# Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

| | |
|---|---|
| **Konsortialführung:** | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| **Förderkennzeichen:** | 01NVF18003 |
| **Akronym:** | CHIMPS-NET |
| **Projekttitel:** | Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern – children of mentally ill parents-network |
| **Autorinnen und Autoren :** | Silke Wiegand-Grefe, Anna Leidger, Theresa Paumen, Anne Daubmann, Ann-Kathrin Ozga, Annika Möhl, Harald Baumeister, Patrick Dülsen, Reinhold Kilian, Tamara Waldmann, Carolin von Gottberg, Jan Zeidler, Nicolas Pardey, Annika Herr, Sebastian von Peter, Martin Heinze, Timo Beeker, Silke Pawils, Svenja Taubner, Anna K. Georg, Sibylle Winter, Olga Piwkowska, Gerald Willms, Carina Stammann, Jörg Dirmaier, Farhad Rezvani, Luisa Schäfer, Nina Schilder, Ursula Marschall, Niklas Fritz, Jessica Stohri, Sophia Rocabado, Stefanie Schellhammer, Michél Henkel, Alice Brinkmann, Thomas Krull, Steve Hüttmann, Svenja Warkentin, Jana Lübke, Sarah Treffert, Heike Plachetka, Florian Brandt, Antonia Zapf |
| **Förderzeitraum:** | 1. Januar 2020 – 31. Dezember 2023 |

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt CHIMPS-NET wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF18003 gefördert.



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

**Inhaltsverzeichnis**

**I. Abkürzungsverzeichnis ..... 6**
**II. Abbildungsverzeichnis ..... 9**
**III. Tabellenverzeichnis ..... 10**
**1. Zusammenfassung ..... 13**
**2. Beteiligte Projektpartner*innen ..... 14**
**3. Projektziele (inkl. Fragestellungen und Hypothesen) ..... 15**
3.1 Hintergrund ..... 15
3.2 Projektziele ..... 15
3.3 Implementierungsmodell CHIMPS-NET ..... 16
3.4 Fragestellung und Hypothesen ..... 17
3.4.1 Die Face-to-face-NVF ..... 17
3.4.2 iCHIMPS ..... 18
3.4.3 Gesundheitsökonomische Evaluation der NVF (Primärdaten) ..... 18
3.4.4 Gesundheitsökonomische Evaluation der NVF (Sekundärdaten) ..... 18
**4. Projektdurchführung ..... 19**
4.1 Die NVF in CHIMPS-NET ..... 19
4.1.1 Die Face-to-face-NVF ..... 19
4.1.2 iCHIMPS ..... 21
4.2 Rechtsgrundlage für die Interventionen CHIMPS-NET ..... 22
4.3 Implementierung der NVF während der Projektlaufzeit ..... 22
4.4 Nutzung der Interventionen nach dem Projekt CHIMPS-NET ..... 23
4.4.1 Verfügbarkeit der Interventionen und der Schulungen ..... 23
4.4.2 Die Interventionsplattform eSano ..... 23
4.5 Weitere Teilprojekte ..... 23
4.5.1 Optimale Zugangswege (Pathway to Care) ..... 23
4.5.2 Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten der Fachkräfte ..... 24
4.5.3 Systematisches Screening, Früherkennung und Inanspruchnahme ..... 25
4.5.4 Evaluiertes Webportal ..... 25
4.5.5 Implementierung und Qualitätssicherung ..... 26
**5. Methodik ..... 26**
5.1 Methodik der Effektevaluationen der NVF ..... 27
5.1.1 Studiendesign ..... 27



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

5.1.2 Zielpopulation ..... 28
5.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien ..... 28
5.1.4 Fallzahlen (Stichprobe) inklusive Drop-Out ..... 29
5.1.5 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung ..... 30
5.1.6 Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte ..... 32
5.1.7 Übersicht aller Messinstrumente ..... 35
5.1.8 Auswertungsmethoden ..... 36
5.2 Methodik der gesundheitsökonomischen Evaluation der NVF (Primärdaten) ..... 41
5.2.1 Erfassung von Inanspruchnahme und Kosten medizinischer und psychosozialer Leistungen ..... 42
5.2.2 Berechnung von QALYs als Ergebniskriterium ..... 42
5.2.3 Berechnung und Analyse der inkrementellen Kosten-Nutzwertrelation (IKUR) ..... 42
5.2.4 Behandlung fehlender Werte im Rahmen der statistischen Analyse ..... 43
5.3. Methodik der gesundheitsökonomischen Evaluation der NVF (Sekundärdaten) ..... 43
5.3.1 Datengrundlagen ..... 43
5.3.2 Analysepopulationen ..... 44
5.3.3 Auswertungsstrategie ..... 45
5.3.4 Statistische Analyse ..... 46
5.3.5 Sensitivitätsanalysen ..... 46
5.4 Methodik der qualitativen Evaluation ..... 47
5.4.1 Ziele und Arbeitsgruppe ..... 47
5.4.2 Entwicklung der Leitfäden ..... 47
5.4.3 Rekrutierung und Datenerhebung ..... 48
5.4.4 Interviewmaterial und Analyse ..... 49
**6. Ergebnisse ..... 50**
6.1 Ergebnisse der Effektevaluation der NVF ..... 50
6.1.1 CHIMPS-T ..... 51
6.1.2 CHIMPS-MFT ..... 56
6.1.3 CHIMPS-P ..... 61
6.1.4. iCHIMPS ..... 66
6.1.5 Durchführung der Interventionen ..... 69
6.1.6 Verläufe von Interventionen: Ein Fallbeispiel aus der CHIMPS-T-Gruppe ..... 71



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.1.7 Biometrische Evaluation ..... 72
6.2 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation der NVF (Primärdaten) ..... 135
6.2.1 CHIMPS-T ..... 135
6.2.2 CHIMPS-MFT ..... 140
6.2.3 CHIMPS-P ..... 144
6.3 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation (Sekundärdaten) ..... 148
6.3.1 CHIMPS-T ..... 148
6.3.2 CHIMPS-MFT ..... 154
6.3.3 CHIMPS-P ..... 161
6.4 Ergebnisse der qualitativen Evaluation ..... 168
6.4.1 GTM ..... 168
6.4.2 MSC ..... 172
**7. Diskussion der Projektergebnisse ..... 174**
7.1 Diskussion der Effektevaluation der NVF ..... 174
7.1.1 CHIMPS-T ..... 175
7.1.2 CHIMPS-MFT ..... 175
7.1.3 CHIMPS-P ..... 176
7.1.4 Fazit ..... 176
7.1.5 iCHIMPS ..... 176
7.2 Diskussion der gesundheitsökonomischen Evaluation (Primärdaten) ..... 177
7.2.1 CHIMPS-T ..... 177
7.2.2 CHIMPS-MFT ..... 177
7.2.3 CHIMPS-P ..... 178
7.3 Diskussion der gesundheitsökonomischen Evaluation (Sekundärdaten) ..... 178
7.3.1 CHIMPS-T ..... 178
7.3.2 CHIMPS-MFT ..... 178
7.3.3 CHIMPS-P ..... 178
7.4 Diskussion der qualitativen Evaluation ..... 179
7.4.1 Limitationen ..... 179
7.4.2 Ausblick ..... 179
**8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung ..... 179**
8.1 Ausgangslage der Versorgungssituation ..... 179



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

8.2 Verwendung der Ergebnisse der NVF ..... 181
8.3 Die Face-to-face-NVF ..... 181
8.3.1 CHIMPS-T ..... 181
8.3.2 CHIMPS-MFT ..... 183
8.3.3 CHIMPS-P ..... 184
8.4 Realisierbarkeit der Implementierung in die RV ..... 185
**9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen ..... 186**
**10. Literaturverzeichnis ..... 188**
**11. Anhang ..... 194**
**12. Anlagen ..... 194**



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

## I. Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Bedeutung |
|---|---|
| **AFET** | AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e. V. |
| **AOK BW** | Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg |
| **aQua** | aQua-Institut |
| **AUC** | Area under the Curve |
| **BAS** | Bundesamt für Soziale Sicherung |
| **BGB** | Bürgerliches Gesetzbuch |
| **BKiSchG** | Bundeskinderschutzgesetz |
| **BKK** | Betriebskrankenkasse |
| **BSI** | Brief Symptom Inventory |
| **BVA** | Bundesversicherungsamt |
| **CAMHSRI** | Child and Adolescent Mental Health Services Receipt Inventory |
| **CBCL** | Child Behavior Checklist |
| **CCA** | Complete Case Analysis |
| **CHERH** | Center for Health Economics Research Hannover |
| **CHIMPS-MFT** | CHIMPS-Multifamilientherapie |
| **CHIMPS-NET** | Children of Mentally Ill Parents-Network |
| **CHIMPS-P** | CHIMPS-Prävention |
| **CHIMPS-T** | CHIMPS-Therapie |
| **CPPS** | Comparative Psychotherapy Process Scale |
| **CSSRI** | Client Socioeconomic and Services Receipt Inventory |
| **CTC North** | Clinical Trial Center North |
| **DAK-G** | DAK-Gesundheit |
| **DMATC GmbH** | Data Management and Trust Center GmbH |
| **DVGP** | Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. |
| **EBI** | Eltern-Belastungs-Inventar |
| **eCRF** | Electronic Case Report Form |
| **EFK** | Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung |
| **EFS** | Evaluated-for-Safety |
| **ESI** | Erziehungsstil-Inventar |
| **FAS** | Full-Analysis-Set |
| **FB-A** | Die Familienbögen-A |
| **FBB** | Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung |
| **FDA** | Food and Drug Administration |


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | |
|---|---|
| **FFMHPQ** | Family-focused Mental Health Practice Questionnaire |
| **FIML** | Full Information Maximum Likelihood |
| **GAD-7** | Generalized Anxiety Disorder |
| **GAF** | Global Assessment of Functioning |
| **GAMP** | Good Automated Manufacturing Practice |
| **GARF** | Global Assessment of Relational Functioning |
| **GKV** | Gesetzliche Krankenversicherung |
| **GTM** | Grounded Theory Methodology |
| **ICC** | Intracluster Correlation Coefficient |
| **ICER** | Inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis |
| **IEC** | International Electrotechnical Commission |
| **IKK classic** | Innungskrankenkasse classic |
| **IKUR** | Inkrementelle Kosten-Nutzwertrelation |
| **IMBE** | Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie |
| **IG** | Interventionsgruppe |
| **ITT** | Intention-To-Treat |
| **KEAK** | Kosteneffektivitätsakzeptanzkurve |
| **KEF** | Kosteneffektivitätsfläche |
| **KF** | Konsortialführung |
| **KG** | Kontrollgruppe |
| **KI** | Konfidenzintervall |
| **KJF** | Katholische Jugendfürsorge |
| **KJP** | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| **KJ** | Kinder und Jugendliche |
| **KJPKE** | Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern |
| **KK** | Krankenkasse |
| **KKH** | Kaufmännische Krankenkasse |
| **KP** | Konsortialpartner*in |
| **KPP** | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie |
| **K-SADS-PL** | Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version |
| **LOCF** | Last observation carried forward |
| **LRT** | Likelihood-Ratio-Test |
| **LWL** | Landschaftsverband Westfalen-Lippe |
| **MAR** | Missing at Random |
| **ME** | Mixed Effects |


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | |
|---|---|
| **MHB** | Medizinische Hochschule Brandenburg |
| **M.I.N.I.** | Mini-International Neuropsychiatric Interview |
| **MKK** | Mobil Krankenkasse |
| **MSC** | Most Significant Change |
| **MSZP** | Messzeitpunkte |
| **MVZ** | Medizinisches Versorgungszentrum |
| **MZB** | Maximale Zahlungsbereitschaft |
| **NBZ** | Nachbeobachtungszeitraum |
| **NEQ** | Negative Effects Questionnaire |
| **NVF** | Neue Versorgungsform |
| **OSSQ** | Oslo Social Support Questionnaire |
| **PASS** | Power Analysis and Sample Size |
| **PHQ** | Patient Health Questionnaire |
| **PIA** | Psychiatrische Institutsambulanz |
| **PIC/S** | Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme |
| **PP** | Per Protokoll |
| **QALY** | Quality Adjusted Life Year |
| **RCT** | Randomized Controlled Trial |
| **RSQ** | Responses to Stress Questionnaire |
| **SF-12** | Short Form-12 |
| **SGB** | Sozialgesetzbuch |
| **SOP** | Standard Operating Procedures |
| **SPSS** | Statistical Package for Social Sciences |
| **SSRMI-short** | Self-Stigma in Relatives of people with Mental Illness scale-short |
| **SUREG** | Seemingly unrelated regression |
| **TAU** | Treatment-As-Usual |
| **TK** | Techniker Krankenkasse |
| **TP** | Teilprojekt |
| **TTO** | Time-Trade-Off |
| **UCLA** | University of California at Los Angeles |
| **UKE** | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| **VBZ** | Vorbeobachtungszeitraum |
| **WAI-SR** | Working Alliance Inventory-Short Revised |
| **WTP** | Willingness to pay |
| **YSR** | Youth Self Report |
| **ZUF-8** | Fragebogen zur Patientenzufriedenheit |


Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

## II. Abbildungsverzeichnis

**Abbildung 1:** *Implementierungsmodell CHIMPS-NET* ..... 17
**Abbildung 2:** *CONSORT-Diagramm zur Rekrutierung der Face-to-face-NVF* ..... 31
**Abbildung 3**: *Flow-Chart des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie* ..... 52
**Abbildung 4:** *Flow-Chart des primären Endpunkts - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 57
**Abbildung 5**: Flow-Chart des primären Endpunkts: CHIMPS-P-Studie ..... 62
**Abbildung 6:** *Flow-Chart - iCHIMPS-Studie* ..... 67
**Abbildung 7:** *Interventionsnutzung iCHIMPS* ..... 71
**Abbildung 8:** *Verlauf des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie* ..... 73
**Abbildung 9:** *Verlauf des primären Endpunkts - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 91
**Abbildung 10:** *Verlauf des primären Endpunkts- CHIMPS-P-Studie* ..... 111
**Abbildung 11:** *Verlauf des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie plus -MFT-Studie* ..... 132
**Abbildung 12:** *M und 95%-KI der EQ-5D-Y-Nutzwerte zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)* ..... 136
**Abbildung 13:** *M und 95%-KI der 6-Monats-Gesamtkosten in € zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)* ..... 137
**Abbildung 14:** *KEF mit IKUR-Varianz für die CHIMPS-T-Intervention im Vergleich zur KG* ..... 139
**Abbildung 15:** *KEAK für die CHIMPS-T-Intervention im Vergleich zur KG* ..... 139
**Abbildung 16:** *M und 95%-KI der EQ-5D-Y-Nutzwerte zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)* ..... 140
**Abbildung 17:** *M und 95%-KI der 6-Monats-Gesamtkosten in € zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)* ..... 141
**Abbildung 18:** *KEF und Konfidenzellipse für die IKUR der CHIMPS-MFT-Intervention im Vergleich zur KG* ..... 143
**Abbildung 19:** *KEF für die CHIMPS-MFT-Intervention im Vergleich zur KG* ..... 144
**Abbildung 20:** *M und 95%-KI der EQ-5D-Y-Nutzwerte zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)* ..... 145
**Abbildung 21:** *M und 95%-KI der 6-Monats-Gesamtkosten in € zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)* ..... 145
**Abbildung 22:** *IKUR-Varianz für die CHIMPS-P-Intervention im Vergleich zur KG* ..... 147
**Abbildung 23:** *KEAK für die CHIMPS-P-Intervention im Vergleich zur KG* ..... 147
**Abbildung 24:** *Studienpopulationen der CHIMPS-T-Studie* ..... 148
**Abbildung 25:** *KEF des ICER – Elternteile (CHIMPS-T)* ..... 152
**Abbildung 26:** *KEAK der Elternteile (CHIMPS-T)* ..... 153
**Abbildung 27:** *Punktschätzer des ICER und 95% Konfidenzellipse – KJ (CHIMPS-T)* ..... 153
**Abbildung 28:** *KEAK der KJ (CHIMPS-T)* ..... 154
**Abbildung 29:** *Studienpopulationen der CHIMPS-MFT-Studie* ..... 155
**Abbildung 30:** *KEF des ICER – Elternteile (CHIMPS-MFT)* ..... 159


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

**Abbildung 31:** *KEAK der Elternteile (CHIMPS-MFT)* ..... 159
**Abbildung 32:** *Punktschätzer des ICER und 95%-Konfidenzellipse - KJ (CHIMPS-MFT)* ..... 160
**Abbildung 33:** *KEAK der KJ* ..... 161
**Abbildung 34:** *Studienpopulationen der CHIMPS P-Studie* ..... 162
**Abbildung 35:** *KEF des ICER – Elternteile (CHIMPS-P)* ..... 165
**Abbildung 36:** *KEAK der Elternteile (CHIMPS-P)* ..... 166
**Abbildung 37:** *Punktschätzer des ICER und 95%-Konfidenzellipse - KJ (CHIMPS-P)* ..... 167
**Abbildung 38:** *KEAK der KJ* ..... 168

## III. Tabellenverzeichnis

**Tabelle 1:** *Konsortialpartner des Projektes CHIMPS-NET* ..... 14
**Tabelle 2:** *Messinstrumente des CHIMPS-NET-Projektes* ..... 36
**Tabelle 3:** *Baseline-Charakteristika der Familienmitglieder* ..... 38
**Tabelle 4:** *Leitfragen, Erzählimpulse und Aspekte des Leitfadens* ..... 48
**Tabelle 5:** *Randomisierungen der Face-to-face-NVF, aufgeschlüsselt nach KK* ..... 51
**Tabelle 6:** *Baseline-Deskription kranke Elternteile über KJ - CHIMPS-T-Studie* ..... 53
**Tabelle 7:** *Baseline-Deskription zweite Elternteile über KJ - CHIMPS-T-Studie* ..... 54
**Tabelle 8:** *Baseline-Deskription KJ über sich - CHIMPS-T-Studie* ..... 55
**Tabelle 9:** *Baseline-Deskription kranke Elternteile über KJ - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 58
**Tabelle 10:** *Baseline-Deskription zweite Elternteile über KJ - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 59
**Tabelle 11:** *Baseline-Deskription KJ über sich - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 61
**Tabelle 12:** *Baseline-Deskription kranke Elternteile über KJ - CHIMPS-P-Studie* ..... 63
**Tabelle 13:** *Baseline-Deskription zweite Elternteile über KJ - CHIMPS-P-Studie* ..... 64
**Tabelle 14:** *Baseline-Deskription KJ über sich - CHIMPS-P-Studie* ..... 65
**Tabelle 15:** *Soziodemographische Merkmale - iCHIMPS-Studie* ..... 68
**Tabelle 16:** *Verteilung psychischer Störungen - iCHIMPS-Studie* ..... 69
**Tabelle 17:** *Verlauf der Face-to-face-NVF* ..... 70
**Tabelle 18:** *Modellergebnis der Analyse des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie* ..... 73
**Tabelle 19:** *ICC aus Modellanalyse des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie* ..... 73
**Tabelle 20:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-T-Studie* ..... 75
**Tabelle 21:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-T Studie* ..... 76
**Tabelle 22:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-T-Studie* ..... 78
**Tabelle 23:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-T-Studie* ..... 79


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

**Tabelle 24:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-T-Studie* ..... 82

**Tabelle 25:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-T-Studie* . 83

**Tabelle 26:** *Deskriptive Ergebnisse des Kiddie-SADS aus Elterninterview - CHIMPS-T-Studie* . 88

**Tabelle 27:** *Deskriptive Ergebnisse des Kiddie-SADS aus Kinderinterview - CHIMPS T-Studie* . 89

**Tabelle 28:** *Modellergebnis der Analyse des primären Endpunkts - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 91

**Tabelle 29:** *ICC aus Modellanalyse des primären Endpunkts - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 92

**Tabelle 30:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 93

**Tabelle 31:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 94

**Tabelle 32:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 96

**Tabelle 33:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 98

**Tabelle 34:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 100

**Tabelle 35:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 101

**Tabelle 36:** *Deskriptive Ergebnisse des Kiddie-SADS aus Elterninterview - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 106

**Tabelle 37:** *Modellergebnisse der Analyse des Kiddie-SADS aus Elterninterview - CHIMPS-MFT-Studie* ..... 107

**Tabelle 38:** *Deskriptive Ergebnisse des Kiddie-SADS aus Kinderinterview – CHIMPS-MFT-Studie* ..... 108

**Tabelle 39:** *Modellergebnisse der Analyse des Kiddie-SADS aus Kinderinterview- CHIMPS-MFT-Studie* ..... 109

**Tabelle 40:** *Modellergebnis der Analyse des primären Endpunkts- CHIMPS-P-Studie* ..... 111

**Tabelle 41:** *ICC aus Modellanalyse des primären Endpunkts - CHIMPS-P-Studie* ..... 111

**Tabelle 42:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-P-Studie* ..... 113

**Tabelle 43:** *Modellergebnisse der Analysen des Kidscreen aus Elternsicht über alle Kinder - CHIMPS-P-Studie* ..... 115

**Tabelle 44:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-P-Studie* .. 116

**Tabelle 45:***ICC aus Modellanalyse des Kidscreens aus Elternsicht über alle Kinder - CHIMPS-P-Studie* ..... 117

**Tabelle 46:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-P Studie* ..... 119

**Tabelle 47:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-P-Studie* ..... 120

**Tabelle 48:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-P-Studie* ..... 123



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

**Tabelle 49:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-P-Studie* ..... 124

**Tabelle 50:** *Modellergebnisse der Analysen des Kidscreen aus Kindersicht - CHIMPS-P-Studie* ..... 126

**Tabelle 51:** *Modellergebnis der Analyse des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie plus - MFT-Studie* ..... 132

**Tabelle 52:** *ICC aus Modellanalyse des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie plus -MFT-Studie* ..... 133

**Tabelle 53:** *Primärer Endpunkt YSR/11-18R-Summenwerte - iCHIMPS-Studie* ..... 133

**Tabelle 54:** *Sekundäre Endpunkte Summenwerte - iCHIMPS Studie* ..... 135

**Tabelle 55:** *Jährliche Kosten nach Versorgungssektoren in € – CHIMPS-T* ..... 138

**Tabelle 56:** *Jährliche Kosten nach Versorgungssektoren in € – CHIMPS-MFT* ..... 142

**Tabelle 57:** *Jährliche Kosten nach Versorgungssektoren in € – CHIMPS-P* ..... 146

**Tabelle 58:** *Baselinecharakteristika der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-T* ..... 149

**Tabelle 59:** *Fehlende Werte der Elternteile und Kinder der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-T* ..... 150

