psychomotorische Funktionen* (die Kontrolle über psychologische und motorische Vorgänge betreffende spezifische mentale Funktionen, bezüglich der physiologischen Ebene) sowie *b1470 Psychomotorische Kontrolle*, beide mit einem Median von 2,0, mäßige Probleme hatten; wohingegen *b1471 Qualität der psychomotorischen Funktionen* mit einem Median von 1,5 leichte bis mäßige Probleme andeutete.

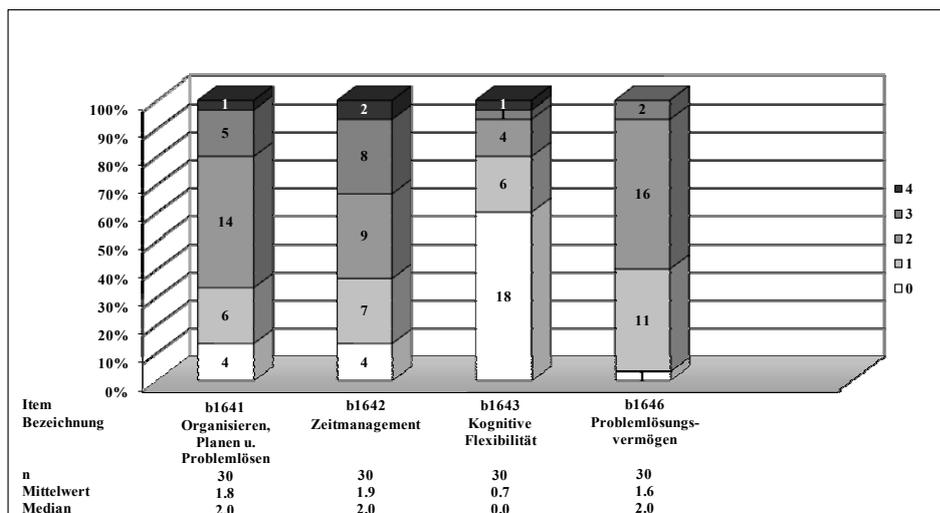


Abb. 4.20 Weitere Höhere kognitive Funktionen

Die Items der dritten Klassifikationsebene : *b1642 Zeitmanagement* (Ordnen von Ereignissen in einer stufenweisen Reihenfolge und das Zuschreiben gewisser Zeiten zu Aktivitäten und Ereignissen), *b1641 Organisieren, Planen und Problemlösen* und *b1646 Problemlösungsvermögen* mit einem jeweiligen Median von 2,0 (siehe Abb. 4.20) lassen sich dem Item der zweiten Klassifikationsebene *b164 Höhere kognitive Funktionen* unterordnen.

b1643 Kognitive Flexibilität bereitete hingegen eher keine beziehungsweise unerhebliche Schwierigkeiten bei einem Median von 0 und Mittelwert von 0,7; 60,0% (n=18) hatten keinerlei Schwierigkeiten beim Ändern von Denkansätzen oder Strategien.

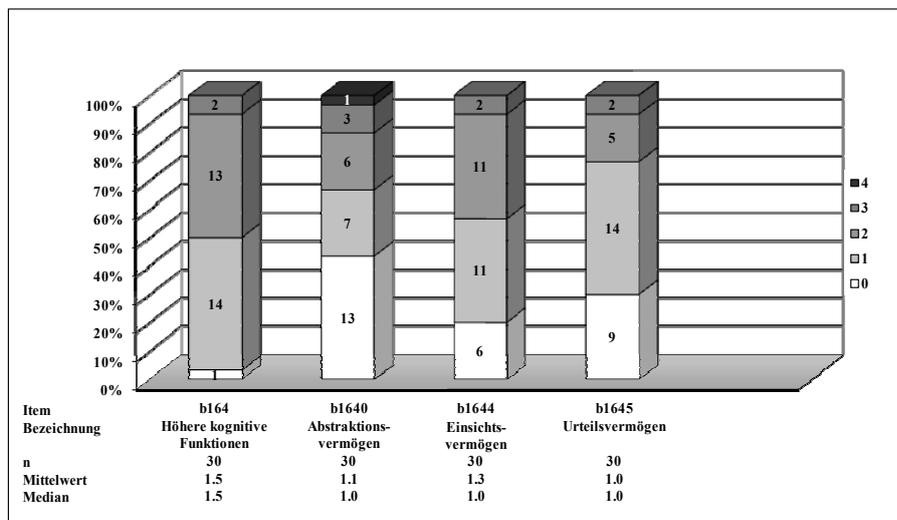


Abb. 4.21 Höhere kognitive Funktionen

Das Item *b164 Höhere kognitive Funktionen* (komplexe zielgerichtete Verhaltensweisen zum Beispiel Entscheidungen treffen, abstraktes Denken, Pläne erstellen und durchführen, exekutive Funktionen sowie mentale Flexibilität) der zweiten Klassifikationsebene in Abb. 4.21 wurde mit einem Median von 1,5, also leichten bis mäßigen Problemen, erfasst. Die 3. Ebenen Items *b1644 Einsichtsvermögen*, *b1640 Abstraktionsvermögen* und *b1646 Urteilsvermögen* lieferten bei einem Median von 1,0 nur leichte Probleme.

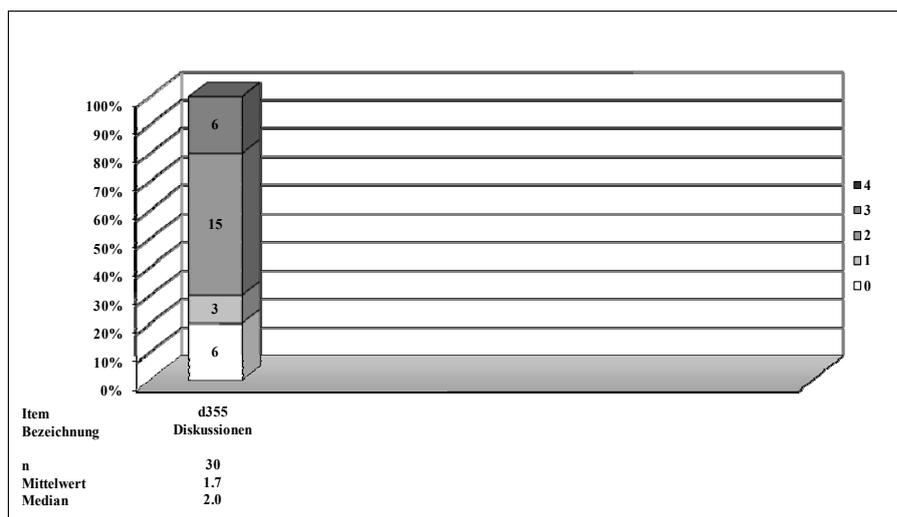


Abb. 4.22 Diskussionen

d355 Diskussionen (Abb. 4.22) erhielt einen Median von 2,0 – mäßige Probleme. Es machte den Probanden ziemliche Schwierigkeiten eine Debatte oder die Besprechung eines Sachverhaltes inklusive Pro- und Kontra-Argumenten zu führen, sei es mit einer oder mehreren Personen gewesen als auch in informeller oder formeller Form. 70,0% (n=21) hatten hier mindestens mäßige Probleme.

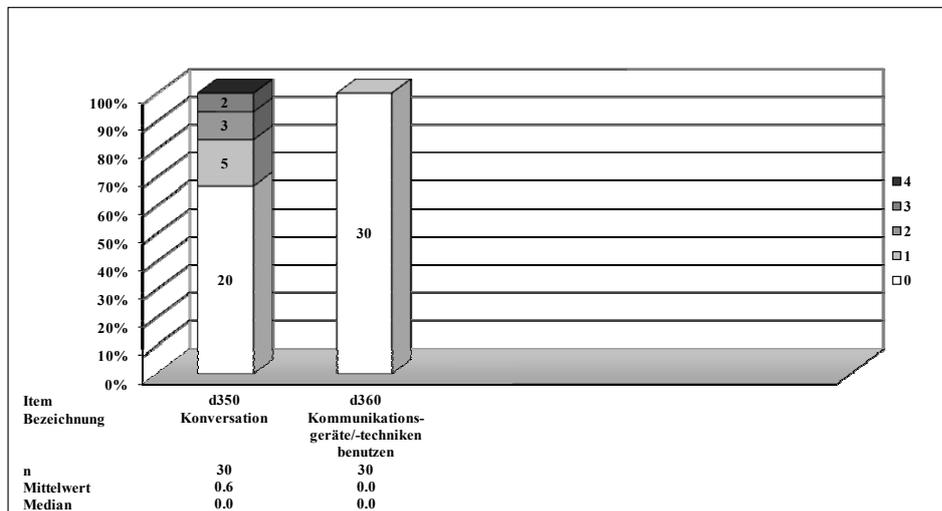


Abb. 4.23 Kategorien des Kapitels 3: Kommunikation

Das Item *d350 Konversation* erhielt einen Median von 0,0, was Abb. 4.23 verdeutlicht. Es bereitete den Betroffenen also keine beziehungsweise unerhebliche Probleme mit anderen ihre Gedanken oder Ideen – auf jegliche Art – auszutauschen. 2/3 (n=20) erhielten das Beurteilungsmerkmal 0 und die restlichen 1/3 Beurteilungsmerkmale zwischen 1 und 3.

Bei *d360 Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen* gab es übereinstimmend keinerlei Probleme beziehungsweise wenn, dann nur unerhebliche. Der Median und Mittelwert war 0,0.

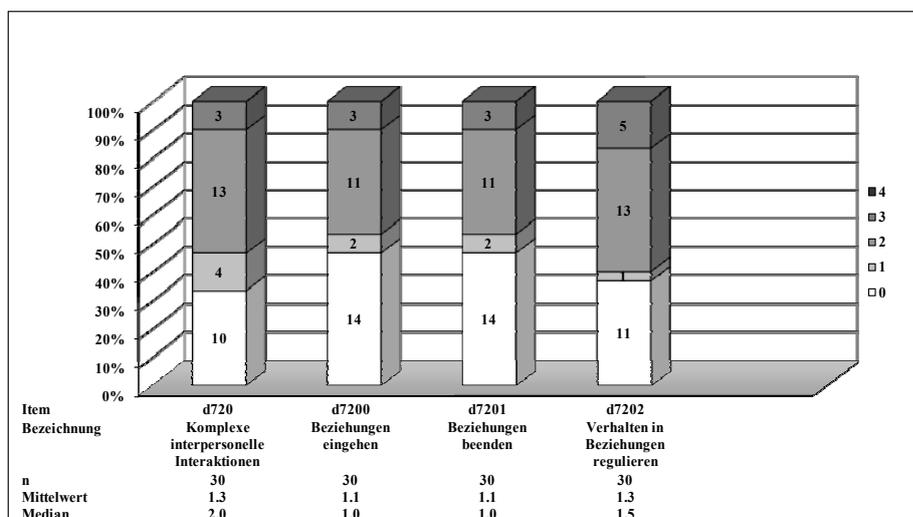


Abb. 4.24 Komplexe interpersonelle Interaktionen

Das Item der zweiten Klassifikationsebene *d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen* (Impulse und Gefühle steuern, physische und verbale Aggressionen regulieren, unabhängiges Handeln und sozialen Regeln und Konventionen gemäß interagieren; Abb. 4.24) hatte einen Median von 2,0 – mäßige Probleme, alle anderen untergeordneten Items hingegen verursachten weniger Schwierigkeiten.

d7202 Verhalten in Beziehungen regulieren machte bei einem Median von 1,5 durchschnittlich leichte bis mäßige Probleme.

d7200 Beziehungen eingehen und *d7201 Beziehungen beenden* bereiteten hingegen nur geringe Probleme (Median: 1,0).

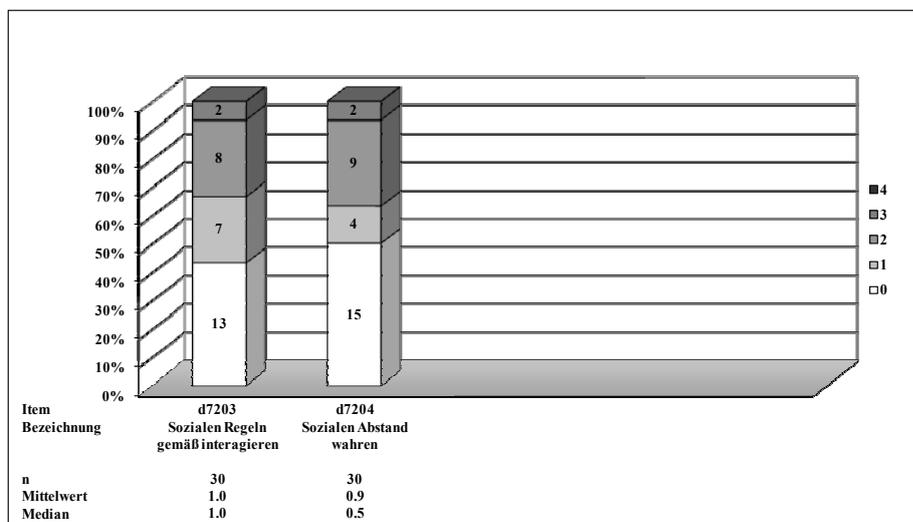


Abb. 4.25 Weitere Komplexe interpersonelle Interaktionen

Auf der dritten Ebene des übergeordneten Items *d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen* machte ebenfalls das Item *d7203 Sozialen Regeln gemäß interagieren* (siehe Abb. 4.25) lediglich geringe Probleme (Median: 1,0).

Mit *d7204 Sozialen Abstand wahren* hatten die wenigsten Schwierigkeiten, der Median betrug hier nur 0,5 (keine bis leichte Probleme). Die Hälfte (n=15) erhielt hier das Beurteilungsmerkmal 0 – keine Probleme vorhanden.

Median $\geq 1,0$

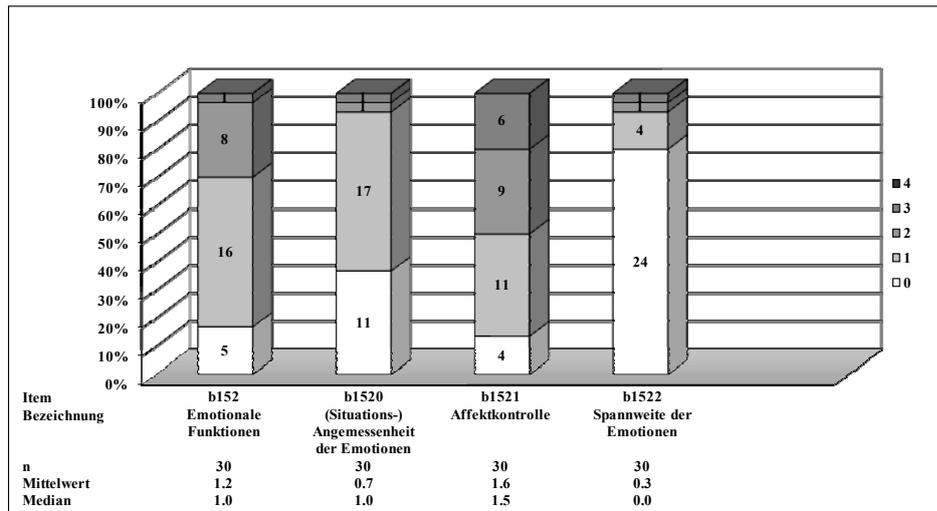


Abb. 4.26 Emotionale Funktionen

Das Item *b152 Emotionale Funktionen* (im Zusammenhang mit affektiven Bestandteilen von Bewusstseinsprozessen und Gefühlen stehende spezifische mentale Funktionen) in Abb. 4.26 wurde mit einem Median von 1,0 – leichte Probleme – bewertet.

Auf der dritten Ebene bietet sich mit *b1521 Affektkontrolle* (Kontrolle von Ausdruck und Erleben von Affekten; Median:1,5) ein Item mit leichten bis mäßigen Problemen. Wohingegen die weiteren Items *b1520 (Situations-) Angemessenheit der Emotionen* (Median:1,0) und *b1522 Spannweite der Emotionen* (Median 0,0) lediglich leichte beziehungsweise keine oder nur unerhebliche Schwierigkeiten bereiteten. Bei *b1522 Spannweite der Emotionen* (das Spektrum von Gefühlen äußern, wie Liebe, Hass, Freude, Furcht, Angst, Sorgen, Ärger) erhielten 80,0% (n=24) die Bewertung: keine Probleme vorhanden.

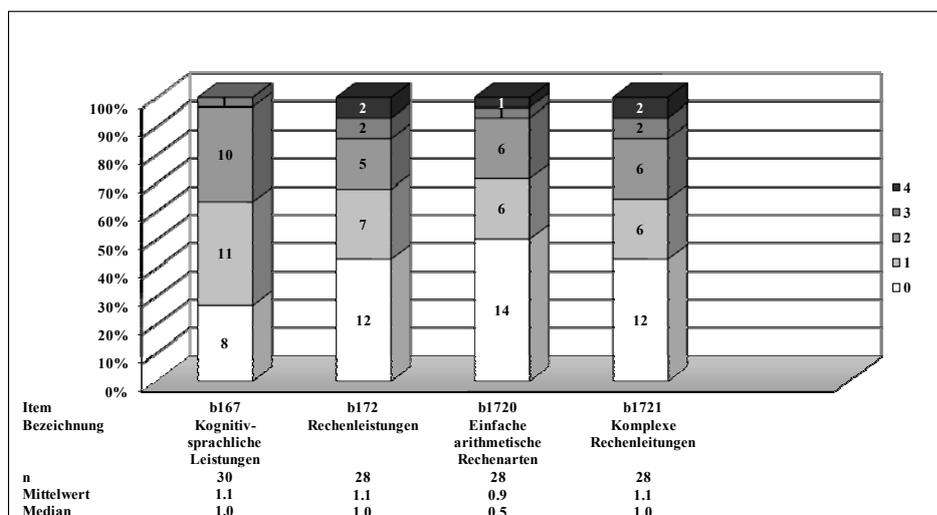


Abb. 4.27 Kategorien des Kapitels 1: Mentale Funktionen

Die Items der Abb. 4.27: *b167 Kognitiv-sprachliche Leistungen* (Erkennen und Verwenden von Symbolen, Zeichen und anderen Teilbereichen der Sprache) und *b172 Rechenleistungen*, die der zweiten Klassifikationsebene angehören, bereiteten nur leichte Probleme (Median: 1,0).

b172 Rechenleistungen beinhaltet noch auf der dritten Ebene: *b1721 Komplexe Rechenleistungen* (Median: 1,0) und *b1720 Einfache arithmetische Rechenarten* (Median: 0,5), das heißt es lagen leichte beziehungsweise keine bis leichte Probleme bei dem jeweiligen Item vor.

Im Gegensatz zu *b167 Kognitiv-sprachliche Leistungen* gab es bei *b172 Rechenleistungen* und seinen untergeordneten Items allerdings einzelne Probanden, die bei diesen Items voll ausgeprägte Probleme zeigten. Die Spannweite bei den Rechenleistungen variierte also von keinen bis zu voll ausgeprägten Schwierigkeiten.

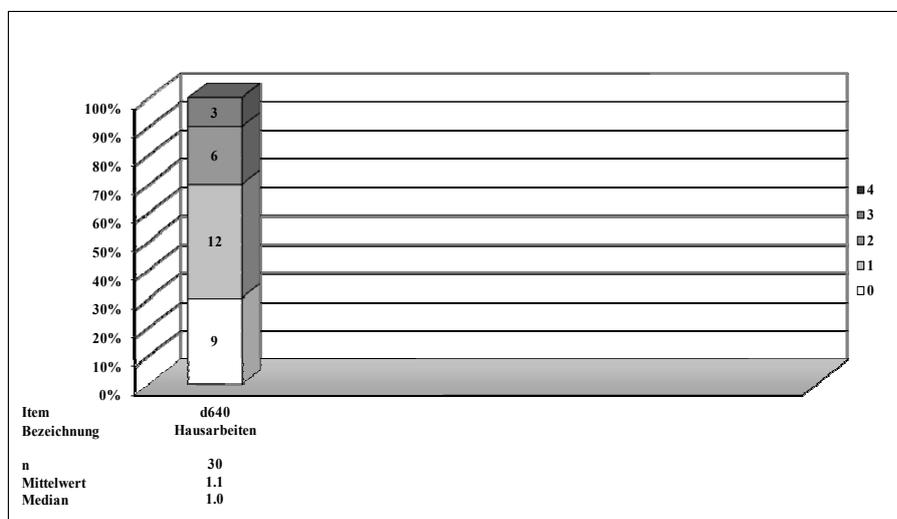


Abb. 4.28 Hausarbeiten

Das Item *d640 Hausarbeiten* (Abb. 4.28) bezieht sich auf das Handhaben des Haushalts, wie zum Beispiel das Reinigen des Hauses, Wäsche waschen, Bügeln, Haushaltsgeräte benutzen, Müll entsorgen, Zimmer ordentlich halten und so weiter. Die meisten Kinder (70,0%, n=21) hatten hiermit zumindest leichte, wenn nicht gar erhebliche Probleme, da aber 30,0% (n=9) keinerlei Probleme aufwiesen, betrug der Median 1,0, sodass man sagen kann, die Mehrheit hatte leichte Schwierigkeiten mit den Hausarbeiten.

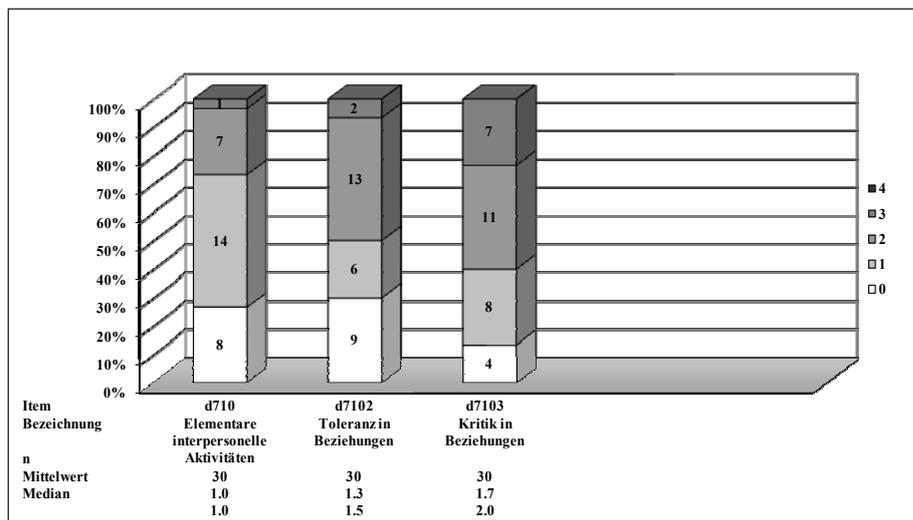


Abb. 4.29 Elementare interpersonelle Aktivitäten

Das Item *d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten* (Interaktion mit anderen in einer sozial und kontextuell angemessenen Art, zum Beispiel Rücksichtnahme, Wertschätzung oder Reaktion auf Gefühle anderer) der zweiten Klassifikationsebene besaß einen Median von 1,0 und verursachte also lediglich leichte Probleme, was der Abb. 4.29 zu entnehmen ist.

Das 3. Ebenen Item *d7103 Kritik in Beziehungen* hingegen hatte einen höhere Wert mit einem Median von 2,0 – mäßige Probleme – und *d7102 Toleranz in Beziehungen* (Median: 1,5) bereitete leichte bis mäßige Probleme.

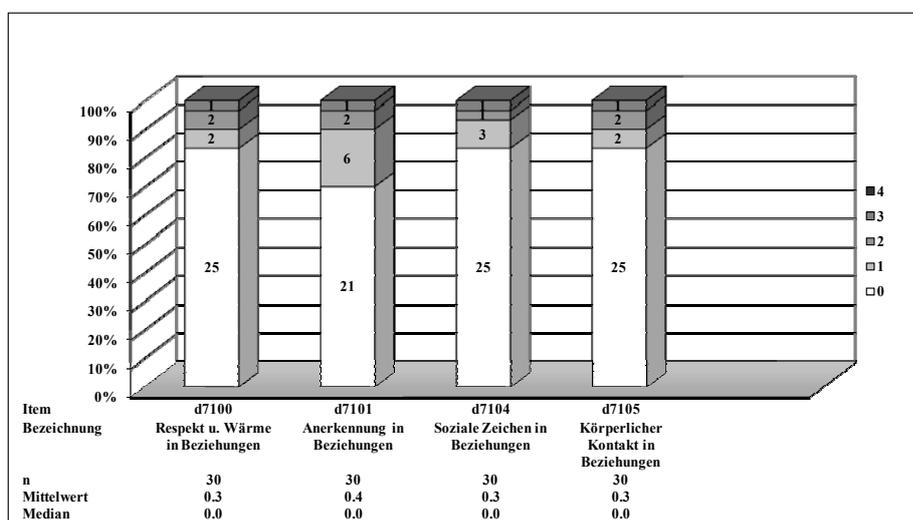


Abb. 4.30 Weitere Elementare interpersonelle Aktivitäten

Die weiteren 3. Ebenen Items von *d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten* in Abb. 4.30 stellten keine Probleme dar beziehungsweise nur unerhebliche (Median: 0,0). Das Item *d7101 Anerkennung in Beziehungen* hatte hierbei noch den höchsten Mittelwert von 0.4.

d7100 Respekt und Wärme in Beziehungen, d7104 Soziale Zeichen in Beziehungen und d7105 Körperliche Kontakte in Beziehungen besaßen einen Mittelwert von 0,3. Bei allen drei Items wurden 5/6 (n=25) Probanden mit dem Beurteilungsmerkmal 0 bewertet.

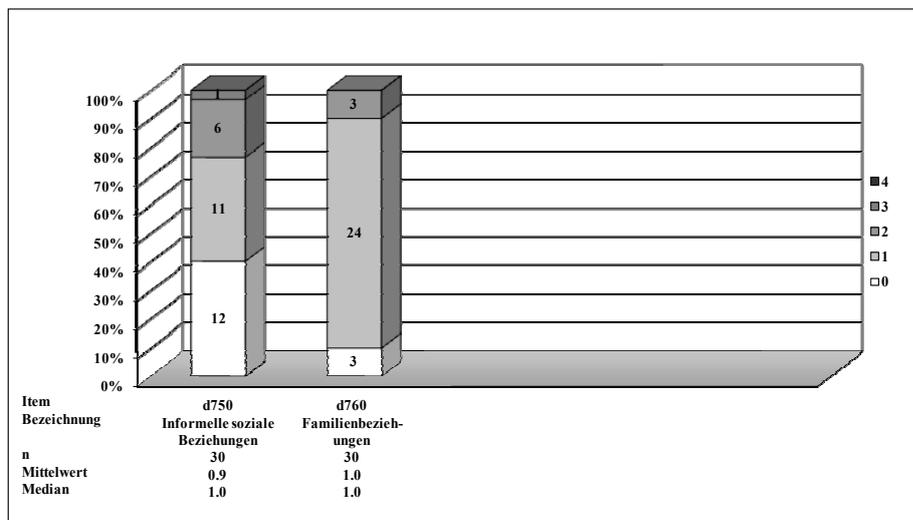


Abb. 4.31 Kategorien des Kapitels 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

In Abb. 4.31 erhielt *d750 Informelle soziale Beziehungen* einen Median von 1,0 – leichte Probleme – und einen Mittelwert von 0,9. 40,0% (n=12) der Probanden hatten keinerlei Probleme, Kontakte mit anderen Schülern, Spielkameraden, Menschen am selben Wohnsitz oder derselben Gemeinschaft aufzunehmen. 60,0% hingegen zeigten leichte bis erhebliche Probleme.

d760 Familienbeziehungen machten ebenfalls bloß leichte Probleme. Nur 10,0% (n=3) hatten mäßige Schwierigkeiten mit der Beziehung zu Verwandten, zu denen man die Kernfamilie sowie auch den erweiterten Familienkreis zählt.

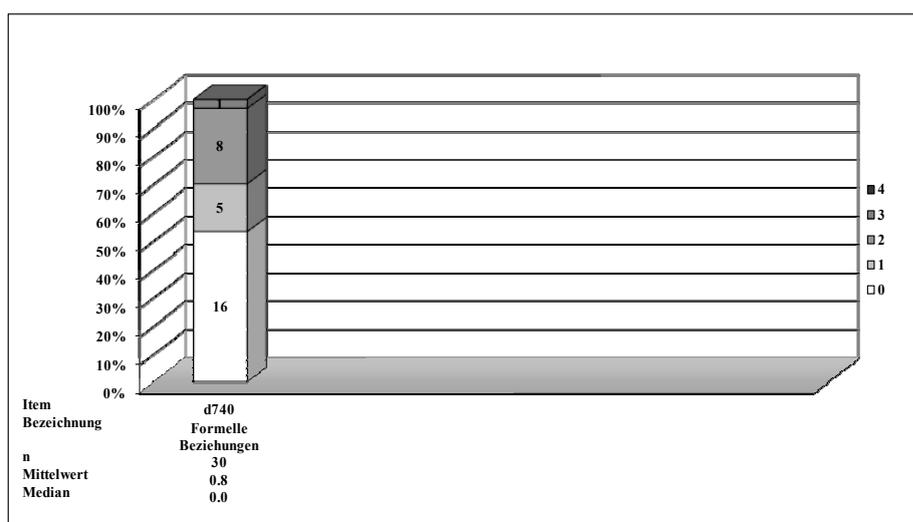


Abb. 4.32 Formelle Beziehungen

Das Item *d740 Formelle Beziehungen* wurde mit einem Median von 0,0 erfasst, also keine beziehungsweise unerhebliche Probleme, bei einem Mittelwert von 0,8. Was Abb. 4.32 zu visualisieren versucht.

Im Gegensatz zu *d750 Informelle soziale Beziehungen* (Median: 1,0) machten den Probanden die Beziehungen zu Autoritätspersonen oder Beziehungen im formellen Rahmen geringfügig weniger Probleme.

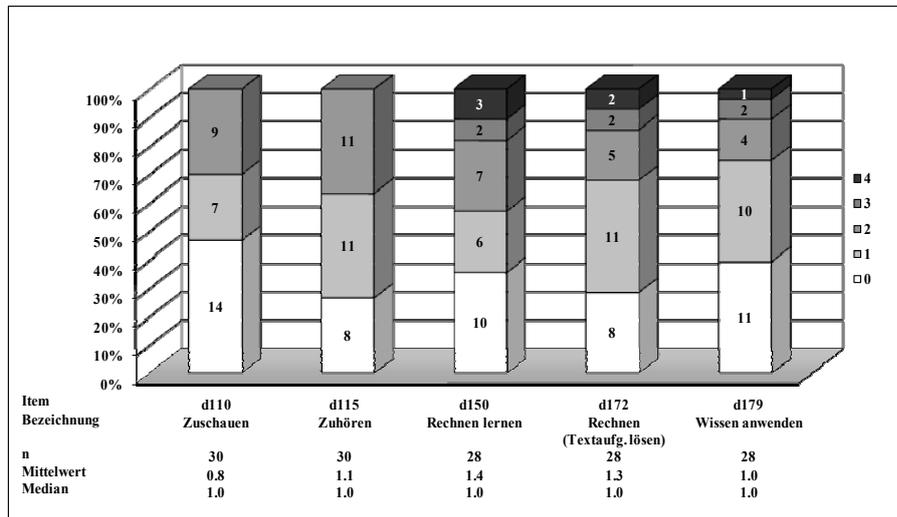


Abb. 4.33 Kategorien des Kapitels 1: Lernen und Wissensanwendung

Die vorliegenden Items in Abb. 4.33, die zum Kapitel 1 Lernen und Wissensanwendung gehören, wurden alle mit einem Median von 0,0, also leichte Probleme, bewertet. Das Item *d150 Rechnen lernen* bot hierbei mit einem Mittelwert von 1,4 die größten Schwierigkeiten. Dreimal (10,0%) kam das Beurteilungsmerkmal 4 – voll ausgeprägte Probleme – zum Einsatz. Ein Proband hingegen hatte ebenso keine beziehungsweise lediglich unerhebliche Probleme.

Auch bei *d172 Rechnen* (Textaufgaben lösen; Mittelwert: 1,3) und *d179 Wissen anwenden* (Mittelwert: 1,0) reichte die Spannweite der Bewertungen von 0 bis 4.

Die Items *d115 Zuhören* und *d110 Zuschauen* allerdings wurden nur mit den Merkmalen 0 bis 2, also keine bis mäßige Probleme bewertet.

Median $\geq 0,0$

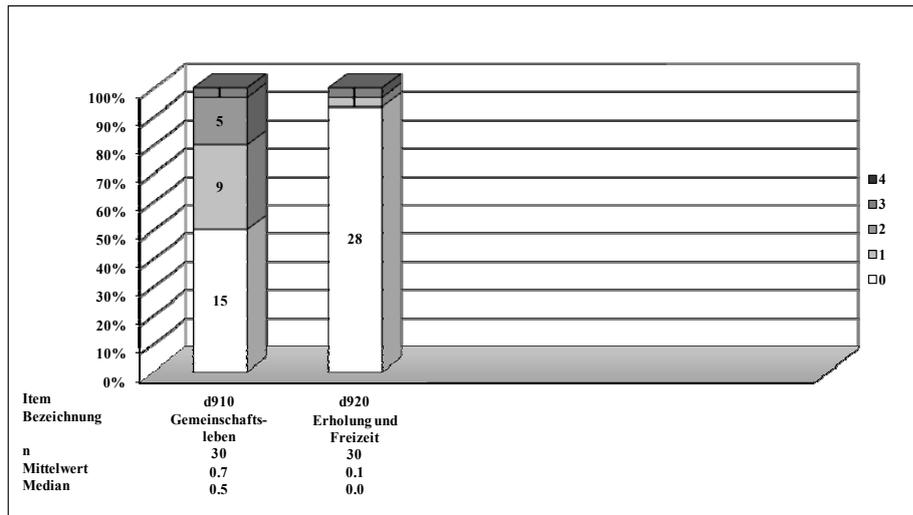


Abb. 4.34 Kategorien des Kapitels 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Das Item *d910 Gemeinschaftsleben* in Abb. 4.34 wurde mit einem Median von 0,5 erfasst. Zu dem Item gehören Bereiche wie informelle und formelle Vereinigungen, professionelle Sozialorganisationen und auch Feierlichkeiten. Die Hälfte (n=15) zeigte hierbei keinerlei Auffälligkeiten; manchen Probanden hingegen fiel es schwer sich zum Beispiel in einem Verein anderen unterzuordnen oder mit anderen auszukommen. Deshalb reichte die Beurteilungsskala von 0 bis 3.