**Tabelle 60:** *Gesamtkosten der Elternteile und Kinder der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-T* ..... 151

**Tabelle 61:** *EQ-5D-3L-(Y)-Scores der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-T* ..... 152

**Tabelle 62:** *Baselinecharakteristika der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-MFT* ..... 156

**Tabelle 63:** *Fehlende Werte der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-MFT* ..... 156

**Tabelle 64:** *Gesamtkosten der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-MFT* ..... 157

**Tabelle 65:** *EQ-5D-3L-(Y) Scores der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-MFT* ..... 158

**Tabelle 66:** *Baselinecharakteristika der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-P* ..... 163

**Tabelle 67:** *Fehlende Werte der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-P* 163

**Tabelle 68:** *Gesamtkosten der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-P* ..164

**Tabelle 69:** *EQ-5D-3L-(Y)-Scores der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-P* ..... 165



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

## 1. Zusammenfassung

**Hintergrund und Ziele:** Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern (KJPKE) weisen ein stark erhöhtes eigenes Erkrankungsrisiko gegenüber Kindern und Jugendlichen (KJ) psychisch gesunder Eltern auf. Aufgrund der Belastungen der Eltern gelangen diese KJ in der Regel jedoch nicht in eine Psychotherapie der Regelversorgung (RV). Eine psychotherapeutische Versorgung dieser KJ erscheint aus ethischer und ökonomischer Perspektive aber notwendig, um der transgenerationalen Weitergabe psychischer Erkrankungen begegnen zu können. Dabei ist die gesundheitliche Ausgangslage der Familien komplex und sehr unterschiedlich. Die Ziele im Children of Mentally Ill Parents-Network (CHIMPS-NET) beinhalteten die Implementierung und Evaluation von bedarfsangepassten neuen Versorgungsformen (NVF) als CHIMPS-Therapie (CHIMPS-T), CHIMPS-Multifamilientherapie (CHIMPS-MFT), CHIMPS-Prävention (CHIMPS-P) und als onlinebasierte NVF (iCHIMPS) an zuletzt 19 Standorten in Deutschland.
**Methodik:** Für jede NVF wurde eine eigenständige prospektive, Cluster-randomisierte, kontrollierte, multizentrische Studie mit vier Messzeitpunkten durchgeführt. Vor der Randomisierung erfolgte eine umfassende psychische Diagnostik aller KJ in standardisierten klinischen Interviews und eine umfassende Befragung der Eltern und der KJ. In der primären Hypothese für die CHIMPS-T-, CHIMPS-MFT- und CHIMPS-P-Studie vermuteten wir, dass jeweils in der Interventionsgruppe (IG) zwölf Monate nach der Randomisierung weniger KJ von den Eltern berichtete psychische Auffälligkeiten aufwiesen als in der Kontrollgruppe (KG). In den sekundären Hypothesen gingen wir davon aus, dass sich psychische Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Eltern und KJ in der Gesamtheit in der IG stärker verbessern würden als in der KG. Für iCHIMPS gingen wir davon aus, dass Jugendliche in der IG sechs Monate nach der Randomisierung weniger psychische Symptome berichten würden als vor der Intervention, sich Jugendliche in der IG stärker bessern würden als Jugendliche in der KG und sich die Jugendlichen in der IG in ihrer Selbstwirksamkeit und ihren Bewältigungsstrategien stärker verbessern würden als Jugendliche in der KG.
**Ergebnisse:** In der biometrischen Evaluation konnte hinsichtlich der psychischen Gesundheit der KJ für CHIMPS-P ein signifikanter Vorteil im Vergleich zur KG gezeigt werden. Für CHIMPS-T und CHIMPS-MFT ergab sich kein Vorteil. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive der Sekundärdaten ergab sich keine Empfehlung für die NVF. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive der Primärdaten konnte eine Empfehlung für die Intervention CHIMPS-T vorgelegt werden. Aufgrund einer unzureichenden Anzahl von Teilnehmenden wurden die vorgesehenen inferenziellen Analysen für iCHIMPS nicht durchgeführt. Erfahrungen von Familien aus der qualitativen Evaluation und Fallschilderungen der Studientherapeut*innen untermauern, dass befragte Familien von den NVF profitierten.
**Diskussion:** Aus methodischen Gründen erhielten auch die Kontrollfamilien zu Beginn eine eingehende psychische Diagnostik in mehreren klinischen Interviews inklusive Rückmeldung. Möglicherweise war die Wirkung allein dieser Diagnostik, die meist face to face stattfand, einem Wunsch vieler Eltern nach Rückmeldung über die Gesundheit ihrer Kinder entsprach und über die RV weit hinausging, partiell vergleichbar mit einer NVF selbst. Rückmeldungen von Familien unterstreichen diese Interpretation.
**Ausblick:** Das Ziel einer Verbesserung der psychischen Gesundheit von KJPKE sowie deren Familien konnte mit der NVF CHIMPS-P erreicht werden. Die primärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Analysen ergaben positive Effekte und eine Empfehlung für die NVF CHIMPS-T. Damit könnten die NVF CHIMPS-T- und CHIMPS-P auf zukunftsweisende Möglichkeiten einer verbesserten Versorgung betroffener Familien hinweisen. Diese NVF lassen sich auf breitere Zielgruppen leicht übertragen, z. B. Kinder mit somatisch kranken Eltern. Möglicherweise ließen sich mit diesen NVF die zukünftige Versorgung breiter Zielgruppen der Bevölkerung mit psychischen Erkrankungen langfristig kostenökonomisch verbessern.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

## 2. Beteiligte Projektpartner*innen

CHIMPS-NET wurde von der Konsortialführung (KF) mit diesen Konsortialpartner*innen (KP) realisiert, die tabellarisch so dargestellt sind, wie zu Projektabschluss zutreffend (**Tabelle 1**):

| **KF** | |
|---|---|
| Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) |
| **KP (Projektleitung)** | **Einrichtung (Institution)** |
| **Krankenkassen (KK):** | |
| Dr. Ursula Marschall | BARMER |
| Luisa Schäfer, Nina Schilder | Techniker Krankenkasse (TK) |
| Sophia Rocabado | DAK-Gesundheit (DAK-G) |
| Thomas Krull | Mobil Krankenkasse (MKK) |
| Michél Henkel, Alice Brinkmann | Kaufmännische Krankenkasse (KKH) |
| Steve Hüttmann | Innungskrankenkasse classic (IKK classic) |
| Jana Lübke, Sarah Treffert | Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg (AOK BW) |
| Heike Plachetka | AOK Hessen |
| **Krankenkassenkooperationspartner:** | |
| Dr. Florian Brandt | IKK Südwest |
| **Öffentlichkeit, Gemeindepsychiatrie und Jugendhilfe:** | |
| PD Dr. Jörg Dirmaier | Institut für Medizinische Psychologie, UKE |
| Dr. Koralia Sekler | AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e. V. (AFET) |
| Birgit Görres | Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (DVGP) |
| **Implementierung und Qualitätssicherung:** | |
| PD Dr. Silke Pawils | UKE, Institut für Medizinische Psychologie |
| Prof. Dr. Svenja Taubner | Universität Heidelberg |
| Prof. Dr. Sibylle Winter | Charité – Universitätsmedizin Berlin |
| Dr. Gerald Willms | aQua-Institut (aQua) |
| **Onlinebasierte Versorgungsform iCHIMPS:** | |
| Prof. Dr. Harald Baumeister | Universität Ulm, Institut für Psychologie und Pädagogik, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie |
| **Evaluation und Qualitätssicherung:** | |
| Prof. Dr. Antonia Zapf, Anne Daubmann | Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie (IMBE), UKE Center for Health Economics Research Hannover (CHERH), |
| Prof. Dr. Annika Herr, PD Dr. Jan Zeidler | Leibniz Universität Hannover |
| Prof. Dr. Reinhold Kilian | Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Sektion Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie |
| Prof. Dr. Sebastian von Peter | Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB) Theodor Fontane |
| **19 Kliniken (inklusive Hamburg):** | |
| Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe, Prof. Dr. Jürgen Gallinat | UKE |
| Prof. Dr. Sibylle Winter, Prof. Dr. Felix Bermpohl | Charité – Universitätsmedizin Berlin |
| Prof. Dr. Michael Kölch | Universitätsmedizin Rostock |
| Prof. Dr. Martin Heinze, Dr. Roland Burghardt | Immanuel Klinik Rüdersdorf |
| Prof. Dr. Michael Siniatchkin, Prof. Dr. Martin Drießen | Evangelisches Klinikum Bethel |
| Prof. Dr. Stephan Bender, Prof. Dr. Frank Jessen | Universitätsklinikum Köln |
| Dr. Fabian Klein, Prof. Dr. Martin Holtmann | Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)-Klinikum Gütersloh |
| Prof. Dr. Tobias Renner, Prof. Dr. Andreas Fallgatter | Universitätsklinikum Tübingen |
| Prof. Dr. Katharina Domschke, Prof. Dr. Christian Fleischhaker | Universitätsklinikum Freiburg |
| PD Dr. Tomasz Antoni Jarczok, Prof. Dr. Markus Jäger | Katholische Jugendfürsorge (KJF) Klinik Josefinum, Kempten |
| Prof. Dr. Schulte-Körne | Klinikum der Universität München |
| Prof. Dr. Eva Möhler, Prof. Dr. Ulrich Seidl | Universitätsklinikum des Saarlandes |
| Prof. Dr. Hans Flechtner, Prof. Dr. Thomas Frodl | Universitätsklinikum Magdeburg |
| Prof. Dr. Christine Rummel-Kluge | Universitätsklinikum Leipzig |
| Prof. Dr. Katja Becker, Prof. Dr. Tilo Kircher | Universitätsklinikum Marburg |
| Prof. Dr. Tina In-Albon, Dr. Sylvia Claus | Universität Koblenz-Landau |
| Prof. Dr. Thomas Becker, Prof. Dr. Reinhold Kilian | Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg |
| Prof. Dr. Andreas Reif | Universitätsklinikum Frankfurt |
| PD Dr. Meike Bottlender, Prof. Dr. Michael Martin Berner, Dr. Simone Born | Städtisches Klinikum Karlsruhe |

**Tabelle 1:** *Konsortialpartner des Projektes CHIMPS-NET*



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Fachliche Ansprechperson nach Projektende ist die Konsortialführung Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe.

## 3. Projektziele (inkl. Fragestellungen und Hypothesen)

### 3.1 Hintergrund

Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern (KJPKE) weisen ein mehrfach erhöhtes eigenes Erkrankungsrisiko gegenüber Kindern gesunder Eltern auf. Dabei ist die Ausgangslage von Familien mit psychisch kranken Eltern sehr heterogen. Wir unterscheiden drei Gruppen.
Erstens gibt es Familien, die funktional und in ein gutes soziales Netzwerk eingebettet sind. Die Erkrankungen eines Elternteils können vom anderen Elternteil oder von Verwandten gut kompensiert werden, die Kinder wachsen entsprechend mit vielen familiären Ressourcen auf. Erfahrungen zufolge zeigen die meisten KJ dieser Gruppe keine oder wenig psychische Auffälligkeiten oder Diagnosen. Zweitens gibt es Familien, die erhebliche Belastungen zeigen, z. B. alleinerziehend sind, über wenig soziales Netzwerk verfügen oder z. B. von Arbeitslosigkeit oder Armut bedroht sind. Viele KJ in dieser Gruppe von Familien zeigen bereits eigene psychische Symptome im Auffälligkeitsbereich oder im Grenzbereich zu psychischen Auffälligkeiten. Drittens gibt es Familien, die in hohem Maße auffällig und dysfunktional sind, schwer beeinträchtigt, über wenige eigene Ressourcen und kein oder kaum ein soziales Netzwerk verfügen und insgesamt derart beeinträchtigt sind, dass ihr Bedarf ein Gruppenformat vermutlich sprengen würde. Häufig handelt es sich um Eltern mit Persönlichkeitsstörungen, z. B. mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder narzisstischer Persönlichkeitsstörung oder mit sehr schweren Formen von Depressionen, häufig weisen die Eltern eigene Traumatisierungen in der Vorgeschichte auf. Die KJ aus diesen Familien haben oftmals bereits eigene psychische Erkrankungen und einen Diagnosestatus entwickelt.

### 3.2 Projektziele

Das Projektziel bestand darin, neue Versorgungsformen (NVF) für KJ psychisch kranker Eltern bereitzustellen, die sich am Bedarf der Familie orientieren. Dafür teilten wir nach einem Screening von psychischen Auffälligkeiten der KJ sowie der Funktionalität der Familie im heterogenen Spektrum aller Familien drei Gruppen von Familien ein (siehe auch **3.1** Hintergrund):
(1) Funktionale, in ein gutes soziales Netz eingebettete Familien, deren KJ meist keine psychischen Auffälligkeiten oder Diagnosen aufweisen. Diese Familien können in drei Sitzungen von Psychotherapeut*innen oder Sozialarbeiter*innen der Klinik gesehen werden und bei Bedarf auf entsprechende Angebote aufmerksam gemacht werden (CHIMPS-P).
(2) Familien, die erhebliche Stressfaktoren aufweisen, über kein gutes soziales Netz verfügen und deren KJ häufig Belastungen im Grenzbereich zwischen „normalem“ und „pathologisch gestörtem“ Verhalten zeigen. Diese Familien sind unterstützungsbedürftig und können voraussichtlich von einem intensiveren Prozess gut profitieren. Wirksame Gruppenfaktoren (z. B. *Wir sind nicht allein.*) können im Beratungsprozess sehr effektiv eingesetzt werden. Diese Gruppe von Familien kann sehr gut von einer NFV in einem Gruppenformat/Mehrfamilien-Setting über acht Sitzungen profitieren (CHIMPS-MFT).
(3) Familien mit sehr geringer Funktionalität, ohne soziales Netz, deren Bedürfnisse im Rahmen einer Gruppe nicht ausreichend berücksichtigt werden könnten, und deren KJ oft bereits eigene psychische Erkrankungen entwickelt haben. Diesen Familien benötigen eine Therapie (keine Prävention). Die Therapie sollte individuell auf die Bedürfnisse der Familien zugeschnitten sein können und zu diesem Zweck in einem persönlichen Setting mit jeder Familie einzeln durchgeführt werden. Diese Familien können unserer Annahme nach von der therapeutischen NVF CHIMPS-T profitieren, die in acht Sitzungen mit Psychotherapeut*innen durchgeführt wird.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Herausforderung bei der Versorgung dieser Zielgruppe besteht darin, dieser heterogenen Ausgangssituation gerecht zu werden und für alle KJ und deren Eltern passgenaue Hilfen anzubieten. Zentrales Ziel ist es daher, alle diese KJ so früh wie möglich – noch während der Behandlung ihrer Eltern in der Erwachsenenpsychiatrie – zu sehen, sie auf eigene psychische Auffälligkeiten zu screenen und ihnen je nach Ausgangssituation, Indikation und Bedarf ein passendes Behandlungsprogramm mit ihrer Familie anzubieten.
Die Ziele der CHIMPS-NET-Studie sind die Implementierung, Evaluation und der Transfer von drei Face-to-face-NVF (CHIMPS-T, CHIMPS-MFT und CHIMPS-P) für KJPKE in jedem Bundesland in Deutschland. Der Schwerpunkt liegt auf einer maßgeschneiderten NVF (Prävention oder Therapie), die für jede Familie individuell gestaltet wird. Während der Modellphase werden die NVF kontinuierlich evaluiert und mit der bisherigen Versorgung verglichen. Die Zufriedenheit und Akzeptanz der Familien wird erfasst. Wenn sich die Umsetzungsprozesse und NVF als erfolgreich erweisen, können sie landesweit in die Regelversorgung (RV) übernommen werden.
Ein Teilprojekt (TP) des Projekts ist die iCHIMPS-Studie. iCHIMPS ist eine für Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren mit psychisch kranken Eltern konzipierte onlinebasierte Intervention. Ziel der iCHIMPS-Studie ist es, die klinische und kosteneffektive Wirksamkeit von iCHIMPS in Bezug auf die psychische Gesundheit, das psychische Wohlbefinden, weitere psychische Gesundheitsendpunkte, Selbstwirksamkeit und Bewältigungsstrategien, Moderatoren und Mediatoren des Interventionserfolgs sowie mögliche unerwünschte Ereignisse zu untersuchen.

## 3.3 Implementierungsmodell CHIMPS-NET

Das Implementierungsmodell von CHIMPS-NET zur Schaffung nachhaltiger psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen stellt sich folgendermaßen dar (**Abbildung 1**). Im Zentrum des Modells stehen die psychotherapeutischen NVF auf der Grundlage von Implementierungsprojekten (Zugangswege, Wissen und Fertigkeiten der Fachkäfte und Systemtisches Screening) und der Implementierung an zuletzt 19 klinischen Standorten, eingebettet in Evaluationen, einen E-Mental-Health-Bereich (iCHIMPS) und externe Qualitätssicherung. Öffentlichkeitsarbeit und die Vernetzung mit der Jugendhilfe runden das Konsortium ab.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

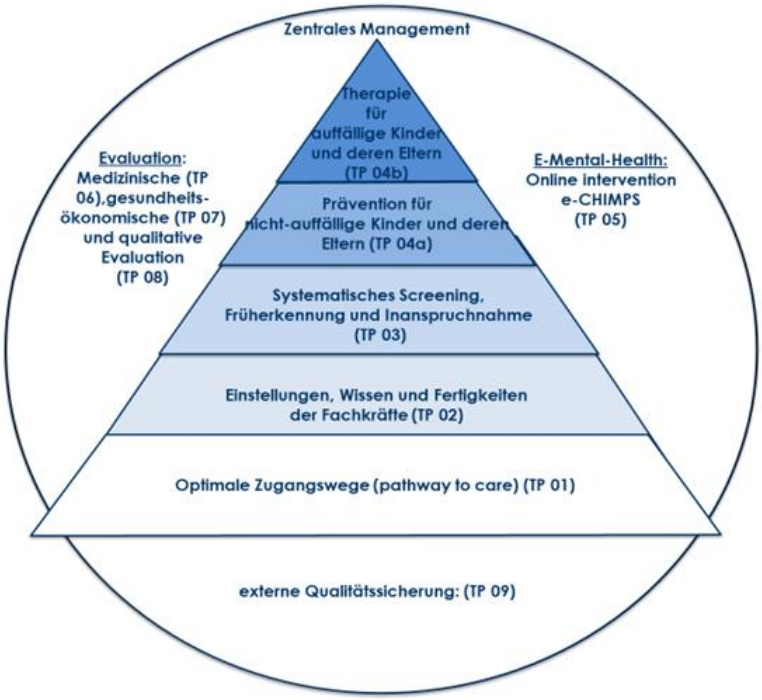



**Abbildung 1:** *Implementierungsmodell CHIMPS-NET*

## 3.4 Fragestellung und Hypothesen

Die zentralen Fragestellungen beschäftigen sich mit der Evaluation der vier NVF. Folgende Hypothesen für die vier NVF CHIMPS-T, CHIMPS-MFT, CHIMPS-P und iCHIMPS werden untersucht.

### 3.4.1 Die Face-to-face-NVF

#### *3.4.1.1 Primäre Hypothesen*

Die KJ haben in den jeweiligen IG in allen RCT Studien nach der jeweiligen Intervention weniger psychische Symptome, gemessen mit der deutschen Version der Child Behavior Checklist (CBCL/1½–5 [Achenbach & Rescorla, 2000]; CBCL/6-18R [Döpfner et al., 2014]), als vor der Intervention. KJ aus den jeweiligen IG verbessern sich stärker als KJ aus der jeweiligen KG. Die Effekte bleiben im Follow-up stabil.

Der primäre, klinisch relevante Endpunkt aller RCT-Studien ist die psychische Symptombelastung der KJ aus Sicht der Eltern zum Zeitpunkt T3, der anhand des Gesamtproblemrohwerts der CBCL/1½–5 bzw. der CBCL/6-18R ermittelt wurde. Die CBCL/1½–5 ist eine Version für Kinder im Alter von 1,5 bis 5 Jahren, die CBCL/6-18R ist eine Version für KJ im Alter von 6 bis 18 Jahren. Der CBCL-Gesamtproblemrohwert ist ein kontinuierlicher Endpunkt und wurde als Veränderung gegenüber dem Baseline-Wert (T1) operationalisiert. Die Gesamtproblemrohwerte der CBCL/1½–5 und der CBCL/6-18R wurden standardisiert, bevor sie kombiniert wurden.

#### *3.4.1.2 Sekundäre Hypothesen*

Für sekundäre Endpunkte wurden teilweise prospektiv Hypothesen formuliert:


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Für alle drei Studien: In der IG zeigen sich jeweils nach der Intervention weniger psychische Symptome (CBCL) bei KJ als vor der Intervention. KJ aus der IG verbessern sich stärker als KJ aus der KG. Die Effekte bleiben im Follow-up stabil.

- Nur für die CHIMPS-T- und die CHIMPS-MFT-Studie: Weniger KJ in der IG haben nach der Intervention einen Diagnosestatus, erfasst mit der deutschen Version des semi-strukturierten Interviews Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL [Delmo et al., 2001]), als vor der Intervention. Die Anzahl der klinisch belasteten KJ mit Diagnosestatus in der KG verbessert sich weniger. Die Effekte bleiben im Follow-up stabil.

- Nur für die CHIMPS-P-Studie: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen mit dem KIDSCREEN-27 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006), in der IG ist nach der Intervention höher als vor der Intervention. KJ aus der IG verbessern sich stärker als KJ aus der KG. Die Effekte bleiben im Follow-up stabil.

### 3.4.2 iCHIMPS

#### *3.4.2.1 Primäre Hypothese*

In der IG zeigen sich nach der Intervention weniger psychische Symptome bei Jugendlichen, gemessen mit der deutschen Version des Youth Self Report (YSR/11-18R [Döpfner et al., 2014]), als vor der Intervention.
Jugendliche aus der IG verbessern sich stärker als Jugendliche aus der KG. Der primäre Endpunkt ist die psychische Gesundheit der teilnehmenden Jugendlichen 6 Monate nach Einschluss (T3), gemessen mit dem YSR.

#### *3.4.2.2 Sekundäre Hypothesen*

- Die sekundären Endpunkte (psychisches Wohlbefinden, weitere psychische Gesundheitsergebnisse, Selbstwirksamkeit, Bewältigungsstrategien) in der IG verbessern sich stärker als in der KG.
- Was sind Moderatoren und Mediatoren des Interventionserfolgs, sowie potenzielle unerwünschte Ereignisse?

### 3.4.3 Gesundheitsökonomische Evaluation der NVF (Primärdaten)

Ziel der primärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation war die Analyse der Kostenwirksamkeitsrelation Face-to-face-Interventionen im Rahmen von CHIMPS-NET (CHIMPS-T, CHIMPS-MFT und CHIMPS-P) im Vergleich zur Routineversorgung aus der Perspektive der deutschen Volkswirtschaft.

### 3.4.4 Gesundheitsökonomische Evaluation der NVF (Sekundärdaten)

Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation war eine umfassende Bewertung der NVF CHIMPS-T, CHIMPS-MFT und CHIMPS-P sowie iCHIMPS aus der Perspektive der Kostenträger sowie aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive. Die gesundheitsökonomische Bedeutung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil ergibt sich dabei nicht nur aus den Mehrkosten für das Gesundheitswesen, sondern auch über die Inanspruchnahme von Leistungen der Jugend- bzw. Sozialhilfe, sowie des Erziehungs- und Bildungswesens. In einer primärdatenbasierten inkrementellen Kosten-Nutzwertanalyse wurden daher die Effizienz der jeweiligen NVF im Hinblick daraufhin untersucht, wie hoch die maximale Zahlungsbereitschaft


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

sein müsste, um im Vergleich zur Routineversorgung durch die jeweilige NVF ein Lebensjahr in vollständiger Gesundheit für die beteiligten Kinder und deren Eltern zu gewinnen. Als Grundlage der gesundheitsökonomischen Bewertung aus der Perspektive der Kostenträger erfolgte eine sekundärdatenbasierte Analyse der Daten der beteiligten GKV-Träger. In diesen Analysen wurde die Frage beantwortet, welche zusätzlichen Kosten durch die geplanten NVF für die GKV entstehen würden und in welchem Umfang ein cost-offset durch die Einsparungen von zukünftigen medizinischen Behandlungskosten zu erwarten ist. Hierfür wurden neben Stammdaten auch ambulante und stationäre Behandlungsdaten sowie Arzneimittel- und Heilmitteldaten analysiert, um alle relevanten Kostenbereiche aus Sicht der Krankenkassen abdecken zu können (sekundärdatenbasierte gesundheitsökonomische Evaluation).

# 4. Projektdurchführung

## 4.1 Die NVF in CHIMPS-NET

Alle vier NVF in CHIMPS-NET basieren auf einem Theoriemodell, Bedarfsanalysen und dem Familienansatz CHIMPS (Wiegand-Grefe et al., 2011; Auszug in **Anlage Nr. 1**), der auf amerikanischen Pionierarbeiten von William Beardslee (Beardslee, 2003) basiert. Dieser CHIMPS-Ansatz wurde in einem Pilotprojekt (2007-2011) erprobt, evaluiert und in einem Manual (Wiegand-Grefe et al., 2011) veröffentlicht. Die NVF in CHIMPS-NET sind bedarfsangepasste Weiterentwicklungen dieses CHIMPS-Ansatzes. Alle CHIMPS-NET-Interventionen sind familienorientiert. Die Vorgehensweise orientiert sich an der psychoanalytischen Familientherapie, bei Bedarf (z. B. an Psychoedukation) werden auch verhaltensorientierte Elemente integriert und durch die Arbeit im Familiensystem gibt es eine Nähe zur systemischen Therapie. Das heißt, zugrunde liegt das psychotherapeutische Richtlinienverfahren der psychoanalytischen Therapie in seiner Anwendung im Familienformat. Für eine leichte Übertragbarkeit auf andere Regionen sind die Gespräche in allen NVF inhaltlich strukturiert.

### 4.1.1 Die Face-to-face-NVF

Als Qualifikation für alle drei NVF gilt das Vorliegen der Approbation (Psychologische*r Psychotherapeut*in, Ärztliche*r Psychotherapeut*in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in) in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren oder in laufender Weiterbildung in einem solchen mit Behandlungen unter Supervision. Für die Durchführung von CHIMPS-MFT und CHIMPS-P sind daneben auch Pädagog*innen, Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen und Psycholog*innen mit familientherapeutischer Weiterbildung qualifiziert.
Für alle drei NVF sind das zweimalige Absolvieren einer zweitägigen Schulung (Grundkurs vor Beginn der Behandlungen, Aufbaukurs während laufender Behandlungen) sowie zwei Behandlungen unter Supervision verpflichtend. Die Inhalte dieser Schulung finden sich in **Anlage Nr. 2**. Als Schulungsmaterialien wurden die Manuale für die Interventionen (Auszug des Manuals für CHIMPS-T und CHIMPS-P in **Anlage Nr. 1**; Manual für CHIMPS-MFT in **Anlage Nr. 3**) genutzt. Eine PowerPoint-Präsentation der Schulungen ist in **Anlage Nr. 4** zu finden.
Behandlungen im Mehrpersonensetting (Elterngespräche, Familien- und Multifamiliengespräche) werden idealerweise von zwei Therapeut*innen durchgeführt, bei Einzelgesprächen mit alleinerziehenden Elternteilen und Kindergesprächen genügt ein*e Therapeut*in. Die Sitzungen finden in der Regel in den Räumen der Leistungserbringer statt.
Zu den Gesprächsinhalten der Interventionen gehören folgende Themen: psychische Belastungen der Eltern und der KJ, psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden der Eltern und der KJ, Lebensqualität der ganzen Familie, Krankheitsbewältigung und Krankheitsmanagement in der Familie im Umgang mit der Erkrankung der Eltern(-teile), innerfamiliäre und außerfamiliäre Familienbeziehungen (Paarbeziehung der Eltern,


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Beziehungen beider Elternteile zu den KJ, Beziehungen im familiären Umfeld, z. B. zu Freund*innen, Nachbar*innen, Kolleg*innen), soziale Unterstützung und soziales Netzwerk der Eltern und der KJ, Möglichkeiten der professionellen Unterstützung der Familie sowie die Vernetzung mit allen anderen bisherigen und zukünftigen professionellen Hilfen im Netzwerk der Familie.
Die Leistungsinhalte der einzelnen Interventionsformen sind in **Anlage Nr. 5** dargestellt.
Alle Interventionen sind prinzipiell online durchführbar. Es gab dafür keine zusätzliche Schulung. Es wurden die Inhalte vom Face-to-face-Format ins Online-Format übertragen. Zweiundzwanzig Familien in CHIMPS-MFT und eine Familie in CHIMPS-T erhielten die Intervention online. Online wurde definiert, wenn mindestens die Hälfte der Sitzungen online stattfand.

#### *4.1.1.1 CHIMPS-T*

Bei der Intervention CHIMPS-T handelt es sich um eine familienorientierte psychoanalytische Kurzzeit-Therapie zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen von KJPKE und ihren Familien. CHIMPS-T ist störungsübergreifend für Eltern aller psychischen Diagnosegruppen anwendbar und für eine breite Altersgruppe von Kindern konzipiert. Der Ansatz ist modular aufgebaut. Die Intervention CHIMPS-T umfasst durchschnittlich (je nach Anzahl der Kinder) acht Sitzungen pro Familie über sechs Monate: ein Erstgespräch à 90 Minuten, zwei Elterngespräche à 90 Minuten, ein Gespräch pro Kind à 50 Minuten sowie drei Familiengespräche à 90 Minuten. Die Gespräche finden niederfrequent alle zwei bis drei Wochen statt, so dass die Termine gut in den Alltag der Familie integrierbar sind.
Während der frühere Pilot-Ansatz CHIMPS zunächst als Prävention entwickelt wurde, wird CHIMPS-T aufgrund der hohen eigenen Symptombelastung der KJPKE als psychotherapeutische Intervention definiert. Für die psychotherapeutische Familienintervention CHIMPS-T wurde entsprechend der frühere CHIMPS-Pilotansatz für Eltern mit schweren strukturellen Störungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen) weiterentwickelt, die häufig ebenfalls auffällige Kinder mit eigener psychischer Diagnose haben, unter Intensivierung der klar psychotherapeutischen Interventionen. CHIMPS-T ist psychotherapeutisch ausgerichtet und an die Zielgruppe von strukturschwachen Eltern mit auffälligen Kindern adaptiert. Dafür wurde CHIMPS-T mit Ansätzen aus der Transference-focused Psychotherapy (TFP) von Otto Kernberg und Kolleg*innen (Yeomans, Clarkin & Kernberg, 2014) verknüpft. Die TFP ist eine moderne Psychotherapie für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen.
Der modulare Aufbau von CHIMPS-T umfasst Einzelgespräche mit Eltern und KJ sowie Familiengespräche. Der geschützte Raum der Einzelgespräche ermöglicht es, über Dinge zu sprechen, die im Familiensetting nicht angesprochen würden. Die anfänglichen Elterngespräche zielen darauf ab, zunächst ein psychotherapeutisches Arbeitsbündnis mit den Eltern herzustellen, um den Ängsten der Eltern, die KJ ins Versorgungssystem zu bringen, zu begegnen. In den Eltern-, Kinder- und Familiengesprächen werden der familiäre Umgang mit der elterlichen Erkrankung (Krankheitsbewältigung), die Familienbeziehungen (Paarbeziehung, Eltern-Kind-Beziehung, die Beziehungen zur Herkunftsfamilie, das soziale Netzwerk) sowie bisherige und zukünftige professionelle Hilfen thematisiert. Im Fokus steht dabei stets die psychische Gesundheit und die Lebensqualität aller Familienmitglieder. Nach dem CHIMPS-Ansatz kann störungsübergreifend mit allen KJ mit Eltern aller Diagnosegruppen in einer breiten Altersspanne der Kinder von der Geburt bis ins junge Erwachsenenalter gearbeitet werden. Aus methodischen Gründen – aufgrund der Evaluationsinstrumente – wurde die Altersgruppe der KJ auf 3-18 Jahre definiert. Die Interventionen können aber prinzipiell auf KJ von der Geburt bis ins junge Erwachsenenalter übertragen werden. Im Fokus aller Interventionen steht die psychische Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität der KJ im Kontext der elterlichen Erkrankung. Viele psychische Symptome von KJPKE können mit dieser familienorientierten Therapie gut behandelt werden. Die


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

anschauliche, fallbezogene Beschreibung im Manual ermöglicht eine bundesweite Anwendung an vielen Standorten und einen Transfer.

#### *4.1.1.2 CHIMPS-MFT*

Die Multifamilientherapie CHIMPS-MFT stellt eine Intervention im Format einer Mehrfamiliengruppe nach dem CHIMPS-Modell dar. Die Multifamilien-Intervention umfasst durchschnittlich (je nach Anzahl der Kinder) acht Sitzungen über sechs Monate: je Familie ein Erstgespräch à 90 Minuten und bei Bedarf ein weiteres Familiengespräch à 90 Minuten, fünf Familiengruppengespräche mit in der Regel vier (mindestens drei/maximal fünf) Familien à 120 Minuten sowie je Familie ein Abschlussgespräch à 90 Minuten. Die Gespräche finden alle zwei Wochen statt und die Gesamtdauer dieser Intervention beträgt vier bis sechs Monate.
Für CHIMPS-MFT wurde ebenfalls ein Manual erstellt, dieses findet sich in **Anlage Nr. 3**.

#### *4.1.1.3 CHIMPS-P*

CHIMPS-P ist eine familienorientierte Prävention für KJ, die im Eingangsscreening nicht psychisch auffällig sind und aus funktionalen Familien stammen. CHIMPS-P ist störungsübergreifend für Eltern aller psychischen Diagnosegruppen anwendbar und für eine breite Altersgruppe von Kindern konzipiert. Familien erhalten aus dem modularen Programm CHIMPS die drei Familiengespräche à 90 Minuten. Diese drei Familiengespräche orientieren sich international am finnischen Modell *Let's talk about children* [Solantaus & Toikka, 2006], die auch für Norwegen adaptiert wurden [Lauritzen et al., 2014]. Für CHIMPS-NET wurde dieser Ansatz als Familienformat adaptiert als *Let's talk with children.* Thematisiert werden vor allem die familiäre Krankheitsbewältigung, Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie sowie bisherige und zukünftige professionelle Hilfen. Im Fokus stehen dabei stets die psychische Gesundheit und die Lebensqualität aller Familienmitglieder, vor allem aber der Kinder und Jugendlichen vor dem Hintergrund der elterlichen Erkrankung. Die Gespräche finden alle zwei bis drei Wochen statt und sind somit gut in den familiären Alltag zu integrieren. Die Gesamtdauer ist auf zwei bis drei Monate ausgelegt.

### 4.1.2 iCHIMPS

Die onlinebasierte Intervention iCHIMPS wurde vom Studienteam der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Ulm entwickelt, basierend auf früheren onlinebasierten Interventionen des Fachbereichs sowie auf dem CHIMPS-Programm (Wiegand-Grefe et al., 2011). Die Intervention mit Text- und Bildinhalten ist in **Anlage Nr. 6** dargestellt. Audio- und Videodateien befinden sich in Anlage Nr. 7. Bei berechtigtem Interesse kann ein Einblick in die Plattform eSano sowie die Lektionen (mit allen Inhalten: Text, Bild, Audio und Video) im Rahmen eines Testzugangs gewährt werden. Es handelt sich um eine generisch gestaltete Intervention, die für KJPKE geeignet ist, die entweder bereits Symptome einer psychischen Störung aufweisen oder nicht. Die Intervention wurde so konzipiert, dass sie von den Jugendlichen ohne Hilfe eines Erwachsenen durchgeführt werden kann. Hauptziele der iCHIMPS-Intervention sind die Verbesserung der psychischen Gesundheit, der Lebensqualität und der Selbstmanagementfähigkeiten sowie die Befähigung der Jugendlichen, mit ihren komplexen Lebenssituationen besser umzugehen. iCHIMPS stellt kein eigenständiges Behandlungsprogramm für bestehende psychische Störungen dar, welche weiterhin in der RV behandelt werden. iCHIMPS beinhaltet jedoch Bestandteile, die der Motivationsförderung dienen, bei bestehenden psychischen Störungen externe, evidenzbasierte Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen. Entsprechend ist iCHIMPS im präventiven, unterschwelligen und leicht- bis mittelgradigen Störungsbereich verortet. Jugendlichen mit psychischen Störungen wird empfohlen, ergänzend eine Psychotherapie in der RV aufzunehmen.
iCHIMPS besteht aus acht aufeinanderfolgenden Modulen, die Text-, Bild-, Video- und Audioformate enthalten. Das Design folgt persuasiven Prinzipien mit motivierenden


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Botschaften, Erinnerungen sowie Terminen für den Beginn des nächsten Moduls. Abgedeckt werden Themen wie die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation, den eigenen Herausforderungen, Ressourcen und Stärken, psychoedukative Inhalte zur psychischen Störung des Elternteils/der Eltern, Gesundheit, Kommunikation über schwierige Themen, Stärkung familiärer und sozialer Beziehungen, Stressbewältigung, Emotionsregulierung und das Setzen gesunder Grenzen zur Erhöhung der Autonomie. Der Zugang zu iCHIMPS ist über das Internet von jedem Computer, Laptop oder Smartphone aus möglich. Der theoretische Hintergrund der Intervention basiert auf einer Kombination aus kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapieansätzen. Um den Jugendlichen den Transfer des während der Intervention Gelernten in ihren Alltag zu erleichtern, enthält die Intervention interaktive Aufgaben für zu Hause und hilfreiche Anregungen in Form von Take-Home-Messages. Zusätzlich stehen E-Coaches zur Verfügung, die die Jugendlichen durch individuelles Feedback unterstützen und anleiten und asynchron Fragen beantworten. Die Rückmeldung der E-Coaches erfolgt Manual-basiert, jedoch individuell angepasst an die entsprechende Situation der Jugendlichen. E-Coaches in der Intervention sind Psychotherapeut*innen in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren oder in laufender Weiterbildung in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren unter Supervision. Voraussetzung ist die Absolvierung einer Schulung (Grundkurs vor Beginn der Behandlungen, Aufbaukurs während laufender Behandlungen) und eine Supervision bei Bedarf. Der standardisierte Leitfaden für die E-Coaches der Online-Intervention iCHIMPS findet sich in **Anlage Nr. 8**.
Die Gesamtdauer der Intervention beträgt zwei bis drei Monate.

### 4.2 Rechtsgrundlage für die Interventionen CHIMPS-NET

Für die psychische Versorgung von KJPKE mit den NVF wurde zwischen den Universitätskliniken Hamburg-Eppendorf und Ulm und den beteiligten Konsortialpartnerkrankenkassen DAK-G, TK, BARMER, KKH MKK, IKK classic, AOK BW und AOK Hessen ein Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V geschlossen. Die IKK Südwest als Kooperationspartnerkrankenkasse ist dem Vertrag beigetreten. Im Selektivvertrag nach § 140a SGB V sind die NVF mit ihren Ein- und Ausschlusskriterien, mit Leistungsbeschreibung, Schulungskonzepten, Schulungsinhalten, Leistungserbringern, Vergütungen etc. genau beschrieben und definiert (**Anlage Nr. 9**).

### 4.3 Implementierung der NVF während der Projektlaufzeit

Es ist während der Projektlaufzeit gut gelungen, die NVF in den beteiligten Kliniken zu implementieren. Dafür wurden Spezialsprechstunden, Spezialambulanzen oder Familienambulanzen für KJPKE in den Kliniken eingerichtet, z. B. als Angebot im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) der beteiligten Kliniken, die von den Familien des Projektes gut angenommen wurden. Ein klinisches Zentrum (Göttingen) trat bedingt durch Ausscheiden der Projektleitung im Vorbereitungsjahr noch vor Projektstart und vor der Durchführung aus dem Projekt aus, ein weiteres klinisches Zentrum (Schwerin) schied kurz nach Projektbeginn, weil es sich als Versorgungsklinik den Anforderungen der Begleitevaluationen unter Coronabedingungen nicht gewachsen fühlte. Die Zentren wurden durch große psychiatrische Kliniken in Frankfurt am Main und Karlsruhe ersetzt. Der Standort Erfurt als Versorgungsklinik schied ebenfalls während der Rekrutierungsphase aus, weil er sich den Anforderungen der Rekrutierung – noch dazu unter Coronabedingungen – nicht gewachsen fühlte. Auf der Homepage wurden alle Zentren mit Flyern und Ansprechpersonen hinterlegt, dadurch konnten bundesweit Familien auf das Angebot aufmerksam gemacht werden und auch über die direkte Ansprache hinaus meldeten sich während der Laufzeit und melden sich auch weiterhin Familien in den beteiligen Zentren und fragen nach dem Erhalt der CHIMPS-NET Interventionen.
Abweichungen vom ursprünglich genehmigten Studiendesign sind für die drei Face-to-face-NVF in **Anhang Nr. 1** und für iCHIMPS in **Anhang Nr. 2** dargestellt.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Durch die beschriebenen Änderungen des Arbeitsplans wurden keine Mehrausgaben im Vergleich zu den beantragten Mitteln verursacht.

## 4.4 Nutzung der Interventionen nach dem Projekt CHIMPS-NET

### 4.4.1 Verfügbarkeit der Interventionen und der Schulungen

Die Face-to-face-Interventionen sind weiterhin gut verwügbar und anwendbar. An allen Kliniken sind die geschulten Mitarbeiter*innen und Strukturen (z. B. Familienambulanz in der PIA) und das Wissen um die Interventionen prinzipiell noch vorhanden. Durch die Covid-19-Pandemie sind die Interventionen auch in einem Online-Format angeboten worden, so dass von jeder NVF im Grunde eine Face-to-face- und eine Online-Version verfügbar sind. Auch die Schulungen sind in face to face Format und als Online Variante verfügbar, so daß Schulungen bei Bedarf und für neue Mitarbeiter*innen auch aufgefrischt werden können.

### 4.4.2 Die Interventionsplattform eSano

iCHIMPS wurde entworfen und wird zugänglich gemacht auf der E-Health-Plattform eSano (2021), einer Open-Source-Plattform, die an der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie und dem Institut für Datenbanken und Informationssysteme an der Universität Ulm entwickelt wurde.
Die Plattform besteht aus drei Teilen: (1) dem Content-Management-System, über das die Intervention gestaltet werden kann; (2) der E-Coach-Plattform, über die das Fallmanagement, d. h. Prozessüberwachung, Anleitung und Feedback zu einzelnen Modulen, bereitgestellt werden können; und (3) der Patient*innenanwendung (Web-App), über welche die Teilnehmer*innen auf die Intervention zugreifen können. Alle drei Teile der Plattform befinden sich auf gesicherten Servern und werden durch die erforderlichen Sicherheitsregeln und Netzwerksicherheitsvorrichtungen reguliert. eSano wurde gemäß den Anforderungen des deutschen Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukteverordnung entwickelt und berücksichtigt die Normen International Electrotechnical Commission (IEC) 62304 (Sicherheitsklasse B), Good Automated Manufacturing Practice (GAMP)5 (Kategorie 4), die allgemeinen Grundsätze der Softwarevalidierung der Food and Drug Administration (FDA) sowie das Pharmaceutical Inspection Cooperation Scheme (PIC/S) 11-3. Eine Darstellung der Plattform findet sich in **Anlage Nr. 10**.

Die Plattform eSano könnte weiter genutzt werden. Die Kostenübernahme wäre hierfür noch zu klären. Sinnvoll und möglich erscheint die Nutzung von Synergien, z. B. im Kontext des aktuell im Aufbau befindlichen BMBF-geförderten Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit und des Zentrums für Kinder- und Jugendgesundheit sowie der Brücke zwischen beiden Zentren im Bereich der psychischen Gesundheit von KJ. Die KF von CHIMPS-NET, Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe, als Principal Investigator (PI) aus Hamburg ist im DZKJ und auf der Brücke zwischen beiden Zentren beteiligt (Standortsprecherin Hamburg: Prof. Dr. Ania Muntau) und die Projektleitung von iCHIMPS, Prof. Dr. Harald Baumeister, ist als PI aus Ulm in beiden Zentren beteiligt und das Thema Digital Health ist am Standort Ulm verortet. Denkbar wäre aber beispielsweise auch die in Antragstellung befindliche IT-Plattform im Rahmen des GB-A-Innovationsfonds-Projektes INNOV-CASE-FAM für eine onlinebasierte Verfügbarkeit der Interventionen.