Das Item *d920 Erholung und Freizeit* (Spiel, Sport, Hobbys, Musikinstrumente erlernen, Kinobesuche und Geselligkeit) bereitete bei dem Großteil der Probanden (n=28) keinerlei Schwierigkeiten.

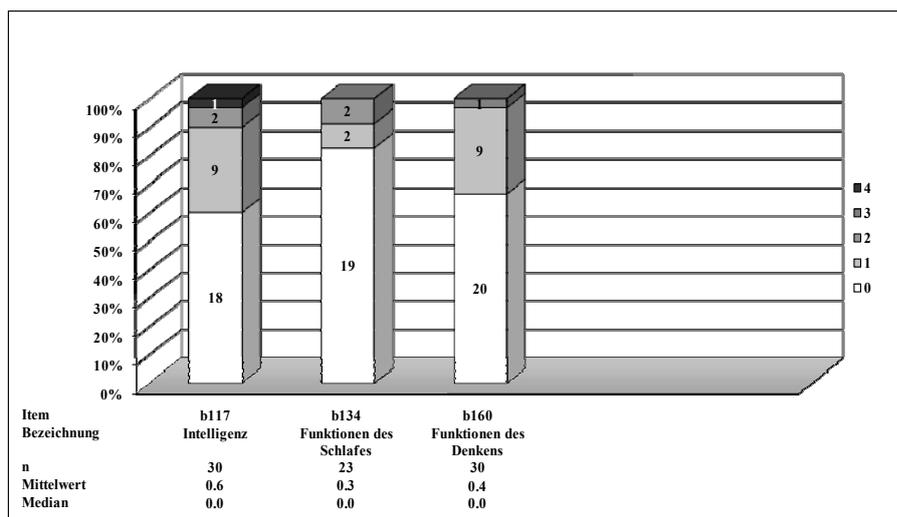


Abb. 4.35 Kategorien des Kapitels 1: Mentale Funktionen

Das Item *b117 Intelligenz* wurde mit einem Median von 0,0 bewertet (Abb. 4.35). 60,0% (n=18) hatten keine beziehungsweise unerhebliche Probleme mit den Funktionen, die die Intelligenzentwicklung betreffen, intellektueller oder mentaler Retardierung und dem Verständnis von mentalen und kognitiven Funktionen. Lediglich ein Proband fiel mit dem Beurteilungsmerkmal 4 – Problem voll ausgeprägt – auf.

b160 Funktionen des Denkens (Denktempo, Formen, Inhalt und Kontrolle des Denkens) erhielt den Median 0,0 und einen Mittelwert von 0,4. 2/3 (n=20) hatten keinerlei Schwierigkeiten hierbei.

Bei dem Item *b134 Funktionen des Schlafes* ergab sich ein Median von 0,0 und ein Mittelwert von 0,3. Schlafdauer, Schlafbeginn, Aufrechterhaltung des Schlafes, Schlafqualität und am Schlafzyklus beteiligte Funktionen verursachten demnach meist keine beziehungsweise nur unerhebliche Probleme.

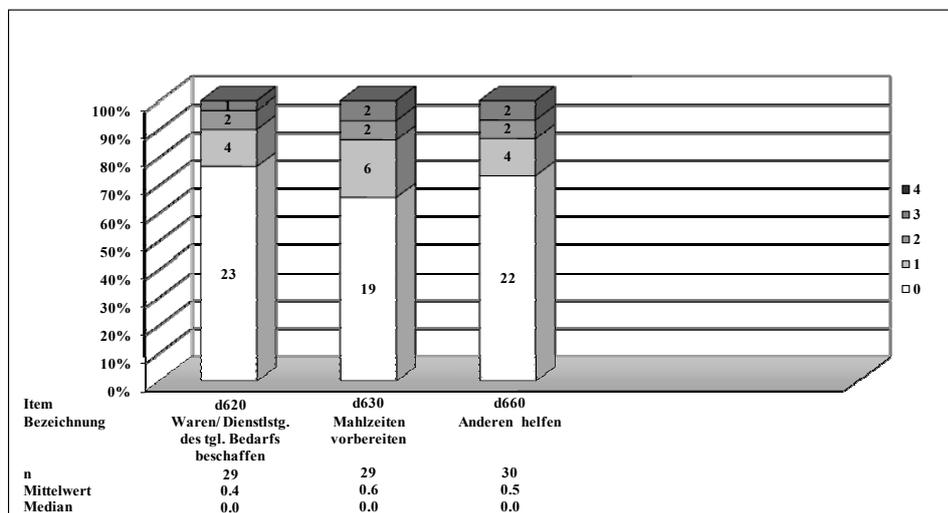


Abb. 4.36 Kategorien des Kapitels 6: Häusliches Leben

Zum Kapitel 6 Häusliches Leben (Abb. 4.36) gehören die vorliegenden Items, die alle einen Median von 0,0 besaßen. *d630 Mahlzeiten vorbereiten* hatte den höchsten Mittelwert von 0,6, bereitete lediglich 34,5% (n=10) leichte bis mäßige Probleme.

d660 Anderen helfen (Mittelwert: 0,5) und *d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs* (Mittelwert: 0,4) bereiteten den meisten keine oder nur unerhebliche Schwierigkeiten.

Voll ausgeprägte Probleme fand man bei keinem dieser drei Items.

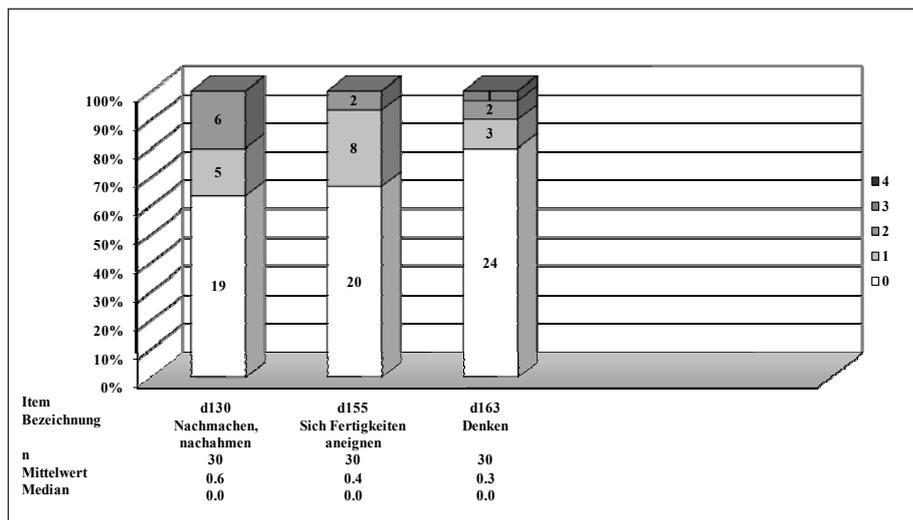


Abb. 4.37 Kategorien des Kapitels 1: Lernen und Wissensanwendung

Die Items der Abb. 4.37: *d130 Nachmachen, nachahmen* (Mittelwert: 0,6), *d155 Sich Fertigkeiten aneignen* (Mittelwert: 0,4) und *d163 Denken* (Mittelwert: 0,3) besaßen alle einen Median von 0,0 und bereiteten somit meistens keine oder unerhebliche Probleme. Keiner der Probanden hatte hier voll ausgeprägte Probleme.

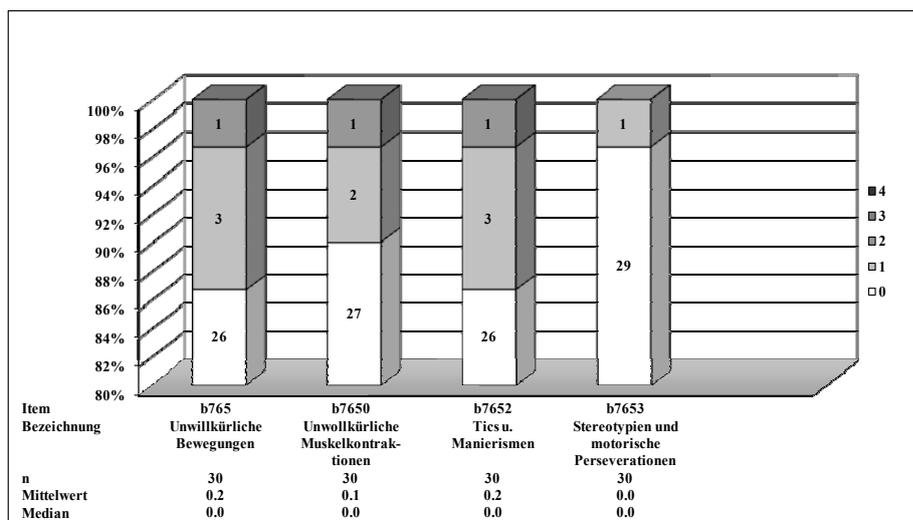


Abb. 4.38 Unwillkürliche Bewegungen

Das Item der zweiten Klassifikationsebene *b765 Unwillkürliche Bewegungen* (unbeabsichtigte, unwillkürliche Kontraktionen, die Muskeln oder auch Muskelgruppen betreffen) wurde mit einem Median von 0,0 bewertet (Mittelwert: 0,2; Abb. 4.38).

b7652 Tics und Manierismen (Mittelwert: 0,2), *b7650 Unwillkürliche Muskelkontraktionen* (Mittelwert 0,1) und *b7653 Stereotypien und motorische Perseverationen* (spontane, nicht zweckgerichtete Bewegungen, wie zum Beispiel Kopfnicken oder Wackeln und Vor- und Zurückschaukeln) (Mittelwert: 0,0) erhielten ebenfalls einen Median von 0,0 und ergaben somit

bei den meisten Probanden keine beziehungsweise nur unerhebliche Probleme. Die Beurteilungsspannweite bei diesen vier Items betrug 0 bis 2, keiner der Probanden hatte erhebliche oder gar voll ausgeprägte Probleme.

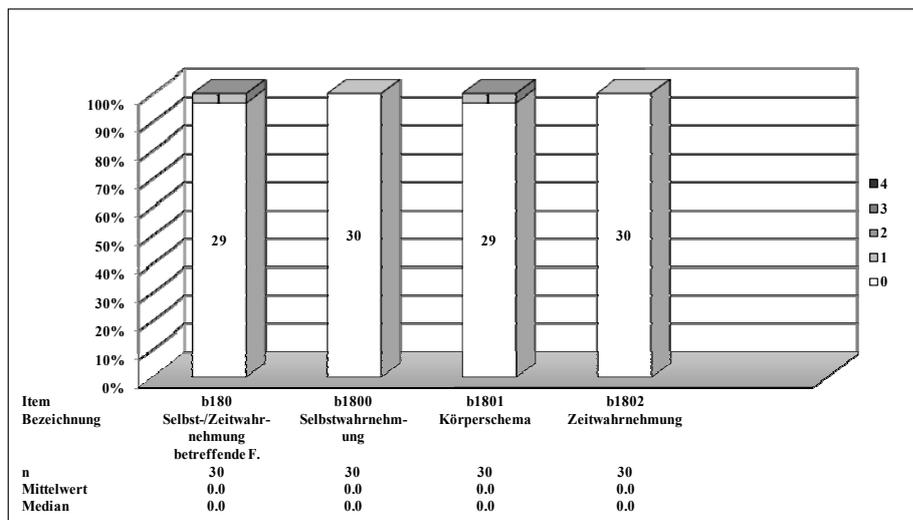


Abb. 4.39 Selbst- und Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen

Das Item *b180 Selbst- und Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen* und seine untergeordneten Punkte *b1800 Selbstwahrnehmung*, *b1801 Körperschema* und *b1802 Zeitwahrnehmung* besaßen alle einen Median und Mittelwert von 0,0 (Abb. 4.39). *b180 Selbst- und Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen* und *b1801 Körperschema* besaßen jeweils einen Probanden, der leichte Probleme mit dem jeweiligen Item hatte. Zum Körperschema gehören das Bild und das Bewusstsein des eigenen Körpers als auch das Gefühl zu dünn oder zu dick zu sein. Beim Rest der Probanden spielten Schwierigkeiten mit der Selbst- und Zeitwahrnehmung keine Rolle.

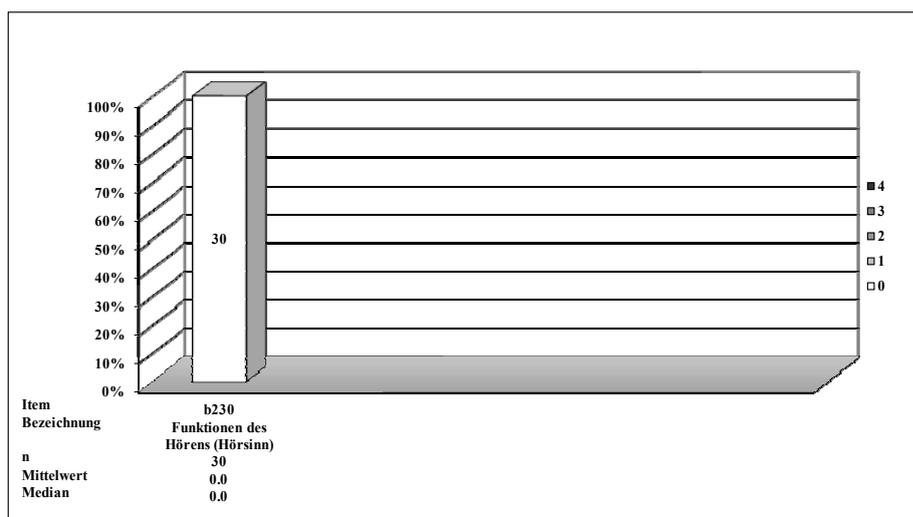


Abb. 4.40 Funktionen des Hörens (Hörsinn)

Alle der 30 Probanden in Abb. 4.40 besaßen bei dem Item *b230 Funktionen des Hörens (Hörsinn)*, der Wahrnehmung von Geräuschen oder Tönen als auch der Unterscheidung von deren Qualität, Tonhöhe, Lautstärke und Herkunftsort, keine oder nur unerhebliche Schwierigkeiten. Median und Mittelwert betragen 0,0.

4.2.2 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK): Ergebnisse

Bei der Darstellung der Diagramme werden die Werte 1-5 anstatt der Beschreibung verwendet; Tabelle 4.3 zeigt welche Beschreibung welchem Wert entspricht:

Tabelle 4.3 Bewertung der ILK-Ergebnisse

1	„sehr gut“
2	„gut“
3	„teils teils“
4	„eher schlecht“
5	„sehr schlecht“

Die Ergebnisse werden danach wie folgt dichotomisiert: wahrgenommene Probleme (auffällig) liegen bei den Beurteilungen: „teils teils“, „eher schlecht“ und „sehr schlecht“ vor, keine Probleme (unauffällig) bestehen bei „sehr gut“ und „eher gut“.

Wie bereits erwähnt gibt es noch die Kenngröße HPE: „Häufigkeit problematischer Einschätzungen“, die Aussagen darüber macht, in wie viel Prozent der Fälle ein Item mit „teils teils“, „eher schlecht“ und „sehr schlecht“ bewertet wurde. Sie entspricht also genau der gerade erwähnten Dichotomisierung.

4.2.2.1 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK): Ergebnisse der Kinderversion

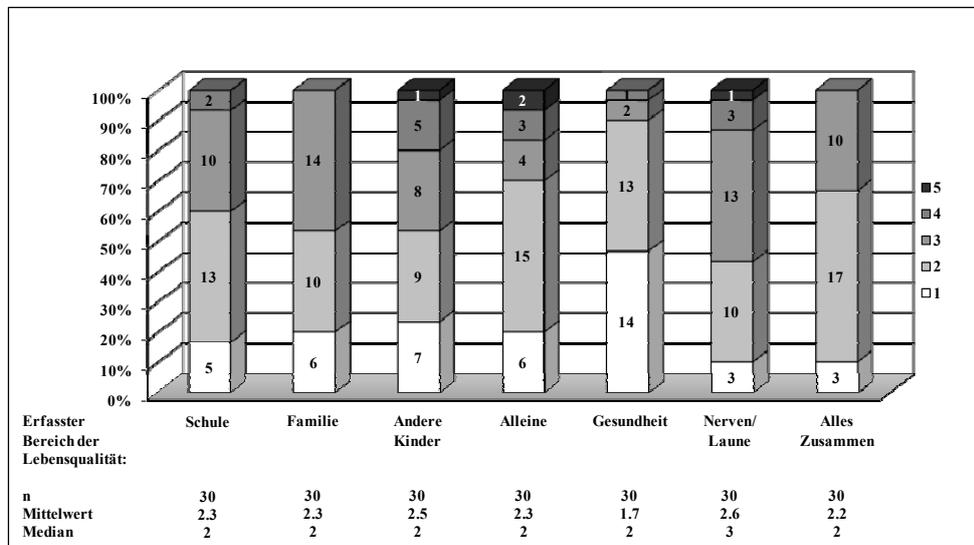


Abb. 4.41 ILK-Kinderversion: Ergebnisse auf der Einzelitem-Ebene

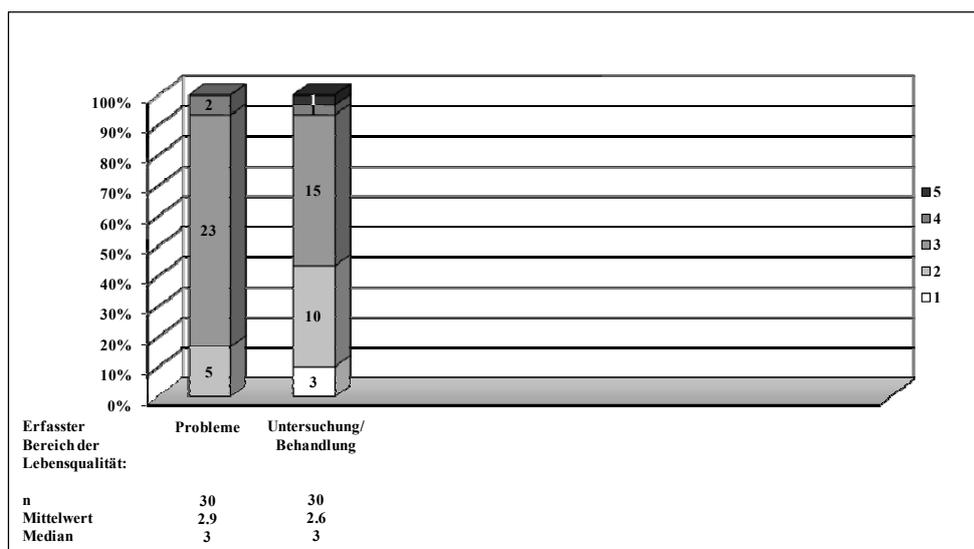


Abb. 4.42 ILK-Kinderversion: Ergebnisse auf der Einzelitem-Ebene

Tabelle 4.4 HPE-Kinder beziehungsweise Dichotomisierung: Ergebnisse; in Klammern ist die Anzahl der Probanden angegeben.

	Schule	Familie	Andere Kinder	Alleine
HPE-Kinder	40,0% (12)	46,7% (14)	46,7% (14)	30,0% (9)
	Gesundheit	Nerven/Laune	Alles Zusammen	Probleme
HPE-Kinder	10,0% (3)	53,3% (16)	33,3% (10)	83,3% (25)
	Behandlung/Untersuchung			
HPE-Kinder	56,6% (17)			

Die Abb. 4.41 und 4.42 verdeutlichen, dass die Kinder ihre **größten Probleme** (Median: 3,0) beziehungsweise eine eingeschränkte Lebensqualität bei den Items *Probleme* (Mittelwert: 2,9), *Nerven/Laune* (Mittelwert: 2,6) und *Untersuchung/Behandlung* (Mittelwert: 2,6) sahen. Wenn man später den Vergleich zu Gesunden ziehen will – hier werden nur die ersten sieben Items angewendet – kann man sagen, dass *Nerven/Laune* das auffälligste Item war. Die HPE lag bei 56,7%, das heißt, dass 17 Probanden diese Frage mit „teils teils“, „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“ beantwortet haben. Der Mittelwert betrug 2,6.

Keine Probleme bereitete den Kindern das Item *Gesundheit* (körperliche Gesundheit). Der Median betrug 2,0, der Mittelwert 1,7. Von den Kindern beurteilten 14 (46,7%) dieses Item mit „sehr gut“ und 13 (43,3%) mit „eher gut“; insgesamt gaben also 90,0% hier keine Probleme an. Die HPE ergab 10,0% (drei Probanden waren bei diesem Item auffällig).

In aufsteigender Reihenfolge der Mittelwerte ließen sich die Items *Alles Zusammen* (2,2; Gesamtbeurteilung der Lebensqualität), *Schule* (2,3), *Alleine* (2,3; Interessen und Freizeitgestaltung), *Familie* (2,3) und *Andere Kinder* (2,5; soziale Kontakte zu Gleichaltrigen) listen. Bei einem Median von 2,0 bereiteten sie somit den Kindern ebenfalls keine Probleme, wobei *Andere Kinder* mit einem Mittelwert von 2,5 aber schon fast auf Probleme hindeutete.

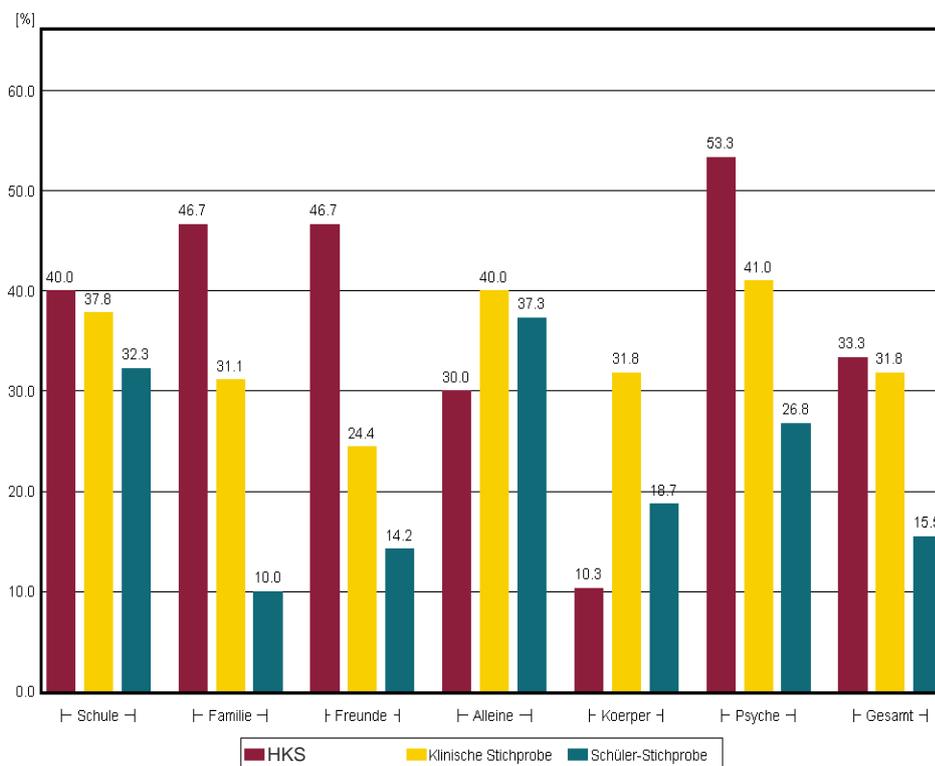


Abb. 4.43 Dichotomisierung der Selbsteinschätzung: Auffällige Werte im Vergleich

Bei der Abb. 4.43 wurden die ILK-Ergebnisse der Selbsteinschätzung der *repräsentativen Patientenstichprobe (HKS)* mit denen der *klinischen Stichprobe* und der *repräsentativen Schulstichprobe* verglichen, das heißt, dass die Patienten mit HKS einer kinder- und jugendpsychiatrischen Stichprobe sowie einer Schulstichprobe unterschiedlicher Schultypen gegen übergestellt wurden.

Die *Stichprobe mit HKS* war in den Bereichen *Schule, Familie, Freunde, Psyche* und *Gesamt* immer **schlechter** als die beiden anderen Stichproben. In den Bereichen *Alleine* und *Körper* schnitt die *Stichprobe mit HKS* im Vergleich zu den anderen beiden **besser** ab und zeigte weniger auffällige Werte.

Die *Psyche* war das einzige dieser sieben Items, welches die 50%-Marke durchbrach (53,3%). In absteigender Reihenfolge bereiteten weiterhin *Familie* und *Freunde* (46,7%) und *Schule* (40,0%) Probleme. *Alleine* mit 30,0% und *Körper* mit 10,0% auffälligen Werten waren weniger problematisch. Das *Gesamturteil* lag bei 33,3% auffälligen Werten, das heißt 1/3 der Probanden hatte hier auffällige Ergebnisse.

Die größte Differenz der *Stichprobe mit HKS* zur *klinischen Stichprobe* lag bei dem Bereich *Freunde* mit 22,3 Prozentpunkten (46,7% zu 24,4%) – hier gab es fast doppelt so viele auffällige Werte.

Der Vergleich: *Stichprobe mit HKS* zu *repräsentative Schulstichprobe* lieferte große Differenzen in den Bereichen *Familie* mit 36,7 Prozentpunkten (46,7% zu 10,0%; fast fünfmal so viele auffällige Werte), *Freunde* mit 32,5 Prozentpunkten (46,7% zu 14,2%; mehr als dreimal so viele Auffälligkeiten), *Gesamt* mit 17,8 Prozentpunkten (33,3% zu 15,5%; doppelt so viele auffällige Ergebnisse) und bei dem Bereich *Psyche* mit 26,5 Prozentpunkten (53,3% zu 26,8%; fast doppelt so viele Auffälligkeiten).

Der Bereich *Körper* mit 10,3% bei der *Stichprobe mit HKS* ergab nur 1/3 der Auffälligkeiten wie bei der *klinischen Stichprobe* (31,8%; Differenz 21,5 Prozentpunkte) und im Gegensatz zur *repräsentativen Schulstichprobe* (18,7%; Differenz 8,4 Prozentpunkte) lieferte die *Stichprobe mit HKS* nur halb so viele auffällige Ergebnisse.

Tabelle 4.5 ILK-Kinderversion: Ergebnisse der Auswertung des Lebensqualitätsscores PR₀₋₇

PR ₀₋₇	%	N
Prozent PR₀₋₇ klinische Stichprobe		
auffällig	26.7	8
unauffällig	73.3	22
Gesamt	100.0	30
Prozent PR₀₋₇ Schulstichprobe kategorisiert		
auffällig	40.0	12
unauffällig	60.0	18
Gesamt	100.0	30

Vergleich man den **Lebensqualitätsscore PR₀₋₇** der *Stichprobe mit HKS* mit dem der *klinischen Stichprobe* fanden, sich acht Probanden (26,7%) mit Auffälligkeiten, ihre Lebensqualität war also schlechter (Tabelle 4.5). Stellte man der *Stichprobe mit HKS* die *repräsentative Schulstichprobe* gegenüber, fanden sich sogar zwölf Probanden (40,0%) mit problematischen Werten.

Tabelle 4.6 ILK-Kinderversion: Ergebnisse der Auswertung des Lebensqualitätsscores LQ₀₋₂₈

LQ ₀₋₂₈	%	N
Prozent LQ₀₋₂₈ klinische Stichprobe kategorisiert		
+Überdurchschnittliche L.	10.0	3
-+Durchschnittliche L.	70.0	21
-Unterdurchschnittliche L.	20.0	6
Gesamt	100.0	30
Prozent LQ₀₋₂₈ Schulstichprobe kategorisiert		
-+Durchschnittliche L.	73.3	22
-Unterdurchschnittliche L.	26.7	8
Gesamt	100.0	30

Beim **Lebensqualitätsscore LQ₀₋₂₈** der Selbsteinschätzung ergab der Vergleich der *Stichprobe mit HKS* zur *klinischen Stichprobe* bei sechs Probanden (20,0%) beziehungsweise einem Fünftel eine unterdurchschnittliche Lebensqualität; diesen Probanden ging es also schlechter, als einer vergleichbaren Gruppe der *klinischen Stichprobe*.

Vergleich man die *Stichprobe mit HKS* mit der *repräsentativen Schulstichprobe* so besaßen acht Probanden (26,7%), also etwas mehr als ein Viertel, eine unterdurchschnittliche Lebensqualität und hatten somit große Einschränkungen in ihrer Lebensqualität.

4.2.2.2 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK): Ergebnisse der Elternversion

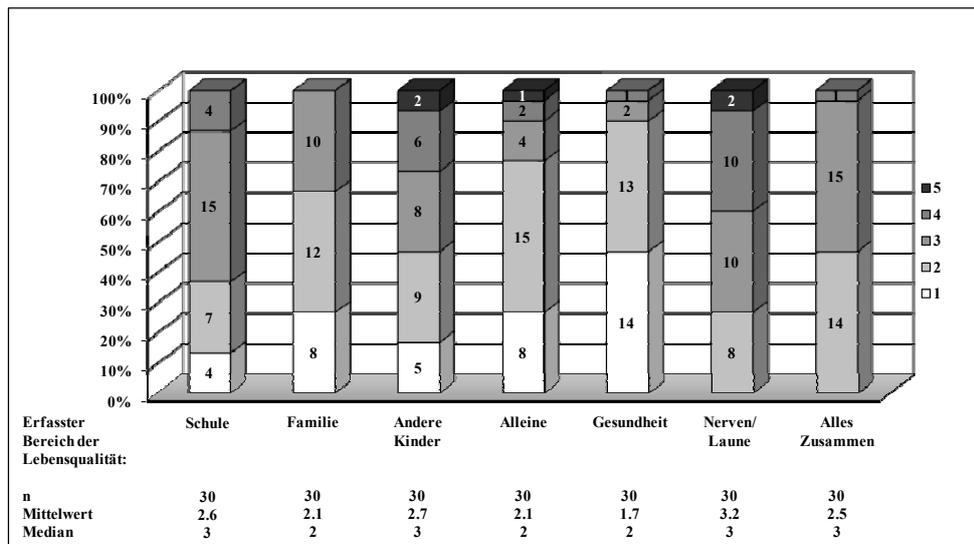


Abb. 4.44 ILK-Elternversion: Ergebnisse

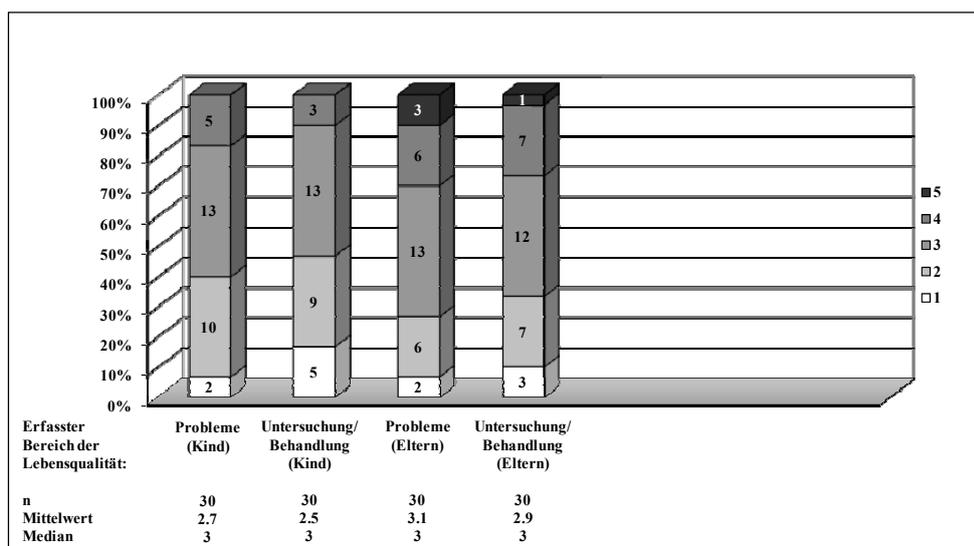


Abb. 4.45 ILK-Elternversion: Ergebnisse

Tabelle 4.7 HPE-Eltern beziehungsweise Dichotomisierung: Ergebnisse; in Klammern ist die Anzahl der Probanden angegeben.

	Schule	Familie	Andere Kinder	Alleine
HPE-Eltern	63,3% (19)	33,3% (10)	53,3% (16)	23,3% (7)
	Gesundheit	Nerven/Laune	Alles Zusammen	
HPE-Eltern	10,0% (3)	73,3% (22)	53,3% (16)	
	Probleme (Kind)	Behandlung/Untersuchung (Kind)	Probleme (Erwachsene)	Behandlung/Untersuchung (Erwachsene)
HPE-Eltern	60,0% (18)	53,3% (16)	73,3% (22)	66,7% (20)

Fasst man die Ergebnisse der Abb. 4.44 und 4.45 zusammen, kann man sagen, dass die Eltern die **größten Probleme** bei dem Item *Nerven/Laune* (Median: 3,0, Mittelwert: 3,2) sahen. Die HPE betrug 73,3% (Tabelle 4.7), es gaben also 22 Probanden als Antwort „teils teils“ oder schlechter an. „Sehr gut“ kam nicht vor. Abgesehen davon, dass die Eltern bei ihren Kindern in gewissen Bereichen Beeinträchtigungen sahen, fühlten sie sich ebenfalls selbst stark belastet. Das Item *Probleme* (Eltern), welches sich auf die Belastung der Eltern durch die aktuelle Erkrankung ihres Kindes bezieht, hatte einen Median von 3,0 und einen Mittelwert von 3,1. *Untersuchung/Behandlung* (Eltern; Belastung der Eltern durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ihres Kindes) erhielt bei einem Median von ebenfalls 3,0 einen Mittelwert von 2,9. Bei einem jeweiligen Median von 3,0, jedoch unterschiedlichem Mittelwert (steht in Klammern), ließen sich bei folgenden Items – in absteigender Reihenfolge – ebenfalls Probleme nennen: *Anderere Kinder* (2,7), *Probleme* (Kind; 2,7), *Schule* (2,6), *Alles Zusammen* (2,5) und *Untersuchung/Behandlung* (Kind; 2,5).