## 4.5 Weitere Teilprojekte

### 4.5.1 Optimale Zugangswege (Pathway to Care)

Dieses Teilprojekt war ein integraler Bestandteil der Implementierungsstrategie, die darauf abzielte, das CHIMPS-NET-Programm auf nachhaltige Weise in die Strukturen und Prozesse der Kliniken zu integrieren.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Das Teilprojekt hatte die Aufgabe, die Überweisungskriterien, die Verbreitung von Informationen sowie die Erreichbarkeit von ambulanten Fachärzt*innen zu evaluieren, die am Gatekeeping-Prozess für den Zugang und die Überweisung von Patient*innen an CHIMPS-NET beteiligt waren.
Es erfolgte eine Identifizierung aller ambulanten Zuweisenden in jedem Einzugsgebiet der psychiatrischen Fachkliniken, welche die neue CHIMPS-NET-Behandlungsform anboten. Wir identifizierten sie als potenzielle Gatekeeper zur Behandlung in Kliniken für Psychiatrie.
Die Zuweiser*innen waren in verschiedenen Bereichen tätig: Hausärzt*innen, Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Zuweisenden der IG wurden ausführlich über die NVF informiert, während dies auf die Zuweisenden der KG nicht zutraf. Vor und nach dem Versand der ausführlichen Informationen wurden alle Teilnehmenden (IG und KG) mittels eines Fragebogens (**Anlage Nr. 11**) zu ihrem Wissen über familienzentrierte Interventionen und deren Bedeutung für die gefährdete Zielgruppe der Kinder psychisch kranker Eltern befragt.
Methodik, Ergebnisse und Diskussion des Teilprojektes sind ausführlicher in **Anlage Nr. 12** dargestellt.
Bei der Durchführung des Teilprojekts wurde der genehmigte Arbeits- und Stellenplan eingehalten, es wurden keine Mittel aus anderen Förderpositionen benötigt und es kamen keine Eigenmittel zum Einsatz.

### 4.5.2 Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten der Fachkräfte

Das Training des Instituts für Psychosoziale Prävention am Universitätsklinikum Heidelberg zielt darauf ab, medizinische Fachkräfte für eine familienorientierte Praxis zu sensibilisieren. Ausgangspunkt ist die bifokale Perspektive: Neben den psychisch kranken Eltern sollen auch Kinder und weitere Familienmitglieder in den professionellen Blick genommen werden. Ziel ist, Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf das Familiensystem einschätzen, Hilfen anbieten und bei Kindeswohlgefährdung gemäß Bundeskinderschutzgesetz (§4) eingreifen zu können.
Internationale Studien aus Norwegen, Portugal, Australien und Irland zeigen, dass solche Trainings Wissen und Fertigkeiten der Fachkräfte steigern können, die Implementierung familienorientierter Ansätze jedoch langfristige Herausforderungen birgt. In Deutschland fehlten bisher entsprechende Studien. Daher untersuchte die vorliegende Begleitstudie an acht Standorten mit 16 Kliniken (im Rahmen des CHIMPS-NET-Konsortiums) die Einstellungen, das Wissen und die Fertigkeiten der Fachkräfte vor und nach dem Training. Aufgrund der COVID-19-Pandemie fand das Training digital statt und umfasste eine 1,5-stündige Videovorlesung sowie ein 1,5-stündiges interaktives Webinar.
Die quantitative Evaluation nutzte u. a. den Family-focused Mental Health Practice Questionnaire (FFMHPQ) sowie Fragen zu Einstellungen gegenüber der Implementierung familienorientierter Routinen. Ergänzend wurden qualitative Gedächtnisprotokolle der Trainerinnen ausgewertet, die Rückmeldungen der Teilnehmenden, technische Herausforderungen sowie institutionelle Rahmenbedingungen dokumentierten.
Insgesamt sollte die Studie Aufschluss darüber geben, welche Einstellungen und Kompetenzen zu familienorientiertem Arbeiten vorliegen, wie akzeptiert und wirksam das Training ist und ob sich die Identifikation von Eltern-Patient*innen verbessert.
Methodik, Ergebnisse und Diskussion des Teilprojektes sind ausführlicher in **Anlage Nr. 13** dargestellt.
Das im Projektantrag ursprünglich geplante TP sah eine Schulung des Wissens und der Fertigkeiten aller Fachkräfte an den beteiligten Kliniken vor, die mit betroffenen Familien zu tun haben. Es sollte die Fachkräfte für die Situation und den spezifischen Bedarf von Kindern psychisch erkrankter Eltern sensibilisieren sowie die diagnostischen und die Zuweiserqualitäten der beteiligten Professionen stärken. Gemeinsam mit dem TP Optimale Zugangswege (Pathway to Care) und dem TP Systematisches Screening, Früherkennung und


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Inanspruchnahme bereitet dieses TP die erfolgreiche Implementierung der NVF systematisch vor.
Für die Durchführung wurde mit 0,5 Wissenschaftlichen Mitarbeiter*innenstellen (Prä-Doc) für den Zeitraum von 24 Monaten für das Training aller Fachkräfte an den beteiligten Kliniken veranschlagt. Die 0,5-Stelle wurde aufgeteilt als 2*0,25-Stellenanteil, da dies für die Durchführung der Trainings an den acht Standorten praktikabler erschien.
Die Laufzeit des TP belief sich auf zwei Jahre (01.01.2020 bis 31.12.2021), welche eingehalten wurde. Der Arbeitsplan sah Trainings an acht Standorten vor, wobei durch die COVID-19-Pandemie die Trainings in eine digitale Vorlesung und einen Workshop adaptiert wurden. Aufgrund eines negativen Ethikvotums eines Standortes wurde das Training an sieben Standorten durchgeführt.
Da das Training für die Anwendung im CHIMPS-NET-Verbundprojekt entwickelt bzw. an die Umstände der COVID-19-Pandemie adaptiert wurde und zuvor nicht evaluiert wurde, fand zudem eine initiale qualitative und quantitative Evaluation der Wirksamkeit des Trainings statt. Diese zusätzliche, im ursprünglichen Arbeitsplan nicht vorgesehene Evaluation, erfolgte in Form der Hinzuziehung einer Wissenschaftlichen Mitarbeiterin (Post-Doc), die das Evaluationskonzept entwickelte und durchführte und die Ergebnisse zusammentrug und an Treffen des CHIMPS-NET-Verbundes vortrug. Darüber hinaus entwickelte die Projektleitung des TP (Prof. Dr. Svenja Taubner) einen Teil des Trainings, das als Vorlesung adaptiert wurde, was im ursprünglichen Stellenplan ebenso wenig berücksichtigt wurde. Beide Positionen wurden kostenneutral aus den Mitteln des Instituts für Psychosoziale Prävention des Universitätsklinikums Heidelberg finanziert. Mittel aus anderen Förderpositionen wurden nicht verwendet.

### 4.5.3 Systematisches Screening, Früherkennung und Inanspruchnahme

Dieses Teilprojekt umfasste die Entwicklung und Implementierung eines systematischen Screening-Verfahrens, das die Erkennung psychisch erkrankter Eltern mit betroffenen Kindern verbessern und eine fundierte Einschätzung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs der Familien ermöglichen sollte. Ziel dieses von Sibylle M. Winter (Charité – Universitätsmedizin Berlin) organisierten Teilprojekts war die Evaluation zweier Screenings in Form kurzer Elternfragebögen (**Anlage Nr. 14**, **Anlage Nr. 15** und **Anlage Nr. 16**) innerhalb des Forschungsverbunds im Hinblick auf deren psychometrische Eigenschaften.
Zur Vorbereitung auf den praktischen Einsatz wurden die Projektmitarbeiter*innen der Implementierungsstichprobe in 3,5-stündigen Online-Schulungen in die Anwendung der Screening-Instrumente eingeführt. Dabei wurden sie auch umfassend zu ethischen Aspekten und datenschutzrechtlichen Anforderungen im Zusammenhang mit dem Screening beraten, um eine qualitätsgesicherte Umsetzung und die Erreichung der angestrebten Fallzahlen sicherzustellen. Seit Ende 2020 bis Ende 2023 wurden beide Screenings in der Implementierungsstichprobe der Gesamtstudie CHIMPS-NET im Rahmen der klinischen Diagnostik (u.a. CBCL, K-SADS-PL) eingesetzt.
Methodik, Ergebnisse und Diskussion des Teilprojektes sind ausführlicher in **Anlage Nr. 17** dargestellt.
Bei der Durchführung des Teilprojekts wurde der genehmigte Arbeits- und Stellenplan eingehalten, es wurden keine Mittel aus anderen Förderpositionen benötigt und es kamen keine Eigenmittel zum Einsatz.

### 4.5.4 Evaluiertes Webportal

In diesem Teilprojekt wurde die Website chimpsnet.org realisiert. Diese Plattform stellt nicht nur detaillierte Informationen zu den vier NVF CHIMPS-T, CHIMPS-MFT, CHIMPS-P und iCHIMPS bereit, sondern beinhaltet zudem einen separaten Informationsbereich für Eltern mit psychischer Erkrankung sowie für deren Kinder. Ziel dieses Bereichs ist es, Betroffenen unabhängig von einer Teilnahme an den genannten Versorgungsangeboten niedrigschwellige


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hilfestellungen und fundiertes Wissen zugänglich zu machen. Darüber hinaus fungiert die Seite als zentrale Anlaufstelle für Familienmitglieder, um sich zeitnah und übersichtlich über wesentliche Aspekte im Kontext psychischer Erkrankungen innerhalb des familiären Umfelds zu informieren.
Die Konzeption und Gestaltung dieses Informationsbereichs basierte auf einer umfangreichen, zielgruppenspezifischen Bedarfsanalyse, die sowohl quantitative als auch qualitative Methoden umfasste. Wissenschaftliche Mitarbeiter*innen des Instituts für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf führten hierzu Betroffenen- und Expert*innen-Telefoninterviews sowie eine Online-Befragung durch. Auf Grundlage der quantitativen und qualitativen Prozessevaluation – beispielsweise Betroffenen-Fokusgruppen und ergänzende Online-Feedbackrunden – wurden die Inhalte und das Design der bestehenden Website gezielt überarbeitet und optimiert.
Zur Sicherstellung der Qualität durchliefen alle Informationsmodule mehrere interne Feedback- und Prüfphasen und wurden erst nach sorgfältiger Begutachtung freigegeben.
Methodik, Ergebnisse und Diskussion des Teilprojektes sind ausführlicher in **Anlage Nr. 18** dargestellt. In **Anlage Nr. 18** wird außerdem auf **Anhang Nr. 3**, **Anhang Nr. 4**, **Anhang Nr. 5**, **Anhang Nr. 6**, **Anhang Nr. 7**, **Anhang Nr. 8**, **Anhang Nr. 9**, **Anhang Nr. 10**, **Anhang Nr. 11**, **Anhang Nr. 12** und **Anhang Nr. 13** verwiesen.
Bei der Durchführung des Teilprojekts wurde der genehmigte Arbeits- und Stellenplan eingehalten, es wurden keine Mittel aus anderen Förderpositionen benötigt und es kamen keine Eigenmittel zum Einsatz.

### 4.5.5 Implementierung und Qualitätssicherung

Im Teilprojekt Implementierung und Qualitätssicherung wurde ein Set mit 25 Qualitätskriterien (**Anhang Nr. 14**) entwickelt, die sich auf die Themenbereiche Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der CHIMPS-NET-Interventionen, Zusammenarbeit und/oder Netzwerk und Voraussetzungen und Anforderungen für die CHIMPS-NET-Interventionen beziehen. Damit wurden wichtige inhaltliche Voraussetzungen zur Verstetigung einer qualitativ hochwertigen und effektiven Versorgung formuliert. Da für eine 1:1-Umsetzung in die Regelversorgung derzeit noch die rechtlichen Grundlagen fehlen, wurden alternative Verstetigungsoptionen aufgezeigt, die unter den gegenwärtigen rechtlichen Rahmenbedingungen praktikabel sind.
Der Bericht über einen Abschlussworkshop ist in **Anlage Nr. 19** dargestellt.
Methodik, Ergebnisse und Diskussion des Teilprojektes sind ausführlicher in **Anlage Nr. 20** dargestellt.
Bei der Durchführung des Teilprojekts wurde der genehmigte Arbeits- und Stellenplan eingehalten, es wurden keine Mittel aus anderen Förderpositionen benötigt und es kamen keine Eigenmittel zum Einsatz.

## 5. Methodik

Die Evaluation der face to face NVF erfolgte in den folgenden 4 externen Institutionen:
Effektevaluation der Face-to-face-NVF: IMBE, UKE (Projektleitung (PL): Prof. Dr. Antonia Zapf, Anne Daubmann, Miarbeit von Ann-Kathrin Ozga [Ph.D.], Dr. Annika Möhl).
Gesundheitsökonomische Evaluation (Primärdaten) der Face-to-face-NVF: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Sektion Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie (PL: Prof. Dr. Reinhold Kilian, Mitarbeit von Dr. Tamara Waldmann, Nadja Puschner, Dr. Carolin von Gottberg, Natalie Lamp).
Gesundheitsökonomische Evaluation (Sekundärdaten) der Face-to-face-NVF: CHERH, Leibniz Universität Hannover (PL: Prof. Dr. Annika Herr, PD Dr. Jan Zeidler, Mitarbeit von Nicolas Pardey).


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Qualitative Evaluation der Face-to-face-NVF: Universitätsklinikum der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Immanuel Klinik Rüdersdorf (PL Prof. Dr. Sebastian von Peter, Prof. Dr. Martin Heinze, Mitarbeit von Dr. Timo Beeker, M. Geissler, Julia N. Volkwein, Wesley M. Friedrich).

Die Effektevaluation iCHIMPS als Pilotstudie erfolgte von der Universität Ulm, Institut für Psychologie und Pädagogik, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie (PL: Harald Baumeister, Mitarbeit von Patrick Dülsen, Katja Barck).

Die Evaluator*innen als eigenständige Institutionen waren nicht in die klinische Arbeit an den klinischen Standorten involviert. Umgekehrt ist das Personal an den klinischen Rekrutierungszentren nicht in die Evaluation involviert. In Ulm übernimmt die Evaluation die Abteilung *Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie* von Prof. Dr. Kilian, die strukturell, räumlich und inhaltlich von der Klinik unter Leitung von Prof. Dr. Becker getrennt ist. Die Unabhängigkeit der Evaluationen ist sichergestellt.

## 5.1 Methodik der Effektevaluationen der NVF

### 5.1.1 Studiendesign

#### *5.1.1.1 Die Face-to-face-NVF*

Das Studiendesign sah eine eigene RCT Studie für jede der drei face to face NVF CHIMPS-T, CHIMPS-MFT und CHIMPS-P vor. Jede der drei NVF richtet sich an eine unterschiedliche Zielpopulation. Für eine differenzierte Darstellung siehe **5.1.2** Zielpopulation. Methodisch erforderte deshalb jede Intervention eine eigene KG, welche die jeweiligen Eingangskriterien erfüllte und somit vergleichbar war. Aus diesem Grund wurde jede NVF in einer separaten prospektiven, Cluster-randomisierten, kontrollierten, multizentrischen Studie (Randomized controlled trial [RCT]) mit einer KG, welche die RV Treatment-As-Usual (TAU) erhielt, verglichen. Die Erhebung der Endpunkte wurde zu vier Messzeitpunkten durchgeführt: vor der Randomisierung (T1) sowie 6 (T2), 12 (T3) und 18 (T4) Monate nach der Randomisierung (6-monatige Intervention, 6- und 12-Monats-Katamnese). Das Zuteilungsverhältnis für die beiden Gruppen innerhalb jeder Studie war 1 zu 1. Erfasst wurden die Perspektiven von erkranktem Elternteil, anderem Elternteil (sofern vorhanden), jedem Kind ab 8 Jahren (Selbstbeurteilung) und Fachkräften. Die Einschätzung zentraler Erfolgsparameter erfolgte durch ein externes Rating in einer standardisierten Diagnostik von geschulten, projektexternen Personen in der Studienzentrale. Die KG erhielt ebenfalls eine Rückmeldung über die schriftliche Dokumentation der Diagnostik und des jeweiligen Ergebnisses. Ferner wurde die KG bei Vorliegen einer psychischen Diagnose bei einem Kind auf die Angebote der RV hingewiesen, die die ambulante psychotherapeutische Versorgung umfasst.

##### *5.1.1.1.1 CHIMPS-T vs. TAU*

Für eine Beschreibung der CHIMPS-T-Intervention siehe **4.1.1.1** CHIMPS-T.
TAU bedeutet, dass die Familien der KG die Behandlung erhielten, die in der RV üblich ist.

##### *5.1.1.1.2 CHIMPS-MFT vs. TAU*

Für eine Beschreibung der CHIMPS-MFT-Intervention siehe **4.1.1.2** CHIMPS-MFT.
TAU bedeutet, dass die Familien der KG die Behandlung erhielten, die in der RV üblich ist.

##### *5.1.1.1.3 CHIMPS-P vs. TAU*

Für eine Beschreibung der CHIMPS-P-Intervention siehe **4.1.1.3** CHIMPS-P.
TAU bedeutet, dass die Familien der KG die Behandlung erhielten, die in der RV üblich ist.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### *5.1.1.2 iCHIMPS*

Die iCHIMPS-Studie reasiliert eine zweiarmige, multizentrische, cluster-randomisierte, kontrollierte Studie (RCT), in der die klinische Effektivität und Kosteneffektivität des Einsatzes der Intervention iCHIMPS in der IG mit einer KG (TAU) verglichen wurde. Die Erhebung der Endpunkte wurde zu vier Messzeitpunkten durchgeführt, vor der Randomisierung (T0) sowie 1 (T1), 2 (T2) und 6 (T3) Monate nach Einschluss.
Für eine Beschreibung der iCHIMPS-Intervention siehe **4.1.2** iCHIMPS.
TAU bedeutet, dass die Familien der KG die Behandlung erhielten, die in der RV üblich ist.

Die im Verlauf des Projektes notwendig gewordenen **Abweichungen** vom ursprünglich geplanten und genehmigten **Studiendesign** sind für die drei Face-to-face-NVF in **Anhang Nr. 1 (**Abweichungen vom ursprünglich geplanten Studiendesign: CHIMPS-NET NVF-Face-to-face) und für iCHIMPS in **Anhang Nr. 2** (Abweichungen vom ursprünglich geplanten Studiendesign – iCHIMPS) dargestellt.

### 5.1.2 Zielpopulation

Jede der insgesamt vier NVF hatte eine andere Zielgruppe: Dysfunktionale Familien erhielten die Intervention CHIMPS-T. Familien mit einer mittleren Familienfunktionalität erhielten die Intervention CHIMPS-MFT. Familien mit einer hohen Familienfunktionalität erhielten die Prävention CHIMPS-P. Sofern KJ aus Familien mit hoher Familienfunktionalität aber im Eingangsscreening psychische Auffälligkeiten oder eine eigene psychische Diagnose aufwiesen, erhielten die Familien ebenfalls die Intervention CHIMPS-MFT. iCHIMPS wurde speziell für Jugendliche mit Eltern entwickelt, die an einer psychischen Störung leiden, und ist allgemein darauf ausgelegt, von Jugendlichen genutzt zu werden, die entweder bereits selbst Symptome psychischer Störungen zeigen oder nicht.

### 5.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien

#### *5.1.3.1 Die Face-to-face-NVF*

Für die drei NVF-Studien galten übereinstimmend folgende Einschlusskriterien:
Familien mit mindestens einem psychisch oder suchtkranken Elternteil (F1, F2, F3, F4, F5, F6 in der ICD-10) und mit mindestens einem Kind bzw. Jugendlichen zwischen 3 und 18 Jahren. Weitere Einschlusskriterien für die drei Studien waren die Einwilligung zur Studienteilnahme und ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache. In die Studien wurden die Familien aller KK aufgenommen. Zudem mussten die Familien der Datenverarbeitung der KK sowie der Teilnahme an der besonderen Versorgung (im Fall der Interventionen) zustimmen. Im Hinblick auf die Familienfunktionalität und die meist einhergehende psychische Ausgangssymptomatik der KJ waren die Einschlusskriterien unterschiedlich für die drei Studien:

- Einschlusskriterium für CHIMPS-T war die Einschätzung einer sehr niedrigen Familienfunktionalität, gemessen mit der Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF; Group for the Advancement of Psychiatry Committee on the Family, 1996; Werte ≤ 20) oder eine fehlende Bereitschaft der Familie für die Gruppenintervention (CHIMPS-MFT).
- Einschlusskriterium für CHIMPS-MFT war eine mittlere Familienfunktionalität mit einem GARF-Wert zwischen 21 und 80. Familien mit hoher Familienfunktionalität nahmen an der MFT teil, wenn mindestens ein Kind einen Cut-off-Wert in der CBCL ≥ 60 oder eine Diagnose eines Kindes im K-SADS-PL erfüllte.
- Einschlusskriterium für CHIMPS-P war eine hohe Familienfunktionalität (GARF-Wert › 80). Außerdem durfte der Wert in der CBCL den Cut-off-Wert von 60 nicht


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

überschreiten und kein Kind der Familie durfte die Kriterien einer eigenen Diagnose im K-SADS-PL erfüllen.

Ausschlusskriterien für alle Studien waren psychische Erkrankungen von Eltern oder KJ mit schweren akuten Symptomen wie akuter Suizidalität, akutem Substanzgebrauch, akuten psychotischen Symptomen, die mit einer ambulanten Intervention nicht ausreichend behandelt werden können, sondern eine stationäre Behandlung indizierten.

#### *5.1.3.2 iCHIMPS*

Einschlusskriterien: Familien mit mindestens einem psychisch oder suchtkranken Elternteil (F1, F2, F3, F4, F5, F6 in der ICD-10) und mit mindestens einem Kind bzw. Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren wurden in die Studie eingeschlossen. Weitere Einschlusskriterien für die Studie waren die Einwilligung zur Studienteilnahme und ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache. In die Studie wurden die Familien aller KK aufgenommen. Zudem mussten die Familien der Datenverarbeitung durch die KK sowie der Teilnahme an der besonderen Versorgung (im Fall der Intervention) zustimmen. Für iCHIMPS wurden aufgrund der erforderlichen kognitiven und digitalen Kompetenzen Jugendliche von 12 bis 18 Jahren eingeschlossen.
Ausschlusskriterien waren psychische Erkrankungen von Eltern oder Jugendlichen mit schweren akuten Symptomen wie akuter Suizidalität, akutem Substanzgebrauch, akuten psychotischen Symptomen, die mit einer ambulanten, niederfrequenten Intervention nicht ausreichend behandelt werden könnten, sondern eine stationäre Behandlung indizierten.

### 5.1.4 Fallzahlen (Stichprobe) inklusive Drop-Out

Die Fallzahlberechnungen wurden mit PASS 15 (Module: Tests for two Means in a Cluster-Randomized Design und Tests for Two Proportions in a Cluster-Randomized Design, Power Analysis and Sample Size Software, 2017, NCSS, LLC. Kaysville, Utah, USA) durchgeführt.

#### *5.1.4.1 Die Face-to-face-NVF*

Die Berechnung der Fallzahl basiert auf der Annahme, dass eine Familie im Mittel zwei Kinder hat. Dabei unterstellten wir, dass 25%/55%/15%/5% der Familien ein/zwei/drei/vier oder mehr Kind(er) haben. Daraus ergab sich ein Variationskoeffizient der Familiengröße von 39%. Um einen kleinen bis mittleren Effekt (Cohens *d* = 0,49) zwischen der IG und der KG zu T3 nachzuweisen, wurden insgesamt 70 Familien (35 Familien pro Gruppe), also insgesamt 140 Kinder (70 pro Gruppe), benötigt.
Dabei wurde eine Power von 80%, ein Fehler 1. Art von 5% (zweiseitige Hypothese) und ein Intraklassenkorrelationskoeffizient (Intracluster Correlation Coefficient [ICC]) von 5% angenommen. Bei einem Drop-Out von 30% der Familien mussten insgesamt 100 Familien (50 Familien pro Gruppe), also insgesamt 200 Kinder (100 Kinder pro Gruppe) rekrutiert werden.
Die Annahmen für die Berechnung der Fallzahl sind für alle drei Face-to-face-NVF gleich und der berechnete Stichprobenumfang gilt für jede RCT.
Für CHIMPS-P wurde im Verlauf angenommen, dass nur insgesamt 50 Familien (25 Familien pro Gruppe) rekrutiert werden könnten. Bei einem Drop-Out von 30% der Familien würden am Ende der Studie die Daten von insgesamt 34 auswertbaren Familien (17 Familien pro Gruppe) vorliegen. Mit dieser Stichprobe würden wir eine standardisierte Mittelwertsdifferenz (= Cohens *d*) von 0,707 nachweisen können. Die notwendigen Annahmen für die Berechnung wurden wie bei den Berechnungen für CHIMPS-T und CHIMPS-MFT getroffen.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### *5.1.4.2 iCHIMPS*

Um einen mittleren Effekt von Cohens *d* = 0,75 zwischen den beiden Gruppen zu T3 für die Verbesserung der psychischen Gesundheit sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Jugendlichen bei einer Power von 80%, einem Signifikanzniveau von 5% (zweiseitige Hypothese), einem ICC von 5% und einer mittleren Familiengröße von 1,3 Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 18 Jahren pro Familie nachweisen zu können, wurden 22 Jugendliche in 17 Familien pro Gruppe (43 Jugendliche in 34 Familien insgesamt) benötigt. Unter Berücksichtigung einer erwarteten Drop-Out-Rate bei Onlineinterventionen von 57% der Jugendlichen mussten insgesamt 100 Jugendliche in 77 Familien (50 Jugendliche in 39 Familien pro Gruppe) rekrutiert werden.
Für iCHIMPS wurde im Verlauf angenommen, dass nur insgesamt 40 Jugendliche (20 Jugendliche pro Gruppe) rekrutiert werden könnten. Beim angenommenen Drop-Out von 57% der Jugendlichen würden am Ende der Studie die Daten von insgesamt 22 auswertbaren Jugendlichen in 18 Familien (11 Jugendlichen in 9 Familien pro Gruppe) vorliegen. Mit dieser Stichprobe würden wir eine standardisierte Mittelwertsdifferenz (= Cohens *d*) von 1,21 bei ansonsten unveränderten Rahmenbedingungen nachweisen können.

### 5.1.5 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

#### *5.1.5.1 Die Face-to-face-NVF*

Die Rekrutierung ist beispielhaft für die drei Face-to-face-NVF im CONSORT-Diagramm in **Abbildung 2** dargestellt.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

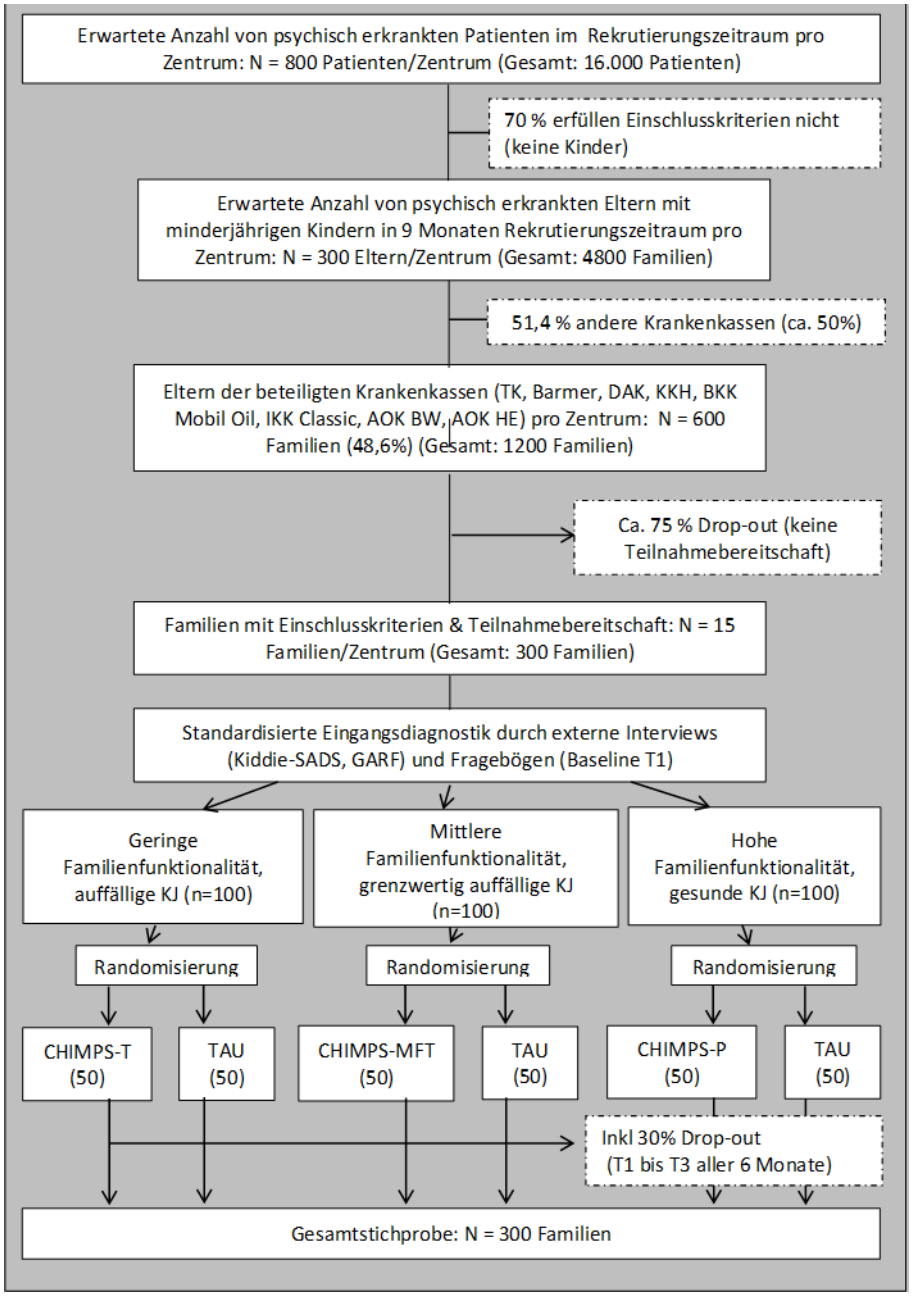



**Abbildung 2:** *CONSORT-Diagramm zur Rekrutierung der Face-to-face-NVF*

Das IMBE am UKE stellte computergestützte, nach Studienzentren stratifizierte Randomisierungslisten zur Verfügung. Dabei wurde jede RCT (CHIMPS-T, CHIMPS-MFT, CHIMPS P) separat behandelt. Die Familien bilden die Stichprobeneinheiten und wurden mit einem Zuteilungsverhältnis von 1 zu 1 in die IG oder in die KG mit variabler Blocklänge randomisiert. Die Zuteilung anhand der Randomisierungslisten erfolgte durch das koordinierende Studienzentrum in Hamburg.
Die Randomisierung einer Familie erfolgte nach Abschluss der standardisierten Baseline-Assessments und Diagnostik und der Zuordnung zu einer der drei Face-to-face-NVF.
Die Beurteilung der zentralen Endpunkte der Studie (psychische Gesundheit von KJ und Eltern) erfolgte in allen Gruppen zu Beginn (T1) durch Selbstbericht in Form von Fragebögen (s. Zeilen „Psychische Gesundheit“, Spalte „Fragebögen“ in **Tabelle 2**) und Projektmitarbeiter*innen in Form von Interviews (s. Zeilen „Psychische Gesundheit“, Spalte „Fragebögen“ in **Tabelle 2**) und bei den halbjährlichen Messungen (T2-T4) durch Selbstbericht in Form von Fragebögen


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(s. Zeilen „Psychische Gesundheit“, Spalte „Fragebögen“ in **Tabelle 2**) und ein externes, unabhängiges, expert*innengestütztes Rating durch eine geschulte projektexterne Person (observer blinded rater) in Form von Interviews (s. Zeilen „Psychische Gesundheit“, Spalte „Fragebögen“ in **Tabelle 2**). Die Evaluator*innen waren bis zum Datenbankschluss verblindet und nahmen die Aufstellung statistischer Modelle und die Programmierung derselben vorher vor.

Die Rekrutierung für alle Studien erfolgte über die Eltern. Die Rekrutierung erfolgte an jedem Standort in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP), weil die Kinder der erwachsenen Patient*innen in der Regel klinisch noch nicht gesehen wurden. Kinder in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sind bereits im medizinischen Versorgungssystem angekommen, daher fokussiert CHIMPS-NET auf die KJ der Eltern der Erwachsenenpsychiatrie. Von den 300 zu rekrutierenden Familien wurde angenommen, dass etwa ein Drittel (33,33%) eine sehr niedrige Familienfunktionalität zeigen und der Intervention CHIMPS-T vs. -TAU zugewiesen würde. Bei einem weiteren Drittel (33,33%) wurde eine mittlere Familienfunktionalität und damit Zuweisung zur Intervention CHIMPS-MFT vs. -TAU erwartet. Für das letzte Drittel (33,33 %) wurde eine hohe Familienfunktionalität und Zuweisung zur Prävention CHIMPS-P vs. -TAU angenommen.
Für die Teilnahme an der Studie wurde den Familien eine Aufwandsentschädigung von 50€ gezahlt. Die Aufwandsentschädigung wurde am Ende ausgezahlt, wenn alle Befragungen abgeschlossen waren, um die Motivation der Familien zu erhöhen, bis zum Schluss an der Studie und den Befragungen teilzunehmen.

#### *5.1.5.2 iCHIMPS*

Die Rekrutierung erfolgte vom 01. Mai 2021 bis zum 30. April 2023 in zunächst 21 teilnehmenden KPP in ganz Deutschland sowie später durch zusätzliche Zentren und weitere Rekrutierungsstrategien online und offline. Teilnehmende Familien wurden im Verhältnis 1 zu 1 in die IG oder in die KG randomisiert, basierend auf einer zentralen Randomisierungsliste, die blockweise Randomisierung mit variabler Blocklänge und ohne Stratifizierung verwendete. Die Randomisierungsliste wurde vom IMBE am UKE mithilfe der statistischen Software R (Version 3.6.3, R Core Team, 2020) erstellt. Die teilnehmenden Jugendlichen wurden nach erfolgreichem Abschluss des Online-Assessments zu T2 und T3 mit jeweils 20€ für ihre Teilnahme entschädigt.

### 5.1.6 Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte

#### *5.1.6.1 Die Face-to-face-NVF*

##### *5.1.6.1.1 Primärer Endpunkt*

Der primäre, klinisch relevante Endpunkt der Studie ist die psychische Symptombelastung der KJ aus Sicht der Eltern zum Zeitpunkt T3, der anhand des Gesamtproblemrohwerts der deutschen Version der CBCL/1,5-5 bzw. der CBCL/6-18R ermittelt wurde. Die CBCL/1,5-5 ist eine Version für Kinder im Alter von 1,5 bis 5 Jahren, die CBCL/6-18R ist eine Version für KJ im Alter von 6 bis 18 Jahren. Der CBCL-Gesamtproblemrohwert ist ein kontinuierlicher Endpunkt und wurde als Veränderung gegenüber dem Baselinewert (T1) operationalisiert. Die Gesamtproblemrohwerte CBCL/1,5-5 und der CBCL/6-18R wurden standardisiert, bevor sie kombiniert wurden.

##### *5.1.6.1.2 Sekundäre Endpunkte*

Die psychische Gesundheit der KJ wurde auch mittels semi-strukturierten klinischen Interviews K-SADS-PL und aus Sicht der KJ mit dem YSR/11-18R erfasst. Die subjektive Beeinträchtigung durch psychische Symptome der Eltern wurde mit dem Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993), Generalized Anxiety Disorder (GAD-7; Spitzer et al., 2006)


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

und der deutschen Version des Patient Health Questionnaire (PHQ-D; Löwe et al., 2002) erhoben. Auf die Darstellung der Evaluation des GAD-7 wird aus zeitökonomischen Gründen verzichtet, da wichtige Aspekte von Angst bereits im PHQ-D abgebildet sind. Die psychischen Symptome der Eltern wurden mit dem Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.; Sheehan et al., 1998) erhoben. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern wurde mit der Short Form-12 (SF-12; Bullinger & Kirchberger, 1998), dem EQ-5D (Hinz et al., 2006) und die der KJ mit dem KIDSCREEN-27 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006), EQ-5D-Y bzw. EQ-5D-Y Proxy (Wille et al., 2010) und Self-Stigma in Relatives of people with Mental Illness scale-short (SSRMI-short; Morris et al., 2018) erfasst. Familienbeziehungen und soziale Unterstützung wurden mit dem GARF und dem Oslo Social Support Questionnaire (OSSQ; (Dalgard et al., 2006), den Familienbögen-A (FB-A; Cierpka & Frevert, 1994) und dem Erziehungsstil-Inventar (ESI; Krone & Pulsack, 1990) erhoben. Krankheits- und Stressverarbeitung der Eltern wurde mit dem Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK; Franke et al., 2010) und die der KJ mit dem Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000) erfasst. Die Zufriedenheit mit der Behandlung wurde mit den Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB; Mattejat & Remschmidt, 1998), dem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8; Schmidt et al., 1989), Ad-hoc-Items und dem Negative Effects Questionnaire (NEQ; Rozental et al, 2016) gemessen. Der Psychotherapieprozess wurde mit der Comparative Psychotherapy Process Scale für Therapeut*innen und Patient*innen (CPPS-T-P; Hilsenroth et a., 2005) und dem Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR; (Wilmers et al., 2008) erfasst. Die Interventionskosten (Gesundheitsökonomie) der Kinder wurden mit der deutschen Version des Children and Adolescent Mental Health Service Receipt Inventory (CAMHSRI-DE; Kilian et al., 2009; Waldmann et al., 2020; Waldmann et al., 2021) und der Eltern mit der deutschen Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI-DE; Roick et al, 2001) gemessen.

#### *5.1.6.1.3 Operationalisierung*

Die folgenden sekundären Endpunkte sind kontinuierlich. Zu T2, T3 und T4 wurden sie als Veränderung gegenüber dem Baselinewert (T1) operationalisiert:

- CBCL/1,5-5 und CBCL/6-18R: Die CBCL-Rohscores wurden altersabhängig ausgewertet:
  - Sieben Subskalen (ängstlich/depressiv, zurückgezogen, Schlafprobleme, somatische Beschwerden, aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme, emotional-reaktiv) und eine Skala *andere Probleme* für jüngere Kinder.
  - Acht Subskalen (ängstlich/depressiv, zurückgezogen, somatische Beschwerden, aggressives Verhalten, soziale Probleme, Denk-, Schlaf- und Wiederholungsprobleme, Aufmerksamkeitsprobleme, delinquentes Verhalten) und eine Skala *andere Probleme* für ältere KJ.
  - Zwei Skalen für jüngere Kinder sowie für ältere KJ (internalisierendes Verhalten, externalisierendes Verhalten).

D. h., die Subskalen, die sich zwischen jüngeren und älteren KJ unterscheiden, konnten nur für Kinder im Alter von 1,5 bis 5 Jahren und 6 bis 18 Jahren getrennt analysiert werden.

- YSR/6-18R: Acht Subskalen und drei Skalen wurden berechnet und benannt wie in der CBCL-Version für ältere KJ.
- GAF: Ein Score.
- BSI: Neun Symptomdimensionen (Somatisierung, Zwang, zwischenmenschliche Sensibilität, Depression, Angst, Feindseligkeit, phobische Angst, paranoide Ideen, Psychotizismus), unspezifische psychische Belastung, drei globale Indizes der Belastung (globaler Schweregradindex, Index der positiven Symptombelastung, Gesamtsumme der positiven Symptome) und der Gesamtscore der neun


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Symptomdimensionen und der unspezifischen psychischen Belastung (Summe der Summen). Die neun Symptomdimensionen wurden in einer Mittelwert- und in einer Summenwertversion berechnet. Beide Versionen wurden in der deskriptiven Statistik verwendet. Die Version mit dem Mittelwert wurde in der induktiven Statistik verwendet.

- PHQ-D: Drei Scores (somatische Symptome, Depression, Stress).
- SF-12: Zwei Scores (psychische und physische Lebensqualität) mit Standardisierung auf Basis der deutschen Allgemeinbevölkerung.
- KIDSCREEN-27: Fünf Unterskalen (körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Autonomie und Elternbeziehung, gleichaltrige und soziale Unterstützung sowie schulisches Umfeld) mit Rohwerten und KIDSCREEN-10-Gesamtscore.
- SSRMI-short: Ein Score.
- GARF: Ein Score.
- OSSQ: Ein Score.
- EFK: Neun Scores (Handlungs-/Problembewältigung; Distanzierung und Selbstaufbau; Informationssuche und Erfahrungsaustausch; Bagatellisierung/Wunschdenken und Bedrohungsabwehr; depressive Verarbeitung; Bereitschaft, Hilfe anzunehmen; aktive Suche nach sozialer Integration; Vertrauen in die ärztliche Kunst; Erarbeitung eines inneren Halts).
- RSQ: Fünf Scores (primäres Kontroll-Coping, sekundäres Kontroll-Coping, Disengagement-Coping, unfreiwilliges Engagement und unfreiwilliges Disengagement).
- ESI: Fünf Skalen zum Erziehungsstil (Unterstützung, Einschränkung, Lob, Tadel und Inkonsequenz), ein Score für die elterliche Bestrafungsintensität.
- FB-A: Ein Gesamtscore, sieben Subscores (Aufgabenleistung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, Affektbeziehung, Kontrolle, Werte und Normen).

Der folgende Endpunkt ist binär:

- K-SADS-PL: Diagnose ja vs. nein.

Die folgenden sekundären Endpunkte werden nur deskriptiv dargestellt:

- FBB: Zwei Scores (Ergebnisqualität, Prozessqualität) und ein Gesamtwert.
- NEQ: Ein Score.
- ZUF-8: Ein Score.
- Ad-hoc-Items (Behandlungserwartung, Erreichen der Behandlungsziele, Behandlungsbewertung, Belastung).
- CPPS-T-P.
- WAI-SR.

#### *5.1.6.2 iCHIMPS*

##### *5.1.6.2.1 Primärer Endpunkt*

In der Interventionsgruppe zeigen sich nach der Intervention weniger psychische Symptome (YSR/6-18R) bei Jugendlichen als vor der Intervention. Jugendliche aus der IG verbessern sich stärker als Jugendliche aus der KG. Der primäre Endpunkt ist die psychische Gesundheit der teilnehmenden Jugendlichen 6 Monate nach Einschluss (T3), gemessen am YSR, bestehend aus 112 Items. Die Items des zweiten Teils können in acht Subskalen unterteilt werden. Die interne Konsistenz der Gesamtskala, gemessen mit Cronbachs α, beträgt ≥ 0,93, während sie


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

für die Subskalen zwischen α = 0,59 und 0,84 für eine allgemeine Bevölkerungsstichprobe oder zwischen α = 0,62 und 0,90 für eine klinische Stichprobe liegt.

#### *5.1.6.2.2 Sekundäre Endpunkte für Teilnehmer*innen*

Die psychische Gesundheit wurde mit dem World Health Organization-5 (WHO, 1998) gemessen. Die interne Konsistenz dieser sehr ökonomischen Skala, mit einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit von weniger als einer Minute, gemessen mit Cronbachs α, beträgt 0,92. Die psychische Gesundheit der Jugendlichen wurde außerdem mit dem K-SADS-PL (Diagnose ja vs. nein) gemessen. Die Selbstwirksamkeit wurde mit der Self-Efficacy Scale (SES; Sherer et al., 1982) gemessen. Diese 10-Item-Skala hat eine gute interne Konsistenz, mit Cronbachs α zwischen 0,8 und 0,9. Die Bewältigungsstrategien wurden mit dem Brief Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (Brief-COPE; Carver, 1997) gemessen. Die Skala besteht aus 28 Items, die 14 Subskalen bilden. Cronbachs α liegt für alle Skalen zwischen 0,50 und 0,90.

#### *5.1.6.2.3 Sekundäre Endpunkte für Eltern und/oder gesetzliche Vertreter*innen*

Die psychische Gesundheit der Teilnehmer*innen wurde anhand der CBCL/6-18R gemessen. Die interne Konsistenz der Gesamtskala beträgt ≥ 0,93. Die soziale Unterstützung wurde mit dem OSSQ gemessen. Der Psychotherapieprozess wurde mit dem WAI-SR erfasst.