Keine Probleme wurden bei *Familie*, *Alleine* und *Gesundheit* gesehen (Median: 2,0). Gesundheit bereitete mit einem Mittelwert von 1,7 die wenigsten Beeinträchtigungen. 14 (46,7%) gaben diesen Bereich mit „sehr gut“ an, 13 (43,3%) mit „eher gut“, also hatten 27 (90,0%) keine Probleme. Die HPE betrug folglich 10,0% (drei Probanden). *Familie* und *Alleine* hatten einen Mittelwert von 2,1.

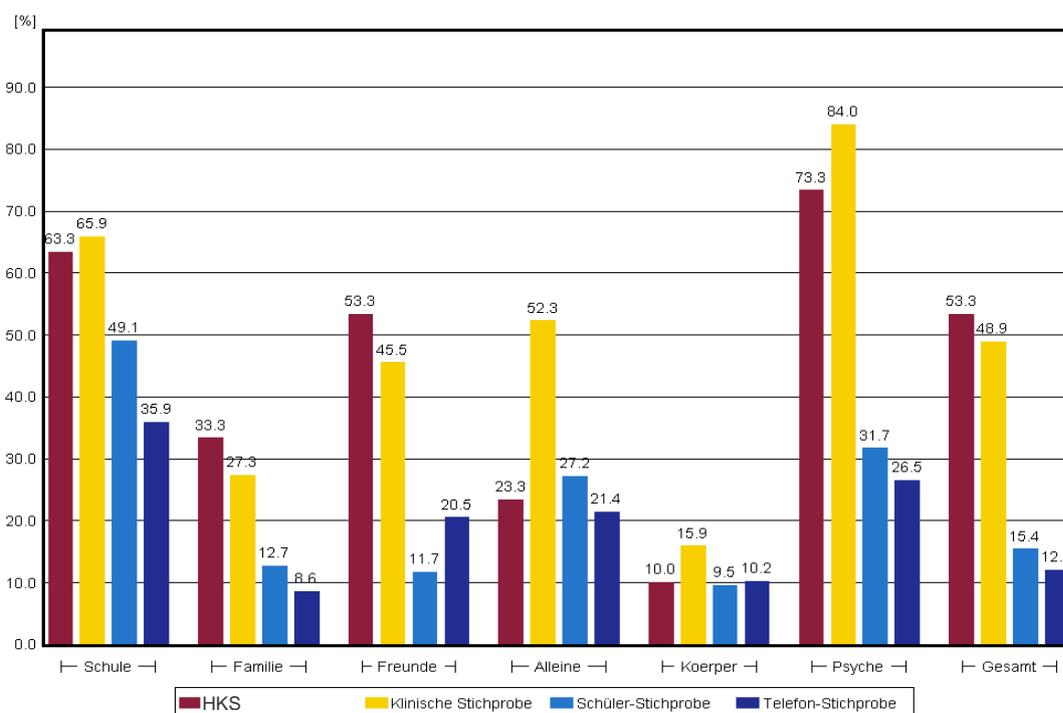


Abb. 4.46 Dichotomisierung der Fremdeinschätzung: Auffällige Werte im Vergleich

Bei der Abb. 4.46 wurden die ILK-Ergebnisse der Fremdeinschätzung (Eltern) der *Patientenstichprobe (HKS)* mit denen der *klinischen Stichprobe*, der *repräsentativen Schulstichprobe* und der *repräsentativen Telefonstichprobe* verglichen, das heißt, dass die Eltern zusätzlich mit einer Telefonstichprobe, die Normwerte aus der Allgemeinbevölkerung lieferte, gegenüber gestellt wurden.

Die *Stichprobe mit HKS* wurde in den Bereichen *Familie*, *Freunde* und *Gesamt* immer **schlechter** als die drei anderen Stichproben bewertet.

Von den ersten sieben Items der Fremdeinschätzung überschritten vier die 50%-Marke: Am schlechtesten schnitt der Bereich *Psyche* (73,3%) ab, gefolgt von *Schule* (63,3%) sowie *Freunde* und *Gesamt* (53,3%). Die Bereiche *Familie* (33,3%), *Alleine* (23,3%) und *Körper* (10,0%) waren weniger problematisch.

Die größte Differenz der *Stichprobe mit HKS* zur *klinischen Stichprobe* lag im Bereich *Alleine* mit 29 Prozentpunkten (23,3% zu 52,3%) – die *klinische Stichprobe* lieferte also mehr als doppelt so viele auffällige Werte.

Die größten Differenzen der *Stichprobe mit HKS* zur *repräsentativen Schulstichprobe* waren in den Bereichen *Freunde* mit 41,6 Prozentpunkten (53,3% zu 11,7%; viereinhalb mal so viele auffällige Werte), *Gesamt* mit 41,3 Prozentpunkten (53,3% zu 12,0%; fast viereinhalb mal so viele Auffälligkeiten), *Familie* mit 20,6 Prozentpunkten (33,3% zu 12,7%; mehr als zweieinhalb mal so viele auffällige Ergebnisse) und *Psyche* mit 41,6 Prozentpunkten (73,3% zu 31,7%; mehr als doppelt so viele Auffälligkeiten).

Der Vergleich der *Stichprobe mit HKS* zur *repräsentativen Telefonstichprobe* ergab die größten Differenzen in den Bereichen *Familie* mit 24,7 Prozentpunkten (33,3% zu 8,6%; fast vier mal so viele auffällige Ergebnisse), *Gesamt* mit 37,9 Prozentpunkten (53,3% zu 15,4%; fast dreieinhalb mal so viele Auffälligkeiten), *Psyche* mit 46,8 Prozentpunkten (73,3% zu 26,5%; mehr als zweieinhalb mal so viele Auffälligkeiten) und *Freunde* mit 32,8 Prozentpunkten (53,3% zu 20,5%; zweieinhalb mal so viele auffällige Werte).

Tabelle 4.8 ILK-Elternversion: Ergebnisse der Auswertung des Lebensqualitätsscores PR₀₋₇

<i>PR₀₋₇</i>	%	N
Prozent PR₀₋₇ klinische Stichprobe		
Ungültig	3.3	1
auffällig	23.3	7
unauffällig	73.3	22
Gesamt	100.0	30
Prozent PR₀₋₇ Schultichprobe kategorisiert		
auffällig	56.7	17
unauffällig	43.3	13
Gesamt	100.0	30
Prozent PR₀₋₇ repräsentative Telefonstichprobe		
auffällig	60.0	18
unauffällig	40.0	12
Gesamt	100.0	30

Verglich man bei der Elterneinschätzung den **Lebensqualitätsscore PR₀₋₇** der *Stichprobe mit HKS* mit dem der *klinischen Stichprobe* fanden sich sieben Probanden (23,3%) mit Auffälligkeiten, ihre Lebensqualität war also schlechter (Tabelle 4.8). Stellte man der *Stichprobe mit HKS* die *repräsentative Schultichprobe* gegenüber, fanden sich 17 Probanden (56,7%) mit problematischen Werten; bei der *repräsentativen Telefonstichprobe* waren es sogar 18 Probanden (60,0%), die auffällig waren.

Tabelle 4.9 ILK-Elternversion: Ergebnisse der Auswertung des Lebensqualitätsscores LQ₀₋₂₈

<i>LQ₀₋₂₈</i>	%	N
Prozent LQ₀₋₂₈ klinische Stichprobe kategorisiert		
+Überdurchschnittliche L.	16.7	5
-+Durchschnittliche L.	76.7	23
-Unterdurchschnittliche L.	6.7	2
Gesamt	100.0	30
Prozent LQ₀₋₂₈ Schultichprobe kategorisiert		
+Überdurchschnittliche L.	3.3	1
-+Durchschnittliche L.	56.7	17
-Unterdurchschnittliche L.	40.0	12
Gesamt	100.0	30
Prozent LQ₀₋₂₈ repräsentative Telefonstichprobe kategorisiert		
-+Durchschnittliche L.	43.3	13
-Unterdurchschnittliche L.	56.7	17
Gesamt	100.0	30

Beim **Lebensqualitätsscore LQ₀₋₂₈** ergab der Vergleich der *Stichprobe mit HKS* zur *klinischen Stichprobe* bei zwei Probanden (6,7%) eine unterdurchschnittliche Lebensqualität (Tabelle 4.9), diesen Probanden ging es also schlechter als einer vergleichbaren Gruppe der *klinischen Stichprobe*. Vergleich man die *Stichprobe mit HKS* mit der *repräsentativen Schulstichprobe*, gab es zwölf Probanden (40,0%) mit einer unterdurchschnittlichen Lebensqualität. Die Gegenüberstellung zur *repräsentativen Telefonstichprobe* lieferte bei mehr als der Hälfte (17 Probanden, 56,7%) eine unterdurchschnittliche Lebensqualität.

4.2.2.3 ILK-Ergebnisse im Vergleich

Vergleich man die ILK-Daten der Kinder mit denen der Eltern, ergab sich folgendes Bild der **Mediane**:

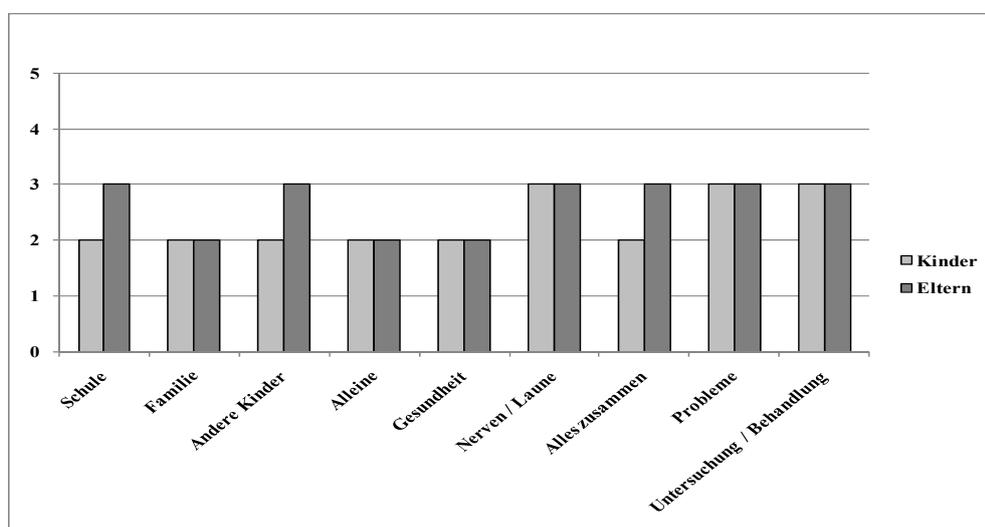


Abb. 4.47 ILK-Kinderversion/Elternversion: Mediane im Vergleich (n=30)

Die Abb. 4.47 veranschaulicht deutlich, dass die Eltern in sechs von neun Bereichen Probleme gesehen hatten, wohingegen die Kinder nur in drei von neun Bereichen Schwierigkeiten wahrgenommen hatten. Zusätzlich zu *Nerven /Laune*, *Probleme* und *Untersuchung/Behandlung*, die auch die Kinder als problemhaft empfanden, gaben die Eltern in drei weiteren Bereichen – *Schule*, *Andere Kinder* und *Alles Zusammen* – Probleme an, in denen sich die Kinder nicht beeinträchtigt sahen. Bei *Familie*, *Alleine* und *Gesundheit* schienen die Daten übereinstimmend zu sein; es lagen keine Probleme vor.

Vergleich man jedoch zusätzlich noch die Mittelwerte, ergab sich ein anderes Bild; deshalb sollen nachfolgend zur Visualisierung ebenso die **Mittelwerte** dargestellt werden (Abb. 4.48):

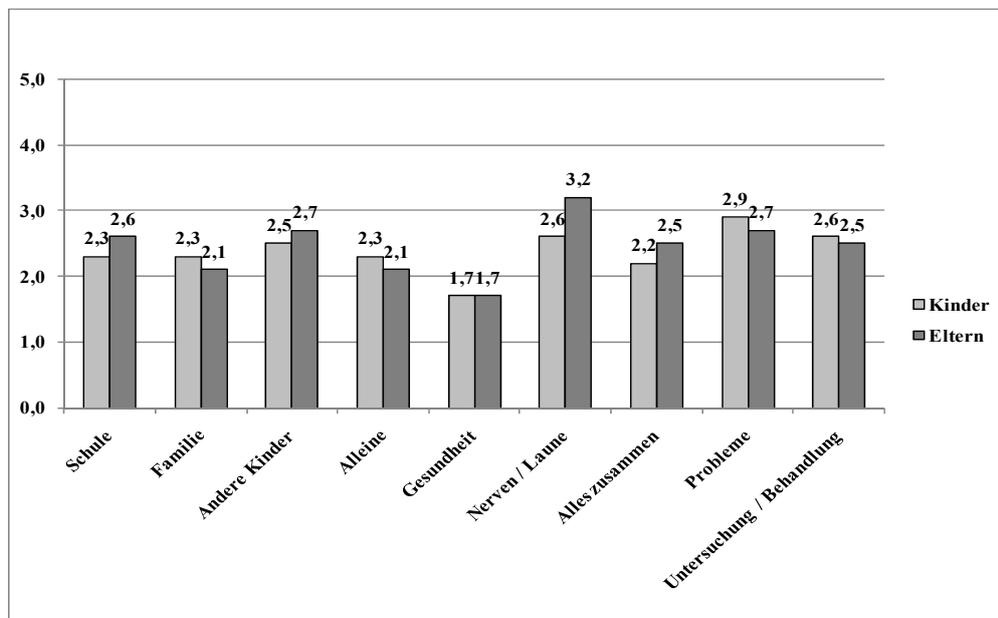


Abb. 4.48 ILK-Kinderversion/Elternversion: Mittelwerte im Vergleich (n=30)

Völlige Übereinstimmung fand sich nur bei dem Item *Gesundheit*. Rundete man bei Kommazahlen ab 5 auf, ergab sich bei der Kindereinschätzung noch ein weiteres Item, welches Probleme zeigte: *Andere Kinder*. Meistens betrug der absolute Unterschied nur 0,1 bis 0,3. Nur bei *Nerven/Laune* sahen die Eltern mit einem Mittelwert von 3,2 zu 2,6 eine noch wesentlich größere Beeinträchtigung als die Kinder. Absolut gesehen betrug diese Differenz 0,6.

Des Weiteren wurde für die Kinder und Jugendlichen beziehungsweise für die Erwachsenen ein **Einstichproben t-Test** durchgeführt.

Kinder beziehungsweise **Jugendliche**: Beim **Problemscore PR₀₋₂₇** betrug der Mittelwert der *klinischen Multicenterstudie* 2,7. Der Mittelwert der *Stichprobe mit HKS* betrug 2,6 (95% CI: 2,0 – 3,2). Diese Abweichung war nicht signifikant ($p = 0,7278$). Die Abweichungen zur *repräsentativen Schulstichprobe* hingegen, mit einem Mittelwert von 1,7, war signifikant ($p = 0,0050$). Beim **Lebensqualitätsscore LQ₀₋₂₈** erreichte der Mittelwert der *klinischen Multicenterstudie* einen Wert von 19,3; der Mittelwert der *Stichprobe mit HKS* lieferte hierzu einen Wert von 19,1 (95% CI: 17,9 – 20,4). Dieses Ergebnis war nicht signifikant ($p = 0,8472$). Im Gegensatz hierzu ergab der Mittelwert der *repräsentativen Schulstichprobe* einen Wert von 21,3. Diese Abweichung war signifikant ($p = 0,0012$).

Eltern: Beim **Problemscore PR₀₋₂₇** machte der Mittelwert der *klinischen Multicenterstudie* 3,7 aus. Der Mittelwert der *Stichprobe mit HKS* hingegen betrug 3,1 (95% CI: 2,4 – 3,8). Das Ergebnis war also nicht signifikant ($p = 0,0880$). Die Abweichungen zur *repräsentativen Schulstichprobe* mit einem Mittelwert von 1,5, waren signifikant ($p = < 0,0001$).

Der Mittelwert der *repräsentativen Telefonstichprobe* betrug 1,1; auch dieses Ergebnis war im Vergleich zur *Stichprobe mit HKS* signifikant ($p = < 0,0001$). Beim **Lebensqualitätsscore LQ₀₋₂₈** betrug der Mittelwert der *klinischen Multicenterstudie* 16,8. Der Mittelwert bei der *Stichprobe mit HKS* lieferte einen Wert von 18,1 (95% CI: 16,8 – 19,4), diese Abweichung war also nicht signifikant ($p = 0,0577$). Die *Schulstichprobe* mit ihrem Mittelwert von 21,4 hingegen, lieferte ein signifikantes Resultat ($p = < 0,0001$). Bei der *repräsentativen Telefonstichprobe* ergab der Mittelwert 22,4, diese Abweichung war ebenfalls signifikant ($p = < 0,0001$).

Zusammenfassend ließ sich feststellen, dass die Ergebnisse der Kinder- und Jugendlichenbefragung sowie der Elternbefragung übereinstimmend waren: Die *klinische Multicenterstudie* erbrachte nicht signifikante Ergebnisse, wohingegen die *repräsentative Schulstichprobe* jeweils signifikante Ergebnisse lieferte.

4.2.2.4 Zeitverteilung: Ergebnisse des ILK-Elternversion

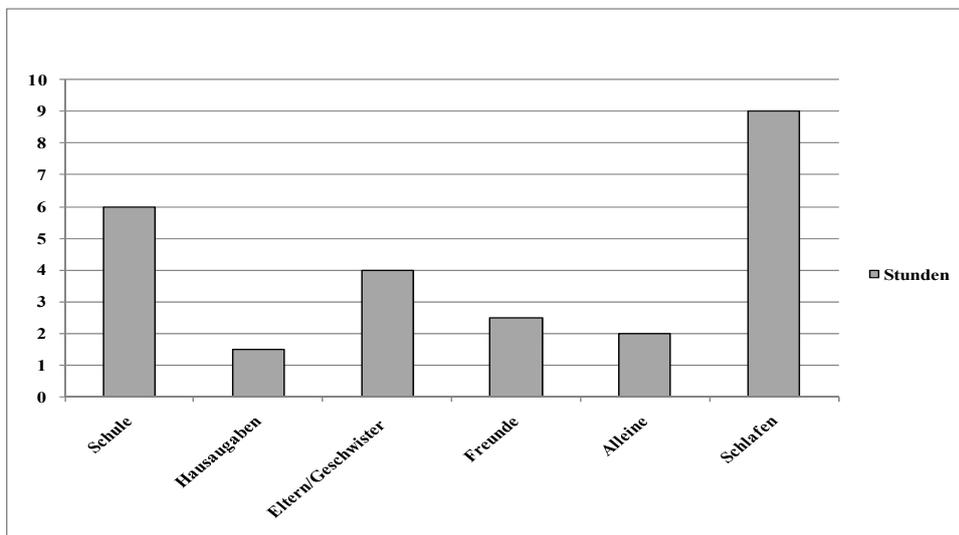


Abb. 4.49 Zeitverteilung – Wie viele Stunden verbringt der Proband pro Tag mit den genannten Aktivitäten?

(Angabe der Mediane; Auswertung der ILK-Elternversion, bei Schule/Hausaufgaben $n=29$, ansonsten $n=30$)

Die meiste Zeit wurde bei den Probanden für das *Schlafen* investiert, wie die Abb. 4.49 demonstriert. Der Median lag bei 9,0 Stunden. Auf den Bereich *Schule* entfiel ebenfalls ein großer Anteil von 6,0 Stunden.

Ihre Freizeit verbrachten die Probanden in absteigender Reihenfolge hauptsächlich mit den *Eltern/Geschwister* (4,0 Stunden), den *Freunden* (2,5 Stunden) oder *Alleine* (2,0 Stunden). Bei den *Hausaufgaben* betrug der Median 1,5 und stellte somit den geringsten Zeitaufwand pro Tag dar.

5 DISKUSSION

5.1 DISKUSSION DER PATIENTEN UND METHODEN

5.1.1. Datenerhebung

Die gewünschte Anzahl von 30 Probanden wurde erreicht. In keinem der Fälle kam es zu einem Abbruch der Studie und so konnten alle ICF- und ILK-Daten vollständig erhoben und verwertet werden. Ursprünglich waren 50 Probanden mit einer HKS im Alter zwischen 6 und 12 Jahren ohne medikamentöse Vorbehandlung und ohne weitere psychiatrische Komorbiditäten vorgesehen. Dieser Rahmen wurde jedoch umgehend auf 30 Probanden im Alter zwischen 5 und 13 Jahren geändert. Eine Medikation sowie psychiatrische Komorbiditäten durften nun vorhanden sein. Dies wurde deshalb festgelegt, da man rasch feststellte, dass es nicht möglich gewesen wäre in einem vertretbaren Zeitrahmen Probanden zu finden, die all diese Kriterien hätten erfüllen können. Patienten, die wegen HKS in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinikum Freiburg, gelistet sind, bekommen zumeist eine Medikation und haben oftmals eine zusätzliche Störung. Durch diese anfängliche Änderung war es gut möglich, die Rekrutierung der Patienten in den neun Monaten von Anfang März bis Anfang Dezember 2008 abzuschließen.

Die telefonische und/oder schriftliche Kontaktaufnahme sowie die darauffolgenden Treffen beziehungsweise Telefonate verliefen unkompliziert und problemlos. Die gute Mitarbeit der Studienteilnehmer lag sicherlich auch daran, dass die Daten nur einmalig erhoben wurden und somit ein verhältnismäßig geringer Aufwand in Kauf genommen werden musste.

5.1.2 Datendokumentation

Da für jeden Probanden ein eigener Ordner angelegt wurde, erfolgte die Dokumentation der Daten sehr übersichtlich, sodass jeder die Ergebnisse reproduzieren könnte. Zur Wahrung der Anonymität wurden die Daten verschlüsselt aufgezeichnet und waren mittels der Identifikationsnummern eindeutig dem jeweiligen Probanden zuordenbar.

Die ICF-/ILK-Daten wurden in eine jeweils separate Eingabemaske im Computer übertragen. Diese Eingabemasken waren zwar gut gegliedert, jedoch bedurfte es gerade bei den ICF Core Sets, aufgrund deren Länge, großer Sorgfalt und Aufmerksamkeit um keinen Flüchtigkeitsfehler bei der Eingabe zu machen.

Das ICF Core-Set beziehungsweise die ILK-Fragebögen zeigten folgende Probleme beziehungsweise positive Aspekte:

Beim **ICF Core-Set** ergaben sich folgende **Probleme**:

- großer Zeitaufwand zur Einarbeitung; eine Person ohne Vorkenntnisse kann dieses Instrument nicht ohne weiteres sofort richtig anwenden
- Interrater-Reliabilität: Vergleich der Aussagen verschiedener Beurteiler in Bezug auf dasselbe Zielmerkmal; inwieweit lässt sich also das Ergebnis durch einen 2. Rater reproduzieren; da es keine quantitativ messbaren Ergebnisse sondern subjektive Einschätzungen sind, besteht eine gewisse Schwankungsbreite; dies macht eine gewisse Erfahrung mit diesem Instrument nötig, um valide und reliable Ergebnisse zu erhalten
- Momentaufnahme der letzten 30 Tage; gibt nur die zu diesem Zeitpunkt aktuelle Befindenssituation des Probanden wieder
- Beantwortung der Fragen durch das Elternteil, welches weniger Zeit mit dem Probanden verbringt, kann die Aussagen in die eine oder andere Richtung verfälschen
- hoher Zeitaufwand bei der Befragung und Datenübertragung in die Computer-Maske

Positiv war:

- es werden weitgehend alle Lebensbereiche abgedeckt
- ICF Core-Sets sind durch geringfügige Änderungen bei der Art und Anzahl der Items für verschiedene Krankheiten einsetzbar
- Verlaufsbeobachtungen wären bei mehrmaliger Befragung generell möglich
- jedes Alter und beide Geschlechter können mit ein und demselben Fragebogen interviewt werden
- Anwendung auch bei psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen, so dass ein Vergleich zum Normalkollektiv möglich ist
- kostengünstiges Anwendungsinstrument

Beim **ILK** ergaben sich folgende **Probleme**:

- hoher Aufwand im richtigen Erlernen und Interpretieren der Auswertung; es gibt verschiedene Lebensqualitätsscores (PR₀₋₇ und LQ₀₋₂₈), deren Berechnung man sich erst aneignen muss und deren Ergebnisse nicht einfach abgelesen werden können
- Interrater-Reliabilität (siehe oben)
- der ILK ist ebenfalls nur eine Momentaufnahme der letzten Woche, was die Interpretation der wahren Lebensqualität des Probanden über die Zeit erschwert
- die Beantwortung der Fragen durch das Elternteil, welches weniger Zeit mit dem Probanden verbringt, kann auch hier die Aussagen verfälschen

Positiv war:

- die Lebensqualität wird differenziert nach verschiedenen Lebensbereichen erfasst
- Mehrperspektiven-Konzept: getrennte Versionen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Fachleute ermöglichen ein individuelleres Bild der Lebensqualität, da verschiedene Altersstufen berücksichtigt werden und der Proband aus zwei Perspektiven beurteilt wird: seiner eigenen (internen) und einer äußeren (externen)
- subjektives Wohlbefinden kann durch eine Innenperspektive (Selbstbeurteilung des Patienten) besser erfasst werden, das objektive Funktionsniveau („externer“ Beobachter) besser durch eine Außenperspektive; dies wird beim ILK berücksichtigt
- Anwendung auch bei psychische gesunden Kindern und Jugendlichen, so dass ein Vergleich zum Normalkollektiv möglich ist
- nur kurze Einarbeitungszeit nötig zum richtigen Ausfüllen des Fragebogens und somit einfacher einsetzbar in der Praxis als das ICF Core-Set
- kurzes, schnell durchführbares, verständliches, kostengünstiges Anwendungsinstrument

5.1.3 Datenauswertung

Bei der Datenauswertung des ICF Core-Sets und der ILK-Fragebögen mit dem SAS-Programmpaket ergaben sich keinerlei Probleme. Aufgrund der geringen Probanden-Anzahl von 30 wurden die Daten weder nach Geschlecht noch nach Alter getrennt ausgewertet, sondern als Ganzes betrachtet. Bei der Kinderversion der ILKs wurde probenhalber bei der Auswertung der Mediane und Mittelwerte eine Geschlechtertrennung vorgenommen. Da sich keine wesentlichen Unterschiede ergaben, wurde darauf jedoch in der Arbeit nicht eingegangen und auch nicht in anderen ILK- beziehungsweise ICF-Bereichen weiterverfolgt.

5.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

In letzter Zeit trifft man immer häufiger auf den Begriff der Lebensqualität. Deshalb wollte die vorliegende Studie den funktionalen Gesundheitszustand, die Behinderung, die sozialen Beeinträchtigungen und die relevanten Umgebungsfaktoren von Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen mittels eines ICF Core-Sets erfassen. Des Weiteren wurden mittels der ILK-Fragebögen Daten zur Lebensqualität und den Alltagsproblemen gewonnen.

Abschließend sollten die gewonnenen Resultate einerseits – im Bereich der ICF Core-Sets – mit denen der parallel laufenden Studie „Psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen“ von Koolmuth (2010; Publikation in Vorbereitung) verglichen werden und andererseits – im Bereich der ILK-Ergebnisse – mit den Werten von Mattejat und Remschmidt (2006).

5.2.1 Demografische Daten

5.2.1.1 Geschlechterverteilung

Bei unserer Studie (Abschnitt 4.1.1) lag das Verhältnis Jungen zu Mädchen bei 2,3:1. Interessanterweise kam eine Studie von Baumeister et al. (2007) genau zu demselben Verhältnis – 2,3:1. Trotz des recht kleinen Kollektivs konnte eine deutliche Androtropie beobachtet werden, welche schon recht gut das zumeist angenommene Verhältnis von 3-4:1 widerspiegelt (Brunnhuber et al. 2005).

Dass Jungen also eindeutig häufiger betroffen sind als Mädchen, belegen ebenfalls die Studien von Arnold (1996), Biederman et al. (2002), Derks et al. (2007), Döpfner et al. (2000), Nøvik et al. (2006) und Rhee et al. (1999).

5.2.1.2 Patientenalter

Zum Patientenalter sei nur erwähnt, dass die Zeitspanne von 5-13 Jahren (Abb. 4.1) deshalb gewählt wurde, weil in diesem Abschnitt am häufigsten die Erstdiagnose gestellt wird. Die Studie von Huss et al. (2008) belegte, dass Kinder im Vorschulalter die Diagnose in 1,5%, Grundschüler in 5,3% und Schüler der weiterführenden Schulen in 7,1% der Fälle erhielten.

Dieses Ergebnis deutet des Weiteren daraufhin, dass gerade in der „Umbruchphase“ des Schultyps die Diagnose HKS vermehrt Schwierigkeiten bereitet, da die Patienten mit der Daueraufmerksamkeit, der nötigen Konzentration und dem strukturierten Arbeiten in der Schule schlechter klar kommen.

5.2.1.3 Medikation

67,7% (2/3, 20 Probanden) der Studienteilnehmer erhielten eine HKS-spezifische Medikation (Abschnitt 4.1.3). Dies scheint ein verhältnismäßig geringer Anteil gewesen zu sein, wenn man berücksichtigt, dass die Verordnungshäufigkeit ständig ansteigt. Gründe zu nennen, warum dies so war, wären rein spekulativ.

Wie schon erwähnt, beträgt die mittlere Prävalenz von ADHS für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr in Deutschland 3,9% (Huss 2004). Laut der DAK in Baden-Württemberg bekamen im Jahr 2008 3,0% der versicherten Kinder Methylphenidat oder Atomoxetin, in Bayern waren es sogar 4,2%. Dem wiederum entspricht weitaus mehr als nur eine Medikation von 67,7%. Im Schnitt nimmt ein Kind pro Schulklasse Medikamente gegen ADHS ein. Jungen werden dabei viermal so häufig wie Mädchen behandelt (Caroppo 2009, Knieler 2009).

5.2.1.4 Diagnosen und Komorbiditäten

Laut der Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ der Bundesärztekammer finden sich in 80% der Fälle eine zusätzliche Störung. Bei mehr als 60% können es sogar zwei zusätzliche Störungen sein (Bundesärztekammer 2005, Qian und Wang 2007).

Am häufigsten sind die Störungen des Sozialverhaltens (in 50% der Fälle) und umschriebene Entwicklungsstörungen, zu denen unter anderem die Teilleistungsschwächen (10-25%) beziehungsweise die Lernstörungen zählen (Döpfner et al. 2007, Peters 2004).

Bei unseren Patienten lag bei 19 (63.3%) mindestens eine zusätzliche Erkrankung vor (siehe Abb. 4.2) und bei zwölf (40,0%) mindestens zwei zusätzliche Störungen. Dies ergab also etwas geringere Werte als bei der Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ der Bundesärztekammer (2005); allerdings sollte berücksichtigt werden, dass bei unserer Stichprobe die Störung des Sozialverhaltens nicht als zusätzliche Komorbidität gewertet wurde, sondern als eine der Hauptdiagnosen (*F90.0* oder *F90.1*); dies könnte die niedrigeren Daten erklären. In unserer Studie hatten mindestens 60,0% (18 Probanden) die Diagnose *F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* erhalten (siehe Abschnitt 4.1.4) und somit ließ sich diese häufigste Komorbidität bei ADHS (Peters 2004) an unserem Kollektiv recht deutlich erkennen.

Des Weiteren sei genannt, dass Lernstörungen beziehungsweise Teilleistungsstörungen, welche in 10-25% der Fälle eine ADHS begleiten können (Peters 2004, Pliszka 1998), bei dem Kollektiv dieser Studie in 20,0% (sechs Probanden, siehe Tabelle 4.1) der Fälle vorkamen und dies somit den wissenschaftlichen Studien entsprach.

Gerade durch die Kernsymptome Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität und Hyperaktivität, welche sich auf alle kognitiven Bereiche auswirken können, verschlimmern eine Lernstörung zusätzlich und ergeben große schulische Probleme. Lernstörungen basieren unter anderem auf Verarbeitungsproblemen des Gehirns und genau dies ist das Problem bei HKS (Colomé et al. 2009, Duane 1989, Habib 2000). Die regelhafte Signalübertragung ist hier verändert. Da den Kindern die nötige Aufmerksamkeit und Disziplin fehlt, machen sie viele Flüchtigkeitsfehler, folgen dem Unterricht unstrukturiert und können sich die schulischen Fähigkeiten nicht richtig aneignen.

5.2.1.5 Anzahl der Geschwister

Die meisten Probanden hatten laut Abschnitt 4.1.5 ein bis zwei Geschwister ($1,7 \pm 0,92$); laut Statistischem Bundesamt lag die durchschnittliche Kinderzahl 2008 pro Frau bei 1,4, somit gab es durchschnittlich 0,4 Geschwister (Egeler 2010).

Das heißt in unserer Studie hatten die Probanden eindeutig mehr Geschwister; ob dies ein fördernder Faktor für die Entstehung ihrer Krankheit bedeutet, aufgrund geringerer Aufmerksamkeit für den Einzelnen oder einer unstrukturierteren Alltagssituation als bei nur einem Kind, ist wissenschaftlich nicht belegt.

5.2.1.6 Bildung der Probanden (Kindergarten/Schule)

Die meisten der Probanden (53,3%) gingen noch in die Grundschule. Von den zehn Probanden (siehe Abb. 4.3), die eine weiterführende Schule besuchten, ging der Großteil von 70,0% auf die Hauptschule. Laut Statistischem Bundesamt 2008/09 waren nur circa 17% der deutschen Schüler (hierbei sei nur die Förder-, Haupt- und Realschule sowie das Gymnasium berücksichtigt), welche eine weiterführende Schule besuchten, auf einer Hauptschule, das heißt das vorliegende Kollektiv besuchte ungefähr viermal häufiger die Hauptschule. Das normale Bundeskollektiv hingegen ging 2008/09 zu fast 50% auf das Gymnasium, sofern man nur die vier genannten weiterführenden Schulen begutachtete und als 100% festsetzte (Egeler 2010).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sprechen also deutlich für die problematischen Schulleistungen bei HKS-Patienten. Mangelnde Konzentration lässt das konstante Mitarbeiten in der Schule nicht zu; Hausaufgaben oder Aufgaben, die nicht frei gewählt werden, fallen schwer. Durch die Verhaltensauffälligkeiten können die Patienten ihre eigentliche Leistungsfähigkeit nicht erreichen und es kommt oft zum Schulwechsel oder sogar zum Schulabbruch (Peters 2004).