### 5.1.7 Übersicht aller Messinstrumente

Die im CHIMPS-NET-Projekt verwendeten Messinstrumente sind in **Tabelle 2** aufgelistet.



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Erfasstes Konstrukt | | Erhebungsinstrument | | Beurteilungsquelle | | | | | Erhebungs-zeitpunkt | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Globaler Aspekt** | **Spezifischer Aspekt** | **Fragebögen** | **Interviews** | **Erkrankter ET** | **Zweiter ET** | **Kinder ≥ 8 J.** | **Thera-peut*in** | **Rater*in** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | Demographie | Ad-hoc-Items | | X | X | X | | | X | | | |
| **Lebensqualität** | Eltern | EQ-5D | | X | X | | | | X | X | X | X |
| | | SF-12 | | X | X | | | | X | X | X | X |
| | Kinder | KIDSCREEN-27 | | X | X | X | | | X | X | X | X |
| | | EQ-5D-Y Proxy | | X | X | | | | X | X | X | X |
| | | EQ-5D-Y | | | | X[1] | | | X | X | X | X |
| | | SSRMI-short | | | | X | | | X | X | X | X |
| **Psychische Gesundheit** | Eltern | | M.I.N.I. | | | | X | | X | | | |
| | | PHQ-D | | X | X | | | | X | X | X | X |
| | | BSI | | X | X | | | | X | X | X | X |
| | | | GAF | | | | | X | X | X | X | X |
| | Kinder | | K-SADS-PL | X | X | X | | X | X | X | X | X |
| | | CBCL/1½–5<br>CBCL/6-18R<br>YSR/6-18R | | X | X | X | | | X | X | X | X |
| | | | GAF | | | | | X | X | X | X | X |
| **Coping** | Eltern | RSQ | | X | X | | | | X | X | X | X |
| | | EFK | | X | | | | | X | X | X | X |
| **Beziehung** | soz. Unterstützung | OSSQ | | X | X | X | | | X | X | X | X |
| | Familienbeziehungen | GARF | | | | | | X | X | X | X | X |
| | | FB-A | | X | X | X | | | X | X | X | X |
| | | ESI | | | | X | | | X | X | X | X |
| **Gesundheits-ökonomie** | Interventionskosten KJ | | CAMHSRI-DE | X | X | | | X | X | X | X | X |
| | Interventionskosten Eltern | | CSSRI-DE | X | X | | | X | X | X | X | X |
| **Versorgungs-qualität** | Behandlungs-beurteilung | FBB* | | X | X | X | X | | | X | X | X |
| | | Ad-hoc-Items* | | X | X | X | X | | | X | X | X |
| | | NEQ* | | X | X | X | | | | X | X | X |
| | Ziele, Zufriedenheit* | ZUF-8* | | X | X | X | | | | X | X | X |
| | | Ad-hoc-Items | | X | X | X | X* | | X | X | X | X |
| | Therapeutischer Prozess | CPPS-T-P, WAI-SR | | | | | X | | | X | | |

**Tabelle 2:** *Messinstrumente des CHIMPS-NET-Projektes*
* Nur bei IG erfasst.
Für Vollnamen der Fragebögen und Interviews siehe **5.1.6.1.1** *Primärer Endpunkt* und **5.1.6.1.2** *Sekundäre Endpunkte*

## 5.1.8 Auswertungsmethoden

### *5.1.8.1 Die Face-to-face-NVF*

#### *5.1.8.1.1 Deskription der Baselinedaten*

Die Baselinedaten der Familienmitglieder sind in **Tabelle 3** aufgeführt. Sofern nicht anders angegeben, wurden die Baselinedaten der Familienmitglieder zu T1 erhoben. Darüber hinaus wurden alle primären und sekundären Endpunkte zu T1 gemessen.
Kenngrößen der Baselinedaten der Familienmitglieder werden für jede RCT insgesamt und für jede Behandlungsgruppe dargestellt. Kontinuierliche Variablen werden unter Verwendung von Mittelwert (*M*), Standardabweichung (*SD*), Median sowie Minimum und Maximum


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

zusammengefasst; kategoriale Variablen werden unter Verwendung von absoluten und relativen (%) Häufigkeiten zusammengefasst. Darüber hinaus wird die Anzahl der fehlenden Beobachtungen angegeben. Es werden keine Tests auf statistische Signifikanz durchgeführt; vielmehr wird die klinische Bedeutung eines etwaigen Ungleichgewichts vermerkt.
Wenn als Geburtsdatum nur das Jahr angegeben war, wurde der 30. Juni des Jahres für die Altersberechnung verwendet. Das Alter wurde anhand des Datums berechnet, an dem der (Baseline-)Fragebogen beantwortet wurde.

| **Kranke Elternteile über sich:** |
|---|
| Alter |
| Geschlecht |
| Anzahl Kinder |
| Anzahl Kinder zwischen 3 und 18 Jahren |
| Familienstand |
| Höchster Schulabschluss |
| Höchster beruflicher Abschluss |
| Art der Beschäftigung (in den letzten 12 Monaten + im Moment) |
| Aktuelle körperliche Krankheit |
| Aktuelle psychische Erkrankung |
| Derzeitige ambulante Behandlung einer psychischen Erkrankung |
| Derzeitige Häufigkeit der ambulanten Behandlung von psychischen Erkrankungen |
| Frühere stationäre Behandlung wegen einer psychischen Erkrankung |

| **Zweite Elternteile über sich:** |
|---|
| Alter |
| Geschlecht |
| Anzahl Kinder |
| Anzahl Kinder zwischen 3 und 18 Jahren |
| Familienstand |
| Höchster Schulabschluss |
| Höchster beruflicher Abschluss |
| Art der Beschäftigung (in der letzten 12 Monaten + im Moment) |
| Aktuelle körperliche Krankheit |
| Aktuelle psychische Erkrankung |
| Derzeitige ambulante Behandlung einer psychischen Erkrankung |
| Derzeitige Häufigkeit der ambulanten Behandlung von psychischen Erkrankungen |
| Frühere stationäre Behandlung wegen einer psychischen Erkrankung |

| **Kranke Elternteile über Kinder:** |
|---|
| Alter |
| Geschlecht |
| Frühere ambulante psychotherapeutische Behandlung |
| Aktuelle ambulante psychotherapeutische Behandlung |
| Falls zutreffend, Häufigkeit der derzeitigen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung |


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| **Zweite Elternteile über Kinder:** |
|---|
| Alter |
| Geschlecht |
| Frühere ambulante psychotherapeutische Behandlung |
| Aktuelle ambulante psychotherapeutische Behandlung |
| Falls zutreffend, Häufigkeit der derzeitigen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung |
| |
| **Kinder (≥ 8 Jahre) über sich:** |
| Alter |
| Geschlecht |
| Art der Beschäftigung in den letzten 12 Monaten |
| Aktuelle psychische Probleme |
| Aktuelle ambulante psychotherapeutische Behandlung |
| Falls zutreffend, derzeitige Häufigkeit der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung |

**Tabelle 3:** *Baseline-Charakteristika der Familienmitglieder*

Alle psychiatrischen und somatischen Diagnosen zu Beginn der Studie (von Diagnostiker*innen beurteilt) für psychisch kranke Eltern und Kinder werden angegeben:

- Psychiatrische Diagnose
- ICD-10 der psychiatrischen Diagnose
- Anzahl der psychiatrischen Diagnosen
- Somatische Diagnose
- ICD-10 der somatischen Diagnose
- Anzahl der somatischen Diagnosen

#### *5.1.8.1.2 Effektevaluation*

##### 5.1.8.1.2.1 Analysepopulationen

###### 5.1.8.1.2.1.1 Full-Analysis-Set (FAS)

Die primäre Analyse basiert auf dem FAS. Es ist so vollständig wie möglich und kommt dem Intention-To-Treat(ITT)-Prinzip so nahe wie möglich. Es schließt alle randomisierten Familien als zu ihrem Randomisierungsarm gehörig ein, unabhängig davon, ob sie die Therapie abgelehnt haben oder ob andere Protokollverletzungen aufgetreten sind.

###### 5.1.8.1.2.1.2 Per-Protokoll(PP)-Population

Die PP-Population ist eine Untergruppe des FAS und umfasst Familien ohne schwerwiegende Protokollverstöße.
Geringfügige Protokollabweichungen wurden wie folgt definiert:

- Beendigung der Intervention nach dem Messzeitpunkt T2
- Vorverlegung der Messzeitpunkte T3 und/oder T4 um bis zu zwei Monate
- kranker Elternteil wollte/konnte nicht an der Studie teilnehmen
- Durchführung der Face-to-Face-Intervention als Online-Intervention
- Wechsel der Therapeut*innen

Schwerwiegende Protokollabweichungen wurden wie folgt definiert:


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Einbeziehung von nicht teilnahmeberechtigten Familien oder Familienmitgliedern, die irrtümlich in die Studie aufgenommen wurden
- Familien oder Familienmitglieder, bei denen die Intervention oder ein anderes Verfahren von den Vorgaben des Protokolls abwich
- Familien oder Familienmitglieder, bei denen die Intervention oder ein anderes Verfahren von der Randomisierung abwich
- MFT mit weniger als drei Familien
- Familien oder Familienmitglieder haben nur einen Teil (höchstens 2/8 bzw. höchstens 1/3 Sitzungen) der Intervention erhalten
- Beginn der Intervention lag nach T3

##### 5.1.8.1.2.1.3 Evaluated-for-Safety(EFS)-Set

Alle randomisierten Familien wurden in das EFS-Set aufgenommen.

#### 5.1.8.1.2.2 Fehlende Werte

Fehlende Werte wurden durch direkte Maximum-Likelihood-Imputation ersetzt, um eine ITT-Analyse zu ermöglichen. Dies führt zu unverzerrten Schätzungen unter der Missing-at-Random(MAR)-Annahme. Die Imputation wurde für primäre und sekundäre Endpunkte durchgeführt und wird in erster Linie berichtet.

#### 5.1.8.1.2.3 Analyse des primären Endpunkts

Deskriptive Kenngrößen für den primären Endpunkt werden in Bezug auf die einzelnen KJ aus Sicht aller Eltern dargestellt. *M*, *SD*, Median, Minimum und Maximum sowie die Anzahl der fehlenden Beobachtungen werden für die gesamte Stichprobe und getrennt nach Behandlungsgruppen angegeben.
Da die Mitglieder einer Familie gemeinsamen Einflüssen ausgesetzt sind, werden Clustereffekte erwartet. Daher wurde für die Analyse ein lineares gemischtes Modell verwendet. Dabei werden das Rekrutierungszentrum, die Familie und die KJ als geschachtelte Zufallseffekte behandelt (d. h. KJ in Familie geschachtelt; Familie in Rekrutierungszentrum geschachtelt; unabhängig identisch verteilt). Für die MFT-Studie war die MFT-Familiengruppe ein zusätzlicher Zufallsterm und es wurde ein zusätzliches Zentrum definiert für Familien, die aus verschieden Zentren stammten, aber in derselben MFT-Gruppe (Online-Format) waren. Die Eltern (kranker vs. zweiter Elternteil) wurden als feste Effekte behandelt. Es wurde eine autoregressive Varianz-Kovarianz-Matrix erster Ordnung der Residualmatrix (Zeitpunkte) berücksichtigt. Wenn diese nicht schätzbar war, wurde eine Compound-Symmetry-Varianz-Kovarianz-Matrix der Residualmatrix (Zeitpunkte) angenommen. Die Behandlungsgruppe, der CBCL-Gesamtrohwert bei Studienbeginn (T1), die Zeit sowie die Interaktion zwischen Zeit und Behandlungsgruppe wurden als feste Effekte in das Modell einbezogen. Der primäre Endpunkt wurde als Veränderung gegenüber dem Ausgangswert operationalisiert. Wenn der *p*-Wert der Interaktion zwischen Zeit und Behandlungsgruppe > 0,15 war (zweiseitige Hypothese), wurde die Interaktion aus dem Modell eliminiert. Die primäre Analyse ist der Gruppenvergleich zwischen der IG und der KG für den CBCL-Gesamtrohwert bei der 6-Monats-Katamnese (T3; Veränderung gegenüber dem Ausgangswert). Nur dieser Vergleich, der mit einem Signifikanzniveau von 5% (zweiseitige Hypothese) getestet wurde, gilt als konfirmatorisch.
Es werden adjustierte *M* mit zweiseitigen 95%-Konfidenzintervallen (KI) und *p*-Werten angegeben. Die ICC (Varianz der Familie geteilt durch die Gesamtvarianz) wird ebenfalls angegeben.
Diese Analyse für den primären Endpunkt wurde für alle drei RCTs (CHIMPS-T, CHIMPS-MFT und CHIMPS-P) durchgeführt. Da es sich bei den drei RCTs um unabhängige Stichproben handelt, musste der Fehler 1. Art nicht für multiples Testen korrigiert werden.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die vorausgesetzte Normalverteilung der Residuen wurde anhand eines Histogramms der Residuen grafisch überprüft. Partielle Residualplots wurden zur Überprüfung der Linearitätsannahme verwendet. Bei nicht erfüllten Annahmen wurde als Sensitivitätsanalyse die Box-Cox-Transformation angewandt, um herauszufinden, welche Transformation die Linearitätsannahme sicherstellen würde.
Bei einigen Modellen wurde die Wahl der zufälligen Effekte aufgrund von Schätzproblemen angepasst. Erstens, wenn Aussagen über die gesamte Familie gemacht wurden, wurde der Zufallseffekt des Familienmitglieds weggelassen. Zweitens wurde der Zufallseffekt der Familie weggelassen, wenn es Probleme mit der Varianzschätzung des Clusters *Familie* aufgrund zu vieler zu kleiner Cluster gab. Dies galt auch für das Cluster *Kind* und innerhalb der MFT-Studie für das Cluster der *MFT-Familiengruppe*.

#### 5.1.8.1.2.4 Analyse der sekundären Endpunkte

Alle sekundären Ergebnisanalysen werden als explorative Analysen betrachtet.
*M*, *SD*, Median, Minimum und Maximum für kontinuierliche Variablen und absolute und relative Häufigkeiten für kategoriale Variablen sowie die Anzahl der fehlenden Beobachtungen werden für jeden Zeitpunkt sowohl insgesamt als auch getrennt nach Behandlungsgruppe angegeben.
Kontinuierliche sekundäre Endpunkte wurden auf dieselbe Weise analysiert und berichtet wie der primäre Endpunkt, wobei zu allen Zeitpunkten Gruppenkontraste zwischen IG und KG untersucht wurden. Anstelle des CBCL-Gesamtrohwerts bei Studienbeginn wurde der jeweilige Ausgangswert als Kovariate in das Modell aufgenommen. Für Endpunkte ohne Baselinewert wurden die Absolutwerte zu allen Zeitpunkten verwendet und es konnte keine Anpassung für einen Baselinewert durchgeführt werden. Der feste Effekt für die Eltern wurde nicht in das Modell aufgenommen, wenn die KJ Angaben über sich selbst machten oder die Diagnostiker*innen über die KJ befragt wurden. Wenn die Eltern Angaben über sich selbst machten, wurden zwei Modelle (für den kranken bzw. den zweiten Elternteil) aufgestellt.
Die binären sekundären Endpunkte wurden mit einem gemischten logistischen Regressionsmodell analysiert, wenn möglich. Dabei wurden Rekrutierungszentrum, Familie und Familienmitglied als geschachtelte Zufallseffekte behandelt (d. h. Familienmitglied in Familie geschachtelt; Familie in Rekrutierungszentrum geschachtelt; für die MFT-Studie zusätzlicher Zufallsterm für die Familiengruppe). Die Behandlungsgruppe, der jeweilige Baselinewert, die Zeit sowie die Interaktion zwischen Zeit und Behandlungsgruppe wurden als feste Effekte in das Modell aufgenommen. Wenn der *p*-Wert der Interaktion zwischen Zeit und Behandlungsgruppe > 0,15 war, wurde die Interaktion aus dem Modell eliminiert. Der Gruppenkontrast zwischen IG und KG wurde zu allen Zeitpunkten berechnet. Es werden Odds Ratios mit zweiseitigen 95%-KI und *p*-Werten angegeben. Der ICC wurde ebenfalls berechnet. Partielle Residualplots wurden verwendet, um die Linearitätsannahme zu prüfen (unter Verwendung der logarithmierten Odds der abhängigen Variablen).
Zusätzlich werden für den primären Endpunkt die Kontraste der Behandlungsgruppen zu T2 und T4 im Falle eines *p*-Werts des Interaktionsterms < 0,15 zwischen Zeit und Behandlungsgruppe berichtet.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### 5.1.8.1.2.5 Sensitivitätsanalysen
Die primäre Analyse wurde in der entsprechenden PP-Population wiederholt.

#### 5.1.8.1.2.6 Analyse der Sicherheitsendpunkte
Die Sicherheitsendpunkte wurden anhand von Häufigkeitstabellen analysiert. Die Sicherheitsanalysen basieren auf dem EFS.

#### 5.1.8.1.2.7 Subgruppenanalysen
Die CHIMPS-MFT-Intervention wurde teilweise in einem Online-Format durchgeführt. Die Subgruppenanalyse wurde verwendet, um die Annahme zu prüfen, dass die Interventionseffekte unabhängig von der Form der Intervention (online vs. face to face) sind. Weitere Subgruppen waren: Zentrum (städtisch vs. kleinstädtisch/ländlich), sozialer Status (höchste Punktzahl pro Familie wurde verwendet).
Dazu wurde die primäre Analyse mit einem zusätzlichen Interaktionsterm der Behandlungsgruppe mit der entsprechenden Subgruppe wiederholt. Der relevante *p*-Wert für die Schlussfolgerung, dass es eine Interaktion zwischen Behandlungsgruppe und Subgruppe gibt, ist der *p*-Wert der Interaktion. Wenn jedoch der *p*-Wert der Interaktion zwischen Zeit und Behandlungsgruppe in der Primäranalyse < 0,15 war, wurde die Dreifach-Interaktion zwischen Zeit, Behandlungsgruppe und Subgruppe einbezogen. Da das Online-Format selten genutzt wurde, wurde nur eine deskriptive Analyse durchgeführt, d. h., es wurde kein Modell berechnet. Für die Subgruppe *Zentrum* konnte auf Grund der wenigen Beobachtungen ebenfalls nur eine deskriptive Analyse durchgeführt werden.

#### 5.1.8.1.2.8 Post-hoc-Analysen
Für die Post-hoc-Analyse des primären Endpunkts wurden die IG CHIMPS-T und CHIMPS-MFT zu einer Gruppe zusammengefasst und mit der entsprechenden kombinierten KG verglichen. Zunächst wurde dafür geprüft, ob der Zufallsterm für die MFT-Familiengruppen benötigt wurde. Dafür wurde ein Likelihood-Ratio-Test (LRT) zwischen einem Modell mit und ohne diesen Zufallsterm durchgeführt. Stellte sich dabei heraus, dass der Zufallsterm benötigt wurde, erhielt die CHIMPS-T-Population im kombinierten Modell einen Code für eine künstliche Familiengruppe. Stellte sich im LRT heraus, dass der Zufallsterm für die MFT-Familiengruppe nicht benötigt wurde, wurde er weggelassen.

### *5.1.8.2 iCHIMPS*
Aufgrund einer unzureichenden Anzahl von Teilnehmenden wurden die in der statistischen Analyse vorgesehenen inferenziellen Analysen nicht durchgeführt.
Es wurden Summenwerte für den primären sowie die sekundären Endpunkte in zwei Tabellen zusammengefasst.

## 5.2 Methodik der gesundheitsökonomischen Evaluation der NVF (Primärdaten)
Zur gesundheitsökonomischen Bewertung der drei face to face NVF CHIMPS-T, CHIMPS-MFT und CHIMPS-P führten wir eine inkrementelle Kosten-Nutzwert-Analyse aus der Perspektive des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems auf Basis des Nettonutzenansatzes durch (Drummond et al., 2015; Glick et al., 2014; Salize & Kilian 2010). Ausgangspunkt des Ansatzes ist die Hypothese, dass durch die Implementierung der jeweiligen Intervention, im Vergleich zur KG, innerhalb eines definierten Zeitraums ein größerer Zuwachs an qualitätsadjustierten Lebensjahren (Quality Adjusted Life Years, QALYs) erreicht wird, und dass die mit diesem größeren Zuwachs verbundenen potenziellen zusätzlichen Kosten einen hypothetischen Schwellenwert, die maximale Zahlungsbereitschaft (MZB), nicht übersteigen (Drummond et al., 2015; Glick et al., 2014; Waldmann et al., 2023).
Um dem Anspruch der Perspektive des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems gerecht zu werden, wurden im Rahmen der Kostenerfassung neben den Kosten für


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gesundheitsleistungen auch die Kosten von Leistungen der Jugendhilfe sowie von schulbasierten Leistungen inklusive der Inanspruchnahme besonderer Schulformen erfasst (Waldmann et al., 2021; Waldmann et al., 2023).
Da die primäre Zielpopulation der durchgeführten Interventionen die KJ von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sind, beschränkt sich die vorliegende Auswertung auf die an der CHIMPS-NET-Studie teilnehmenden KJ (Waldmann et al., 2023).

### 5.2.1 Erfassung von Inanspruchnahme und Kosten medizinischer und psychosozialer Leistungen

Die Erfassung der Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Leistungen erfolgte für alle IG mit dem CAMHSRI-DE. Das CAMHSRI-DE erfasst die Leistungsinanspruchnahme in den Bereichen:

- stationäre medizinische Behandlung
- ambulante medizinische Behandlung
- stationäre Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe
- ambulante Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe
- Maßnahmen der Polizei und Justiz
- schulbasierte Hilfen
- Schulformen
- ambulante Medikamente

Zusätzlich zu diesen Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems wurden für jede der Interventionen die Interventionskosten pro KJ berechnet.
Die Kosten für die mittels des CAMHSRI-DE erfassten Leistungseinheiten wurden auf der Basis eines für diesen Zweck erstellten und laufend aktualisierten Einheitskostenkatalogs (Waldmann et al., 2021; Waldmann et al., 2023) berechnet.
Die Erfassung der Leistungsinanspruchnahme erfolgte zu jedem der vier Messzeitpunkte T1 bis T4 retrospektiv für jeweils sechs Monate. Für die gesundheitsökonomische Evaluation wurden die Leistungserfassungen der Messzeitpunkte T2 bis T4 verwendet. Fehlende Daten wurden jeweils durch Übernahme der Daten des jeweils vorherigen Messzeitpunktes imputiert.
Da das inkrementelle Kosten-Nutzwert-Verhältnis jeweils für einen 12-Monats-Zeitraum berechnet wird (Drummond et al., 2015), wurden hierfür die aus den Messungen zu den Messzeitpunkten T2 bis T4 resultierenden Kosteninformationen für den 18-Monats-Zeitraum auf einen 12-Monats-Zeitraum transformiert.