5.2.1.7 Bildungsstand der Eltern und Berufsstand der Eltern

Wenn man zum Vergleich der Daten das Statistische Bundesamt (trennen nicht nach Geschlechtern) heranzieht, ergibt sich, dass die Eltern unserer Probanden schlechter abschnitten als die Allgemeinbevölkerung.

26 (45,61%) hatten einen Hauptschulabschluss (Grundlage der Rechnung: 57 Eltern), 22 (38,6%) den Realschulabschluss und 9 (15,79%) das Abitur (siehe Abb. 4.4). Im Vergleich hierzu gab das Statistische Bundesamt für 2008 an, dass 46% der Bevölkerung einen Hauptschulabschluss hatten, 25% einen Realschulabschluss und 29% das Abitur. Von 54 Erwachsenen gingen 43 einer Erwerbstätigkeit nach und elf waren erwerbslos (Abb. 4.5), folglich betrug die Erwerbslosenquote 20,4% und war somit höher als die des Statistischen Bundesamtes für 2009 (Egeler 2010), hier betrug sie 7,6%.

Die Ergebnisse können als belegt angesehen werden, wenn man davon ausgeht, dass sowohl eine niedrigere Schulbildung als auch Erwerbslosigkeit oft mit einem niedrigeren Status einhergeht: Huss et al. (2008) und Mick et al. (2002) fanden nämlich heraus, dass ADHS in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger vorkomme als bei Familien mit höherem sozioökonomischen Status.

5.2.1.8 Familienstand der Eltern

Berücksichtigte man nur den Stand verheiratet und verwitwet/geschieden (Abschnitt 4.1.9), waren bei unserem Kollektiv 32,1% verwitwet/geschieden (die Unbekannten raus gerechnet). Vergleich man dies mit den Ergebnissen von 2008 des Statistischen Bundesamtes, waren 25,5% verwitwet/geschieden (die Ledigen wurden nicht berücksichtigt). Das Kollektiv zeigte also zur Allgemeinbevölkerung einen auffälligeren Familienhaushalt. Da beim Statistischen Bundesamt nicht differenziert wurde zwischen verwitwet/geschieden, ließ sich aus den Daten der vorliegenden Studie jedoch nicht explizit der Schluss einer höheren Scheidungsrate ziehen (Egeler 2010).

Für Eltern von Patienten mit ADHS wird allerdings eine um den Faktor drei bis fünf höhere Scheidungsrate angenommen (Murphy und Barkley 1996). Dass der familiäre Risikofaktor getrennte Eltern beziehungsweise Scheidung und ADHS miteinander assoziiert sind, zeigte ferner die Studie von Kim et al. (2009).

5.2.2 Lebensqualität Ergebnisse

5.2.2.1 ICF

Im Weiteren sollen die ICF-Daten der vorliegenden Studie: „*Psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen*“ mit denen der Studie „*Psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen*“ von Koolmuth (2010) verglichen werden und die Unterschiede oder auch Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden.

In die Studie von Koolmuth (2010) wurden 50 Probanden im Alter von 6-12 Jahren – Durchschnittsalter 8,9 Jahre ($\pm 1,6$) – eingeschlossen. Um Informationen zum psychosozialen Funktionsniveau und der Lebensqualität zu erhalten, verwendete man ein ICF Core-Set und den ILK-Fragebogen (Kinderversion). 30 Eltern gaben zusätzlich noch ihre Einschätzung mittels der ILK-Elternversion ab. Insgesamt nahmen 22 Mädchen (44,0%) und 28 Jungen (56,0%) an der Studie teil, von denen 46 (92,0%) in die Grundschule gingen, der Rest ins Gymnasium. Bei den Ergebnissen des ICF Core-Set fand sich stets ein Median von 0,0. Die Mittelwerte reichten von 0,0 bis 0,4 und die Beurteilungen reichten von 0 – keine Probleme – bis 2 – mäßige Probleme; das deutete darauf hin, dass Median und Mittelwert keine beziehungsweise unerhebliche Probleme anzeigten und die Probanden im Gesamtüberblick keine aussagekräftigen Einschränkungen in ihrem psychosozialen Funktionsniveau aufwiesen.

Ging man von den Medianen der ersten Klassifikationsebene aus, so ergaben sich für die Stichprobe mit HKS Auffälligkeiten für:

mäßige Probleme (Median: 2,0) <ul style="list-style-type: none">• <i>d1 Lernen und Wissensanwendung</i>• <i>d2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</i>• <i>d8 Bedeutende Lebensbereiche</i>	leichte-mäßige Probleme (Median: 1,5) <ul style="list-style-type: none">• <i>d7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen</i>	leichte Probleme (Median: 1,0) <ul style="list-style-type: none">• <i>b1 Mentale Funktionen</i>• <i>d3 Kommunikation</i>• <i>d6 Häusliches Leben</i>• <i>d9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben</i>
--	--	---

Auffallend war, dass die größeren Probleme im Bereich **Aktivitäten und Partizipation** zu liegen schienen (*d1 – d9*; abgesehen von *d4 Mobilität* und *d5 Selbstversorgung* (Median = 0,0)) und weniger im Bereich der **Körperfunktionen** (*b1 – b3* und *b7*; hier hatte *b2 Sinnesfunktionen und Schmerz*, *b3 Stimm- und Sprechfunktionen* und *b7 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Faktoren* einen Median von 0,0). Im Vergleich hierzu ergaben Koolmuth's (2010) Daten folgendes Bild (Abb. 5.1):

ICF		Median	Mittelwert
b: Körperfunktionen	b1: Mentale Funktionen	kein	0,0
	b2: Sinnesfunktionen und Schmerz	kein	0,1
	b3: Stimm- und Sprechfunktionen	kein	0,0
	b7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Faktoren	kein	0,1
d: Aktivitäten und Partizipation	d1: Lernen und Wissensanwendung	kein	0,0
	d2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	kein	0,0
	d3: Kommunikation	kein	0,0
	d4: Mobilität	kein	0,0
	d5: Selbstversorgung	kein	0,0
	d6: Häusliches Leben	kein	0,0
	d7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	kein	0,0
	d8: Bedeutende Lebensbereiche	kein	0,0
	d9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	kein	0,1
c: Körperstrukturen			
e: Umweltfaktoren			

Abb. 5.1 Koolmuth's (2010) Ergebnisse – Übersicht der Beurteilung der Mediane und Mittelwerte (erste Klassifikationsebene) (n=50; außer bei d6: n=0)

Man sah also, dass in der „gesunden Stichprobe“ (Normkollektiv) von Koolmuth (2010) der Median jedes Mal den Wert 0,0 hatte (Abb. 5.1). Um überhaupt kleinste Unterschiede sehen zu können, musste man die Mittelwerte heranziehen; jedoch auch hier lag für die erste Klassifikationsebene der auffälligste Wert bei 0,1; die gesunde Stichprobe besaß somit keine bis geringste Probleme und es bestanden keinerlei Hinweise auf aussagekräftige Probleme. Man durfte zusammenfassend von einem nicht verminderten psychosozialen Funktionsniveau ausgehen. Der Vergleich mit der Studie von Koolmuth (2010) bestätigte also, dass die Kinder und Jugendlichen mit HKS im Vergleich zu gesunden deutlich mehr Probleme in den allermeisten Bereichen des psychosozialen Funktionsniveaus hatten.

ICF: Körperfunktionen		Mediane: König (2010)	Mittelwerte: Koolmuth (2010; Publikation in Vorbereitung)	
b1: Mentale Funktionen	b117: Intelligenz	kein	0,0	
	b126: Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	mäßig	0,1	
	b130: Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	mäßig	0,1	
	b134: Funktionen des Schlafes	kein	0,1	
	b140: Funktionen der Aufmerksamkeit	erheblich	0,4	
	b147: Psychomotorische Funktionen	mäßig	0,1	
	b152: Emotionale Funktionen	leicht	0,1	
	b160: Funktionen des Denkens	kein	0,0	
	b164: Höhere kognitive Funktionen	leicht- mäßig	0,0	
	b167: Kognitiv-sprachliche Funktionen	leicht	0,0	
	b172: Das Rechnen betreffende Funktionen	leicht	0,3	
	b180: Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen	kein	0,1	
	b2: Sinnesfunktionen und Schmerz	b230: Funktionen des Hörens (Hörsinn)	kein	0,0
	b3: Stimm- und Sprechfunktionen			
b7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Faktoren	b765: Funktionen der unwillkürlichen Bewegung	kein	0,0	

Abb. 5.2 Übersicht der Beurteilung der Mediane der Körperfunktion (zweite Ebene)

Bei der HKS-Stichprobe hatte im Bereich **Körperfunktionen** die Kategorie **b1 Mentale Funktionen** zwar nur einen Gesamtmedian von 1,0 (siehe Abb. 4.6) – leichte Probleme – und war der einzige auffällige Bereich der **Körperfunktionen** was den Median betraf, aber er beinhaltete trotz allem auch das größte Problem der zweiten ICF-Klassifikationsebene: **b140 Funktionen der Aufmerksamkeit** (Abb.5.2). Mäßige Probleme (Median: 2,0) bereiteten hingegen **b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs**, **b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit** und **b147 Psychomotorische Funktionen**. Es sei noch das Item **b164 Höhere kognitive Funktionen** genannt, welches leichte bis mäßige Probleme machte.

Bei Koolmuth's (2010) Ergebnissen fanden sich leichtere Auffälligkeiten bei **b140 Funktionen der Aufmerksamkeit** (Mittelwert: 0,4) und bei **b172 Das Rechnen betreffende Funktionen** (Mittelwert 0,3). Alle anderen Auffälligkeiten lagen höchstens im Bereich eines Mittelwertes von 0,1 und sollen hier nicht weiter beachtet werden (Abb. 5.2). Die minimalen Schwierigkeiten in diesen beiden Bereichen dürften im Normbereich von Gesunden liegen. Die Konzentration oder das Rechnen bereitet vielen Kindern beziehungsweise Jugendlichen geringfügige Probleme; weitere Schlüsse sollen aus diesen Ergebnissen jedoch nicht gezogen werden.

ICF: Aktivitäten und Partizipation		Mediane: König (2010)	Mittelwerte: Koolmuth (2010; Publikation in Vorbereitung)
d1: Lernen und Wissensanwendung	d110: Zuschauen	leicht	0,0
	d115: Zuhören	leicht	0,0
	d130: Nachmachen, nachahmen	kein	0,0
	d140: Lesen lernen	mäßig- erheblich	0,2
	d145: Schreiben lernen	mäßig	0,2
	d150: Rechnen lernen	leicht	0,3
	d155: Sich Fertigkeiten aneignen	kein	0,0
	d160: Aufmerksamkeit fokussieren	mäßig- erheblich	0,4
	d163: Denken	kein	0,0
	d166: Lesen	mäßig	0,1
	d170: Schreiben	mäßig	0,1
	d172: Rechnen	leicht	0,4
	d175: Probleme lösen	mäßig	0,1
	d179: Wissen anwenden	leicht	0,0
	d2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	d210: Eine Einzelaufgabe übernehmen	kein- leicht
d220: Mehrfachaufgaben übernehmen		mäßig	0,1
d230: Die tägliche Routine durchführen		mäßig	0,0
d240: Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen		mäßig	0,3
d3: Kommunikation	d350: Konversation	kein	0,0
	d355: Diskussion	mäßig	0,0
	d360: Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen	kein	0,0
d4: Mobilität	d620: Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen	kein	0,0
d5: Selbstversorgung	d630: Mahlzeiten vorbereiten	kein	0,0
	d640: Hausarbeiten erledigen	leicht	0,0
d6: Häusliches Leben	d660: Anderen helfen	kein	0,0
	d7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	d710: Elementare interpersonelle Aktivitäten	leicht
d720: Komplexe interpersonelle Interaktionen		mäßig	0,0
d740: Formelle Beziehungen		kein	0,1
d750: Informelle soziale Beziehungen		leicht	0,1
d760: Familienbeziehungen		leicht	0,0
d8: Bedeutende Lebensbereiche	d810: Informelle Bildung/Ausbildung	kein	0,0
	d815: Vorschulercziehung	leicht	0,2
d9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	d820: Schulbildung	mäßig	0,3
	d910: Gemeinschaftsleben	kein- leicht	0,1
	d920: Erholung und Freizeit	kein	0,0

Abb. 5.3 Übersicht der Beurteilung der Mediane der Aktivitäten/Partizipation (zweite Ebene)

Obwohl der Bereich *Aktivitäten und Partizipation* (Abb. 4.6) der problematischere war – hier gab es in drei Kategorien (*d1*, *d2* und *d8*) mäßige Probleme und bei *Körperfunktionen* bestanden nur bei *b1* leichte Schwierigkeiten – fand sich hier kein Item auf der zweiten Ebene der ICF-Klassifikation mit erheblichen Problemen (Median: 3,0; siehe Abb. 5.3), wie dies der Fall war bei *b1 Mentale Funktionen*. Die Items der ersten Klassifikationsebene *d1 Lernen und Wissensanwendung*, *d2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen*, *d8 Bedeutende Lebensbereiche*, *d7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen* und *d3 Kommunikation*, bei denen Probleme im Ausmaß mäßig bis leicht auftraten, beinhalteten ebenfalls auf der zweiten Klassifikationsebene die auffälligen Werte (sortiert nach abfallendem Mittelwert – in Klammern):

Median von **2,5** – **mäßige bis erhebliche** Probleme

- *d160 Aufmerksamkeit fokussieren* (2,3)
- *d140 Lesen lernen* (2,0)

Median von **2,0** – **mäßige** Probleme

- *d220 Mehrfachaufgaben übernehmen* (2,2)
- *d820 Schulbildung* (2,1)
- *d175 Probleme lösen* (1,9)
- *d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen* (1,9)
- *d145 Schreiben lernen* (1,8)
- *d170 Schreiben* (1,8)
- *d230 Die tägliche Routine planen* (1,8)
- *d355 Diskussionen* (1,7)
- *d166 Lesen* (1,6)
- *d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen* (1,3)

Koolmuth's (2010) Ergebnisse lieferten hierzu im Vergleich wieder nur geringste Probleme bei einem Mittelwert von 0,4 für: *d160 Aufmerksamkeit fokussieren* und *d172 Rechnen*. Einen Mittelwert von 0,3 ergab sich für: *d150 Rechnen lernen*, *d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen* und *d820 Schulbildung*. Und einen noch kleineren Mittelwert von 0,2 hatten *d140 Lesen lernen*, *d145 Schreiben lernen* und *d815 Vorschulerziehung*. Niedrigere Mittelwerte wurden nicht weiter berücksichtigt. Man sah also, dass minimale Schwierigkeiten hinsichtlich der Aufmerksamkeit im weit gefassten Bereich Schule, der Vorschulerziehung und bei Stress und psychischen Anforderungen bestanden; auch dies dürfte wieder als zum Normalbereich inkludiert gezählt werden.

Zusammenfassend konnte man festhalten, dass der Vergleich mit der Studie von Koolmuth (2010) auf der ersten sowie den folgenden Klassifikationsebenen bestätigen konnte, dass die Kinder und Jugendlichen mit HKS im Vergleich zu gesunden deutlich mehr Probleme in den allermeisten Bereichen des psychosozialen Funktionsniveaus besaßen. Eine Prüfung der Signifikanz dieser Resultate erfolgte nicht.

5.2.2.2 ILK

Da zu den ILK-Ergebnissen reliablere und validiertere Vergleichsdaten vorliegen als die von Koolmuth (2010), wird im Folgenden Bezug auf die Ergebnisse von Mattejat und Remschmidt (2006) genommen. Bei der Selbsteinschätzung beziehen wir uns für die Interpretation – laut dem Manual „ILK – Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen“ – in erster Linie auf die *repräsentative Schulstichprobe*; bei der Fremdeinschätzung auf die *repräsentative Telefonstichprobe*; die Daten der *repräsentativen Schulstichprobe* und der *repräsentativen Telefonstichprobe* (bei der Elterneinschätzung) weichen nicht bedeutsam voneinander ab; wegen ihrer Repräsentativität wird aber empfohlen die Daten der *repräsentativen Telefonstichprobe* zu verwenden.

Selbsteinschätzung:

Betrachtete man in Abb. 4.41 die sechs erfassten Bereiche der Lebensqualität und das 7. Item – die Gesamteinschätzung –, so ergaben sich die **stärksten Probleme** bei *Nerven/Laune* (Median von 3,0); es bestanden also deutliche Probleme in diesem Bereich, die Kinder fühlten sich hier nicht so wohl. Die HPE lag bei 83,3% (Tabelle 4.4), das heißt 25 Probanden beantworteten diese Frage mit „teils teils“, „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“.

Daraus ließ sich schließen, dass die Probanden unserer Studie über eine niedrigere Lebensqualität verfügten; da laut McKnight et al. (2002) psychopathologische Auffälligkeiten und niedrigere Lebensqualität direkt negativ korrelieren, dass heißt je höher die psychopathologischen Auffälligkeiten, desto niedriger die Lebensqualität und umgekehrt. Da bei Patienten (im Gegensatz zu gesunden Befragten) noch die Punkte 8 und 9 (*Probleme* und *Untersuchung/Behandlung*; Abb. 4.42) hinzukamen, sei festgehalten, dass hier ebenfalls ein Median von 3,0 vorlag. Dies zeigte, dass die Kinder von den Problemen, die die Erkrankung mit sich bringt und auch von den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen stark belastet waren.

Die **geringsten Auffälligkeiten** beziehungsweise laut Dichotomisierung – kein Problem – bereitete das Item *Gesundheit* (Abb. 4.41), wobei hier wohlgermerkt von der körperlichen Gesundheit die Rede war. Der Median lag bei 2,0. Die HPE ergab 10,0% (Tabelle 4.4), wobei also nur drei Probanden mit diesem Item Probleme hatten. Dies war ein interessantes Bild: die Probanden besaßen zwar eine generell niedrigere Lebensqualität, aber differenzierten doch ihre Einschätzungen im Bereich der physischen und psychischen Gesundheit. Sie beurteilten ihre körperliche Gesundheit trotz allem positiv und gaben gleichzeitig der psychischen Gesundheit (*Nerven/Laune*) eher eine negative Beurteilung.

Diese Ergebnisse widersprachen in gewisser Weise der Studie von Gullone und Cummis (1999) mit 264 australischen Schülern im Alter von 12-18 Jahren. Diese fanden einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebensqualität, wobei die Werte mit $r = 0,62$ korrelierten. Das Bestimmtheitsmaß (r^2) betrug 38%, das heißt es bestand ein geringer linearer Zusammenhang; 38% der gesamten auftretenden Varianz konnten im Hinblick auf einen statistischen Zusammenhang erklärt werden. Der durchschnittliche Wert auf einer Likert-Scala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) betrug 3,96. Körperliche Gesundheit wurde bei jüngeren Kindern fast noch besser bewertet als bei älteren; 12- bis 14-Jährige wiesen auf der Likert-Scala einen Wert von 3,88, 15- bis 18-Jährige einen Wert von 3,64 auf. Obwohl die Altersgruppe nicht unserem Kollektiv entsprach sah man doch, dass die HKS-Stichprobe trotz verminderter Lebensqualität ihre Gesundheit als gut einschätzte und nicht wie erwartet große Probleme zeigte. Ferner hielten unsere gefundenen Ergebnisse auch der Studie von Pongwilairat et al. (2005) entgegen. Diese fanden eine geringere körperliche Gesundheit im Vergleich zu Gesunden. Es wurden 140 Kinder im Alter von 8-12 Jahren untersucht, wobei HKS-Patienten mit gesunden Kindern verglichen wurden. Mittels des Pediatric Inventory for the Quality of Life (PedsQL 4.0) wurden die Selbst- und Fremdeinschätzungen (Eltern) zur Lebensqualität erhoben. Abgesehen davon, dass Eltern wie Kinder der HKS-Gruppe die Lebensqualität in physischen wie in psychosozialen Bereichen niedriger bewerteten als die gesunde Kontrolle, berichteten die HKS-Patienten außerdem, trotz eines guten Gesundheitszustandes, von einer geringeren körperlichen Gesundheit.

Unsere Ergebnisse konnten jedoch durch die Studie von Landgraf und Abetz (1997; zitiert nach Schönfeld (2008)) bestätigt werden; sie untersuchten gesunde und psychisch gestörte Probanden im Alter zwischen 9 und 19 Jahren, mittels des Child Health Questionnaire-Child Form (CHQ-CF87; 87 Items der Kinderversion) auf ihren Funktionsstatus und das Wohlbefinden. ADHS-Patienten schätzten einige Bereiche besser und andere schlechter ein; ihre physische Gesundheit empfanden sie aber signifikant besser als gesunde Patienten.

Es zeigt sich also ein heterogenes Bild in der Studienlage, aber generell wäre durchaus denkbar, dass HKS-Patienten ihre körperliche Gesundheit besser einschätzen als Gesunde. Vielleicht nehmen die Probleme, die sich mit der psychischen Erkrankung der HKS-Patienten ergeben, im Leben auf so viele Bereiche Einfluss, dass sie körperliche Beschwerden nicht richtig wahrnehmen und eher in den Hintergrund drängen. Um dieser Hypothese nachzugehen bedürfte es weiterer aussagekräftiger Studien mit Selbsteinschätzung.

Vergleich Stichprobe mit HKS zu repräsentativer Schulstichprobe (Abb. 4.43):

Der Vergleich *Stichprobe mit HKS zu repräsentativer Schulstichprobe* lieferte **große Differenzen** in den Bereichen **Familie** mit 36,7 Prozentpunkten (46,7% zu 10,0%; fast fünfmal so viele auffällige Werte), **Freunde** mit 32,5 Prozentpunkten (46,7% zu 14,2%; mehr als dreimal so viele Auffälligkeiten), **Gesamt** beziehungsweise *Alles Zusammen* mit 17,8 Prozentpunkten (33,3% zu 15,5%; doppelt so viele auffällige Ergebnisse) und bei dem Bereich **Psyche** beziehungsweise *Nerven/Laune* mit 26,5 Prozentpunkten (53,3% zu 26,8%; fast doppelt so viele Auffälligkeiten).

Die Schwierigkeiten unseres Kollektivs im Bereich **Freunde** konnten ebenso in der Studie von Bastiaansen et al. (2004) gefunden werden. Diese hatten unterschiedliche psychiatrische Erkrankungen hinsichtlich ihrer Lebensqualität untersucht wozu sie Kinder, Eltern und Kliniker befragten. Sie fanden heraus, dass bei ADHS-Patienten gerade das schulische und soziale Funktionsniveau beeinträchtigt war. Unsere Ergebnisse ließen sich auch durch die Studie von Patrick et al. (2002) erhärten. 236 Jugendliche im Alter von 12-18 Jahren wurden in einer Selbsteinschätzung mittels des Youth Quality of Life Instrument-Research Version (YQOL-R) befragt; wobei man ADHS-Probanden einerseits mit Probanden mit einer körperlichen Behinderung und andererseits mit Probanden ohne chronische Erkrankungen (Gesunde) verglich. Es ließ sich feststellen, dass ADHS-Probanden über eine allgemein niedrigere Lebensqualität als die gesunden Jugendlichen verfügten und vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit und bei sozialen Beziehungen zu anderen Kindern große Schwierigkeiten hatten.

Der soziale Umgang mit anderen Kindern fällt ADHS-Patienten also einfach schwerer; ein Grund dafür dürfte sicherlich in der Impulsivität dieser Patienten liegen und in der in 50% der Fälle vorhandenen Komorbidität „Störungen des Sozialverhaltens“ (Peters 2004). Diese Faktoren machen den Umgang mit Freunden einfach schwieriger; ihre Handlungen sind teilweise temperamentvoll, aggressiv und wütend und es fällt ihnen schwer sich in Gruppen einzufügen oder neue Freundschaften aufzubauen (Peters 2004).

Gleiches gilt für den Bereich **Familie**, der ja sozusagen zu Sozialem gehört. Die ständigen Auseinandersetzungen mit der Familie ergeben ein negatives Beziehungsmuster (Peters 2004). Der Bereich *Familie* der HKS-Stichprobe der vorliegenden Studie zeigte, wie schon erwähnt (siehe Abb. 4.43), erhebliche Probleme, verglichen mit der *repräsentativen Schulstichprobe* (46,7% versus 10,0%).

Der Unterschied der *Stichprobe mit HKS* zur *repräsentativen Schulstichprobe* hinsichtlich der **Gesamteinschätzung** ergab doppelt so viele Schwierigkeiten (33,3% zu 15,5%). Harpin (2005) kam zu ähnlichen Ergebnissen. Er stellte eine Einschränkung der Lebensqualität von ADHS-Patienten in allen Bereichen fest und berief sich hierbei auf Daten von Landgraf et al. (1999). Des Weiteren ließ sich in der Studie von McKnight et al. (2002; zitiert nach Kramer (2007)), in welcher 1201 Kinder beziehungsweise Jugendliche befragt wurden, herausfinden, dass psychopathologisch auffällige oder erkrankte Kinder beziehungsweise Jugendliche über eine geringere Lebenszufriedenheit als gesunde verfügten. Im Umkehrschluss ergab sich daraus wiederum, dass diejenigen mit einer niedrigeren subjektiven Lebenszufriedenheit gefährdeter waren psychopathologische Auffälligkeiten (Ängste, Depressionen,...) zu entwickeln, als Gesunde.

Das die psychische Gesundheit für die Lebensqualität der HKS-Patienten von großer Bedeutung ist zeigte, dass das schwerwiegendste Problem die **Psyche** (Abb. 4.43) war; sie bereitete der *Stichprobe mit HKS* fast doppelt so viele Schwierigkeiten wie der *repräsentativen Schulstichprobe*. Dies spricht dafür, dass die psychische Situation bei HKS-Probanden deutlich schlechter ist als zum Vergleich mit gesunden Probanden, was – wie bereits gerade erwähnt – die Studie von Patrick et al. (2002) bestätigen konnte. Ebenso die Studie von Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) stellte fest, dass gesunde Probanden ihre *Psyche* besser einschätzten. Von allen Bereichen erhielt die *Psyche* hier bei der Selbsteinschätzung sogar die besten Werte (Mittelwert: 80,31 auf einer Scala von 1-100, wobei 100 eine sehr gute Lebensqualität bedeutete).

Das der Bereich **Alleine** bei der HKS-Stichprobe besser abschnitt, erklärt sich im Umkehrschluss zu den genannten Gründen beziehungsweise bestätigten Studien im Bereich *Freunde* und *Familie*. ADHS-Patienten haben einfach Schwierigkeiten im sozialen Bereich, was dazu führen kann, dass sie abgelehnt beziehungsweise ausgegrenzt werden. Sie ziehen sich zurück und fühlen sich oft von anderen nicht verstanden; im schlimmsten Fall führt dies zu Depressionen (10-40%), Angststörungen (20-25%) oder Substanzmissbrauch/-abhängigkeit (30%) (Peters 2004, Rösler et al. 2007).

Auch der Bereich **Körper** beziehungsweise *Gesundheit* ergab mit 10,3% (Abb. 4.43) bei der *Stichprobe mit HKS* im Gegensatz zur *repräsentativen Schulstichprobe* (18,7%; Differenz 8,4 Prozentpunkte) nur ungefähr halb so viele auffällige Ergebnisse; das heißt also, dass die Kinder im Bereich körperliche Gesundheit weniger Probleme empfanden als die Probanden der *repräsentativen Schulstichprobe*. Wie gerade erwähnt standen diese Ergebnisse im Widerspruch zu der Studie von Pongwilairat et al. (2005), welche eine Beeinträchtigung in der körperlichen Gesundheit von ADHS-Patienten im Vergleich zu Gesunden sah.

Verglich man die beiden Lebensqualitätsscores (**PR₀₋₇** und **LQ₀₋₂₈**; Tabelle 4.5 und 4.6) der *Stichprobe mit HKS* mit der *repräsentative Schulstichprobe* ergab sich, dass unser HKS-Kollektiv eine geringere Lebensqualität besaß als die *repräsentative Schulstichprobe*. Bei beiden Lebensqualitätsscores waren die gefundenen Abweichungen der HKS-Stichprobe zur *repräsentativen Schulstichprobe*, wie schon zuvor bei 4.2.2.3 beschrieben, signifikant (**Lebensqualitätsscore PR₀₋₇**: $p = 0,0050$; **Lebensqualitätsscore LQ₀₋₂₈**: $p = 0,0012$).

Diese niedrigere Lebensqualität zeigte sich auch, wie bereits geschildert, in den Studien von Harpin (2005), welcher eine geringere Lebenszufriedenheit für ADHS-Patienten in allen Lebensbereichen sah, und McKnight et al. (2002; zitiert nach Kramer (2007)), welcher feststellte, dass psychopathologisch auffällige oder erkrankte Kinder beziehungsweise Jugendliche über eine geringere Lebenszufriedenheit als gesunde verfügen.

Fremdeinschätzung:

Betrachtet man die Abb. 4.44 (nur die ersten sieben Items berücksichtigt) ergaben sich gleich in mehreren Bereichen **größere Probleme**. Einen Median von 3,0 besaßen (in absteigender Reihenfolge nach dem Mittelwert – in Klammern – sortiert): **Nerven/Laune** (3,2), **Andere Kinder** (2,7), **Schule** (2,6) und **Alles Zusammen** (2,5). Es lässt sich also schon als erste Aussage festhalten, dass die Fremdeinschätzung durch die Eltern mehr Bereiche als problematisch bewertete als die Selbsteinschätzung durch die Kinder. Die Kinder hatten in den ersten sieben Items nur bei **Nerven/Laune** (2,6) einen Median von 3,0 (siehe Abb. 4.41).

Zur Bestätigung der gefundenen Ergebnisse lässt sich im Bereich **Nerven/Laune** nochmals die Studie von Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) nennen, welche feststellten, dass Eltern gesunder Probanden ihre *Psyche* besser einschätzten als Eltern kranker Kinder. Von allen Bereichen erhielt die *Psyche* hier bei der Fremdeinschätzung die zweitbesten Werte (Mittelwert: 69,44 auf einer Scala von 1-100, wobei 100 eine sehr gute Lebensqualität bedeutete). Gleichzeitig sieht man aber auch, dass Eltern die *Psyche* scheinbar generell schlechter einschätzten als die Kinder selbst. Bei den gesunden Kindern betrug der Wert 80,31. Dies ergaben ebenso die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit: hier war der Median von *Psyche* bei der Selbst- sowie der Fremdeinschätzung zwar jeweils 3,0, aber der Mittelwert der Eltern – 3,2 – deutete auf noch größere Probleme als der Mittelwert der Kinder – 2,6.

Um die Ergebnisse von **Andere Kinder** und **Schule** zu belegen, lässt sich wieder das Resultat der Studie von Bastiaansen et al. (2004) heranziehen, welche hinsichtlich der Lebensqualität gerade das soziale und schulische Funktionsniveau beeinträchtigt sah.

Die Probleme im Bereich *Alles Zusammen stimmen* mit der Studie von Escobar et al. (2005) überein; welche 120 Probanden im Alter von 6-12 Jahren umfasste. Sie verglich einerseits unbehandelte neudiagnostizierte ADHS-Patienten mit Asthmatikern und andererseits mit gesunden Kindern. Die Angaben zur Lebensqualität wurden durch eine Fremdeinschätzung der Eltern mittels des 50 Items umfassenden Child Health Questionnaire-Parent Form (CHQ-PF50) gewonnen. Sie fand heraus, dass ADHS stark in das tägliche Leben von Kindern, Eltern und Familien eingreift; stärker als Asthma; dies bezog sich hauptsächlich auf Bereiche des psychosozialen Funktionsniveaus; im Vergleich zu gesunden Kindern waren sogar fast alle psychosozialen und körperlichen Domänen schlechter bewertet. Des Weiteren können die Ergebnisse durch die Studie von Sawyer et al. (2002) belegt werden. Sie untersuchten 3597 Kinder im Alter von 6-17 Jahren mit einer von drei psychischen Störungen (ADHS, Depression, Störung des Sozialverhaltens), einer körperlichen Störung oder keiner dieser Störungen. Es erfolgte eine Elternbefragung mittels des Child Health Questionnaire, wobei man feststellte, dass Kinder mit psychischen Störungen in verschiedensten Bereichen eine schlechtere Lebensqualität als gesunde aufwiesen und sie auch in manchen Bereichen eine schlechtere Lebensqualität besaßen als Kinder mit einer körperlichen Störung.

Worin sich die Eltern mit den Kindern aber einstimmig waren, war das Item *Gesundheit* mit den geringsten beziehungsweise, laut Dichotomisierung, keinen Problemen (Median: 2,0; Mittelwert: 1,7). Der HPE lag bei 10,0% (Tabelle 4.7). Hier lassen sich erneut die Studien von Escobar et al. (2005) und Pongwilairat et al. (2005) zitieren, die zu einer anderen Aussage kamen. Escobar et al. (2005) fand zusätzlich heraus, dass es bei ADHS-Patienten Anhaltspunkte für Beeinträchtigungen in körperlichen Fähigkeiten gibt. Daneben entdeckte ebenso Pongwilairat et al. (2005) in ihrer Selbst- und Fremdeinschätzung eine geringere körperliche Gesundheit bei ADHS-Patienten im Vergleich zu Gesunden.

Im Gegensatz zu all den genannten Studien konnten unsere Ergebnisse durch die Studie von Klassen et al. (2004), welche sich auf 131 ADHS-Patienten bezog, bestätigt werden. Mittels des Child Health Questionnaire wurden die Eltern nach Bereichen gefragt, welche die körperliche und psychosoziale Gesundheit ihres Kindes umfassten. Die Fremdeinschätzung wies eine vergleichbare körperliche Gesundheit zu Gesunden auf, wenngleich die Lebensqualität der ADHS-Patienten in den psychosozialen Bereichen beträchtliche Defizite zeigte.

Bei Abb. 4.45 kamen abgesehen von den Zusatzitems für Patienten (Punkt 8/9) auch die Zusatzitems für Patienteltern hinzu (10/11). Diese vier Items (*Probleme (Kind)*, *Untersuchung/Behandlung (Kind)*, *Probleme (Eltern)*, *Untersuchung/Behandlung (Eltern)*) wiesen alle Probleme auf (Median: 3,0).

Auch hierin stimmten die Einschätzungen von Kindern und Eltern überein: die Kinder hatten in Abb. 4.42 ebenfalls die Punkte 8 und 9 mit einem Median von 3,0 bewertet. Klassen et al. (2004) bekräftigten ihrerseits diese Ergebnisse; ADHS hatte beträchtliche Auswirkungen auf die seelische Gesundheit der Eltern sowie zeitliche Folgen für deren eigene Bedürfnisse.