### 5.2.2 Berechnung von QALYs als Ergebniskriterium

Grundlage der Berechnung der QALYs bildete die Anwendung des EQ-5D-Y (Canaway & Frew, 2013; Fischer et al., 2015; Kreimeier & Greiner, 2019; Ravens-Sieberer et al., 2010; Wille et al., 2010). Die über den EQ5D-Y zu den Messzeitpunkten T1 bis T4 erfassten Gesundheitszustände wurden mittels der von Kreimeier et al. (2018, 2022) generierten Nutzwerte transformiert und unter Anwendung der Area-under-the-Curve(AuC)-Methode (Glick et al., 2014) zu QALYs für einen 12-Monats-Zeitraum summiert.

### 5.2.3 Berechnung und Analyse der inkrementellen Kosten-Nutzwertrelation (IKUR)

Zur Berechnung der nichtadjustierten IKUR wurde für jede der drei Interventionen die Differenz zwischen den 12-Monats-Kosten der jeweiligen IG und den Kosten der jeweiligen KG durch die jeweils entsprechende QALY-Differenz dividiert.
Sofern die Prüfung der Baselinedaten keine Hinweise auf ein Selektionsbias lieferte, wurden Kostendifferenz und QALY-Differenz jeweils über lineare Regressionsmodelle mit robusten Standardfehlern bestimmt.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Lieferte die Prüfung der Baselinedaten Hinweise auf ein Selektionsbias, erfolgte die Bestimmung der Kosten und QALY-Differenzen über ein Seemingly-unrelated-regression(SUREG)-Modell (Zellner, 1962) mit einer entsprechenden Adjustierung für die Baselinemessungen. Diese Methode wurde deshalb verwendet, weil sie eine Berechnung der Korrelation von Kostendifferenz und QALY-Differenz ermöglicht, die für die Schätzung der stochastischen Unsicherheit der IKUR erforderlich ist (Willan & Briggs, 2006; Willan et al. 2004).
Lagen keine Hinweise auf ein Selektionsbias vor, wurde zur Schätzung der stochastischen Unsicherheit der IKUR die Methode des nicht-parametrischen Bootstrapping mit 10.000 Replikationen verwendet (Glick et al., 2014; Willan & Briggs, 2006). Im Fall einer notwendigen Adjustierung wegen Hinweises auf Selektionsbias erfolgte die Bestimmung der stochastischen Unsicherheit der IKUR auf der Basis der Ergebnisse des SUREG-Modells nach der Methode von Fieller (1954), siehe auch Willan & Briggs (2006).
In beiden Fällen wurde zunächst die Lage der IKUR in der Kosteneffektivitätsfläche bestimmt. Anschließend erfolgte mittels Kosteneffektivitätsakzeptanzkurve die Bestimmung der Akzeptanzrate für einen Wertebereich der MZB von 0 bis 125.000€. Die Interpretation der Akzeptanzrate erfolgte auf Basis aktueller Kalkulationen für Schwellenwerte für das deutsche Gesundheitssystem (Pichon-Rivière et al., 2023; Santos et al., 2018).

### 5.2.4 Behandlung fehlender Werte im Rahmen der statistischen Analyse

Die Berechnung der Kosten- und Ergebnisdifferenzen im Untersuchungsverlauf erfolgte mittels Mixed-Effects(ME)-Regressionsmodellen. Die Berücksichtigung fehlender Werte erfolgte dabei unter der MAR-Annahme mittels eines Full-Information-Maximum-Likelihood (FIML)-Verfahrens (Stata Corporation, 2021).
Grundlage der inkrementellen Kosten-Nutzwertanalyse nach dem ITT-Prinzip bildete eine Imputation fehlender Messwerte mittels der Last-observation-carried-forward(LOCF)-Methode. Zur Imputation fehlender Kostendaten wurden dabei auch die Werte der ansonsten unberücksichtigten T1-Messung herangezogen, wenn keine Messwerte späterer Messzeitpunkte vorlagen.

## 5.3. Methodik der gesundheitsökonomischen Evaluation der NVF (Sekundärdaten)

Ziel der sekundärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation ist eine umfassende Bewertung der Interventionen CHIMPS-T, CHIMPS-MFT und CHIMPS-P aus der Perspektive der Kostenträger. Für jede IG wurde im Vergleich zur KG eine inkrementelle Kosten-Nutzwertanalyse durchgeführt. Dabei wurde die Effizienz der jeweiligen Interventionen im Hinblick auf die maximale Zahlungsbereitschaft untersucht, um im Vergleich zur Routineversorgung ein QALY für die an den Interventionen teilnehmenden Eltern sowie deren KJ zu gewinnen (Salize & Kilian, 2010). Das Inkrementelle Kosten-Effektivitätsverhältnis (ICER) errechnet sich dabei aus der Differenz der Gesamtkosten zwischen IG und KG im Verhältnis zur Nutzendifferenz über den Studienzeitraum. Das primäre Outcome der gesundheitsökonomischen Sekundärdatenevaluation ist das ICER. Die Leistungs- und Kosteninanspruchnahme des Gesundheitswesens aus Kostenträgerperspektive wird mittels der Analyse von Abrechnungsdaten der beteiligten KK erreicht (Kreis et al., 2021). Grundlage für die Generierung der QALYs bilden dabei etablierte Screeninginstrumente zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Für die Elternteile wurde der EQ-5D-3L, für die Kinder der EQ-5D-3L-Y verwendet.

### 5.3.1 Datengrundlagen

Datengrundlage für die Kostenanalyse der sekundärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation bildeten die Abrechnungsdaten der bei einer teilnehmenden KK versicherten Studienteilnehmenden im Zeitraum vom 01.01.2019 bis zum


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

30.06.2023[1]. Dabei wurden Gesetzliche-Krankenversicherung(GKV)-Routinedaten aus den Leistungsbereichen ambulanter Sektor, stationärer Sektor, Arzneimittelversorgung, Ambulanzen, Rehabilitation, Heilmittel, Arbeitsunfähigkeits- und Krankengelddaten extrahiert. Neben den über die KK abgerechneten Kosten wurden auch die Interventionskosten der NVF berücksichtigt. Diese Kosten für die erbrachten Therapieleistungen wurden selektivvertraglich zwischen KK und Leistungserbringern vereinbart und auf Familienebene abgerechnet (**Anlage Nr. 6**). Die Kosten für CHIMPS-T ergeben sich variabel in Abhängigkeit der Häufigkeit und der Anzahl der KJ pro Familie. Es werden zwei Elterngespräche pro Elternteil und zwei Kindergespräche pro KJ geführt. Für eine Familie mit zwei Elternteilen und zwei KJ ergeben sich also beispielhaft Interventionskosten von 840€ pro Familie. Die Intervention CHIMPS-MFT bezieht in den Mehrfamiliensitzungen drei bis fünf Familien ein. Die Interventionskosten betragen ebenfalls 840€ pro Familie. Die Leistung CHIMPS-P beinhaltet drei Sitzungen à 90 Minuten. Dabei wird die erste Sitzung mit 120€, jede weitere Sitzung mit 110€ vergütet. Die Kosten auf Familienebene betragen daher 340€.
Abschließend wurden die Kosten in allen Face-to-face-NVF auf Familienebene jedem Familienmitglied einzeln, in Abhängigkeit der Häufigkeit von Einzel- und Gemeinschaftsgesprächen, zugeordnet. Protokollabweichungen wurde Rechnung getragen, indem die Kosten auf Familienebene nur bei Zustandekommen der Therapiesitzung eingerechnet wurden. Die Daten der teilnehmenden KK wurden von der Vertrauensstelle Data Management und Trust Center GmbH (DMATC GmbH) validiert, aufbereitet, vergröbert und zusammengeführt. Strategien der Datenvalidierung und -aufbereitung wurden zwischen dem CHERH und der Vertrauensstelle kontinuierlich abgestimmt.
Die Lebensqualität der Eltern wurde mit dem Instrument EQ-5D-3L erhoben, jene der KJ mit der zielgruppengerechten Version EQ-5D-3L-Y. Die Items der fünf EQ-5D-3L-Dimensionen wurden für alle Kombinationen des EQ-5D-3L mithilfe des deutschen value set bestimmt (Szende et al., 2007), die der KJ nach dem value set der KJ (Kreimeier et al., 2022). Beiden value sets liegen die Präferenzen von Erwachsenen zugrunde, welche mittels Time-Trade-Off(TTO)-Verfahren bestimmt wurden. Dabei wird jeder Kombination aus Dimension und Item (maximal $3^5$ = 243 Ausprägungen) ein eindeutiger Wert zugewiesen, welcher die Lebensqualität zum jeweiligen Zeitpunkt (T1, T2, T3, T4) angibt. Die generierten QALYs der IG und KG ergeben sich als gewichtete Durchschnittswerte der EQ-5D-3L-Y-Scores jeweils zu Beginn und zum Ende der Messperiode (Glick et al., 2015).

### 5.3.2 Analysepopulationen

Die nachträgliche Öffnung der Studie für alle nicht bei einer teilnehmenden KK Versicherten führte zu einer Reduktion der für die sekundärdatenbasierte gesundheitsökonomische Evaluation auswertbaren Fälle. In die gesundheitsökonomische Sekundärdatenevaluation konnten nur Studienteilnehmende eingeschlossen werden, die bei einer teilnehmenden KK versichert waren und von denen GKV-Routinedaten übermittelt wurden. Im Rahmen der sekundärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation wurden für jede der drei Studien (CHIMPS-T, CHIMPS-MFT, CHIMPS-P) drei verschiedene Studienpopulationen betrachtet. Dabei wurden Elternteile und KJ bei der Analyse strikt getrennt betrachtet. Dies ist zum einen vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Elternteile in allen Studien einen größeren Krankheitswert als die KJ und somit häufig auch wesentlich höhere Kosten aufwiesen. Zum anderen lag der primäre Fokus der Evaluation auf den KJ, da diese im Gegensatz zu den Eltern häufig keine psychosoziale Unterstützung erhalten.
Eine Übersicht über fehlenden Werte der EQ-5D-3L-(Y)-Scores und über fehlende Kosten findet sich in **6.3** Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation (Sekundärdaten).

[1] Aufgrund der eingeschränkten Datenverfügbarkeit standen die Daten des ambulanten Sektors nur bis zum 30.09.2022 zur Verfügung.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### *5.3.2.1 ITT-Population Gesamt*

Die ITT-Population Gesamt schließt alle Studienteilnehmenden ein, für welche Kassendaten übermittelt wurden. Der Einschluss erforderte weder die Erfüllung bestimmter Kriterien hinsichtlich der durchgängigen Verfügbarkeit der GKV-Routinedaten noch der Mindestanzahl an absolvierten Messzeitpunkten.

#### *5.3.2.2 ITT-Population (2 Messzeitpunkte [MSZP])*

Die ITT-Population (2MSZP) schließt alle Studienteilnehmenden ein, für welche Kassendaten übermittelt wurden, und erfordert das Vorliegen von EQ-5D-3L-(Y)-Scores zu mindestens zwei Messzeitpunkten.
Darüber hinaus mussten GKV-Routinedaten innerhalb eines individuellen einjährigen Vorbeobachtungszeitraums (VBZ) zur Verfügung gestanden haben. Der einjährige VBZ diente zur Überprüfung der Kostenvergleichbarkeit zwischen den jeweiligen IG und KG der verschiedenen Studienpopulationen.

#### *5.3.2.3 Complete-Case-Analysis(CCA)-Population*

Die CCA-Population schließt ausschließlich Studienteilnehmende ein, für welche vollständige Datensätze zur Lebensqualität in Form von EQ-5D-3L-(Y)-Scores zu allen vier Messzeitpunkten vorlagen und GKV-Routinedaten vollständig für alle Messperioden zur Verfügung standen.
Darüber hinaus mussten GKV-Routinedaten innerhalb eines individuellen einjährigen VBZ zur Verfügung gestanden haben. Der einjährige VBZ dient zur Überprüfung der Kostenvergleichbarkeit zwischen den jeweiligen IG und KG der verschiedenen Studienpopulationen.

### 5.3.3 Auswertungsstrategie

Für jede*n Studienteilnehmer*in der Analysepopulation wurde ein versichertenindividueller VBZ von 365 Tagen vor dem ersten Messzeitpunkt T1 definiert. Die folgenden Messzeitpunkte T2 bis T4 fanden gemäß Studienprotokoll im Abstand von jeweils 6 Monaten zum vorherigen Messzeitpunkt statt.
Für die Auswertung der Kostendaten wurden Zeiträume in Abhängigkeit der Datumsangaben zwischen den einzelnen Messzeitpunkten gebildet. Dabei wird der Zeitraum zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt z. B. durch *T1T2* beschrieben. In nahezu allen Leistungsbereichen werden im Gesundheitswesen anfallende Kosten in den Abrechnungsdaten der KK durch Zeiträume charakterisiert (z. B. Beginn und Ende des Bezugs von Krankengeld). Regelmäßig liegen Messzeitpunkte folglich innerhalb von Zeiträumen einer in Anspruch genommenen Leistung im Gesundheitswesen. Sofern der Messzeitpunkt in solch einer Behandlungsperiode lag, wurden die Kosten anteilig für jede Periode zwischen zwei Messzeitpunkten tagesgenau berechnet.
Bei fehlenden Werten der EQ-5D-3L-(Y)-Scores und der Gesamtkosten wurde die LOFC-Imputationsmethode verwendet. Dabei wurde der jeweils letzte zur Verfügung stehende Wert auf Personenebene solange fortgeschrieben, bis der nächste Wert zur Verfügung stand. Fehlende Kostenwerte ergaben sich aus dem Ende der Datenübermittlung zum 30.06.2023. Für Messzeitpunkte, die über dieses Datum hinausgingen, wurden keine GKV-Routinedaten übermittelt.
Die KJ füllten den EQ-5D-3L-Y im Rahmen der Studie ab dem 8. Lebensjahr selbst aus. Bei jüngeren Kindern wurden Daten über die Kinder aus Perspektive der Elternteile erhoben. Sofern mehr als eine Person den Fragebogen beantwortet hatte, wurde das arithmetische Mittel des EQ-5D-3L-Y-Scores zur deskriptiven Darstellung und zur weiteren Analyse herangezogen.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

### 5.3.4 Statistische Analyse

Bei randomisierten kontrollierten Studien wird davon ausgegangen, dass die Randomisierung zu einer Gleichverteilung der Baseline-Charakteristika wie Alter, Geschlecht, EQ-5D-3L-(Y)-Scores und Gesamtkosten zwischen den Gruppen führt. Absolute und relative Häufigkeiten werden angegeben, um kategoriale Daten zu beschreiben. Um stetige Variablen zu beschreiben, wurden *M*, Median, *SD*, 25%-Perzentil, 75%-Perzentil sowie Minimum und Maximum berechnet. Weiterhin wurden für die Gesamtkosten die 10% winsorisierten Gruppenmittelwerte berichtet. Diese Angabe hat sich aufgrund der Verteilungsschiefe von Kostendaten bewährt, da bei Kostendaten im Gesundheitswesen in der Regel nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann. Mithilfe dieser Strategie kann der Einfluss von Ausreißern und Extremwerten minimiert werden. Das ICER wurde für jede IG im Vergleich zur KG berechnet. Die Analyse stetiger Variablen beruht auf dem Mann-Whitney-U-Test. Die Datenaufbereitung und -analyse wurde mit SAS 9.4 für Windows (SAS Institute Inc., 2023) durchgeführt. Die Schätzung der SUREG-Modelle sowie die daraus hervorgehenden Konfidenzellipsen und Kosteneffektivitätsakzeptanzkurven wurden mit STATA (Version 16.1; StataCorp, 2020) umgesetzt.

### 5.3.5 Sensitivitätsanalysen

Da es sich bei dem ICER um einen Punktschätzer handelt, wurde die stochastische Unsicherheit mithilfe von nicht-parametrischem Bootstrapping abgebildet (Briggs, 2000). Bei dieser Methode werden wiederholt Teilstichproben im Umfang der Stichprobengröße mit Zurücklegen aus der jeweiligen Studienpopulation gezogen (Campbell & Torgerson, 1999). Im Rahmen von Kosten-Effektivitätsanalysen gilt nicht-parametrisches Bootstrapping als Standardmethode, um die Unsicherheit der Kosten und Lebensqualität zuverlässig abbilden zu können (Briggs et al., 1999; Polsky et al., 1997). Die Ergebnisse werden in Form von Kosten-Effektivitätsflächen dargestellt. Diese Flächen liegen in einem Koordinatenkreuz mit vier Quadranten, wobei die x-Achse die Effektdifferenz und die y-Achse die Kostendifferenz zwischen IG und KG beschreibt. Im 1. Quadranten (oben rechts) werden Punktschätzer des ICER abgebildet, die eine positive Effektdifferenz und eine positive Kostendifferenz aufweisen. Im 2. Quadranten (oben links) befinden sich Schätzer, die eine negative Effektdifferenz zu höheren Kosten im Vergleich zur KG aufweisen. Schätzer, die sich in diesem Quadranten befinden, werden als *dominiert* beschrieben. Der 3. Quadrant (unten rechts) weist Schätzer auf, die im Vergleich zur KG eine negative Effektdifferenz zu geringeren Kosten haben. Schätzer, die sich im 4. Quadranten (unten rechts) befinden, haben eine positive Effektdifferenz zu geringeren Kosten als die KG. Hier spricht man von der *Dominanz* der IG über die KG. Von diesen Kosten-Effektivitätsflächen ausgehend lassen sich abschließend die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven (Cost-effectiveness acceptability curves, CEAC) berechnen. Diese bilden die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität für eine variable maximale Zahlungsbereitschaft (Willingness to pay, WTP) ab (Al, 2013; Fenwick et al., 2004). Die WTP-Werte werden für Kosten von 0 bis 125.000€ pro QALY angegeben.

Zur Baselinemessung T1 bestanden in einigen Studien relevante Unterschiede in der Lebensqualität und den Gesamtkosten zwischen der IG und KG. Daher wurde in den betroffenen Studien mit einer multivariaten Regressionsanalyse für den EQ-5D-3L-(Y)-Score und die VBZ-Gesamtkosten zur Baseline-Messung kontrolliert. Bei dem verwendeten Modell handelt es sich um ein SUREG-Modell. Das SUREG-Modell besteht aus zwei separaten Regressionsmodellen. Das erste Regressionsmodell schätzt die Gesamtkosten in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit und der Kosten im VBZ. Das zweite Modell schätzt die QALYs in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit und des EQ-5D-3L-(Y)-Scores zur Baseline. Das SUREG-Modell berücksichtigt die Korrelation zwischen den Fehlertermen der beiden Regressionsmodelle, in denen Kosten und Effekte geschätzt werden (Mutubuki et al., 2021). Als Ergebnis liefert das Modell die Schätzung der Koeffizienten, die sich auf die Effekte der Gruppenzugehörigkeit beschränken. Aus diesen Koeffizienten berechnet sich dann das ICER


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

als Verhältnis aus Kosten und Effektdifferenz. Mithilfe des SUREG-Modells ist es möglich, die Unsicherheit des ICER, welches nur einen Punktschätzer darstellt, in der Kosten-Effektivitätsfläche mit einer Konfidenzellipse abzubilden. Darauf aufbauend werden auch aus diesen Ergebnissen CEAC konstruiert.

## 5.4 Methodik der qualitativen Evaluation

### 5.4.1 Ziele und Arbeitsgruppe

Ziel der qualitativen Evaluation war es gemäß der ursprünglichen Planung, KJ und Eltern nach dem erlebten Nutzen von CHIMPS-NET zu befragen, im Hinblick auf Parameter subjektiver Lebensqualität und der Zufriedenheit mit den Versorgungsangeboten, im Hinblick auf die Krankheitsbewältigung und den Umgang der Familienmitglieder untereinander und im Hinblick darauf, welche organisatorischen Erleichterungen bzw. Herausforderungen sich im Alltag durch die Teilnahme an CHIMPS-NET ergaben. Daran anschließend wurden zu Projektbeginn vier Erkenntnisziele definiert, die es mit der untenstehend geschilderten Methodik zu erreichen galt:

1. Welche subjektiv besonders relevanten Veränderungen im alltäglichen Leben gehen für KJ und Eltern aus der Teilnahme an CHIMPS-NET hervor?
2. Wie verändert CHIMPS-NET Familiendynamiken?
3. Wie beeinflusst CHIMPS-NET das Verständnis von und den Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung bzw. mit dem eigenen Risikostatus?
4. Wie erleben Nutzer*innen die Teilnahme an CHIMPS-NET (Prozesserfahrung) und welche Bedeutung hat dies aus subjektiver Sicht für das Ergebnis?

### 5.4.2 Entwicklung der Leitfäden

Die Konstruktion der Leitfäden orientierte sich an den oben genannten Zielen und folgte den Regeln von Helfferich (2022). Die Leitfäden sollten dabei so offen und flexibel wie möglich und so strukturiert wie aufgrund des Forschungsinteresses notwendig gestaltet werden. Nach einer initialen Phase des offenen Sammelns von möglichen Fragen wurde in einem nächsten Schritt eine drastische Reduktion vorgenommen, wobei Fragen kritisch auf ihre Eignung überprüft wurden. Die nach Prüfung ausgewählten Fragen wurden schließlich thematisch gebündelt und durch passende Unterfragen ergänzt.
In der Leitfadenentwicklung wurde von vier unterschiedlichen Interviewsituationen ausgegangen:
(1) Gruppeninterviews mit der gesamten Familie
(2) Einzelinterviews mit dem Elternteil mit psychiatrischer Diagnose (= Indexperson)
(3) Einzelinterviews mit dem Elternteil ohne psychiatrische Diagnose
4) Einzelinterviews mit KJ aus den teilnehmenden Familien

Diesen Unterschieden wurde dadurch Rechnung getragen, dass zunächst ein Basisleitfaden erstellt wurde, der mit leichten Abwandlungen (z. B. altersgerechter Sprache, *Du*-Form vs. *Sie*-Form) in allen vier Interviewsituationen zur Anwendung kam.
Jeder dieser Fragebögen wurde je nach Zielgruppe schließlich noch durch einzelne spezifische Aspekte ergänzt. Zudem mussten einige Anpassungen in Abhängigkeit von der durchlaufenen Intervention vorgenommen werden (z. B. Fragen nach anderen teilnehmenden Familien nur bei Teilnahme an MFT sinnvoll).
Der Basisleitfaden bestand schließlich aus acht verschiedenen Blöcken, wobei allgemeine Informationen (z. B. Alter, Bildungsstand, Beruf, Behandlungserfahrungen) im Zuge der soziodemographischen Datenerhebung noch vor dem eigentlichen Interview erhoben wurden und somit keinen eigenen Block einnahmen. Den acht Blöcken wurde jeweils eine möglichst offen erzählgenerierende Leitfrage zugeordnet (s. u.), die über ca. vier bis acht Unterfragen optional ergänzt werden konnte (**Tabelle 4**).