Vergleich *Stichprobe mit HKS* zu *repräsentativer Telefonstichprobe*:

Die *Stichprobe mit HKS* war in fast allen Bereichen, ausgenommen dem Item **Körper**, schlechter als die *repräsentative Telefonstichprobe* (Abb. 4.46). Die allergrößten Differenzen lagen in den Bereichen **Familie** (33,3% zu 8,6%; fast vier mal so viele auffällige Ergebnisse), **Gesamt** (53,3% zu 15,4%; fast dreieinhalb mal so viele Auffälligkeiten), **Psyche** (73,3% zu 26,5%; mehr als zweieinhalb mal so viele Auffälligkeiten) und **Freunde** (53,3% zu 20,5%; zweieinhalb mal so viele auffällige Werte).

Als Beleg, dass Gesunde im Bereich **Familie** weniger Probleme hatten, kann nochmals die Studie von Klassen et al. (2004) aufgeführt werden. Diese fand zusätzlich heraus, dass die Probleme der ADHS-Patienten ebenfalls beträchtliche Auswirkungen auf die seelische Gesundheit und die eigenen Bedürfnisse der Eltern hatten und somit stark in die Familienunternehmungen und in den Familienzusammenhalt eingriffen.

Nur im Bereich **Körper** schnitt die *Stichprobe mit HKS* bei der Fremdeinschätzung im Vergleich zur *repräsentativen Telefonstichprobe* besser ab und zeigte weniger auffällige Werte. Allerdings war die Differenz mit 10,0% versus 10,2% (HKS versus Telefon) minimal und soll deshalb nicht weiter berücksichtigt werden.

Dass fast alle Bereiche der *repräsentativen Schulstichprobe* besser abschnitten war anzunehmen, da es sich bei diesen Daten um die Normwerte aus der Allgemeinbevölkerung handelte (Mattejat und Remschmidt 2006), welche hier gleichbedeutend zu einem gesunden Kollektiv gesetzt werden konnten. Des Weiteren kamen auch McKnight et al. (2002; zitiert nach Kramer (2007)), die, wie schon erwähnt, herausgefunden hatten, dass psychopathologisch auffällige oder erkrankte Kinder beziehungsweise Jugendliche eine geringere Lebenszufriedenheit hatten als gesunde, zu demselben Ergebnis. Diesen Unterschied zu Gesunden konnte ebenso die bereits genannte Studie von Sawyer et al. (2002) belegen. Kinder beziehungsweise Jugendliche mit psychischen Störungen besaßen in verschiedensten Bereichen eine grundlegend schlechtere Lebensqualität als gesunde Kinder.

Verglich man die beiden Lebensqualitätsscores (PR_{0-7} und LQ_{0-28} ; Tabelle 4.5 und 4.6) der *Stichprobe mit HKS* mit der *repräsentativen Telefonstichprobe* ergab sich, dass $\geq 50\%$ unserer HKS-Patienten eine geringere Lebensqualität besaßen als eine vergleichbare *repräsentative Telefonstichprobe*. Bei den beiden Lebensqualitätsscores waren die gefundenen Abweichungen der HKS-Stichprobe zur *repräsentativen Telefonstichprobe*, wie schon zuvor bei 4.2.2.3 erwähnt, signifikant ($p = < 0,0001$).

ILK-Ergebnisse im Vergleich: Im Vergleich Selbsteinschätzung/Fremdeinschätzung, soll nur auf die Mediane und Mittelwerte Bezug genommen werden (Abb. 4.47 und 4.48). Aus Abb. 4.47 konnte man entnehmen, dass die Eltern in sechs von neun Bereichen Probleme gesehen hatten, wohingegen die Kinder nur in drei von neun Bereichen Schwierigkeiten wahrnahmen. Abgesehen von den Bereichen *Nerven/Laune*, *Probleme* und *Untersuchung/Behandlung*, die auch die Kinder als problemhaft empfanden, nannten die Eltern drei weitere Bereiche – *Schule*, *Andere Kinder* und *Alles Zusammen*. Bei *Familie*, *Alleine* und *Gesundheit*, welche keine Probleme bereiteten, waren die Mediane übereinstimmend. Man kann also erkennen, dass die Fremdeinschätzung durch die Eltern nicht mit der Selbsteinschätzung der Kinder gleichzusetzen war; da sich also keine redundanten Aussagen ergaben, konnte die eine Informationsquelle auch nicht durch die andere ersetzt werden. Die Studie von Eiser und Morse (2001) zeigte, dass die Fremd- und die Selbsteinschätzung im Bereich der körperlichen Gesundheit gut übereinstimmten. Hinsichtlich der sozialen und emotionalen Bereiche im Sinne der psychischen Gesundheit ergaben sich allerdings nur geringe Übereinstimmungen. Dieses Ergebnis bestätigte genau die Erkenntnisse unserer Studie. Verglich man die Mittelwerte (Abb. 4.48) miteinander, so stimmte die Selbst- und Fremdeinschätzung in dem Item *Körper* (körperliche Gesundheit) komplett überein. Der Mittelwert betrug beide Male 1,7. Bei dem Item *Psyche* hingegen bestand die größte Differenz (0,6) der Aussagen von Kindern und Eltern. Die Kinder gaben einen Mittelwert von 2,6, die Eltern einen von 3,2 an. Ansonsten waren die einzelnen Differenzen der Items gar nicht einmal so exorbitant – meist betrug der Unterschied 0,1-0,3.

Zusammenfassend kann man sagen, sahen die Eltern bei ihren Kindern noch weitere Bereiche als problemhaft an und stuften somit deren Lebensqualität als noch niedriger ein als diese selbst; was ebenfalls die Studie von Schubert et al. (2003) zeigte. Hierbei wurden psychisch erkrankte Kinder als auch deren Eltern mittels ILK-Fragebögen zur Lebensqualität interviewt. Es ergab sich, dass Mütter von Kindern mit ADHS beziehungsweise mit Störungen des Sozialverhaltens die Lebensqualität ihrer Kinder, konstant über alle Bereiche hinweg, grundlegend schlechter bewerteten als diese selbst. Die Studie von Danckaerts et al. (2010) bekräftigte ebenfalls, dass Kinder mit ADHS ihre Lebensqualität nicht so negativ sahen wie ihre Eltern.

Im Vergleich mit der gesunden Kontrolle empfanden sich die Kinder nicht immer in ihrem Funktionsniveau eingeschränkt. Außerdem fand ebenso die Studie von Klassen et al. (2004) heraus, dass sich Kinder in vielen Bereichen besser beurteilten als ihre Eltern. Sie fanden die Selbsteinschätzung sei ein wichtiges Mittel, um die Lebensqualität zu eruieren; angesichts der Diskrepanzen schien es ihnen aber angemessen, ferner eine Fremdeinschätzung durchzuführen.

Zeitverteilung: Ergebnisse der ILK-Elternversion

Zu den Ergebnissen der Zeitverteilung (Abb. 4.49) sei nur erwähnt, dass sie im Großen und Ganzen den Resultaten der Allgemeinbevölkerung entsprochen haben dürften; wobei der Zeitverbrauch für *Hausaufgaben* (1,5 Stunden) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gering gewesen zu sein scheint, gerade wenn man bedenkt, dass im Bereich *Schule* ebenfalls große Schwierigkeiten lagen. Hierauf und auf alle weiteren Zeit-Items soll aber nicht näher eingegangen werden, da die Studie von Mattejat und Remschmidt (2006) hierzu keine Vergleichswerte angab.

5.3 BEANTWORTUNG DER FRAGEN

1. Unterscheidet sich – und wenn ja, inwiefern – das Psychosoziale Funktionsniveau und die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen im Alter zwischen 5 und 13 Jahren von gesunden Kindern und Jugendlichen in diesem Alter?

Diese Frage kann eindeutig mit **Ja** beantwortet werden; unsere Studie lieferte bei den ILK-Fragebögen sowohl für die Selbst- als auch für die Fremdeinschätzung in beiden Lebensqualitätsscores (PR₀₋₇ und LQ₀₋₂₈; Tabelle 4.5, 4.6, 4.8, 4.9) signifikante Ergebnisse hinsichtlich einer Abweichung der Lebensqualität zur Allgemeinbevölkerung. Ferner lieferte das ICF Core-Set beim Vergleich mit den Daten von Koolmuth (2010; Abb. 5.1, 5.2, 5.3) aussagekräftige Beeinträchtigungen in den allermeisten Bereichen des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder und Jugendlichen mit HKS. Dass man von einer allgemeinen Beeinträchtigung der Lebensqualität bei ADHS-Patienten im Vergleich zu Gesunden ausgehen muss, hatten homogen zahlreiche Studien bestätigen können, welche die Lebensqualität von psychisch erkrankten Kindern mit psychisch gesunden Kindern verglichen hatten: Bastiaansen et al. (2004), Escobar et al. (2005), Harpin (2005), Patrick et al. (2002), Pongwilairat et al. (2005) und Sawyer et al. (2002), um nur einige zu nennen. Unterschiede ergaben sich nur in den betroffenen Bereichen, in denen die Erkrankten Einschränkungen empfanden.

2. Wo liegen die stärksten Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus bei HKS-Patienten im Kindes- und Jugendalter – bezogen auf die Ergebnisse des ICF Core-Sets?

In der Fremdeinschätzung lagen die stärksten Beeinträchtigungen bei der Komponente der **Körperfunktionen** bei:

≥ 50% (Median: 3,0) der Patienten hatten **erhebliche** Probleme bei:
 Kapitel 1 (Mentale Funktionen):
 • **b140 Funktionen der Aufmerksamkeit** (3,0) sowie all seinen Unterpunkten:
b1402 Geteilte Aufmerksamkeit (3,0), b1403 Mit anderen geteilte Aufmerksamkeit (3,0), b1400 Daueraufmerksamkeit (3,0), b1401 Wechsel und Lenkung der Aufmerksamkeit (3,0)

≥ 50% (und Median: 2,0-1,5) der Patienten hatten **mäßige/ leichte bis mäßige** Probleme bei:
 Kapitel 1 (Mentale Funktionen):
 • **b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit** (2,0) sowie den Unterpunkten:
b1263 Psychische Stabilität (2,0), b1260 Extraversion (2,0), b1266 Selbstvertrauen (2,0)
 • **b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs** (2,0), als auch den Unterpunkten:
b1304 Impulskontrolle (2,0), b1300 Ausmaß der psychischen Energie (2,0)
 • **b147 Psychomotorische Funktionen** (2,0), dazu bei den Unterpunkten:
b1470 Psychomotorische Kontrolle (2,0), b1471 Qualität der psychomotorischen Funktionen (1,5)
 • **b164 Höhere kognitive Funktionen** (1,5) sowie den Unterpunkten:
b1642 Zeitmanagement (2,0), b1641 Organisieren, Planen und Problemlösen (2,0), b1646 Problemlösungsvermögen (2,0)

Bei **Aktivitäten und Partizipation** lagen die stärksten Beeinträchtigungen bei:

≥ 50% (und Median: 2,5) der Patienten hatten **mäßige bis erhebliche** Probleme bei:
 Kapitel 1 (Lernen und Wissensanwendung):
 • **d140 Lesen lernen** (2,5)
 • **d160 Aufmerksamkeit fokussieren** (2,5)

≥ 50% (und Median: 2,0-1,5) der Patienten hatten **mäßige/ leichte bis mäßige** Probleme bei:
 Kapitel 1 (Lernen und Wissensanwendung):
 • **d145 Schreiben lernen** (2,0); **d166 Lesen** (2,0); **d170 Schreiben** (2,0); **d175 Probleme lösen** (2,0) (*d1750 Einfache Probleme lösen (2,0), d1751 Komplexe Probleme lösen (2,0)*)
 Kapitel 2 (Allgemeine Aufgaben und Anforderungen):
 • **d220 Mehrfachaufgaben übernehmen** (2,0); **d230 Die tägliche Routine planen** (2,0); **d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen** (2,0)
 Kapitel 3 (Kommunikation):
 • **d355 Diskussionen** (2,0)
 Kapitel 7 (Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen):
 • bei **d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten** (1,0) waren die Unterpunkte
d7103 Kritik in Beziehungen (2,0) und d7102 Toleranz in Beziehungen (1,5) problemhaft; d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen (2,0) (d7202 Verhalten in Beziehungen regulieren (1,5))
 Kapitel 8 (Bedeutende Lebensbereiche):
 • **d820 Schulbildung** (2,0)

Diese Daten wurden den Abbildungen 4.7 bis 4.40 entnommen.

3. Wie kommen die Patienten in den einzelnen Lebensbereichen beziehungsweise im Alltag zurecht – bezogen auf die Ergebnisse der ILK-Fragebögen?

Berücksichtigt man zur Beantwortung der Frage nur die ersten sieben Items des ILK, galt, dass die **Kinder** den Bereich **Psyche** beziehungsweise **Nerven/Laune** (Patrick et al. 2002, Ravens-Sieberer und Bullinger 2000) als besonders problemhaft sahen (Abb.4.41, 4.42).

Ebenso die **Eltern** gaben die **Psyche** (Klassen et al. 2004) als das größte Problem an; abgesehen davon wurden aber auch noch **Schule** (Bastiaansen et al. 2004), **Freunde** beziehungsweise **Anderere Kinder** (Bastiaansen et al. 2004, Klassen et al. 2004) und **Gesamt** (Escobar et al. 2005, Sawyer et al. 2002) als problematisch eingestuft (Abb.4.44, 4.45).

4. Im Speziellen: Sind die Beeinträchtigungen der Patienten, die man im klinischen Alltag findet, im ICF Core-Set und in den ILK-Fragebögen enthalten?

Zum ICF Core-Set: Ja, die einzelnen Beeinträchtigungen im psychosozialen Funktionsniveau, die das Leben der HKS-Patienten mitbestimmen, sind im ICF Core-Set enthalten. Die Symptomtrias von Brunnhuber et al. (2005) spiegelte sich in folgenden Items wider (in Klammern der Median; siehe Abb. 5.2, 5.3):

<p>1. Aufmerksamkeitsdefizit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • b140 Funktionen der Aufmerksamkeit (3,0) • d160 Aufmerksamkeit fokussieren (2,5) <p>im weiteren Sinne auch noch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • d175 Probleme lösen (2,0) • b164 Höhere kognitive Funktionen (1,5) • d220 Mehrfachaufgaben übernehmen (2,0) • d230 Die tägliche Routine planen (2,0) 	<p>2. Impulsivität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (2,0) • b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (2,0) • d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen (2,0)
	<p>3. Überaktivität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • b147 Psychomotorische Funktionen (2,0)

Als häufige Komorbidität (10-25%) treten Teilleistungsstörungen (Peters 2004) auf; diese Lernschwierigkeiten kann man in den Items **d140 Lesen lernen** (2,5); **d145 Schreiben lernen** (2,0); **d166 Lesen** (2,0); **d170 Schreiben** (2,0) und **d820 Schulbildung** (2,0) erkennen und sieht, dass die Patienten mit Lesen und Schreiben deutlich mehr Probleme haben als mit Rechnen. Die Stressintoleranz, die bei Krause et al. (1998) zu finden ist, kann mit dem Item **d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen** (2,0) gleichgesetzt werden; dass die psychische Situation bei ADHS-Patienten schlechter ist, belegten bereits die Studien von Klassen et al. (2004) und Ravens-Sieberer und Bullinger (2000). Die Schwierigkeiten mit Anderen beziehungsweise die Beeinträchtigungen im sozialen Funktionsniveau zeigten sich in den Items **d355 Diskussionen** (2,0) und **d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten** (1,0) und werden in der Studie von Bastiaansen et al. (2004) ebenfalls bestätigt.

Zu den ILK-Fragebögen: Ja, die Einschränkungen der meisten Bereiche der Lebensqualität im Alltag der HKS-Patienten konnten die vorliegenden ILK-Ergebnisse (Abb. 4.43 und Abb. 4.46) bestätigen; dass verschiedenste Bereiche der Lebensqualität im Alltag beeinträchtigt sind zeigten unter anderem Escobar et al. (2005), Pongwilairat et al. (2005) und Sawyer et al. (2002), um nur einige zu nennen.

Es sind im ILK nicht direkt Aspekte der Symptomtrias betroffen, sondern eher die verschiedenen Lebensbereiche im Allgemeinen beziehungsweise ferner die Komorbiditäten. Am stärksten berührt sahen die Kinder als auch die Eltern den Bereich *Psyche* (Klassen et al. 2004, Patrick et al. 2002, Ravens-Sieberer und Bullinger 2000). Des Weiteren stuften die Eltern außerdem noch die Bereiche *Schule* (Bastiaansen et al. 2004), *Freunde* (Bastiaansen et al. 2004, Klassen et al. 2004) und *Gesamt* (Escobar et al. 2005, Sawyer et al. 2002) als schwierig ein. Diese Bereiche spiegeln indirekt die häufigsten Komorbiditäten wider: Störungen des Sozialverhaltens (50%) und umschriebene Entwicklungsstörungen – wozu auch die Teilleistungsstörungen (10-25%) gerechnet werden (Döpfner et al. 2007, Peters 2004).

5.4 EINSCHRÄNKUNGEN DER STUDIE

Die Anzahl von 30 Probanden war zwar ausreichend um aussagekräftige und signifikante Ergebnisse hinsichtlich des psychosozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit HKS zu erzielen, aber um noch gehaltvollere Aussagen machen zu können, hätte das Kollektiv größer sein müssen. Aufgrund dieser relativ kleinen Gruppe konnte somit eine Generalisierung der Ergebnisse für andere HKS-Patienten nur mit der gebotenen Vorsicht vorgenommen werden. Eine allgemeine Verminderung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität lies sich aber einheitlich auch in anderen Studien bestätigen; Unterschiede lagen allein in der Problemhäufigkeit einzelner Bereiche (Escobar et al. 2005, Harpin 2005, McKnight et al. 2002; zitiert nach Kramer 2007, Sawyer et al. 2002), um nur einige zu nennen.

Eine weitere Einschränkung der Studie lag darin, dass die Angaben der Probanden nicht nach Alters- oder Geschlechtseffekten untersucht wurden. Dass hinsichtlich der Lebensqualität solche Effekte bestehen, konnten bereits Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) und Matthejat und Remschmidt (2006) nachweisen.

Unsere Studie unterschied sich in den soziodemografischen Angaben von der Vergleichsstudie von Koolmuth (2010). Noch gehaltvollere und validere Vergleiche wären eventuell durch Konzipierung der beiden Studien als Fall-Kontroll-Studien möglich gewesen.

5.5 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND OFFENE FRAGEN: IM SPEZIELLEN FÜR DIE VORLIEGENDE STUDIE SOWIE AUCH IM ALLGEMEINEN

Es lässt sich **schlussfolgernd für die vorliegende Studie** feststellen, dass aussagekräftige Informationen über die Selbst- beziehungsweise Fremdeinschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen gewonnen werden konnten. Mittels des Vergleichs einerseits im Bereich des ICF mit den Daten von Koolmuth (2010) und andererseits im Bereich des ILKs mit den Ergebnissen von Mattejat und Remschmidt (2006) ließen sich signifikante Unterschiede zwischen HKS-Patienten und der Allgemeinbevölkerung aufzeigen. Man hat also mit dem ICF Core-Set und den ILK-Fragebögen in der Praxis valide Messinstrumente, die ökonomisch, zeitlich vertretbar und effizient sind; außerdem dienen sie der Qualitätssicherung. Sie können die Stärken und Schwächen der Patienten aufzeigen, ermitteln prognostisch relevante Faktoren, identifizieren problembelastete Lebensbereiche und vermitteln somit Informationen, auf was man besonders achten muss. Folglich bieten sie einen effektiven Ansatz zur Hilfestellung bei psychosozialen, diagnostischen und therapeutischen Fragen. Sie ermöglichen die Zielsetzung bei der individuellen Therapieplanung sowie die Überprüfung der Therapieziele im Verlauf. Durch Förderung von Stärken und Reduzierung von Beeinträchtigungen kann folglich die Lebenszufriedenheit gesteigert werden.

Unsere Ergebnisse beruhen auf Angaben, wie wenn der Proband ohne Medikation wäre, daraus ergibt sich eine **offene unbeantwortete Frage**: „Wie verändert sich die Lebensqualität unter Medikation?“ Solch eine Studie ist bereits an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg in Bearbeitung.

Im Allgemeinen lässt sich **schlussfolgern**, dass trotz der zunehmenden Beschäftigung mit dem Thema Lebensqualität, gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterhin noch ein großer Forschungsbedarf besteht. Natürlich ist es wichtig sich auch in all den anderen medizinischen Disziplinen mit der Lebensqualität zu beschäftigen, aber gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es viele Krankheiten, die chronisch verlaufen können und das Leben der Patienten steht hier erst am Anfang. Die Lebensqualität, die man in diesem jungen Stadium noch gewinnen kann, ist mit nichts zu vergleichen. Wird ein Problem hier allerdings nicht diagnostiziert oder therapiert, könnte dies eine lebenslang niedrigere Lebensqualität nach sich ziehen, welche weitreichende Folgen hätte...

Eine wichtige Aufgabe ist, verantwortungsvoll mit den gewonnenen Erkenntnissen umzugehen und ihnen Taten folgen zu lassen!

Demzufolge muss in nächster Zeit gleich auf mehreren Ebenen weiter gearbeitet werden; neben den Eltern sollen außerdem die verschiedenen Erziehungseinrichtungen sowie die an der öffentlichen Gesundheitsfürsorge beteiligten Verwaltungen stärker informiert und beraten werden. Ferner muss die Politik unterstützend eingreifen, um die bestehenden Versorgungsstrukturen zu verbessern; vielerorts scheitert die notwendige individuelle multimodale Diagnostik und Therapie noch immer schlichtweg an der Versorgungsrealität und kann derzeit nicht flächendeckend gewährleistet werden. Stärkere Zusammenarbeit der Ärzte untereinander sowie mit Psychologen, Selbsthilfegruppen und mit weiteren an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen und eine intensiver verfolgte Verlaufsbeobachtung wären wünschenswert (Caspers-Merk et al. 2002).

In der Forschung müssen weiterhin **offene Fragen** geklärt werden, da, trotz deutlicher Fortschritte in den letzten Jahrzehnten, bisher keine abschließende vollständige Erklärung der Ursachen für diese multifaktorielle Erkrankung – ADHS – geliefert werden konnte. Ebenso wie zu den Ursachen gibt es auch zu den Therapien noch einige **offene Fragen**: Wie ist der langfristige Einfluss der Medikamente auf die Entwicklung und Persönlichkeit des Kindes, wie gut wirken andere Medikamente oder wirken ebenfalls nicht-medikamentöse Therapieansätze effektiv (Caspers-Merk et al. 2002)? Außerdem konnte bereits gezeigt werden, dass Medikamente die Lebensqualität von ADHS-Patienten steigern können: Die Metaanalyse von Perwien et al. (2004) ergab, dass die Behandlung mit Atomoxetin positive Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern mit ADHS hatte. Es konnten sich, im Gegensatz zur Placebogruppe, signifikante Verbesserungen im psychosozialen Funktionsniveau finden. Diese Verbesserung unter Atomoxetin konnten ferner die Metaanalysen von Biederman et al. (2007) und Cheng et al. (2007) bestätigen. Es stellt sich also die Frage, ob der Nutzen der Medikamente deren Nachteile überwiegen kann?

Trotz aller Messungen und Forschungen zum Thema Lebensqualität bleibt dieser Begriff ein Konstrukt; er lässt sich nicht genau fassen oder gar messen. Stattdessen ist die Lebensqualität ein theoretisch konstruierter Begriff, dessen Variablen eine Darstellung liefern mit zwar möglichst guten, aber nicht perfekten Maßen des Konstruktes. So ist auch ein Instrument zur Messung der Lebensqualität nur ein ungefährender Indikator. „However, a construct can never be fully operationalized by its measurements“ (Wallander 2001). Laut Wallander besteht immer eine Differenz zwischen der Messung und dem, was uns wirklich interessiert. Außerdem enthalten solche Konstrukte, abhängig vom Betrachter, unterschiedliche Komponenten und können demzufolge unterschiedlich definiert werden (Schönfeld 2008, Wallander 2001; zitiert nach Schönfeld 2008).

6 ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung: Die Hyperkinetischen Störungen stellen eines der häufigsten chronisch verlaufenden Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter dar und nehmen auf viele Lebensbereiche Einfluss (Huss 2004). Deshalb rückt gerade das Thema Lebensqualität in letzter Zeit zunehmend in den Blickpunkt. Es ist nicht mehr ausreichend nur Symptome zu beachten, sondern es muss systematisch die Lebensqualität als Ganzes erfasst werden, um eine Qualitätssicherung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu ermöglichen (Kramer 2007).

Zielsetzung: Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (ICF) und der Lebensqualität (ILK) von Kindern/Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen.

Patienten/Methoden: Das psychosoziale Funktionsniveau von 30 Patienten mit *F90.0/F90.1*, im Alter von 5-13 Jahren (9,5 Jahre (\pm 1,8); 21 Jungen, 9 Mädchen) wurde in einer Elterneinschätzung mittels eines ICF Core-Sets erfasst. Zur Bewertung der Lebensqualität beantworteten alle Patienten und deren Eltern zusätzlich einen ILK-Fragebogen.

Ergebnisse: ICF: Im Bereich *Körperfunktionen* hatten $\geq 50\%$ der Patienten erhebliche Probleme (Median 3,0) bei: *Funktionen der Aufmerksamkeit*. Mäßige/leichte bis mäßige Probleme (Median: 2,0-1,5) ergaben sich bei $\geq 50\%$ bei: *Funktionen von Temperament und Persönlichkeit, Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs, Psychomotorische Funktionen und Höhere kognitive Funktionen*. Im Bereich *Aktivitäten und Partizipation* hatten $\geq 50\%$ der Patienten mäßige bis erhebliche Probleme (Median 2,5) bei: *Lesen lernen und Aufmerksamkeit fokussieren*. Mäßige/ leichte bis mäßige Probleme (Median: 2,0-1,5) hatten $\geq 50\%$ der Patienten bei: *Schreiben lernen, Lesen, Schreiben, Probleme lösen, Mehrfachaufgaben übernehmen, Die tägliche Routine planen, Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen, Diskussionen, Elementare interpersonelle Aktivitäten, Komplexe interpersonelle Interaktionen und Schulbildung*. **ILK:** Die Kinder gaben *Psyche* als größtes Problem an, die Eltern zusätzlich noch *Schule, Freunde* und *Gesamt* (jeweils mit einer HPE von $\geq 50\%$). Die Selbsteinschätzung der HKS-Patienten war im Vergleich zur *repräsentativen Schulstichprobe* bei den Items *Schule, Familie, Freunde, Psyche* und *Gesamt* schlechter; hingegen bei *Alleine* und *Körper* schnitt sie besser ab. Bei der Elterneinschätzung waren im Vergleich zur *repräsentativen Telefonstichprobe*, bis auf das Item *Körper* (hier waren die Ergebnisse annähernd gleich), alle Bereiche schlechter.

Diskussion/Schlussfolgerung: Die vorliegende Studie konnte im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung (Koolmuth 2010; Matzejat und Remschmidt 2006) signifikante Unterschiede liefern. In der Fremdschätzung zeigten HKS-Patienten deutliche Beeinträchtigungen im psychosozialen Funktionsniveau. Die Bewertung ihrer Lebensqualität fiel insgesamt schlechter aus als bei Gesunden, ergab aber in der Selbsteinschätzung noch etwas bessere Ergebnisse. Die gewonnenen Erkenntnisse können dabei helfen, das psychosoziale Funktionsniveau und die Lebensqualität zu verbessern, indem man versucht, Stärken zu fördern sowie psychosoziale, diagnostische und therapeutische Interventionen besser auf den individuellen Bedarf abzustimmen. Die Resultate der Messinstrumente dienen hierbei der Zielsetzung und Überprüfung im Verlauf. Das Wohl der Patienten sollte bei allen Handlungen im Vordergrund stehen!

7 LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

Hinweis: Alle zitierten Websites wurden letztmals am 27.4.2010. abgerufen.

Antkowiak R., Rajewski A. (1998)

Administration of moclobemide++ in children with attention deficit hyperactivity disorder, *Psychiatr Pol*; 32(6):751-7

Arnold L.E. (1996)

Sex differences in ADHD: conference summary, *J Abnorm Child Psychol*; 24(5):555-69

Banaschewski T., Roessner V., Dittmann R.W., Santosh P.J., Rothenberger A. (2004)

Non-stimulant medications in the treatment of ADHD, *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 13 Suppl 1:1102-16

Banerjee T.D., Middleton F., Faraone S.V. (2007)

Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder, *Acta Paediatr*; 96(9):1269-74

Bargele B., Bausch J., Bohn M., Neuhaus C., Puls J.-H., Resch F., Schmid G., Schulte-Markwort M. (2006)

ADHS in der Schule Strategien für den Unterricht. In: Lilly Deutschland GmbH Bad Homburg (Hrsg.), 2. Aufl. PPPP Service, Gladenbach-Weidenhausen, S. 8-15

Barkley R.A. (2006)

The relevance of the still lectures to attention-deficit/hyperactivity disorder: a commentary, *J Atten Disord*; 10(2):137-40

Barkley R.A., Fischer M., Smallish L., Fletcher K. (2002)

The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder, *J Abnorm Psychol* 2002; 111(2): 279-89

Bastiaansen D., Koot H.M., Ferdinand R.F., Verhulst F.C. (2004)

Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 43(2):221-30

Baumeister J.J., ShROUT P.E., Chávez L., Rubio-Stipec M., Ramírez R., Padilla L., Anderson A., García P., Canino G. (2007)

ADHD and gender: are risks and sequel of ADHD the same for boys and girls? *J Child Psychol Psychiatry*; 48(8):831-9

Bettge S., Ravens-Sieberer U. (2003)

Protective factors for mental health of children and adolescents--empirical results validating a concept, *Gesundheitswesen*; 65(3):167-72

Biederman J., Faraone S.V. (2005)

Attention-deficit hyperactivity disorder, *Lancet*; 366(9481):237-48

Biederman J., Mick E., Faraone S.V., Braaten E., Doyle A., Spencer T., Wilens T.E., Frazier E., Johnson M.A. (2002)

Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic, *Am J Psychiatry*; 159(1):36-42

Biederman J., Spencer T.J., Newcorn J.H., Gao H., Milton D.R., Feldman P.D., Witte M.M. (2007)

Effect of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to atomoxetine in children with ADHD: a meta-analysis of controlled clinical trial data, *Psychopharmacology (Berl)*; 190(1):31-41

Bradley C. (1937)

The behaviour of children receiving benzedrine, *Am J Psychiatry*; 94:577-585; zitiert nach Freisleder (2003)

Brunnhuber S., Frauenknecht S., Lieb K. (2005)

Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 5. Aufl. Elsevier Urban und Fischer, München/Jena, S. 82-83, 318-320 und 373-375

Buitelaar J.K. (2002)

Epidemiological aspects: What have we learned over the last decade? In: Sandberg S. (Hrsg.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood*, Cambridge UK: Cambridge University Press 2002, Co; 30-63

Bullinger M., von Mackense S., Kirchberger I. (1994)

KINDL – Ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern, *Z Gesundheitspsychologie*; 2: 64-77

Bundesärztekammer (2005)

Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“-Langfassung, Berlin

Caroppo D. (2009)

DAK: Immer mehr Kinder in Baden-Württemberg schlucken ADHS-Pillen, URL: <http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/434450499BD8AF08C1257685003EF4C6?open> (07.04.2010)

Caspers-Merk M., Resch F., Skrodzki K. (2002)

Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Cheng J.Y., Chen R.Y., Ko J.S., Ng E.M. (2007)

Efficacy and safety of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents-meta-analysis and meta-regression analysis, *Psychopharmacology (Berl)*; 194(2):197-209

Chronis A.M., Jones H.A., Raggi V.L. (2006)

Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Clin Psychol Rev*; 26(4):486-502

Colomé R., Sans A., López-Sala A., Boix C. (2009)

Non-verbal learning disorder: cognitive-behavioural characteristics and neuropsychological aspects, *Rev Neurol*; 27;48 Suppl 2:S77-81

Cook E.H. Jr., Stein M.A., Krasowski M.D., Cox N.J., Olkon D.M., Kieffer J.E., Leventhal B.L. (1995)

Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene, *Am J Hum Genet*; 56(4):993-8

Cortese S., Faraone S.V., Konofal E., Lecendreux M. (2009)

Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 48(9):894-908

Coulter M.K., Dean M.E. (2007)

Homeopathy for attention deficit/hyperactivity disorder or hyperkinetic disorder, *Cochrane Database Syst Rev*; (4):CD005648

Danckaerts M., Sonuga-Barke E.J., Banaschewski T., Buitelaar J., Döpfner M., Hollis C., Santosh P., Rothenberger A., Sergeant J., Steinhausen H.C., Taylor E., Zuddas A., Coghill D. (2010)

The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: asystematic review, *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 19(2):83-105

Derks E.M., Dolan C.V., Hudziak J.J., Neale M.C., Boomsma D.I. (2007)

Assessment and etiology of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in boys and girls, *Behav Genet*; 37(4):559-66

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2010)

ICF-Projekte im deutschsprachigen Raum, URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/icf-projekte.html> (13.03.2010)

Döpfner M., Frölich J., Lehmkuhl G. (2000)

Hyperkinetische Störungen – Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Döpfner M., Lehmkuhl G. (2003)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, ADHS: Fragen und Antworten, Informationen für Eltern, Lehrer und Erzieher, Medice Arzneimittel Pütter GmbH und Co. KG Iserlohn, S. 8-38

Döpfner M., Lehmkuhl G., Schepker R. & Frölich J. (2007)

Hyperkinetische Störungen (F90). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.), Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter 3. Aufl., Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S. 239-254

Duane D.D. (1989)

Neurobiological correlates of learning disorders, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 28(3):314-8

Durston S., Fossella J.A., Casey B.J., Hulshoff Pol H.E., Galvan A., Schnack H.G., Steenhuis M.P., Minderaa R.B., Buitelaar J.K., Kahn R.S., van Engeland H. (2005)

Differential effects of DRD4 and DAT1 genotype on fronto-striatal gray matter volumes in a sample of subjects with attention deficit hyperactivity disorder, their unaffected siblings, and controls, *Mol Psychiatry*; 10(7):678-85

Egeler R. (2010)

Statistisches Bundesamt Deutschland, URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>
(07.04.2010)

Eiser C., Morse R. (2001)

Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood, *Health Technol Asses*; 5(4):1-157

Ellison-Wright I., Ellison-Wright Z., Bullmore E. (2008)

Structural brain change in Attention Deficit Hyperactivity Disorder identified by meta-analysis, *BMC Psychiatry*; 8:51

Escobar R., Soutullo C.A., Hervas A., Gastaminza X., Polavieja P., Gilaberte I. (2005)

Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children, *Pediatrics*; 116(3):e364-9

Fabiano G.A., Pelham W.E. Jr., Coles E.K., Gnagy E.M., Chronis-Tuscano A., O'Connor B.C. (2009)

A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder, *Clin Psychol Rev*; 29(2):129-40

Faraone S.V., Biederman J., Spencer T.J., Aleardi M. (2006)

Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis, *MedGenMed*; 8(4):4

Faraone S.V., Doyle A.E., Mick E., Biederman J. (2001)

Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D(4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder, *Am J Psychiatry*; 158(7):1052-7

Faraone S.V., Khan S.A. (2006)

Candidate gene studies of attention-deficit/hyperactivity disorder, *J Clin Psychiatry*; 67 Suppl 8:13-20

Faraone S.V., Sergeant J., Gillberg C., Biederman J.(2003)

The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*; 2(2):104-113; zitiert nach Wilens (2007)

Fheodoroff K., Mairhofer H. (2008)

Hintergrund und Entstehungsgeschichte der ICF, URL: http://www.management-partners.at/icf/de/anwendung/icf_grundlagen.php (27.04.2010)

Findling R.L., Greenhill L.L., McNamara N.K., Demeter C.A., Kotler L.A., O'Riordan M.A., Myers C., Reed M.D. (2007)

Venlafaxine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder, *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 17(4):433-45

Forero D.A.; Arboleda G.H., Vasquez R., Arboleda H. (2009)

Candidate genes involved in neural plasticity and the risk for attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of 8 common variants, *J Psychiatry Neurosci*; 34(5):361-6

Freisleder F.J. (2003)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Erkennen und Behandeln der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Medice Arzneimittel Pütter GmbH und Co. KG Iserlohn (Hrsg.), Ponte Press, Bochum, S. 1-24

Garnock-Jones K.P., Keating G.M. (2009)

Atomoxetine: a review of its use in attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents, *Paediatr Drugs*; 11(3):203-26

Giedd J.N., Blumenthal J., Molloy E., Castellanos F.X. (2001)

Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder, *Ann N Y Acad Sci*; 931:33-49

Gizer I.R., Ficks C., Waldman I.D. (2009)

Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review, *Hum Genet*; 126(1):51-90

Graham P., Stevenson J., Flynn D. (1997)

A new measure of health-related quality of life for children: Preliminary findings, *Psychology and Health*; 12(5): 655-665; zitiert nach Schönfeld (2008)

Grill E., Ewert T., Chatterji S., Kostanjsek N., Stucki G. (2005)

ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities, *Disability and Rehabilitation*; 27(7-8):361-366

Gullone E., Cummins R.A. (1999)

The Comprehensive Quality of Life Scale: A Psychometric Evaluation with an Adolescent Sample, *Behaviour Change*; 16(2):127-139

Habib M. (2000)

The neurological basis of developmental dyslexia: an overview and working hypothesis, *Brain*; 123 Pt 12:2373-99

Harpin V. A. (2005)

The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from pre-school to adult life, *Arch Dis Child*; 90 Suppl 1:i2-7

Hawkins W.E., Hawkins M.J., Seeley J. (1992)

Stress, health-related behavior and quality of life on depressive symptomatology in a sample of adolescents, *Psychological Reports*; 71:183-186

Heath C.T.Jr., Wright H.H., Batey S.R. (1990)

Attention deficit hyperactivity disorder: does it affect adults too? *South Med J*; 83(12):1396-401

Heiligenstein E., Anders J. (1997)

Pemoline in adult attention deficit hyperactivity disorder: predictors of nonresponse, *J Am Coll Health*; 45(5):225-9

Heiser P., Frey J., Smidt J., Sommerlad C., Wehmeier P.M., Hebebrand J., Remschmidt H. (2004)

Objective measurement of hyperactivity, impulsivity, and inattention in children with hyperkinetic disorders before and after treatment with methylphenidate, *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 13(2):100-4

Heiser P., Friedel S., Dempfle A., Konrad K., Smidt J., Grabarkiewicz J., Herpertz-Dahlmann B., Remschmidt H., Hebebrand J. (2004)

Molecular genetic aspects of attention-deficit/hyperactivity disorder, *Neurosci Biobehav Rev*; 28(6):625-41

Hesslinger B., Tebartz van Elst L., Nyberg E., Dykieriek P., Richter H., Berner M., Ebert D. (2002)

Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults--a pilot study using a structured skills training program, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 252(4):177-84

Hill D. (1947)

Amphetamine in psychopathic states, *Br J Addiction*; 44:50-54

Himelstein J., Newcorn J.H., Halperin J.M. (2000)

The neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder, *Front Biosci*; 5:D461-78

Himpel S., Banaschewski T., Heise C.A., Rothenberger A. (2005)

The safety of non-stimulant agents for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder, *Expert Opin Drug Saf*; 4(2):311-21

Hoffmann H. (1900).

Der Struwwelpeter: oder lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3 bis 6 Jahren, Literarische Anstalt von Rütten & Loening, Frankfurt am Main

Holzen Beusch E. von, Rodoni M., Stalder F., Steinke L. (2005)

Leitfaden für Lehrpersonen und schulische Dienste bei Verdacht auf ADS/POS bei Kindern und Jugendlichen, erstellt im Auftrag der Konferenz der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen des Kantons Luzern durch die Arbeitsgruppe ADS/POS, S. 3-5

Huss M. (2004)

Vorbereitung der Erhebung und Auswertung zur Prävalenz des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) in Deutschland im Rahmen des Kinder- und Jugend-Surveys des Robert-Koch-Instituts. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) Bonn

Huss M., Hölling H., Kurth B.M., Schlack R. (2008)

How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS), *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 17 Suppl 1:52-8

Hutchinson A.D., Mathias J.L., Banich M.T. (2008)

Corpus callosum morphology in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analytic review, *Neuropsychology*; 22(3):341-9

ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (2005)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.), 1. Aufl. 2006: Stand 2005, Medizinische Medien Informations GmbH (MMI), Neu-Isenburg, S. 1-340

Kahbazi M., Ghoreishi A., Rahiminejad F., Mohammadi M.R., Kamalipour A., Akhondzadeh S. (2009)

A randomized, double-blind and placebo-controlled trial of modafinil in children and adolescents with attention deficit and hyperactivity disorder, *Psychiatry Res*; 168(3):234-7

Katz S. (1987)

The science of quality of life, *J Chronic Dis*; 40(6):459-463

Kebir O., Tabbane K., Sengupta S., Joober R. (2009)

Candidate genes and neuropsychological phenotypes in children with ADHD: review of association studies, *J Psychiatry Neurosci*; 34(2):88–101

Kim H.W., Cho S.C., Kim B.N., Kim J.W., Shin M.S., Kim Y. (2009)

Perinatal and familial risk factors are associated with full syndrome and subthreshold attention-deficit hyperactivity disorder in a Korean community sample, *Psychiatry Investig*; 6(4):278-85

Kirchberger I., Cieza A. (2008)

ICF Core Sets: ein Update, URL:

http://www.herzogsaeigmuehle.de/fileadmin/PDF/webherzogsaeigmuehle/7_Core_Sets_Entwicklung_Dr._Kirchberger.pdf (27.04.2010)

Klassen A.F., Miller A., Fine S. (2004)

Health-related Quality of Life in Children and Adolescents who have a diagnosis in attention-deficit/hyperactivity disorder, *Pediatrics*; 114(5):e541-7

Knieler T. (2009)

Immer mehr Kinder schlucken Pillen gegen ADHS, URL: <http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/8CC56C76D315FF7AC12576850056EFDF?open> (07.04.2010)

Knight L.A., Rooney M., Chronis-Tuscano A. (2008)

Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder, *Curr Psychiatry Rep*; 10(5):412-8

Koolmuth C. (2010): Publikation in Vorbereitung

Psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, Med. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau

Kramer W.H. (2007)

Lebensqualität bei psychisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse aus einer kontrollierten Vergleichsuntersuchung, Med. Dissertation, Philipps-Universität Marburg

Krause K.H., Krause J., Trott G.E. (1998)

Hyperkinetic syndrome (attention deficit-/hyperactivity disorder) in adulthood, *Nervenarzt*; 69(7):543-556

LaHoste G.J., Swanson J.M., Wigal S.B., Glabe C., Wigal T., King N., Kennedy J.L. (1996)

Dopamine D4 receptor gene polymorphism is associated with attention deficit hyperactivity disorder, *Mol Psychiatry*; 1(2):121-4

Landgraf J.M., Abetz L.N. (1997)

Functional Status and well-being of children representing three cultural groups: initial self-reports using the CHQ-CF87, *Psychology and Health*; 12:839-854; zitiert nach Schönfeld (2008)

Landgraf J.M., Abetz L., Ware J.E. (1999)

The CHQ User's Manual, 2nd edition, Boston: HealthAct

Li D., Sham P.C., Owen M.J., He L. (2006)

Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), *Hum Mol Genet*; 15:2276-84

Lou H.C., Henriksen L., Bruhn P. (1990)

Focal cerebral dysfunction in developmental learning disabilities, *Lancet*; 335(8680):8-11

Lou H.C., Henriksen L., Bruhn P., Børner H., Nielsen J.B. (1989)

Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder, *Arch Neurol*; 46(1):48-52

Madras B.K., Miller G.M., Fischman A.J. (2005)

The dopamine transporter and attention-deficit/hyperactivity disorder, *Biol Psychiatry*; 57(11):1397-409

Maher B.S., Marazita M.L., Ferrell R.E., Vanyukov M.M. (2002)

Dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis, *Psychiatr Genet*; 12(4):207-15

Mattejat F., Jungmann J., Meusers M., Moik C., Nölkel P., Schaff C., Schmidt M.H., Scholz M., Remschmidt H. (1998)

Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) - Eine Pilotstudie, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*; 26(3):174-182

Mattejat F., Remschmidt H. (2006)

ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, S. 9-20

Mattejat F., Simon B., König U., Quaschner K., Barchewitz C., Felbel D., Herpertz-Dahlmann B., Höhne D., Janthur B., Jungmann J., Katzenski B., Naumann A., Nölkel P., Schaff C., Schulz E., Warnke A., Wienand F., Remschmidt H. (2003)

Quality of life of children and adolescents with psychiatric disorders. Results of the 1st multicenter study with an inventory to assess the quality of life in children and adolescents, *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*; 31(4):293-303

Max J.E., Fox P.T., Lancaster J.L., Kochunov P., Mathews K., Manes F.F., Robertson B.A., Arndt S., Robin D.A., Lansing A.E. (2002)

Putamen lesions and the development of attention-deficit/hyperactivity symptomatology, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 41(5):563-71

McKnight C.G., Huebner E.S., Suldo S. (2002)

Relationship among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction in adolescents, *Psychology in the School*; 39(6): 677-687; zitiert nach Kramer (2007)

Mészáros A., Czobor P., Bálint S., Simon V., Bitter I. (2007)

Pharmacotherapy of adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a systematic review, *Psychiatr Hung*; 22(4):259-70

Mick E., Biederman J., Prince J., Fischer M.J., Faraone S.V. (2002)

Impact of low birth weight on attention deficit hyperactivity disorder, *J Dev Behav Pediatr*; 23(1): 16-22

Murphy K.R., Barkley R.A. (1996)

Parents of children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: psychological and attentional impairment, *American Journal of Orthopsychiatry*; 66(1):93-102

Neto F. (1993)

The Satisfaction with Life Scale: Psychometric properties in an adolescent sample, *Journal of Youth and Adolescence*; 22:125–134; zitiert nach Gullone und Cummis (1999)

Nievergelt H., Wunsch-Ramsperger B. (2009)

Karlschule Freiburg, URL: <http://www.karlschule.fr.bw.schule.de> (11.03.2010)

Nikolas M.A., Burt S.A. (2010)

Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: a meta-analysis, *J Abnorm Psychol*; 119(1):1-17

Nøvik T.S., Hervas A., Ralston S.J., Dalsgaard S., Rodrigues Pereira R., Lorenzo M.J.; ADORE Study Group (2006)

Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe – ADORE, *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 15 Suppl 1:115-24

Palmer E.D., Finger S. (2001)

An early description of ADHD (Inattention Subtype): Dr. Alexander Crichton and the "Mental Restlessness" (1798), *Child Psychology and Psychiatry Review*; 6, 66-73

Patrick D.L., Edwards T.C., Topolski T.D. (2002)

Adolescent quality of life, Part II: initial validation of a new instrument, *J Adolesc*; 25(3):287-300

Perwien A.R., Faries D.E., Kratochvil C.J., Sumner C.R., Kelsey D.K., Allen A.J. (2004)

Improvement in health-related quality of life in children with ADHD: an analysis of placebo controlled studies of atomoxetine, *J Dev Behav Pediatr*; 25(4):264-71

Peters U. (2004)

adhs aufmerksamkeitsdefizit/hyperaktivitätsStörung...was bedeutet das? Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln, S. 3-30

Philipsen A. (2007)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter Praktikumsbegleitende Theorieveranstaltung, URL: http://www.uniklinik-freiburg.de/psych/live/lehre/medizinstudenten/psych-praktikum/Philipsen_Block4_ADHS_18-07-07.pdf (27.04.2010)

Philipsen A., Heßlinger B., Tebartz van Elst L. (2008)

Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adulthood: Diagnosis, Etiology and Therapy, *Dtsch Arztebl Int*; 105(17):311-317

Pliszka S.R. (1998)

Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview, *J Clin Psychiatry*; 59 Suppl7:50-8

Pliszka S.R., McCracken J.T., Maas J.W. (1996)

Catecholamines in attention-deficit hyperactivity disorder: current perspectives, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 35(3):264-72

Polanczyk G., de Lima M.S., Horta B.L., Biederman J., Rohde L.A. (2007)

The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis, *Am J Psychiatry*; 164(6):942-8

Pongwilairat K., Louthrenoo O., Charmsil C., Witoonchart C. (2005)

Quality of life of children with attention-deficit/hyper activity disorder, *J Med Assoc Thai*; 88(8):1062-6

Qian Y., Wang Y.F. (2007)

Impact of comorbidity on the executive function of patients with attention deficit hyperactivity disorder (review), *Beijing Da Xue Xue Bao*; 39(3):329-32

Ravens-Sieberer U., Bullinger M. (1998)

Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results, *Quality of Life Research*; 7(5):399–407

Ravens-Sieberer U., Bullinger M. (2000)

Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Revidierte Form (KINDL-R), Unveröffentlichtes Manual

Ravens-Sieberer U., Erhart M., Gosch A., Wille N.; European KIDSCREEN Group (2008 a)

Mental health of children and adolescents in 12 European countries – results from the European KIDSCREEN study, *Clin Psychol Psychother*; 15(3):154-63

Ravens-Sieberer U., Görtler E., Bullinger M. (2000)

Subjective health and health behavior of children and adolescents – a survey of Hamburg students within the scope of school medical examination, *Gesundheitswesen*; 62(3):148-55

Ravens-Sieberer U., Hölling H., Bettge S., Wietzker A. (2002)

Assessment of psychological health and quality of life with The Child and Adolescent Health Survey, *Gesundheitswesen*; 64 Suppl 1:S30-5

Ravens-Sieberer U., Wille N., Bettge S., Erhart M. (2007)

Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KIGGS), *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*; 50(5-6):871-8

Ravens-Sieberer U., Wille N., Erhart M., Bettge S., Wittchen H.U., Rothenberger A., Herpertz-Dahlmann B., Resch F., Hölling H., Bullinger M., Barkmann C., Schulte-Markwort M., Döpfner M.; BELLA study group (2008 b)

Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey, *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 17 Suppl 1:22-33

Retz-Junginger P., Retz W., Blocher D., Weijers H.G., Trott G.E., Wender P.H., Rössler M. (2002)

Wender Utah Rating Scale (WURS-k) Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen, *Nervenarzt*; 73(9):830-8

Rhee S.H., Waldman I.D., Hay D.A., Levy F. (1999)

Sex differences in genetic and environmental influences on DSM-III-R attention-deficit/hyperactivity disorder, *J Abnorm Psychol*; 108(1):24-41

Rinner N. (2004)

Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen Studien – Instrumente – Projekte, URL: <http://www.pico.at/CAE/QoI/Kind2004.pdf> (11.04.2010)

Rösler M., Alm B., Krämer S. (2007)

ADHS bei Erwachsenen Sichtweisen und Empfehlungen, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg, S.10-38

Rubia K., Overmeyer S., Taylor E., Bullmore E., Brammer M., Williams S., Simms A., Andrew C. (1997)

Inhibitory control of hyperactive adolescents in fMRI. In: Toga AW, Frackowiak RSJ, Mazziotta JC (eds) *Neuroimage: proceedings of the Third International Conference on Functional Mapping of the Human Brain* (May 19–23, 1997, Copenhagen, Denmark). Academic Press, New York

Rubinstein S., Malone M.A., Roberts W., Logan W.J. (2006)

Placebo-controlled study examining effects of selegiline in children with attention-deficit/hyperactivity disorder, *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 16(4):404-15

Safren S.A., Otto M.W., Sprich S., Winett C.L., Wilens T.E., Biederman J. (2005)

Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms, *Behav Res Ther*; 43(7):831-42

Scahill L. (2009)

Alpha-2 adrenergic agonists in children with inattention, hyperactivity and impulsiveness, *CNS Drugs*; 23 Suppl 1:43-9

Schlack R., Hölling H., Kurth B.M., Huss M. (2007)

The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. Initial results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS), *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*; 50(5-6):827-35

Schmeck K. (1998)

Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Schmeck K., Poustka F., Katschnig H. (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (pp 195-208), Springer-Verlag, Wien

Schmeck K., Poustka F., Katschnig H. (1998)

Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Springer, Wien, New York, S. 83-92

Schönfeld M. (2008)

Die Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Normalbevölkerung, Med. Dissertation, Philipps-Universität Marburg

Schubert M.T., Herle M., Wurst E. (2003)

ICD-10 diagnosis and quality of life. A pilot study of quality of life of children and adolescents with psychiatric disorders, *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*; 31(4):285-91

Schulte-Körne G., Deimel W., Gutenbrunner C., Hennighausen K., Blank R., Rieger C., Remschmidt H. (1996)

Effect of an oligo-antigen diet on the behavior of hyperkinetic children, *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*; 24(3):176-83

Schulte-Markwort M. (2006)

Warum versteht mich keiner? *zeitbild Eltern*; 48: 5

Schulte-Markwort M., Wienke T., Schroeder A., Fricke C., Stollhoff K., Zinke M., Hentschel W., Weigel A., Schmidt R. (2004)

Leitfaden ads/adhs Informationsbroschüre des Hamburger Arbeitskreises, In: Lilly Deutschland GmbH Bad Homburg (Hrsg.), 2. Aufl. Polarlicht Mediengestaltung GmbH, Wiesbaden, S. 4-39

Schumacher J., Klaiberg A., Brähler E. (2003)

Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In: Schumacher J., Klaiberg A., Brähler E. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden, Band 2 Hogrefe, Göttingen, S. 2-19

Sharp S.I., McQuillin A., Gurling H.M. (2009)

Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), *Neuropharmacology*; 57(7-8):590-600

Simon V., Czobor P., Bálint S., Mészáros A., Bitter I. (2009)

Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis, *Br J Psychiatry*; 194(3):204-11

Smidt J., Heiser P., Dempfle A., Konrad K., Hemminger U., Kathöfer A., Halbach A., Strub J., Grabarkiewicz J., Kiefl H., Linder M., Knölker U., Warnke A., Remschmidt H., Herpertz-Dahlmann B., Hebebrand J. (2003)

Formal genetic findings in attention-deficit/hyperactivity-disorder, *Fortschr Neurol Psychiatr*; 71(7):366-77

Sobanski E., Alm B. (2004)

Attention deficit hyperactivity disorder in adults. An overview, *Nervenarzt*; 75(7):697-715; quiz 716

Solanto M.V. (2002)

Dopamine dysfunction in AD/HD: integrating clinical and basic neuroscience research, *Behav Brain Res*; 130(1-2):65-71

Soyka D., Spitzer M (2006)

Methylphenidat stärkt das psychosoziale Funktionsniveau von ADHS-Patienten, Wieder aktiv am Leben teilnehmen können, *Nervenheilkunde*; (4)

Spencer T., Biederman J., Coffey B., Geller D., Crawford M., Bearman S.K., Tarazi R., Faraone S.V. (2002)

A double-blind comparison of desipramine and placebo in children and adolescents with chronic tic disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder, *Arch Gen Psychiatry*; 59(7):649-56

Stiensmeier-Pelster J., Schürmann M., Duda K. (2000)

Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), 2.Aufl. Hogrefe, Göttingen

Still G.F. (1902)

Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures, *Lancet*; 1:1008-1012

Stucki G., Kostanjsek N., Ustün B., Cieza A. (2008)

ICF – based classification and measurement of functioning, *Eur J Phys Rehabil Med*; 44(3):315-28

Stucki G., Üstun B., Melvin J. (2005)

Applying the ICF for the acute hospital and early postacute facilities, *Disability and Rehabilitation*; 27(7-8):349-352

Sawyer M.G., Whaites L., Rey J.M., Graetz B.W., Baghurst P. (2002)

Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 41(5):530-7

Taylor E., Sergeant J., Doepfner M., Gunning B., Overmeyer S., Möbius H.J., Eisert H.G. (1998)

Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. European Society for Child and Adolescent Psychiatry, *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 13 Suppl1:17-30

Thierstein C. (1999)

Unruhige, unkonzentrierte und auffällige Kinder im Alltag: POS, ADS und HKS, 2. Aufl. Paul Haupt Verlag, Bern

Trott G.E., Badura F. (2000)

Informationen für Eltern ADHS Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen auch Hyperkinetisches Syndrom (HKS), Das „Zappelphillip“-Syndrom; Medice Arzneimittel Pütter GmbH und Co. KG Iserlohn, S. 3-5

Universitätsklinikum Freiburg (2006)

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
URL: <http://www.uniklinik-freiburg.de/kijupsych/live/index.html> (11.3.2010)

Ustün B., Chatterji S., Kostanjsek N. (2004)

Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special Supplement on ICF Core Sets, *J Rehabil Med*; 36 Suppl 44:7-8

Valera E.M., Faraone S.V., Murray K.E., Seidman L.J. (2007)

Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder, *Biol Psychiatry*; 61(12):1361-9

Van der Oord S., Prins P.J., Oosterlaan J., Emmelkamp P.M. (2008)

Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis, *Clin Psychol Rev*; 28(5):783-800

Verbeeck W., Tuinier S., Bekkering G.E. (2009)

Antidepressants in the treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review, *Adv Ther*; 26(2):170-84

Wallander J.L., Schmitt M., Koot H.M. (2001)

Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications, *J Clin Psychol*; 57(4): 571-85; zitiert nach Schönfeld (2008)

Weber W., Newmark S. (2007)

Complementary and alternative medical therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder and autism, *Pediatr Clin North Am*; 54(6):983-1006; xii

Wehmeier P.M., Schacht A., Rothenberger A. (2009)

Change in the direct cost of treatment for children and adolescents with hyperkinetic disorder in Germany over a period of four years, *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*; 3(1):3

WHOQOL-Group (1995)

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper form the World Health Organization, *SocSci Med*; 41(10):1403-1409.

Wilens T.E. (2007)

ADHD: prevalence, diagnosis, and issues of comorbidity, *CNS Spectr*; 12(4 Suppl 6):1-5

Wood D.R., Reimherr F.W., Wender P.H., Johnson G.E. (1976)

Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report, *Arch Gen Psychiatry*; 33(12):1453-60

World Health Organization (WHO) (1946)

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no.2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948

Zametkin A.J., Nordahl T.E., Gross M., King A.C., Semple W.E., Rumsey J., Hamburger S., Cohen R.M. (1990)

Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset, *N Engl J Med*; 323(20):1361-6

8 ANHANG

8.1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<i>Abb.</i>	Abbildung
<i>AD</i>	Antidepressivum
<i>ADHD</i>	Attention deficit hyperactivity disorder
<i>ADHS</i>	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
<i>ADRA2A</i>	Alpha-2A-adrenergic receptors
<i>ADS</i>	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder Aufmerksamkeitsdefizitstörung
<i>APA</i>	American Psychiatric Association
<i>BDNF</i>	Brain-derived neurotrophic factor
<i>bp</i>	Basenpaare
<i>BZgA</i>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<i>CHRNA4</i>	Cholinergic receptor, nicotinic, alpha 4
<i>CHQ-CF/PF</i>	Child Health Questionnaire-Child Form/Parent Form
<i>CI</i>	Confidance Interval
<i>COMT</i>	Catechol-O-Methyltransferase
<i>CQOL</i>	Child Health Related Quality of Life
<i>DAT</i>	Dopamin-Transporter
<i>DBH</i>	Dopamin-Beta-Hydroxylase
<i>DGPPN</i>	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
<i>DIKJ</i>	Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche
<i>DIMDI</i>	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
<i>Med.</i>	Medizinische
<i>DRD1-5</i>	Dopamin-Rezeptor-Gen D1-D5
<i>DSM</i>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<i>EEG</i>	Elektroenzephalografie
<i>et al.</i>	et alii, et aliae oder et alia („und andere“)
<i>HKS</i>	Hyperkinetische Störung
<i>5HT1B/HTR1B</i>	5-Hydroxytryptamine (Serotonin) Rezeptor 1B
<i>5-HTT</i>	5-Hydroxytryptamintransporter-(Serotonin) Transporter
<i>G-BA</i>	Gemeinsamer Bundesausschuss
<i>GRIN2A</i>	Glutamate receptor, ionotropic, N-methyl D-aspartate 2A
<i>HPE</i>	Häufigkeit problematischer Einschätzungen
<i>ICD-10</i>	International Classification of Diseases-10
<i>ICF</i>	International Classification of Functioning, Disability and Health
<i>ICIDH</i>	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
<i>ILK</i>	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

<i>kg</i>	Kilogramm
<i>KG</i>	Körpergewicht
<i>KIGGS</i>	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
<i>KINDL^R</i>	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, revidierte Form
<i>LRS</i>	Lese-Rechtschreib-Störung
<i>MAO</i>	Monoaminoxidase
<i>MAS</i>	Multiaxiales Klassifikationsschema
<i>Max.</i>	Maximum
<i>MCD</i>	Minimale cerebrale Dysfunktion
<i>mg</i>	Milligramm
<i>Min.</i>	Minimum
<i>MMI</i>	Medizinische Medien Informations GmbH
<i>n</i>	Anzahl
<i>NDRI</i>	Noradrenaline/Dopamine Reuptake Inhibitor
<i>NET</i>	Noradrenalin-Transporter
<i>OR</i>	Odds Ratio
<i>p</i>	p-Arm (der kürzere Arm eines Chromosoms)
<i>P, p</i>	p-Wert
<i>PedsQL</i>	Pediatric Inventory for the Quality of Life
<i>PIZ</i>	Patienten-Informations-Zentrum
<i>POS</i>	Psychoorganisches Syndrom
<i>r</i>	Korrelationskoeffizient
<i>r²</i>	Bestimmtheitsmaß
<i>SLC6A2</i>	Solute Carrier Family 6 (Neurotransmitter Transporter, Noradrenalin), Member 2
<i>SNAP25</i>	Synaptosomal-associated protein 25
<i>SNP</i>	Single Nucleotide Polymorphism
<i>SPECT</i>	Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie
<i>SSNRI</i>	Selective Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitor
<i>TPH</i>	Tryptophan Hydroxylase
<i>VMAT</i>	Vesicular monoamine transporter
<i>VNTR</i>	Variable Number of Tandem Repeats
<i>WHO</i>	World Health Organization
<i>YQOL-R</i>	Youth Quality of Life Instrument-Research Version

8.2 ERGEBNISSE DER STUDIE: MEDIANE UND MITTELWERTE DER VERWENDE- TEN ICF-VARIABLEN

Sortiert nach (1) Median und (2) nach Mittelwert: Daten, bei denen weniger als sechs Probanden geantwortet haben, entfallen der Auflistung.

variable	N	Mean	StdDev	Median	Min	Max
icf_b1403	30	2.6	0.9	3.0	1.0	4.0
icf_b1402	30	2.6	0.9	3.0	1.0	4.0
icf_b1400	30	2.5	0.9	3.0	1.0	4.0
icf_b140	30	2.5	0.9	3.0	1.0	4.0
icf_b1401	30	2.5	0.9	3.0	1.0	4.0
icf_d160	30	2.3	1.0	2.5	0.0	4.0
icf_d140	28	2.0	1.5	2.5	0.0	4.0
icf_b1304	30	2.4	1.0	2.0	0.0	4.0
icf_b130	30	2.3	1.0	2.0	0.0	4.0
icf_b1300	30	2.3	1.0	2.0	0.0	4.0
icf_d220	30	2.2	1.0	2.0	0.0	4.0
icf_d2200	30	2.2	1.0	2.0	0.0	4.0
icf_d2201	30	2.2	1.0	2.0	0.0	4.0
icf_d2202	30	2.2	1.0	2.0	0.0	4.0
icf_d2203	30	2.2	1.0	2.0	0.0	4.0
icf_d820	28	2.1	0.7	2.0	1.0	3.0
icf_d2401	30	2.0	0.7	2.0	1.0	4.0
icf_d1	30	2.0	0.7	2.0	1.0	3.0
icf_d2402	30	2.0	0.6	2.0	1.0	4.0
icf_d240	30	1.9	0.7	2.0	0.0	4.0
icf_b1263	30	1.9	0.7	2.0	1.0	3.0
icf_b1642	30	1.9	1.2	2.0	0.0	4.0
icf_d175	30	1.9	0.7	2.0	0.0	3.0
icf_d1751	30	1.9	0.7	2.0	0.0	3.0
icf_b126	30	1.9	0.8	2.0	0.0	4.0
icf_d1750	30	1.9	0.7	2.0	0.0	3.0
icf_d145	28	1.8	1.6	2.0	0.0	4.0
icf_d2	30	1.8	0.7	2.0	0.0	3.0
icf_b147	30	1.8	1.2	2.0	0.0	4.0
icf_b1470	30	1.8	1.2	2.0	0.0	4.0
icf_b1641	30	1.8	1.0	2.0	0.0	4.0
icf_d2301	30	1.8	1.1	2.0	0.0	3.0
icf_d2302	30	1.8	1.1	2.0	0.0	3.0
icf_d2303	30	1.8	0.9	2.0	0.0	3.0
icf_d355	30	1.7	1.0	2.0	0.0	3.0
icf_d170	28	1.8	1.3	2.0	0.0	4.0
icf_d230	30	1.8	1.1	2.0	0.0	3.0
icf_d3550	30	1.7	1.0	2.0	0.0	3.0
icf_d3551	30	1.7	1.0	2.0	0.0	3.0
icf_d7103	30	1.7	1.0	2.0	0.0	3.0
icf_d8	30	1.7	0.7	2.0	0.0	3.0
icf_b1260	30	1.6	1.0	2.0	0.0	4.0
icf_b1266	30	1.6	1.0	2.0	0.0	3.0

icf_b1646	30	1.6	0.7	2.0	0.0	3.0
icf_d166	28	1.6	1.3	2.0	0.0	4.0
icf_d345	27	1.6	1.6	2.0	0.0	4.0
icf_d7	29	1.4	0.7	2.0	0.0	3.0
icf_d7202	30	1.4	1.2	2.0	0.0	3.0
icf_d2400	30	1.4	0.8	2.0	0.0	2.0
icf_d720	30	1.3	1.1	2.0	0.0	3.0
icf_b1471	30	1.7	1.2	1.5	0.0	4.0
icf_b1521	30	1.6	1.0	1.5	0.0	3.0
icf_b164	30	1.5	0.7	1.5	0.0	3.0
icf_b1672	28	1.5	1.1	1.5	0.0	3.0
icf_d7102	30	1.3	1.0	1.5	0.0	3.0
icf_b16711	27	1.4	1.2	1.0	0.0	3.0
icf_d150	28	1.4	1.3	1.0	0.0	4.0
icf_b1	30	1.4	0.7	1.0	0.0	2.0
icf_b1644	30	1.3	0.9	1.0	0.0	3.0
icf_d7602	28	1.3	0.7	1.0	0.0	3.0
icf_d172	28	1.3	1.2	1.0	0.0	4.0
icf_d198	12	1.3	1.4	1.0	0.0	4.0
icf_d6400	25	1.2	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_b1648	13	1.2	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_d815	28	1.2	1.1	1.0	0.0	3.0
icf_b152	30	1.2	0.7	1.0	0.0	3.0
icf_b1267	24	1.2	0.9	1.0	0.0	3.0
icf_b1301	24	1.2	1.2	1.0	0.0	4.0
icf_d5402	6	1.2	1.2	1.0	0.0	3.0
icf_d5403	6	1.2	1.2	1.0	0.0	3.0
icf_b16701	27	1.1	1.2	1.0	0.0	3.0
icf_b1721	28	1.1	1.3	1.0	0.0	4.0
icf_b167	30	1.1	0.9	1.0	0.0	3.0
icf_b172	28	1.1	1.3	1.0	0.0	4.0
icf_d115	30	1.1	0.8	1.0	0.0	2.0
icf_d6403	29	1.1	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_d3	30	1.1	0.9	1.0	0.0	4.0
icf_d640	30	1.1	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_d6401	30	1.1	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_d6404	30	1.1	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_d7200	30	1.1	1.1	1.0	0.0	3.0
icf_d7201	30	1.1	1.1	1.0	0.0	3.0
icf_b1261	30	1.1	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_b1640	30	1.1	1.2	1.0	0.0	4.0
icf_d6402	30	1.1	0.9	1.0	0.0	3.0
icf_d6405	28	1.0	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_d650	30	1.0	1.0	1.0	0.0	3.0

icf_d710	30	1.0	0.8	1.0	0.0	3.0
icf_b1645	30	1.0	0.9	1.0	0.0	3.0
icf_d6	30	1.0	0.8	1.0	0.0	3.0
icf_d760	30	1.0	0.5	1.0	0.0	2.0
icf_d7203	30	1.0	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_d179	28	1.0	1.1	1.0	0.0	4.0
icf_d898	12	1.0	0.6	1.0	0.0	2.0
icf_b1264	30	1.0	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_d7402	30	1.0	0.9	1.0	0.0	3.0
icf_d7500	29	1.0	0.9	1.0	0.0	3.0
icf_b1262	25	0.9	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_d750	30	0.9	0.9	1.0	0.0	3.0
icf_d110	30	0.8	0.9	1.0	0.0	2.0
icf_d210	30	0.8	1.0	0.5	0.0	3.0
icf_d2102	29	0.8	1.0	1.0	0.0	3.0
icf_b122	30	0.8	0.8	1.0	0.0	3.0
icf_b1520	30	0.7	0.7	1.0	0.0	3.0
icf_d7504	30	0.7	0.8	1.0	0.0	2.0
icf_d9	30	0.7	0.7	1.0	0.0	2.0
icf_d7601	30	0.7	0.7	1.0	0.0	2.0
icf_d570	30	0.6	0.7	1.0	0.0	3.0
icf_d7600	30	0.6	0.7	1.0	0.0	2.0
icf_d7204	30	0.9	1.0	0.5	0.0	3.0
icf_d730	30	0.9	1.1	0.5	0.0	3.0
icf_b1720	28	0.9	1.1	0.5	0.0	4.0
icf_d7408	12	0.8	0.9	0.5	0.0	2.0
icf_d2100	30	0.8	1.0	0.5	0.0	3.0
icf_d2101	30	0.8	1.0	0.5	0.0	3.0
icf_d2103	30	0.8	1.0	0.5	0.0	3.0
icf_d9108	14	0.8	1.0	0.5	0.0	3.0
icf_d9100	30	0.7	0.9	0.5	0.0	3.0
icf_d910	30	0.7	0.9	0.5	0.0	3.0
icf_d5702	30	0.6	0.7	0.5	0.0	3.0
icf_d7208	11	1.0	1.3	0.0	0.0	3.0
icf_d325	28	0.9	1.3	0.0	0.0	4.0
icf_d7508	13	0.8	1.0	0.0	0.0	2.0
icf_d779	12	0.8	1.0	0.0	0.0	2.0
icf_d798	12	0.8	1.0	0.0	0.0	2.0
icf_d740	30	0.8	1.0	0.0	0.0	3.0
icf_d6506	19	0.8	1.0	0.0	0.0	2.0
icf_d7400	28	0.7	0.9	0.0	0.0	2.0
icf_d729	10	0.7	1.1	0.0	0.0	3.0
icf_d9101	29	0.7	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_b1678	12	0.7	1.2	0.0	0.0	3.0
icf_d7108	12	0.7	1.1	0.0	0.0	3.0
icf_b1643	30	0.7	1.1	0.0	0.0	4.0
icf_d998	14	0.6	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d6301	25	0.6	1.0	0.0	0.0	3.0
icf_d7501	30	0.6	0.8	0.0	0.0	2.0

icf_d7503	30	0.6	0.8	0.0	0.0	2.0
icf_b1528	13	0.6	1.0	0.0	0.0	3.0
icf_b1265	25	0.6	1.0	0.0	0.0	3.0
icf_d3501	29	0.6	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d5701	29	0.6	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_d7502	29	0.6	0.8	0.0	0.0	2.0
icf_d7608	12	0.6	0.9	0.0	0.0	2.0
icf_d3502	28	0.6	1.0	0.0	0.0	3.0
icf_b117	30	0.6	0.9	0.0	0.0	4.0
icf_d130	30	0.6	0.8	0.0	0.0	2.0
icf_d350	30	0.6	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d3500	30	0.6	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d3503	30	0.6	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d3504	30	0.6	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d5700	29	0.6	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_d630	29	0.6	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_b16718	11	0.5	1.2	0.0	0.0	3.0
icf_d9102	30	0.5	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d810	30	0.5	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_d5404	29	0.5	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d6300	29	0.5	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_b16710	30	0.5	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d660	30	0.5	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_b1671	29	0.4	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d5	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d540	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_b1600	30	0.4	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_b320	30	0.4	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d6600	30	0.4	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d6601	30	0.4	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d6602	30	0.4	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d6603	30	0.4	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d6604	30	0.4	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d6605	30	0.4	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_d7101	30	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_b160	30	0.4	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_d155	30	0.4	0.6	0.0	0.0	2.0
icf_d1550	30	0.4	0.6	0.0	0.0	2.0
icf_d1551	30	0.4	0.6	0.0	0.0	2.0
icf_d5202	28	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_b3	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d510	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d5100	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d5101	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d5102	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d520	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d5200	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d5201	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d5203	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0

icf_d5204	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d5400	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d5401	29	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d620	30	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d6201	30	0.4	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d7603	30	0.4	0.7	0.0	0.0	2.0
icf_d6200	29	0.3	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_b1140	30	0.3	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_b330	30	0.3	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_b3303	30	0.3	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d163	30	0.3	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_b16708	12	0.3	0.9	0.0	0.0	3.0
icf_b3401	29	0.3	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_b1302	23	0.3	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_b1522	30	0.3	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_b3300	30	0.3	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_b340	30	0.3	0.8	0.0	0.0	3.0
icf_d330	30	0.3	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_d7105	30	0.3	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_d310	30	0.3	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_d7104	30	0.3	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_d9202	30	0.3	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_b134	23	0.3	0.6	0.0	0.0	2.0
icf_b1344	23	0.3	0.6	0.0	0.0	2.0
icf_b1342	24	0.3	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_b1343	24	0.3	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_d470	17	0.2	0.4	0.0	0.0	1.0
icf_d4702	17	0.2	0.4	0.0	0.0	1.0
icf_b7	30	0.2	0.6	0.0	0.0	2.0
icf_b3301	29	0.2	0.6	0.0	0.0	3.0
icf_d3151	29	0.2	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_d7100	30	0.3	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_d3150	30	0.2	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_b16700	29	0.2	0.7	0.0	0.0	3.0
icf_b7652	30	0.2	0.5	0.0	0.0	2.0
icf_d465	29	0.2	0.5	0.0	0.0	2.0
icf_b114	30	0.2	0.4	0.0	0.0	1.0
icf_b176	30	0.2	0.5	0.0	0.0	2.0
icf_b765	30	0.2	0.5	0.0	0.0	2.0
icf_d475	30	0.2	0.5	0.0	0.0	2.0
icf_d4750	30	0.2	0.5	0.0	0.0	2.0
icf_d315	29	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0
icf_d3350	29	0.1	0.5	0.0	0.0	2.0
icf_d920	30	0.1	0.6	0.0	0.0	3.0
icf_b1601	30	0.1	0.6	0.0	0.0	3.0
icf_b1602	30	0.1	0.6	0.0	0.0	3.0
icf_b1603	30	0.1	0.6	0.0	0.0	3.0
icf_b1670	30	0.1	0.6	0.0	0.0	3.0
icf_b7650	30	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0

icf_d335	30	0.1	0.5	0.0	0.0	2.0
icf_d3351	30	0.1	0.5	0.0	0.0	2.0
icf_d4	30	0.1	0.3	0.0	0.0	1.0
icf_d9301	26	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0
icf_d930	27	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0
icf_d9300	27	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0
icf_d560	28	0.1	0.6	0.0	0.0	3.0
icf_b7602	29	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0
icf_b770	29	0.1	0.3	0.0	0.0	1.0
icf_d450	29	0.1	0.3	0.0	0.0	1.0
icf_d9205	29	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0
icf_d3352	30	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0
icf_d9200	30	0.1	0.5	0.0	0.0	3.0
icf_d9201	30	0.1	0.5	0.0	0.0	3.0
icf_d550	29	0.1	0.3	0.0	0.0	1.0
icf_b1141	30	0.1	0.3	0.0	0.0	1.0
icf_b2	30	0.1	0.3	0.0	0.0	1.0
icf_b735	30	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0
icf_b7356	30	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0
icf_b760	30	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0
icf_b7601	30	0.1	0.4	0.0	0.0	2.0
icf_d4503	30	0.1	0.3	0.0	0.0	1.0
icf_b180	30	0.0	0.2	0.0	0.0	1.0
icf_b1801	30	0.0	0.2	0.0	0.0	1.0
icf_b7653	30	0.0	0.2	0.0	0.0	1.0
icf_b1142	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b11421	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b1800	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b1802	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b230	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b2304	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b270	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b2703	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_d360	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_d3600	29	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_d3601	24	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b7658	12	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b2301	7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b156	6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b1560	6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b1561	6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b1562	6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b1563	6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b1564	6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
icf_b1565	6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

8.3 ZUGESANDTE UNTERLAGEN AN DIE ELTERN

8.3.1 *Anschreiben an die Eltern*

1. Januar 2008

Sehr geehrte Eltern,

die Kinder- und Jugendpsychiatrie Freiburg führt zurzeit eine Studie zur „**Psychosozialen Anpassung und Lebensqualität von Kindern**“ durch.

Dazu wird mittels Fragebögen versucht, sich ein vergleichendes Bild zu schaffen, von Kindern mit einer Hyperaktivitätsstörung, Kindern mit Lese- und Rechtschreibstörung und gesunden Kindern.

Anbei sende ich Ihnen folgende Unterlagen zum Ausfüllen:

1. Aufklärung für Eltern zur Studie
2. Aufklärung für Eltern zur Studie
3. Einverständniserklärung zur Studie
4. ILK-FR Elternversion
5. ILK-FR Kinderversion

Dem Schreiben liegt ein frankierter und adressierter Rückumschlag bei.

Bitte senden Sie die Unterlagen (Einverständniserklärung, ILK-FR Elternversion+ Kinderversion), an die angegebene Adresse zurück.

Mit der Beteiligung an dieser Studie tragen Sie grundlegend zum besseren Verständnis der Lebensqualität dieser Kinder, der besseren Diagnostizierbarkeit und zu möglichen Therapiequalitätsverbesserungen beziehungsweise auch- veränderungen bei.

Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Bemühungen und den zeitlich entgegengebrachten Aufwand.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Diane König

(Doktorandin der Kinder- und Jugendpsychiatrie)

8.3.2 Aufklärung für Eltern zur Studie

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Hauptstr. 5 • D-79104 Freiburg

Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Zertifiziert nach DIN ISO 9001: 2000

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. Eberhard Schulz Tel. 07 61 270-68 73
Fax 07 61 270-68 59

Projektleiter:
PD Dr. P. Heiser

Hauptstr. 5
79104 Freiburg

Freiburg, 01. Januar 2008

Version 1

Aufklärung für Eltern zur Studie

Porte / Information:

Hauptstr. 5
79104 Freiburg
Tel. 07 61 / 2 70 / 65 01

Ambulanz Anmeldekung:

Tel. 07 61 / 2 70 / 68 73
Fax 07 61 / 2 70 / 68 59

„Psychosoziale Anpassung und Lebensqualität von Kindern“

Liebe Eltern,

die Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Freiburg führt eine Studie durch, die versucht den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Kinder zwischen 6 und 12 Jahren einzuschätzen. Mithilfe zweier Interview-Fragebögen, die zusammen ca. 60 geschlossene Fragen umfassen, schätzen die Eltern die soziale Integration, den Gesundheitszustand und das subjektive „Wohlbefinden“ ihrer Kinder selbst ein.

Das Interview wird eine Doktorandin mit Ihnen, als Erziehungsberechtigte, persönlich durchführen. Es geht nicht um eine Bewertung, sondern lediglich um einen Vergleich der „messbaren“ Lebensqualität der Kinder. Ihre Angaben und Daten werden anonymisiert gespeichert und statistisch ausgewertet.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Albert-Ludwigs Universität in Freiburg überprüft und genehmigt. Auch die Meinung Ihrer Kinder ist wichtig, deshalb haben wir eine gekürzte, vereinfachte Form des Fragebogens für die Lebensqualität (9 Fragen) Ihrer Kinder vorgesehen. Wenn Ihr Kind Interesse hat, kann es diesen Fragebogen ausfüllen. Es gelten für die Daten Ihres Kindes die gleichen Bedingungen. Sie werden anonymisiert gespeichert, aufgearbeitet und statistisch dargestellt.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig, daher ist es notwendig, dass Sie und Ihr Kind bei Teilnahme eine Einverständniserklärung unterschreiben. Selbst nachdem Sie unterschrieben haben, können Sie jederzeit, ohne negative Konsequenzen, Ihr Einverständnis widerrufen. Dies gilt ebenfalls für Ihr Kind.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung. Wir würden uns über Ihre Teilnahme sehr freuen.

Universitätsklinikum Freiburg, Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Freiburg

Aufsichtsrat Vorsitzender: Dr. Heribert Knorr

Vorstand Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias Brandis

Stellv. Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus Geiger

Kaufmännischer Direktor: Dr. Frank Wertheimer

Dekan: Prof. Dr. Christoph Peters

Pflegedirektorin: Beate Buchstor

Bank Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau

BLZ 630 501 01 / Konto-Nr. 2004 406

IBAN DE08 6805 0101 0002 0044 06 / BIC FRSPDE66

Internet www.uniklinik-freiburg.de



8.3.3 Aufklärung für Kinder zur Studie

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Hauptstr. 5 • D-79104 Freiburg

Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Zertifiziert nach DIN ISO 9001: 2000

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. Eberhard Schulz

Tel 07 61 270-68 73
Fax 07 61 270-68 59

Projektleiter:
PD Dr. P. Heiser

Hauptstr. 5
79104 Freiburg

Freiburg, 01. Januar 2009

Version 1

Porte / Information:

Hauptstr. 5
79104 Freiburg
Tel 07 61 / 2 70 / 65 01

Ambulanz Anmeldung:

Tel 07 61 / 2 70 / 68 73
Fax 07 61 / 2 70 / 68 59

Aufklärung für Kinder zur Studie

„Psychosoziale Anpassung und Lebensqualität von Kindern“

Liebe Schülerinnen und Schüler,

wir von der Universitätsklinik Freiburg machen momentan eine Studie, die herausfinden soll, wie Ihr mit Eurem Leben zufrieden seid, wie es in der Schule, zu Hause und der Freizeit so läuft.

Um das herauszufinden, bitten wir Euch einen kurzen Fragebogen auszufüllen, der 9 Fragen umfasst.

Eure Eltern erhalten zwei andere Fragebögen, bei denen es um dasselbe Thema geht.

Die Informationen werden ohne Eure Namen ausgewertet.

Wenn Ihr Lust habt könnt Ihr den Fragebogen ausfüllen. Wenn nicht, dann entsteht dadurch kein Nachteil. Die Teilnahme ist freiwillig.

Wir würden uns über Eure Teilnahme sehr freuen.

Universitätsklinikum Freiburg, Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Freiburg
Aufsichtsrat Vorsitzender: Dr. Heribert Knorr
Vorstand Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias Brandis
Stellv. Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus Geiger
Kaufmännischer Direktor: Dr. Frank Wertheimer
Dekan: Prof. Dr. Christoph Peters
Pflegedirektorin: Beate Buchner

Bank Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau
BLZ 680 501 01 / Konto-Nr. 2004 406
IBAN DE08 6805 0101 0002 0044 06 / BIC FRSPDE66
Internet www.uniklinik-freiburg.de



8.3.4 Einverständniserklärung zur Studie

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Hauptstr. 5 • D-79104 Freiburg

Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Zertifiziert nach DIN ISO 9001: 2000

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. Eberhard Schulz Tel 07 61 270-68 73
Fax 07 61 270-68 59

Projektleiter:
PD Dr. P. Heiser

Hauptstr. 5
79104 Freiburg

Freiburg, 18. Juni 2009
Version 1

Bitte / Information:

Hauptstr. 5
79104 Freiburg
Tel 07 61 / 2 70 / 65 01

Ambulanz Anmeldung:

Tel 07 61 / 2 70 / 68 73
Fax 07 61 / 2 70 / 68 59

Einverständniserklärung zur Studie

„Psychosoziale Anpassung und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen“

Ich,, habe das Aufklärungsschreiben für Eltern/Kinder und die Einverständniserklärungen erhalten und verstanden.

Ich habe mich zur Teilnahme an dieser Studie entschieden und weiß, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen meine freiwillige Zustimmung widerrufen kann.

Hiermit erkläre ich mich mit der verschlüsselten und anonymisierten Aufzeichnung sowie der Speicherung meiner Daten und denen meines Kindes im Rahmen dieser Studie einverstanden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Sorgeberechtigten

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Sorgeberechtigten

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Kindes

Universitätsklinikum Freiburg, Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Freiburg
Aufsichtsrat Vorsitzender: Dr. Heribert Knorr
Vorstand Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Matthias Brandis
Stellv. Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus Geiger
Kaufmännischer Direktor: Dr. Frank Wertheimer
Dekan: Prof. Dr. Christoph Peters
Pflegedirektorin: Beate Buchstor

Bank Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau
BLZ 630 501 01 / Konto-Nr. 2904 406
IBAN DE08 6805 0101 0002 0044 06 / BIC FRSPDE66
Internet www.uniklinik-freiburg.de



8.3.5 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – Elternversion



Universitätsklinikum Freiburg

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. E. Schulz

Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK-FR)

– Elternversion –

Name des Patienten:			Datum:	
Bitte ankreuzen:	Vater	Mutter		

Wir haben an Sie die Bitte, dass Sie uns einige Fragen darüber beantworten, wie Sie die Situation Ihres Kindes einschätzen. Bei der Einschätzung ist das Alter Ihres Kindes zu berücksichtigen:

➔ **Wie gut geht es Ihrem Kind in den verschiedenen Bereichen im Vergleich zu Gleichaltrigen?**

Denken Sie bitte bei der Beantwortung der Fragen **hauptsächlich an die letzte Woche**.

Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile ein Kästchen an

		Sehr schlecht	Eher schlecht	Teils - teils	Eher gut	Sehr gut
1.	Wie gut kommt Ihr Kind mit den schulischen Leistungsanforderungen, die ihm gestellt werden zurecht?	<input type="checkbox"/>				
2.	Wie gut ist die Beziehung Ihres Kindes zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern (Erwachsene und Kinder)?	<input type="checkbox"/>				
3.	Wie gut ist der Kontakt Ihres Kindes zu anderen Kindern in der Freizeit?	<input type="checkbox"/>				
4.	Wie gut kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)?	<input type="checkbox"/>				
5.	Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit Ihres Kindes ein?	<input type="checkbox"/>				
6.	Wie schätzen Sie die „nervliche“ und seelische Verfassung Ihres Kindes ein?	<input type="checkbox"/>				
7.	Wenn Sie alle genannten Aspekte und Lebensbereiche Ihres Kindes zusammenfassen: Wie gut geht es Ihrem Kind zur Zeit insgesamt?	<input type="checkbox"/>				

bitte wenden ➔

Bearbeiter: Dr. R. Heger	Version: 1.2	aktualisiert: 03.01.2008	Ersterstellung: 01.03.2004	Seite 1 von 2
<small> Päd V:Abteilung\Instrumente\WJPP_A_IS_008_ILK_FR_Elternversion.doc © 2007 Universitätsklinikum Freiburg - Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter </small>				

Zusatzfragen:

		Sehr stark belastet							
		Stark belastet							
		Mäßig belastet							
		Wenig belastet							
		Überhaupt nicht belastet							
8.	Wie stark ist Ihr Kind durch die Probleme (bzw. die Erkrankung), die Sie zu uns geführt haben, beeinträchtigt oder belastet?	<input type="checkbox"/>							
9.	Wie stark belasten oder beeinträchtigen die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (z.B. Therapietermine, stationäre Aufenthalte, Medikamente) Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>							

Bei der Überlegung, ob und wie wir Ihrem Kinde helfen können, ist es für uns auch wichtig, dass wir auch berücksichtigen, wie gut **Sie selbst** die Probleme / Erkrankung Ihres Kindes verkraften können und ob die Untersuchungen oder Behandlungen für Sie selbst eine Belastung darstellen. Deshalb die folgenden Fragen:

10.	Wie stark fühlen Sie sich selbst durch die Probleme / Krankheit Ihres Kindes innerlich (seelisch) und/oder äußerlich (z.B. organisatorisch) belastet?	<input type="checkbox"/>				
11.	Wie stark fühlen Sie sich selbst durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für Ihr Kind innerlich (seelisch) und/oder äußerlich (z.B. organisatorisch) belastet?	<input type="checkbox"/>				

Zeitverteilung:

Wie viele Stunden verbringt Ihr Kind pro Tag mit den folgenden Aktivitäten? Stellen Sie sich bitte bei der Beantwortung der Fragen **einen typischen** Wochentag vor.

Wieviele Stunden verbringt Ihr Kind pro Tag

12.	... in der Schule ?	ca.	Stunden
13.	... bei den Hausaufgaben (alleine oder mit anderen)?	ca.	Stunden
14.	... mit den Eltern und Geschwistern (z.B. Essen, unterhalten, Spielen etc.)?	ca.	Stunden
15.	... mit Freunden in der Freizeit (z.B. Spielen, in einem Verein, sonstige Aktivitäten, „herumhängen“)?	ca.	Stunden
16.	... alleine (z.B. alleine im Zimmer, spielen, Musik hören, am Computer, Fernsehen, Lesen, Hobbys nachgehen)	ca.	Stunden
17.	... beim Schlafen	ca.	Stunden

Einverständniserklärung:

Ich bin mit der Erhebung dieser Befragung und deren EDV-gestützten Auswertung einverstanden:

Freiburg, _____ (Datum) _____ (Unterschrift)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bearbeiter:	Dr. R. Heger	Version:	1.2	aktualisiert:	03.01.2008	Erstellung:	01.03.2004	Seite 2 von 2
Path:	V:\Abteilung\Instrumente\KIPP_A_13_008_ILK_FR_Elternversion.doc							
© 2007 Universitätsklinikum Freiburg - Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter								

8.3.6 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – Kinderversion



Universitätsklinikum Freiburg

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

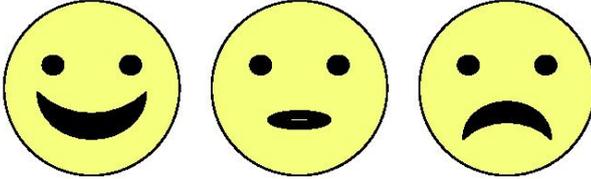
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. E. Schulz

Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK-FR)

– Kinderversion –

Name des Patienten:			Datum:
Junge <input type="checkbox"/>	Mädchen <input type="checkbox"/>	Interview durchgeführt von:	Geburtsdatum:

Guck mal hier:
Hier haben wir Gesichter, jedes schaut anders.
Wie geht es denen wohl?



Und jetzt habe ich ein paar Fragen an Dich, wie gut **Du** Dich fühlst und wie gut **Du** mit allen möglichen Dingen klar kommst, o.k.?

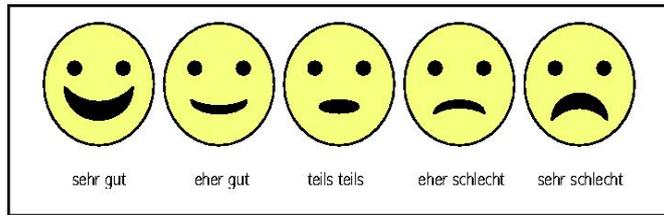
Denke dabei daran, wie es in der **letzten Woche** war.

Bearbeiter: Dr. R. Heger	Version: 1.3	Aktualisiert: 25.06.2009	Erstellung: 01.03.2004	Seite 1 von 4
Pfad: V:\Abteilung\Instrumente\Instrumente\KJPP_A_IS_006_ILK_FR_Kinderversion.doc				

4

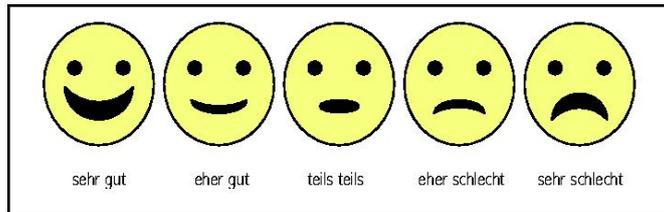
Schule

In der Schule gibt es ja viele Fächer, in denen man viel lernen muss, Schreiben, Rechnen und so weiter. Wie gut schaffst Du das? Wie gut kommst Du damit klar?



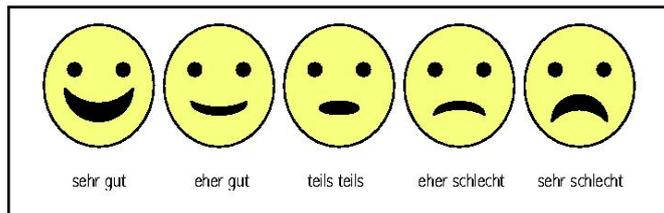
Familie

Jetzt etwas ganz anderes: Wie gut verträgst Du Dich mit Deiner Mutter, deinem Vater und deinen Geschwistern und wie sind die zu Dir? Wie gut kommst Du in Deiner Familie klar?



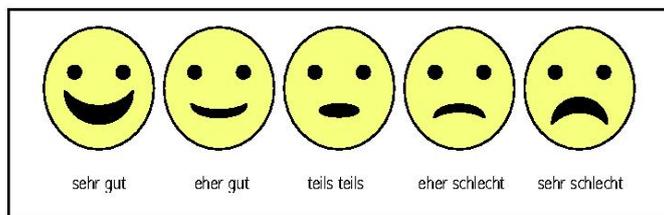
Andere Kinder

Jetzt wieder etwas anderes: Wenn Du mit anderen Kindern was machst. Wie sind die anderen Kinder zu Dir und wie gut verträgst Du dich mit anderen Kindern?



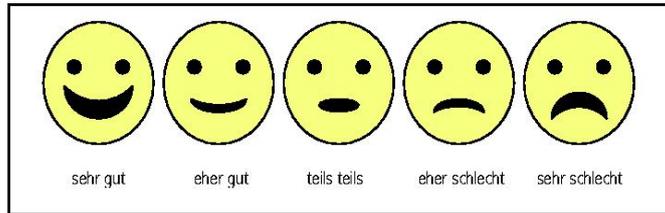
Alleine

Und jetzt noch mal was ganz anderes: Wenn Du für dich alleine bist und zum Beispiel alleine spielst oder was anderes machst, wie fühlst Du Dich dann?



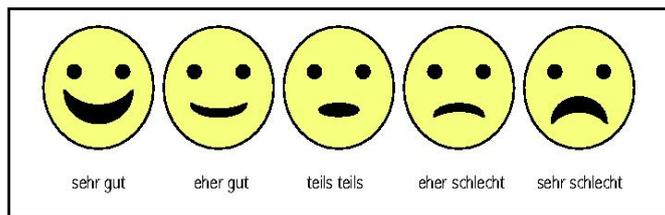
Gesundheit

Und wieder was ganz anderes:
Bist Du zur Zeit körperlich fit und
gesund und fühlst Du Dich krank?
Wie gut ist also Deine
Gesundheit?



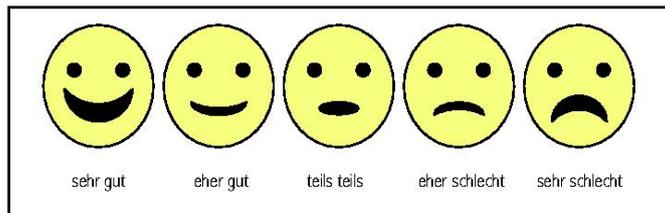
Nerven / Laune

Und noch mal was anderes:
Bist Du meist ärgerlich, traurig
und so weiter, also nicht so gut
drauf oder bist Du meistens gut
drauf? Wie gut sind also Deine
Nerven und Deine Laune?



Alles zusammen

Wenn wir nun alle Fragen, die ich
Dir gestellt habe
zusammennehmen.
Alles zusammengenommen, wie
geht es Dir?

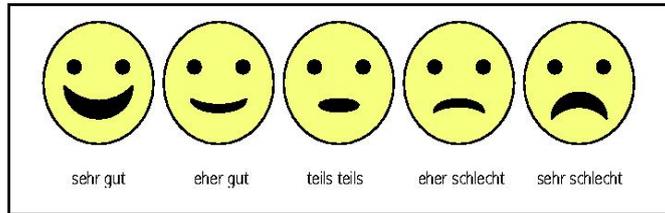


Bearbeiter:	Dr. R. Heger	Version:	1.3	Aktualisiert:	25.06.2009	Erstellung:	01.03.2004	Seite 3 von 4
Publ:	V3/Abteilung/Dokumente/Instrumente/KIPP_A_13_006_ILK_FR_Kindersono.doc							

Probleme

Und die Probleme (bzw. Krankheit), wegen denen Du jetzt hier bist, z. B.:

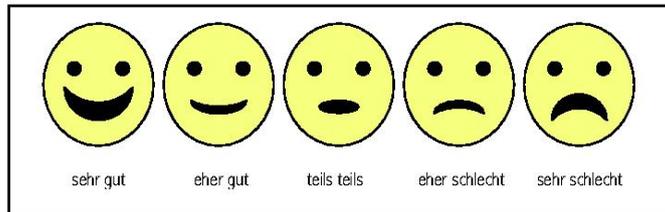
Sind die Probleme (Krankheit) ganz schlimm, dass es Dir schlecht geht ("schlecht-Gesichter"), oder geht es Dir trotzdem gut ("gut-Gesichter") oder oder irgendwo dazwischen?



Untersuchung / Behandlung

Und alles was hier so geschieht, z. B.:

Die ganzen Untersuchungen und die Behandlung also und alles was damit zusammenhängt: Ist das anstrengend oder nervt Dich das und ist das schlecht für Dich oder findest Du das gut? Wie ist das für Dich, wie findest Du das?



Vielen Dank fürs Mitmachen !!!

Bearbeiter:	Dr. R. Heger	Version:	1.3	Aktualisiert:	25.06.2009	Erstellung:	01.03.2004	Seite 4 von 4
Publ:	V:\Abteilung\Instrumente\KIPP_A_13_006_ILK_FR_Kindersono.doc							

© 2007 Universitätsklinikum Freiburg - Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

8.4 ANGEWANDTE KLASSIFIKATIONEN DER ZWEITEN EBENE DER INTERNATIONALEN KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT

Klassifikation der Körperfunktionen

Kapitel 1:

Mentale Funktionen

Globale mentale Funktionen (b110-b134)

- b114 Funktionen der Orientierung
- b117 Intelligenz
- b122 Globale psychosoziale Funktionen
- b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
- b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs
- b134 Funktionen des Schlafes

Spezifische mentale Funktionen (b140-b180)

- b140 Funktionen der Aufmerksamkeit
- b144 Funktionen des Gedächtnisses
- b147 Psychomotorische Funktionen
- b152 Emotionale Funktionen
- b156 Funktionen der Wahrnehmung
- b160 Funktionen des Denkens
- b164 Höhere kognitive Funktionen
- b167 Kognitiv-sprachliche Funktionen
- b172 Das Rechnen betreffende Funktionen
- b176 Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen
- b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen

Kapitel 2: Sinnesfunktionen und Schmerz

Hör- und Vestibularfunktionen (b230)

- b230 Funktionen des Hörens (Hörsinn)

Weitere Sinnesfunktionen (b270)

- b270 Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize

Kapitel 3: Stimm- und Sprechfunktionen

- b320 Artikulationsfunktionen
- b330 Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus
- b340 Alternative stimmliche Äußerungen

Kapitel 7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen

Funktionen der Muskeln (b735)

- b735 Funktionen des Muskeltonus

Funktionen der Bewegung (b760-b770)

- b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen
- b765 Unwillkürliche Bewegungen
- b770 Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen

Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Kapitel 1: Lernen und

Wissensanwendung

Bewusste sinnliche Wahrnehmungen (d110-d120)

d110 Zuschauen

d115 Zuhören

Elementares Lernen (d130-d155)

d130 Nachmachen, nachahmen

d135 Üben

d140 Lesen lernen

d145 Schreiben lernen

d150 Rechnen lernen

d155 Sich Fertigkeiten aneignen

Wissensanwendung (d160-d179)

d160 Aufmerksamkeit fokussieren

d163 Denken

d166 Lesen

d170 Schreiben

d172 Rechnen

d175 Probleme lösen

d179 Wissen anwenden

Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen

d220 Mehrfachaufgaben übernehmen

d230 Die tägliche Routine durchführen

d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen

Kapitel 3: Kommunikation

Kommunizieren als Empfänger (d310-d325)

d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen

d315 Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen

d325 Kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen

Kommunizieren als Sender (d330-d345)

d330 Sprechen

d335 Non-verbale Mitteilungen produzieren

d345 Mitteilungen schreiben

Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken (d350-d360)

d350 Konversation

d355 Diskussion

d360 Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen

Kapitel 4: Mobilität

Gehen und sich fortbewegen (d450-d465)

d450 Gehen

d465 Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen

Sich mit Transportmitteln fortbewegen (d470-d475)

d470 Transportmittel benutzen

d475 Ein Fahrzeug fahren

Kapitel 5: Selbstversorgung

- d510 Sich waschen
- d520 Seine Körperteile pflegen
- d540 Sich kleiden
- d550 Essen
- d560 Trinken
- d570 Auf seine Gesundheit achten

Kapitel 6: Häusliches Leben

Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten (d620)

- d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen

Haushaltsaufgaben (d630-d640)

- d630 Mahlzeiten vorbereiten
- d640 Hausarbeiten erledigen

Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen (d650-d660)

- d650 Haushaltsgegenstände pflegen
- d660 Anderen helfen

Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Allgemeine interpersonelle Interaktionen (d710-d720)

- d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten
- d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen

Besondere interpersonelle Beziehungen (d730-d770)

- d730 Mit Fremden umgehen
- d740 Formelle Beziehungen
- d750 Informelle soziale Beziehungen
- d760 Familienbeziehungen
- d770 Intime Beziehungen

Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche

Erziehung/Bildung (d810-d820)

- d810 Informelle Bildung/Ausbildung
- d815 Vorschulerziehung
- d820 Schulbildung

Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

- d910 Gemeinschaftsleben
- d920 Erholung und Freizeit
- d930 Religion und Spiritualität

8.5 DIE ANGEWANDTE INTERNATIONALE KLASSIFIKATION DER FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT: CORE-SET

Druckbare Version der Umfrage <http://10.245.0.39/phpsurveyor/admin/printablesurvey.php?sid=95>

ICF Core-Set bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Störungen

Erfassung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Störungen basierend auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

A Allgemeine Daten

A 03: Welche Informationen wurden beim Ausfüllen der Checkliste verwendet?
Bitte **alle** auswählen, die zutreffen

Katamnese
 Info vom Patienten
 Info von anderen
 Direkte Beobachtung

A 04: Datum, an dem die Checkliste ausgefüllt wurde.
Bitte ein datum eingeben
/ /

A 05: Eingabeperson
Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

Karin Bock
 Nico Schultheiß
 Reinhold Rauh
 Monica Biscaldi-Schäfer
 Katharina Eberhard
 Ulrike Wolf
 Sophia Denzinger
 Christian Steinmetz
 Miriam Paschke
 Diane König
 Barbara Matthä
 Caroline Koolomuth
 Sonstiges

1 von 54 25.04.2008 12:33

Druckbare Version der Umfrage <http://10.245.0.39/phpsurveyor/admin/printablesurvey.php?sid=95>

*** A 06: Stichprobe**
Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

Gesunde Kontrollen (Typical Development)
 Autismus
 ADHS
 LRS
 Sonstiges

B Demographische Daten

B 00: PIZ:
Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 01: Vorname des Kindes:
Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 02: Nachname des Kindes:
Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 03: Sofern die Informationen von anderen erhoben wurde, Vor-/Nachname und Beziehung zum Kind angeben:
Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 04: Geschlecht des Kindes:
Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen
 weiblich
 männlich

B 05: Geburtsdatum des Kindes:

2 von 54 25.04.2008 12:33

Bitte ein datum eingeben

/ /

B 06a: Adresse - Straße (optional)

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 06b: Adresse - Hausnummer (optional)

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 06c: Adresse - Staatskennzeichen (optional)D: Deutschland F:
Frankreich ...

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 06d: Adresse - PLZ (optional)

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 06e: Adresse - Wohnort(optional)

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 07a: Derzeitiger KJP-StatusBitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

- stationär
 teilstationär
 ambulant
 Katamnese
 Sonstiges

B 07b: Wohnsituation

3 von 54

25.04.2008 12:33

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

- Bei (Pflege-)Eltern
 Bei (Pflege-)Eltern + SPFH
 Teilstationäre Jugendhilfemaßnahme
 Stationäre Jugendhilfemaßnahme
 Sonstiges

B 08: Art des Kindergartens:Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

- Regelkindergarten
 Heilpädagogischer Kindergarten
 Sonderkindergarten
 Vorschulkindergarten
 Kinderhaus
 Anderer Kindergarten

B 09: Art der Schule:Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

- Regelgrundschule
 Förderschule
 Schule für geistig Behinderte
 Hauptschule
 Realschule
 Gymnasium
 Andere Schulform

B 10: Zahl der Geschwister:Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

- 0
 1
 2
 3
 mehr als 3

4 von 54

25.04.2008 12:33

B 11: Medizinische Diagnosen:

Bitte alle auswählen die zutreffen und einen Kommentar dazuschreiben

- Gegenwärtig kein Gesundheitsproblem
- ICD10-Code:
- ICD10-Code:
- ICD10-Code:
- ICD10-Code:
- ICD10-Code:

B 12: Ein Gesundheitsproblem (Krankheit, Gesundheitsstörung, Verletzung) liegt vor, jedoch sind die Art oder der ICD10-Code unbekannt.

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 13: Bisherige Förderung / Therapie / Jugendhilfemaßnahmen

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 14: Durchgeführte Tests

Bitte Testergebnisse eintragen!

Bitte alle auswählen die zutreffen und einen Kommentar dazuschreiben

- ADOS
- ADI-R
- HAWIK III (V-IQ/H-IQ)
- HAWIK-R
- CFT 20
- CFT-1
- K-ABC
- CPM
- anderes
- nicht testbar

B 15: Intelligenzquotient

Bitte schreiben Sie Ihre Antwort hier

B 16: Schulabschluss Mutter/Ersatzmutter

Dieses Item entspricht dem
BaDo-Punkt 1.19

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

- Kein Schulabschluss
- Sonderschule
- Hauptschule
- Realschule
- Abitur
- (Fach)hochschule / Universität
- Unbekannt
- Sonstiges |

B 17: Schulabschluss Vater/Ersatzvater

Dieses Item entspricht dem
BaDo-Punkt 1.21

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

- Kein Schulabschluss
- Sonderschule
- Hauptschule
- Realschule
- Abitur
- (Fach)hochschule / Universität
- Unbekannt
- Sonstiges |

B 18: Derzeitige Tätigkeit Mutter/Ersatzmutter

Dieses Item entspricht dem
BaDo-Punkt 1.23

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

- Erwerbstätig / ganztags
- Schichtarbeit (keine Teilzeitarbeit)
- Regelmäßig teilzeitbeschäftigt
- Zeitweise beschäftigt / Gelegenheitsarbeit
- Ohne Ausbildungs- / Arbeitsstelle, arbeitslos
- Nicht erwerbstätig / in Ausbildung, Umschulung
- Nicht erwerbstätig / Rentner(in)
- Nicht erwerbstätig / Im Haushalt tätig
- Unbekannt
- Sonstiges |

B 19: Derzeitige Tätigkeit Vater/Ersatzvater

Dieses Item entspricht dem
BaDo-Punkt 1.24

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

- Erwerbstätig / ganztags
- Schichtarbeit (keine Teilzeitarbeit)
- Regelmäßig teilzeitbeschäftigt
- Zeitweise beschäftigt / Gelegenheitsarbeit
- Ohne Ausbildungs- / Arbeitsstelle, arbeitslos
- Nicht erwerbstätig / in Ausbildung, Umschulung
- Nicht erwerbstätig / Rentner(in)
- Nicht erwerbstätig / Im Haushalt tätig
- Unbekannt
- Sonstiges |

B 20: Beziehungsstatus der leiblichen Eltern?

Dieses Item entspricht dem
BaDo-Punkt 1.27

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

- Leben zusammen
- Getrennt / geschieden
- Durch den Tod getrennt
- Haben nie zusammengelebt
- Unbekannt
- Sonstiges |

C Kodierungsvorgaben

- 0 Keine Schädigung heißt, dass die Person kein Problem hat (ohne, kein, unerheblich etc. 0-4%).
- 1 Leichte Schädigung heißt, dass ein Problem mit einer Intensität vorliegt, die die Person tolerieren kann und das in den letzten 30 Tagen selten auftrat (schwach, gering, selten, wenig, etwas, ein bißchen schwierig etc. 5-24%).
- 2 Mäßige Schädigung heißt, dass ein Problem mit einer Intensität vorliegt, die die Person in ihrer täglichen Lebensführung stört und das in den letzten 30 Tagen gelegentlich auftrat (mäßig ausgeprägt, mittel, ziemlich, schwierig, eher eingeschränkt, etc. 25-49%).
- 3 Erhebliche Schädigung heißt, dass ein Problem mit einer Intensität vorliegt, die die tägliche Lebensführung der Person teilweise unterbricht und das in den letzten 30 Tagen häufig auftrat (erheblich ausgeprägt, hoch, äußerst, sehr schwierig/wenig, etc. 50-95%).
- 4 Vollständige Schädigung heißt, dass ein Problem mit einer Intensität vorliegt, die die tägliche Lebensführung der Person vollständig unterbricht und das täglich in den letzten 30 Tagen auftrat (voll ausgeprägt, komplett, total etc. 96-100%).
- 8 Informationen unzureichend, um den Schweregrad anzugeben.
- 9 Angabe des Codes unangebracht, bzw. nicht anwendbar

Die Prozentwerte sollen für die unterschiedlichen Domänen als Perzentile mit Bezug auf die Bevölkerungsstandards kalibriert werden.

D Körperfunktionen: Mentale Funktionen

D 0: b1 Mentale Funktionen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 00: b114 Funktionen der Orientierung

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 01: b1140 Orientierung zur Zeit

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 02: b1141 Orientierung zum Ort

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 03: b1142 Orientierung zu Personen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 03a: b11421 Orientierung zu anderen Personen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 04: b 117 Intelligenz

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 05: b 122 Globale psychosoziale Funktionen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 06: b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 06a: b1260 Extraversion

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 07: b1261 Umgänglichkeit

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 08: b1262 Gewissenhaftigkeit

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 09: b1263 Psychische Stabilität

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 10: b1264 Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 11: b1265 Optimismus

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 12: b1266 SelbstvertrauenBitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 13: b1267 Zuverlässigkeit**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 14: b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 14a: b1300 Ausmaß der psychischen Energie**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 15: b1301 Motivation**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 16: b1302 Appetit**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 17: b1303 Drang nach Suchtmitteln**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 18: b1304 Impulskontrolle**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 19: b134 Funktionen des Schlafes**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 19a: b1340 Schlafdauer**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 20: b1341 Schlafbeginn**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 21: b1342 Aufrechterhaltung des Schlafes**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 22: b1343 Schlafqualität**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 23: b1344 Am Schlafzyklus beteiligte Funktionen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 24: b140 Funktionen der Aufmerksamkeit**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9

D 24a: b1400 DaueraufmerksamkeitBitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 25: b1401 Wechsel oder Lenkung der Aufmerksamkeit**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 26: b1402 Geteilte Aufmerksamkeit**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 27: b1403 Mit anderen geteilte Aufmerksamkeit**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 28: b144 Funktionen des Gedächtnisses**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 28a: b1440 Kurzzeitgedächtnis**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 29: b1441 Langzeitgedächtnis**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 30: b1442 Abrufen von Gedächtnisinhalten**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 31: b147 Psychomotorische Funktionen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 31a: b1470 Psychomotorische Kontrolle**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 32: b1471 Qualität der psychomotorischen Funktionen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 33: b152 Emotionale Funktionen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 33a: b1520 (Situations-)Angemessenheit der Emotion**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 34: b1521 Affektkontrolle**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 35: b1522 Spannweite der Emotionen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 35a: b1528 Emotionale Funktionen, anders bezeichnet**

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 36: b156 Funktionen der Wahrnehmung

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 36a: b1560 Auditive Wahrnehmung

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 37: b1561 Visuelle Wahrnehmung

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 38: b1562 Geruchswahrnehmung

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 39: b1563 Geschmackswahrnehmung

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 40: b1564 Taktile Wahrnehmung

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 41: b1565 Räumlich-visuelle Wahrnehmung

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 42: b160 Funktionen des Denkens

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 42a: b1600 Denkt tempo

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 43: b1601 Form des Denkens

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 44: b1602 Inhalt des Denkens

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 45: b1603 Kontrolle des Denkens

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 46: b164 Höhere kognitive Funktionen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 46a: b1640 Abstraktionsvermögen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 47: b1641 Organisieren, Planen und Problemlösen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 48: b1642 ZeitmanagementBitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 49: b1643 Kognitive Flexibilität**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 50: b1644 Einsichtsvermögen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 50a: b1645 Urteilsvermögen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 51: b1646 Problemlösungsvermögen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 51a: b1648 Höhere kognitive Funktionen, anders bezeichnet**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 52: b167 Kognitiv-sprachliche Leistungen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 52a: b1670 Sprachverständnis**

17 von 54

25.04.2008 12:33

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 52aa: b16700 Das Verständnis gesprochener Sprache betreffende Funktionen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 52ab: b16701 Das Verständnis geschriebener Sprache betreffende Funktionen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 52ac: b16708 Das Sprachverständnis betreffende Funktionen, anders bezeichnet**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 52b: b1671 Sprachliches Ausdrucksvermögen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 52ba: b16710 Das lautsprachliche Ausdrucksvermögen betreffende Funktionen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 52bb: b16711 Das schriftsprachliche Ausdrucksvermögen betreffende Funktionen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 52bh: b16718 Das sprachliche Ausdrucksvermögen betreffende Funktionen, anders bezeichnet**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9

18 von 54

25.04.2008 12:33

D 52c: b1672 Integrative SprachfunktionenBitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 52d: b1678 Kognitiv-sprachliche Funktionen, anders bezeichnet**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 53: b172 Rechenleistungen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 53a: b1720 Einfache arithmetische Rechenarten**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 53b: b1721 Komplexe Rechenleistungen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 53c: b176 Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 53d: b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 53da: b1800 Selbstwahrnehmung**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 53db: b1801 Körperschema**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 53dc: b1802 Zeitwahrnehmung**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 54: Kapitel 2: Sinnesfunktionen und Schmerz**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 54a: b 230 Funktionen des Hörens (Hörsinn)**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 54aa: b 2301 Auditive Differenzierung**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 54ad: b 2304 Sprachdifferenzierung**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 55: b 270 Sinnesfunktionen bzg. Temperatur und anderer schädli. Reize**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 55ab: b2703 Wahrnehmung schädlicher Reize**

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 56: Kapitel 3: Stimm- und Sprechfunktionen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 56a: b320 Artikulationsfunktionen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 57: b330 Redefluss und Sprechrhythmus

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 57a: b3300 Sprechflüssigkeit

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 57b: b3301 Sprechrhythmus

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 57c: b3303 Melodik des Sprechens

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 58: b340 Alternativ stimmli. Äußerungen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 58a: b3401 Erzeugung einer Variation von stimmlichen Äußerungen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 59: Kapitel 7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 59ce: b735 Funktionen des Muskeltonus

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 59cef: b7356 Tonus aller Muskeln des Körpers

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 59i: b760 Kontrolle und Koordination der Willkürbewegung

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 59j: b7601 Kontrolle komplexer Willkürbewegungen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 59i: b7602 Koordination von Willkürbewegungen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 60: b765 unwillkürliche Bewegungen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

D 60a: b7650 Unwillkürliche MuskelkontraktionenBitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 60aa: b7652 Tics und Manierismen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 60b: b7653 Stereotypen und motor. Perserverationen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 60c: b7658 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen, anders bezeichnet**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**D 61: b770 Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**E Beeinträchtigung der Teilhabe (Info)**

Das Beurteilungsmerkmal „Leistung“ gibt das Ausmaß einer Beeinträchtigung der Teilhabe einer Person an, indem die tatsächliche Leistung der Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung in ihrer gegenwärtigen Umwelt beschrieben wird. Weil die gegenwärtige Umwelt den sozialen Kontext einbringt, kann Leistung auch als „Einbezogensein in einem Lebensbereich bzw. einer Lebenssituation“ oder als „erlebte Erfahrung“ der Menschen in ihrem aktuellen Kontext verstanden werden, in dem sie leben. Dieser Kontext beinhaltet die Umweltfaktoren – alle Aspekte der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt, die kodiert werden können durch die Verwendung der Umweltfaktoren. Das Beurteilungsmerkmal „Leistung“ misst die Schwierigkeit, die die betrachtete Person bei der Ausführung von Dingen erlebt unter der Annahme, dass die Person diese tun möchte.
Die Kodierung erfolgt wie bei den Körperfunktionen.

F Aktivitäten des Lernens und der Wissensanwendungen**F 0: Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung**

23 von 54

25.04.2008 12:33

(z.B. Sportveranstaltung)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**F 01: d110 Zuschauen**

(z.B. Sportveranstaltung)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**F 02: d115 Zuhören**

(z.B. Musik hören, Vortrag)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**F 03: d120 Andere bewusste sinnliche Wahrnehmung**

(z.B. tasten, riechen, schmecken)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**F 04: d130 Nachmachen, nachahmen**

(Geste, Laut, Buchstaben)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**F 05: d135 Üben**

(Gedicht einüben, 10er Reihe)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**F 06: d140 Lesen lernen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**F 07: d145 Schreiben lernen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9

24 von 54

25.04.2008 12:33

F 08: d150 Rechnen lernenBitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 09: d155 Sich Fertigkeiten aneignen**

(elementare und komplexe Fertigkeiten)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 09a: d1550 Sich elementare Fertigkeiten aneignen**

(elementare und komplexe Fertigkeiten)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 09b: d1551 Sich komplexe Fertigkeiten aneignen**

(elementare und komplexe Fertigkeiten)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 10: d160 Aufmerksamkeit fokussieren**Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 11: d163 Denken**

(Ideen formulieren, überlegen d. Vor-/Nachteile)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 12: d166 Lesen**

(um Wissen zu erlangen)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 13: d170 Schreiben**

(um Informationen zu vermitteln - Brief)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 14: d172 Rechnen (Textaufgaben lösen)**

(Textaufgaben lösen)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 15: d175 Probleme lösen**Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 15a: d1750 Einfache Probleme lösen**Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 15b: d1751 Komplexe Probleme lösen**Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 16: d177 Entscheidungen treffen (Wahl zwischen Optionen treffen)**

(Wahl zwischen Optionen treffen)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 17: d179 Wissen anwenden**

(Wahl zwischen Optionen treffen)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**F 18: d198 Lernen und Wissen anwenden, anders bezeichnet**Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**G Allgemeine Aufgaben und Anforderungen****G 00: Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen**

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 01: d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 01a: d2100 Eine einfache Einzelaufgabe übernehmen

z.B. Bett machen, (Aufgabe angehen, Zeit, Raum, Material organisieren, Durchführung festlegen, abschließen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 02: d2101 Eine komplexe Aufgabe übernehmen

Aufgabe mit mehr als einem Bestandteil auszuführen; B. Schularbeiten machen; (Aufgabe angehen, Zeit, Raum, Material organisieren, Durchführung festlegen, abschließen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 03: d2102 Eine Einzelaufgabe unabhängig übernehmen

(Ohne Hilfe)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 04: d2103 Eine Einzelaufgabe in einer Gruppe bewältigen

(mit anderen Personen bearbeiten)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 05: d220 Mehrfachaufgaben übernehmen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 05a: d2200 Mehrfachaufgaben bearbeiten

(mehrere Aufgaben vorbereiten, anzuhehen und sich um die erforderliche Zeit und Räumlichkeit zu kümmern)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 06: d2201 Mehrfachaufgaben abschließen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 07: d2202 Mehrfachaufgaben unabhängig (von anderen) übernehmen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 08: d2203 Mehrfachaufgaben in einer Gruppe übernehmen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 09: d230 Die tägliche Routine planen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 09a: d2301 Die tägliche Routine planen

(Tagesplan aufstellen etc.)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 10: d2302 Die tägliche Routine abschließen

(Handlungen die durchgeführt werden müssen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 11: d2303 Das eigene Aktivitätsniveau handhaben

(Zeit- & Energiebedarf einplanen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 12: d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 12a: d2400 Mit Verantwortung umgehen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 13: d2401 Mit Stress umgehen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

G 14: d2402 Mit Krisensituationen umgehen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

H Kommunikation

H 00: Kapitel 3: Kommunikation

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

H 01: d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

H 02: d315 Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen

(Körpergesten, Symbole: Verkehrszeichen, Warnsymbole etc)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

H 02a: d3150 Kommunizieren als Empfänger von Gesten oder Gebärden

Die Bedeutung von Gesichtsausdruck, Handbewegungen oder -zeichen, Körperhaltung und anderen Formen der Körpersprache zu erfassen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

H 02b: d3151 Kommunizieren als Empfänger von allgemeinen Zeichen und Symbolen

Die Bedeutung von öffentlichen Zeichen und Symbolen zu erfassen wie Verkehrszeichen, Warnsymbole, Notationen (z. B. musikalische, mathematische und wissenschaftliche) sowie Bildsymbole

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

H 02k: d325 Kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen

(Körpergesten, Symbole: Verkehrszeichen, Warnsymbole etc)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

H 03: d330 Sprechen

(eine Geschichte erzählen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

H 04: d335 Non-verbale Mitteilungen produzieren

(Gesten: Kopf schütteln, Symbole, Zeichnungen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

H 05: d3350 Körpersprache einsetzen(Gesichtsausdruck -
Körperbewegung)Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 05a: d3351 Zeichen und Symbole produzieren**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 05b: d3352 Zeichnungen und Fotos machen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 05g: d345 Mittellungen schreiben**Die wörtliche und
übertragene Bedeutung von
Mittellungen, die in
geschriebener Sprache
vermittelt sind, zu verfassen,
wie einem Freund einen
Brief schreibenBitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 06: d350 Konversation**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 06a: d3500 Eine Unterhaltung beginnen**(Grüßformel, sich
vorstellen)Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 07: d3501 Eine Unterhaltung aufrechterhalten**

(neue Themen einführen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 08: d3502 Eine Unterhaltung beenden**(mit üblichen
abschließenden
Bemerkungen)Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 09: d3503 Sich mit einer Person unterhalten**(Mit Freund über Wetter
sprechen - Smalltalk)Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 10: d3504 Eine Unterhaltung mit mehreren Personen zu führen**(Gruppenunterhaltungen zu
beginnen /aufrechterhalten)Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 11: d355 Diskussionen**(Pro- und
Kontra-Argumente)Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 11a: d3550 Diskussionen mit einer Person**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 11b: d3551 Diskussionen mit vielen Menschen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 12: d360 Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 12a: d3600 Telekommunikationsgeräte benutzen**

(Telefon, Fax)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 13: d3601 Technische Schreibgeräte benutzen**

(PC)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 14: Kapitel 4: Mobilität**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 16: d450 Gehen**

Sich zu Fuß auf einer Oberfläche Schritt für Schritt so fortzubewegen, dass stets wenigstens ein Fuß den Boden berührt, wie beim Spazieren, Schließen, Vorwärts-, Rückwärts- oder Seitwärtsgehen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 16a: d4503 Hindernisse umgehen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 16b: d465 Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 17: d470 Transportmittel benutzen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 17a: d4702 Ein öffentliches, motorisiertes Verkehrsmittel benutzen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 18: d475 ein Fahrzeug fahren**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 18a: d4750 Ein von Menschenkraft betriebenes Fahrzeug fahren**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 18b: d4751 Ein motorisiertes Fahrzeug fahren**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**H 18c: d4752 Ein von einem Tier angetriebenes Fahrzeug fahren**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**I Selbstversorgung****I 0: Kapitel 5: Selbstversorgung**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**I 00: d510 Sich waschen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**I 01: d5100 Einzelne Körperteile waschen**

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 02: d5101 Den gesamten Körper baden

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 03: d5102 Sich abtrocknen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 04: d520 Seine Körperteile pflegen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 04a: d5200 Die Haut pflegen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 05: d5201 Die Zähne pflegen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 06: d5202 Haar- und Kopfhaut pflegen

(Haare, Bart)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 07: d5203 Fingernägel pflegen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 08: d5204 Fußnägel pflegen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 09: d530 Die Toilette benutzen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 09a: d5300 Die Belange der Blasenentleerung regulieren

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 10: d5301 Die Belange der Darmentleerung regulieren

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 11: d5302 Die Belange der Menstruation regulieren

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 12: d540 Sich kleiden

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 12a: d5400 Kleidung anziehen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 13: d5401 Kleidung ausziehen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

I 14: d5402 Schuhwerk anziehen(Socken, Stümpfe, Schuhe) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**I 15: d5403 Schuhwerk ausziehen**(Socken, Stümpfe, Schuhe) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**I 16: d5404 Geeignete Kleidung auswählen**(Kläna, Fest) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**I 17: d550 Essen**(schneiden, Flaschen öffnen, Essbesteck benutzen) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**I 18: d560 Trinken**(schneiden, Flaschen öffnen, Essbesteck benutzen) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**I 19: d570 Auf seine Gesundheit achten****Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**I 19a: d5700 Auf seinen physischen Komfort achten**(Körperposition, angenehme Temperatur) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**I 20: d5702 Seine Gesundheit erhalten**

37 von 54

25.04.2008 12:33

(Krankheitsverhütung) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**I 20: d5701 Aktivitäten im Zusammenhang mit Ernährung und Fitness****Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**J Häusliches Leben****J 0: Kapitel 6: Häusliches Leben****Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**J 0a: d610 Wohnraum beschaffen****Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**J 0b: d6100 Wohnraum kaufen****Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**J 0c: d6101 Wohnraum mieten****Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**J 0d: d6102 Wohnraum möblieren****Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen** 0 1 2 3 4 8 9**J 00: d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen****Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**

38 von 54

25.04.2008 12:33

0 1 2 3 4 8 9

J 01: d6200 Einkaufen(Waren & Dienstleistungen
gegen Geld)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 01a: d6201 Die täglichen Notwendigkeiten unentgeltlich besorgen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 02: d630 Mahlzeiten vorbereiten(Speisen & Getränke
zubereiten)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 02a: d6300 einfache Mahlzeiten vorbereiten

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 02b: d6301 komplexe Mahlzeiten vorbereiten

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 04: d640 Hausarbeiten erledigen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 04a: d6400 Kleidung und Wäsche waschen und trocknen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 04b: d6401 Küchenbereich und -utensilien reinigen

39 von 54

25.04.2008 12:33

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 05: d6402 Den Wohnbereich reinigen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 06: d6403 Haushaltsgeräte benutzen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 06a: d6404 Die tägl. Lebensnotwendigkeiten lagern

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 07: d6405 Müll entsorgen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 08: d650 Haushaltsgegenstände pflegen(Kleidung, Wohnung,
Möbel, Fahrzeuge, Pflanzen,
Tiere pflegen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 08a: d6500 Kleidung herstellen und reparieren

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

J 08aa: d6501 Wohnung und Möbel instand halten

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

40 von 54

25.04.2008 12:33

J 08b: d6502 Häusl. Geräte Instand haltenBitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**J 08c: d6503 Fahrzeuge Instand halten**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**J 08d: d6504 Hilfsmittel Instand halten**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**J 08e: d6505 Innen- und Außenpflanzen pflegen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**J 08f: d6506 Sich um Tiere kümmern**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**J 09: d660 Anderen helfen**

(bei Bewegung und Selbstversorgung)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**J 10: d6600 Anderen bei der Selbstversorgung helfen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**J 11: d6601 Anderen bei der (Fort)Bewegung helfen**

41 von 54

25.04.2008 12:33

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**J 12: d6602 Anderen bei der Kommunikation helfen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**J 13: d6603 Anderen bei interpersonellen Beziehungen helfen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**J 14: d6604 Anderen bei der Ernährung helfen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**J 15: d6605 Anderen bei der Erhaltung ihrer Gesundheit helfen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**K Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen****K 0: Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**K 01: d710 Elementare Interpersonelle Aktivitäten**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen0 1 2 3 4 8 9**K 01a: d7100 Respekt und Wärme in Beziehungen**

(auf sozial angemessene Weise Rücksicht nehmen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

42 von 54

25.04.2008 12:33

und Wertschätzung zeigen / regieren) 0 1 2 3 4 8 9

K 02: d7101 Anerkennung in Beziehungen

(Sozial angemessen: Zufriedenheit/Dankbarkeit zeigen und darauf reagieren) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**
 0 1 2 3 4 8 9

K 03: d7102 Toleranz in Beziehungen zeigen

(Sozial angemessen Verständnis / Akzeptanz für Verhalten zeigen und darauf reagieren) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**
 0 1 2 3 4 8 9

K 04: d7103 Kritik in Beziehungen

(Meinungsverschiedenheiten ausdrücken / drauf sozial angemessen zu reagieren) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**
 0 1 2 3 4 8 9

K 05: d7104 Soziale Zeichen in Beziehungen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen
 0 1 2 3 4 8 9

K 06: d7105 Körperlicher Kontakt in Beziehungen

(geben / nehmen) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**
 0 1 2 3 4 8 9

K 06a: d7108 Elementare Interpersonelle Aktivitäten, anders bezeichnet

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen
 0 1 2 3 4 8 9

K 06b: d720 Komplexe Interpersonelle Interaktionen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen
 0 1 2 3 4 8 9

K 07: d7200 Beziehungen eingehen

(Freundschaften, berufliche Beziehungen, Liebesbeziehungen) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**
 0 1 2 3 4 8 9

K 08: d7201 Beziehungen beenden

(sozial angemessen: Umzug eines Freundes, Ende eines Besuches) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**
 0 1 2 3 4 8 9

K 09: d7202 Verhalten in Beziehungen regulieren

(Verbale und Physische Aggressionen steuern) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**
 0 1 2 3 4 8 9

K 10: d7203 Sozialen Regeln gemäß interagieren

(je nach Rolle, Status) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**
 0 1 2 3 4 8 9

K 11: d7204 Sozialen Abstand wahren

(= zw. sich und anderen wählen) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**
 0 1 2 3 4 8 9

K 11a: d7208 Komplexe Interpersonelle Interaktionen, anders bezeichnet

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen
 0 1 2 3 4 8 9

K 11b: d729 Allgemeine Interpersonelle Interaktionen, anders oder nicht näher bezeichnet

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen
 0 1 2 3 4 8 9

K 12: d730 Mit Fremden umgehen

(Fragen nach Richtung/Uhrzeit) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**

0 1 2 3 4 8 9

K 12a: d740 Formelle Beziehungen

Mit Autoritätspersonen umgehen **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**

0 1 2 3 4 8 9

K 12aa: d7400 Mit Autoritätspersonen umgehen

Formelle Beziehungen mit Menschen in Machipositionen, höheren Ranges oder Prestiges als der eigenen sozialen Position aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, wie mit einem Arbeitgeber **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**

0 1 2 3 4 8 9

K 12ac: d7402 Mit Gleichrangigen umgehen

Formelle Beziehungen mit Menschen gleichen Ranges, Prestiges oder gleicher Autorität wie der eigenen sozialen Position aufzunehmen und aufrecht zu erhalten **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**

0 1 2 3 4 8 9

K 12ad: d7408 Formelle Beziehungen, anders bezeichnet

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 13: d750 Informelle soziale Beziehungen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

45 von 54

25.04.2008 12:33

K 13a: d7500 Informelle Beziehungen zu Freunden

(Freundschaften aufnehmen und aufrecht erhalten) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**

0 1 2 3 4 8 9

K 13b: d7501 Informelle Beziehungen zu Nachbarn

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 14: d7502 Informelle Beziehungen zu Bekannten

(Kontakt aufnehmen und aufrecht erhalten) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**

0 1 2 3 4 8 9

K 15: d7503 Informelle Beziehung zu Mitbewohnern

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 16: d7504 Informelle Beziehungen zu Peers

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 16a: d7508 Informelle soziale Beziehungen, anders bezeichnet

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 17: d760 Familienbeziehungen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 17a: d7600 Eltern-Kind-Beziehungen

46 von 54

25.04.2008 12:33

Auf natürliche Weise oder durch Adoption zu einem Elternteil zu werden oder dies zu sein, wie ein Kind zu haben und mit ihm in elterlicher Beziehung stehen oder eine elterliche Beziehung mit einem Adoptivkind aufbauen und aufrecht erhalten sowie dem eigenen Kind oder dem Adoptivkind physische, intellektuelle und emotionale Zuwendung geben

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 17b: d7601 Kind-Eltern-Beziehungen

(mit Eltern Beziehung aufbauen & erhalten -gehören auf seine Eltern)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 18: d7602 Beziehung unter Geschwistern

(aufbauen / erhalten)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 19: d7603 Beziehung zum erweiterten Familienkreis

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 19a: d7608 Familienbeziehungen, anders bezeichnet

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 20: d770 Intime Beziehungen

(Liebes-, Sexualbeziehung)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 21: d7700 Liebesbeziehungen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 22: d7701 Eheliche Beziehungen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 23: d7702 Sexualbeziehungen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 24: d7708 Intime Beziehungen, anders bezeichnet

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 25: d779 Besondere interpersonelle Beziehungen, anders oder nicht näher bezeichnet

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

K 26: d798 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, anders bezeichnet

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L Bedeutende Lebensbereiche

L 0: Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 01: d810 Informelle Bildung

(Fertigkeiten von den Eltern lernen) **Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen**

0 1 2 3 4 8 9

L 02: d815 Vorschulziehung

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 03: d820 Schulbildung

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 04: d825 Theoretische Berufsausbildung

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 04a: d830 Höhere Bildung und Ausbildung

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 05: d840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit

(Aufgaben in Praktika etc ausführen die gefordert werden)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 05a: d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 05b: d8450 Arbeit suchen

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 05c: d8451 Ein Arbeitsverhältnis behalten

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 05d: d8452 Ein Arbeitsverhältnis beenden

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 05e: d8458 Ein Arbeitsverhältnis finden, behalten und beenden, anders bezeichnet

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 06: d850 Bezahlte Tätigkeit

(jobben)

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 06a: d8500 Selbständige Tätigkeit

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 06b: d8501 Teilzeitbeschäftigung

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 06c: d8502 Vollzeitbeschäftigung

Bitte nur eine Antwort aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 06d: d8508 Bezahlte Tätigkeit, anders bezeichnet

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 06e: d855 Unbezahlte Tätigkeit

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 07: d860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen

(Geld zum einkaufen
benutzen, Geld sparen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 08: d865 Komplexe wirtschaftliche Transaktionen

(Konto unterhalten)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 08a: d870 Wirtschaftliche Eigenständigkeit

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 08b: d8700 Persönliche wirtschaftliche Ressourcen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 08c: d8701 Öffentliche wirtschaftliche Ansprüche

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 08d: d8708 Wirtschaftliche Eigenständigkeit, anders bezeichnet

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

L 10: d898 Größere Lebensbereiche, anders bezeichnet

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

M Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

M 0: Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

M 0a: d910 Gemeinschaftsleben

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

M 01: d9100 Informelle Vereinigungen

(Soziale Clubs)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

M 01a: d9101 Formelle Vereinigungen

soz. Fachgruppen

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

M 01b: d9102 Feierlichkeiten

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

M 01c: d9108 Gemeinschaftsleben, anders bezeichnet

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen

0 1 2 3 4 8 9

M 02: d920 Erholung und Freizeit

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 02a: d9200 Spiel**

(Beteiligung an Spielen mit Regeln: Schach, Karten)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 03: d9201 Sport**

(allein / Gruppe: Bowling, Fussball)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 04: d9202 Kunst und Kultur**

(Theater, Kino, Museum, Musikinstrument)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 05: d9203 Kunsthandwerk**

(Töpferei, Sticken)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 06: d9204 Hobbys**

(mit Lieblingsbeschäftigung befassen, etwas sammeln)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 07: d9205 Geselligkeit**

(Verwandte besuchen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 07a: d930 Religion und Spiritualität**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 07b: d9300 Organisierte Religion**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 07c: d9301 Spiritualität**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 08: d940 Menschenrechte**

(Recht über das Schicksal zu bestimmen)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 09: d950 Politisches Leben und Staatsbürgerschaft**

(ab 14 Jahren)

Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**M 10: d998 Leben in der Gemeinschaft, soz. und staatsbürgerliches Leben, anders bezeichnet**Bitte **nur eine Antwort** aus folgenden Möglichkeiten wählen 0 1 2 3 4 8 9**Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:**

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens. Bitte faxen Sie den ausgefüllten Fragebogen an .

8.6 DANKSAGUNG

Die Seite 195 (Danksagung) enthält persönliche Daten. Sie ist deshalb nicht Bestandteil der Online-Veröffentlichung.

8.7 LEBENSLAUF

Die Seite 196 (Lebenslauf) enthält persönliche Daten. Sie ist deshalb nicht Bestandteil der Online-Veröffentlichung.