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Leitfrage/Erzählimpuls | Aspekte |
|---|---|---|
| **I** | Wie hat es sich ergeben, dass Sie an CHIMPS-NET teilgenommen haben? | Teilnahmemotivation, Rekrutierung, Erwartungen |
| **II** | Was war aus Ihrer Sicht die wichtigste Veränderung, die sich durch CHIMPS-NET ergeben hat? | Veränderungen im alltäglichen Leben, Most Significant Change, Effekte der Intervention, Lernen |
| **III** | Gab es vor CHIMPS-NET in Ihrer Familie besondere Probleme oder Herausforderungen? | Situation vor Intervention, eigene Problemdefinition |
| **IV** | Wie hat sich Ihr Familienleben durch die Teilnahme an CHIMPS-NET verändert? | Familiendynamik: Aktivität, Stimmung, Interaktion, Kommunikation, Kontakte |
| **V** | Ist das Thema psychische Probleme und Belastungen oder gar psychische Krankheit nach CHIMPS-NET insgesamt präsenter geworden in Ihrer Familie? | Kommunikation über Probleme, Präsenz psychischer Krankheit, familiäre Erklärungsmodelle |
| **VIa** | Sie waren in der Gruppe von Familien, bei denen mindestens ein Kind in Tests psychisch auffällig war. Wie gehen Sie damit um? | Bedeutungszusammenhänge: Verständnis und Umgang mit psychischer Krankheit in Familie |
| **VIb** | Sie waren bei CHIMPS-NET in der Gruppe für Familien, deren Kinder ein erhöhtes Risiko haben, selbst irgendwann psychische Probleme zu bekommen oder gar psychisch krank zu werden. Wie gehen Sie damit um? | Bedeutungszusammenhänge: Verständnis und Umgang mit Risiko einer psychischen Erkrankung |
| **VII** | Würden Sie noch einmal an so etwas wie CHIMPS-NET teilnehmen? Warum oder warum nicht? | Prozesserfahrung, Erleben, allgemeine Behandlungszufriedenheit |
| **VIII** | Wie geht es jetzt nach CHIMPS-NET für Sie weiter? | Weiterbehandlung, Perspektiven, Grundstimmung in Familie |

**Tabelle 4:** *Leitfragen, Erzählimpulse und Aspekte des Leitfadens*

### 5.4.3 Rekrutierung und Datenerhebung

Bedingt durch die Covid-19-Pandemie und die insgesamt verlangsamte Rekrutierung von an der Intervention teilnehmenden Familien musste die Rekrutierungsstrategie für die qualitative Evaluation überarbeitet werden. Anstatt wie ursprünglich geplant sieben Zentren aufzusuchen und dort geblockt auf nur wenige Tage (Offline-)Interviews durchzuführen, stellten wir auf Online-Interviews per Webex (Cisco) um. Dies ermöglichte nicht nur den Beginn der Datenerhebung noch während der Pandemie, sondern auch den flexiblen Einbezug von Familien aus allen teilnehmenden Zentren.

Die Datenerhebung erfolgte über einen Zeitraum von 24 Monaten von August 2021 bis August 2023. Die Zentren wurden darum gebeten, Familien nach Interventions-Abschluss auf eine grundlegende Bereitschaft zur Interviewteilnahme zu überprüfen und ggf. Kontaktdaten an das Team der qualitativen Evaluation weiterzuleiten. Es wurde angestrebt, alle Interviews in einem Zeitfenster von drei bis sechs Monaten nach vollständigem Interventionsabschluss


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

durchzuführen, damit Interventionseffekte oder das Fehlen von Effekten deutlich genug zutage treten und zugleich die Teilnahme ausreichend gut erinnert würden.
Bis zum Erreichen der inhaltlichen Sättigung (= es finden sich keine grundlegend neuen Aspekte mehr) wurden in der Summe 42 Interviews mit Teilnehmenden aus neun verschiedenen Zentren durchgeführt. Interviews hatten in der Regel eine Dauer von ca. 60 Minuten, wobei Familieninterviews häufig länger und Einzelinterviews mit KJ deutlich kürzer ausfielen. Das Sampling erfolgte initial flexibel und absichtsgeleitet (*purposeful sampling*), wobei versucht wurde, den unterschiedlichen Interviewformaten (Einzel- vs. Familien), den unterschiedlichen Teilnehmenden (Elternteil mit/ohne Diagnose, KJ) sowie den drei Interventionsarmen gerecht zu werden. Im Verlauf wurden unter Einbezug der Zwischenergebnisse des kontinuierlichen Auswertungsprozesses Schwerpunkte in der Rekrutierung gesetzt (*theoretisches Sampling*). Insgesamt wurden 15 der 42 Interviews als Familieninterviews mit zwei bis vier Personen aus der teilnehmenden Familie durchgeführt, 27 der 42 der Interviews erfolgten individuell. An 18 der 42 Interviews nahmen KJ teil, wobei ein Mindestalter von 8 Jahren Teilnahmevoraussetzung war. Vierzehn Interviews wurden mit Teilnehmenden an CHIMPS-T, elf mit Teilnehmenden CHIMPS-MFT und 17 Interviews an Teilnehmenden CHIMPS-P durchgeführt.

### 5.4.4 Interviewmaterial und Analyse

Die Tonaufzeichnungen der Interviews wurden transkribiert und die Transkripte so zeitnah wie möglich einer ersten Lektüre durch den Interviewenden unterzogen, um bereits in diesem ersten Auswertungsschritt Passagen oder Aussagen mit besonderer Relevanz zu identifizieren. In der Tendenz zeigte sich, dass sich Familieninterviews gut dafür eigneten, verschiedene Perspektiven miteinander in Kommunikation zu bringen. Erfahrungen und Veränderungen einzelner Personen wurden nicht nur aus subjektiver Sicht berichtet, sondern oft durch eine Außenwahrnehmungsdimension ergänzt und bestätigt. In Einzelinterviews zeigten sich Wahrnehmungsunterschiede zwischen den Familienmitgliedern deutlicher, da es weniger zu sozial erwünschtem Antwortverhalten kam. Wie zu erwarten war, zeigten sich gerade ältere KJ tendenziell offener im Einzelgespräch als in Anwesenheit der Eltern.
Das Interviewmaterial wurde inhaltlich durch zwei verschiedene qualitative Methoden erschlossen, namentlich einer Analyse nach Grounded Theory Methodology (GTM) und durch den Most-Significant-Change(MSC)-Ansatz. Dies entsprach dem Vorgehen einer *Within-Method-Triangulation*, um durch die Einnahme unterschiedlicher Perspektiven auf ein und denselben Forschungsgegenstand zu einem tieferen und vielschichtigeren Verständnis zu gelangen.

#### *5.4.4.1 GTM*

Die GTM dient dazu, aus Daten regelgeleitet, kontrolliert und nachprüfbar eine Theorie zu entwickeln bzw. zu *entdecken*. Die entwickelte Theorie soll fest in empirischen Daten verankert (*grounded*) sein. Durch den konstruktiven Aspekt des Entwickelns bzw. Entdeckens grenzt sich diese Methode ab von Testverfahren für bereits existierende Theorien. Die Generierung von Theorie aus Empirie benötigt dabei wiederkehrende Zyklen, in denen Erhebung, Auswertung und Theoriebildung eng miteinander verschränkt sind. Der Einbezug neuer Fälle erfolgt zumindest teilweise über ein theoretisches Sampling, d. h. eine Fallauswahl, die gezielt vom laufenden Auswertungs- und Theoriebildungsprozess ausgehend neue Fälle einbezieht, die als besonders gehaltvoll im Hinblick auf sich im Prozess im Fokus befindende Aspekte angenommen werden.
Der Kern des Auswertungs- und Theoriebildungsprozesses ist das Kodieren des Interviewmaterials, welches bei GTM typischerweise *offen* erfolgt. Grob vereinfacht werden dabei vom empirischen Material ausgehend zunächst relevante Aussagen identifiziert und diesen dann Schlüsselwörter (Codes) zugeordnet. Über diese Schlüsselwörter werden in einem Prozess zunehmender Abstraktion übergeordnete Kategorien generiert, die schließlich


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Aussagen eines bestimmten Typs enthalten. Diese werden auf Zusammenhänge untereinander untersucht, was einen ersten Schritt in Richtung Theoriebildung darstellt. Am Ende der Theoriebildung stehen in der Evaluation komplexer Interventionen häufig Theorien mittlerer Reichweite wie z.B. differenzierte Modelle zu den Effekten einer Intervention, wie diese miteinander zusammenhängen, wovon sie bewirkt werden und von welchen Parametern sie abhängen.

#### *5.4.4.2 MSC*

Das MSC-Verfahren (MSC = *wichtigste/bedeutsamste Veränderung*) wird zum Monitoring und zur Evaluation komplexer Interventionen verwendet. Seinen Ursprung hat es nicht im medizinischen Bereich, sondern in der Entwicklungshilfe, wo es darauf ankam, Stakeholder von Veränderungsprozessen möglichst niedrigschwellig auf ihre persönlichen Erfahrungen hin zu befragen. Den Kern des MSC-Verfahrens bildet das Verschriftlichen einer *Change-Story*, die in der Erzählperspektive einer teilnehmenden Person die persönlich erlebten und subjektiv als am bedeutsamsten bewerteten Veränderungen abbildet. Wenn das Material in Interviews gewonnen wird, kann die Verschriftlichung dabei auch von den Forschenden selbst übernommen werden. Je nach genauer Ausgestaltung des Verfahrens, werden die entstehenden Change-Stories noch einmal nach Wichtigkeit oder Typ kategorisiert und ggf. auch in einer über die Forschenden hinausgehenden Fokusgruppe diskutiert.
Die Datenerhebung für das MSC-Verfahren wurde aus pragmatischen Gründen eingebettet in die Durchführung der regulären Interviews zur Evaluation. Teilnehmende wurden in einem separaten Frageblock darum gebeten, die aus ihrer Sicht wichtigste(n) Veränderung(en) durch die Teilnahme an CHIMPS-NET zu benennen, zu beschreiben und diese Auswahl zu begründen. Die dabei von Familien und einzelnen Teilnehmenden im Dialog mit den Interviewenden hervorgebrachten Change-Stories wurden nach Abschluss des Interviews von den Forschenden verschriftlicht. Wo für das Gesamtverständnis hilfreich, wurden dabei Informationen aus den restlichen Teilen des Interviews eingeflochten, etwa zum Kontext der genannten Veränderungen oder zur Lebenssituation der Teilnehmenden. Insgesamt wurden auf diese Weise 42 Change-Stories von etwa 400-800 Wörtern Länge generiert, die bei der Lektüre auch ohne Kenntnis des Gesamtinterviews unmittelbar verständlich sind.

# 6. Ergebnisse

## 6.1 Ergebnisse der Effektevaluation der NVF

Bis zum Ende des Rekrutierungszeitraums (31.03.2023) wurden *N* = 406 Familien in die Studie aufgenommen. Die Pandemie hat die Rekrutierung erschwert, es konnte jedoch trotzdem eine Steigerung bzw. Stabilisierung der Fallzahlen über die Quartale erreicht werden. Sechs Familien zogen ihre Einverständniserklärung rückwirkend zurück, so dass *N* = 400 Familien in die finale Analyse eingeschlossen wurden.

Die Gesamtzahl von *N* = 406 Familien verteilte sich folgendermaßen über 21 Zentren: Hamburg: 47 (2 Familien nicht eingeschlossen); Bielefeld: 13 (1 Familie nicht eingeschlossen; Köln: 27; Berlin: 44; Leipzig: 12 (1 Familie nicht eingeschlossen); Homburg: 16; Freiburg: 29; Augsburg-Kempten: 10; Rostock: 11; Rüdersdorf: 32; Gütersloh: 8; Tübingen: 29 (1 Familie nicht eingeschlossen); München: 37; Magdeburg: 15; Schwerin: 1 (1 Familie nicht eingeschlossen); Marburg: 11; Koblenz-Landau: 13; Erfurt: 4; Ulm-Günzburg: 9; Frankfurt: 9; Karlsruhe: 29.

**Tabelle 5** zeigt die IG und KG (TAU) der Face-to-face-NVF, aufgeschlüsselt nach beteiligten Krankenkassen (KK).


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | AOK BW | AOK Hessen | BARMER | DAK | IKK classic | IKK Südwest | KKH | MKK | TK | Andere | **TOTAL** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CHIMPS-T | 7 | - | 11 | 7 | 3 | 2 | 2 | - | 21 | 15 | **68** |
| CHIMPS-MFT | 5 | 1 | 24 | 6 | 4 | 2 | 1 | 2 | 33 | 25 | **103** |
| CHIMPS-P | 1 | - | 3 | 4 | - | - | 1 | - | 20 | 4 | **33** |
| TAU | 16 | 1 | 21 | 20 | 9 | 3 | 4 | 3 | 50 | 75 | **202** |
| **TOTAL** | **29** | **2** | **59** | **37** | **16** | **7** | **8** | **5** | **124** | **119** | **406** |

**Tabelle 5:** *Randomisierungen der Face-to-face-NVF, aufgeschlüsselt nach KK*

### 6.1.1 CHIMPS-T

**Abbildung 3** zeigt das Flow-Chart für den primären Endpunkt mit Angaben darüber, wie viele Familien und Familienmitglieder in die CHIMPS-T-IG und die entsprechende KG randomisiert wurden. Da der primäre Endpunkt aus Perspektive der Eltern über die KJ erhoben wurde und potenziell beide Elternteile über alle KJ etwas aussagen konnten, wurde zu jedem der Zeitpunkte geprüft, ob beide Elternteile oder ein Elternteil die Studie verlassen hatte. Wenn beide Elternteile einer Familie aus der Studie ausgeschieden waren, reduzierte sich auch die Anzahl der KJ, die in die primäre Analyse einbezogen werden konnte („über Kinder“), da keine Aussage mehr über die KJ gemacht wurde. In diesem Fall war die ganze Familie ein Drop-Out. Wenn nur ein Elternteil die Studie zu einem Zeitpunkt im Verlauf verlassen hatte, konnte vom anderen Elternteil eine Aussage über die KJ in der Familie gemacht werden.
Somit reduzierte sich die Anzahl der KJ in der Analyse des primären Endpunkts nicht und ebenso wenig die Anzahl der Familien. Insgesamt war die Drop-Out-Rate mit über 50% sehr hoch. Da die letzte Erhebung aufgrund des Studienendes für einige Familien nicht durchgeführt werden konnte, macht dies einen großen Anteil an fehlenden Werten zu T4 aus („Fehlend wegen Studienende“).


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

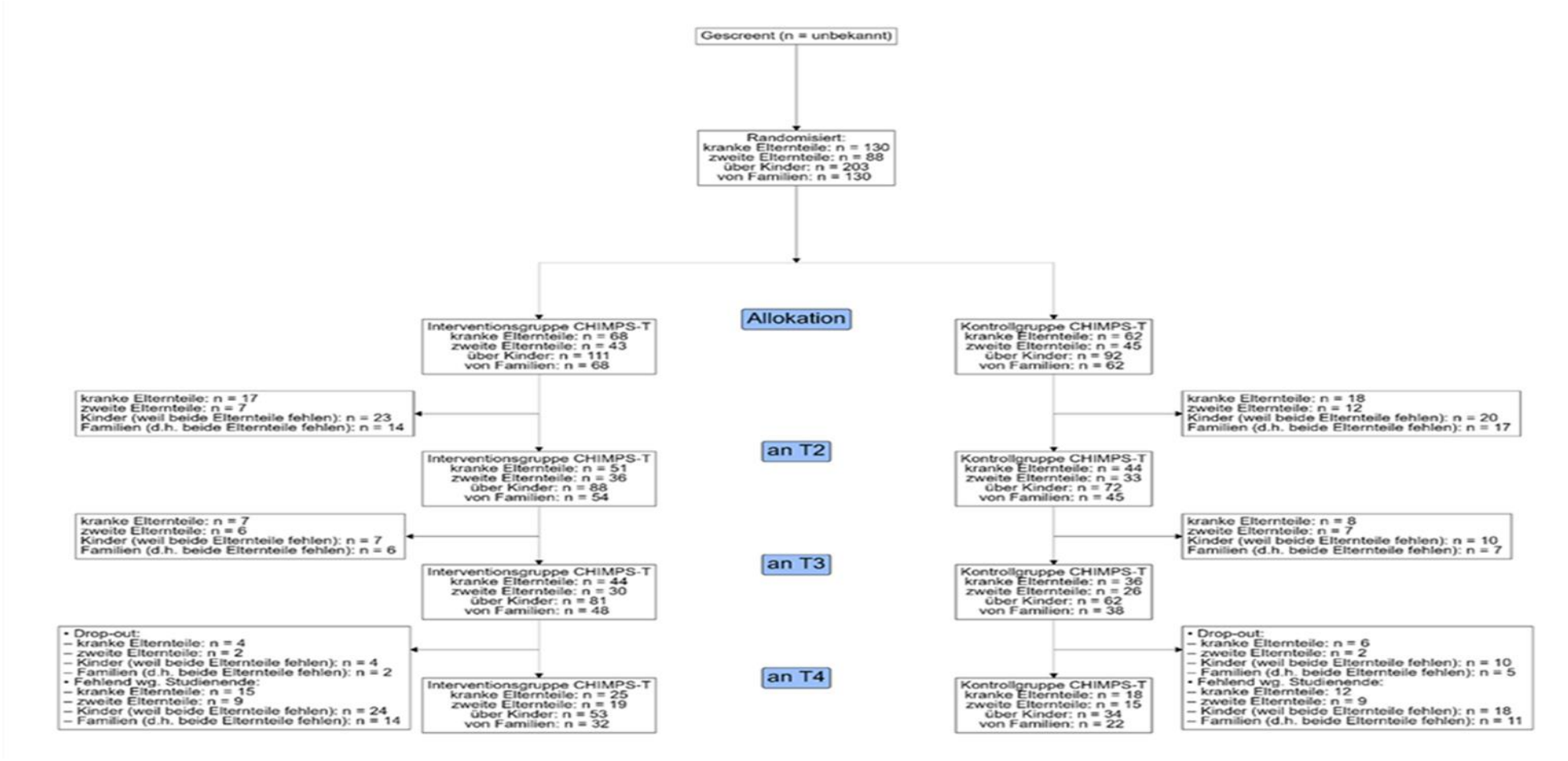



**Abbildung 3**: *Flow-Chart des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie*



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### 6.1.1.1 *Baseline-Deskription kranke Elternteile über KJ*

In **Tabelle 6** sind die deskriptiven Kenngrößen für die Baselinedaten, welche die kranken Elternteile über die KJ angegeben haben, dargestellt. Die Baseline-Charakteristiken sind in den Gruppen ähnlich verteilt.

| | **KG CHIMPS-T (*N* = 92)** | **IG CHIMPS-T (*N* = 111)** | **Total CHIMPS-T (*N* = 203)** |
|---|---|---|---|
| **Alter KJ (Jahre)** | | | |
| *N* (%) | 87 (94.57%) | 107 (96.40%) | 194 (95.57%) |
| *MW ± SD* | 10.76 ± 4.39 | 10.55 ± 4.47 | 10.64 ± 4.43 |
| Median (Q1, Q3) | 10.78 (7.02, 14.40) | 10.62 (6.68, 14.31) | 10.72 (6.79, 14.39) |
| Min. - Max. | 2.79 - 18.11 | 3.28 - 19.06 | 2.79 - 19.06 |
| **Geschlecht KJ** | | | |
| Weiblich | 48/87 (55.2%) | 51/107 (47.7%) | 99/194 (51.0%) |
| Männlich | 39/87 (44.8%) | 56/107 (52.3%) | 95/194 (49.0%) |
| **War dieses Kind schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 57/86 (66.3%) | 65/101 (64.4%) | 122/187 (65.2%) |
| Ja | 29/86 (33.7%) | 36/101 (35.6%) | 65/187 (34.8%) |
| **Ist dieses Kind derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 70/85 (82.4%) | 86/102 (84.3%) | 156/187 (83.4%) |
| Ja | 15/85 (17.6%) | 16/102 (15.7%) | 31/187 (16.6%) |
| **Wenn ja, wie oft ist dieses Kind aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| *N* (%) | 14 (15.22%) | 16 (14.41%) | 30 (14.78%) |
| *MW ± SD* | 3.07 ± 0.92 | 2.62 ± 1.15 | 2.83 ± 1.05 |
| Median (Q1, Q3) | 3.00 (2.00, 4.00) | 2.00 (2.00, 4.00) | 2.50 (2.00, 4.00) |
| Min. - Max. | 2.00 - 4.00 | 1.00 - 4.00 | 1.00 - 4.00 |

**Tabelle 6:** *Baseline-Deskription kranke Elternteile über KJ - CHIMPS-T-Studie*



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

### 6.1.1.2 *Baseline-Deskription zweite Elternteile über KJ*

In **Tabelle 7** sind die deskriptiven Kenngrößen für die Baselinedaten, welche die zweiten Elternteile über die KJ angegeben haben, dargestellt. Die Baseline-Charakteristiken sind in den Gruppen ähnlich verteilt. Die Angaben stimmen größtenteils mit den Angaben des kranken Elternteils überein.

| | KG CHIMPS-T (*N* =73) | IG CHIMPS-T (*N* = 78) | Total CHIMPS-T (*N* = 151) |
|---|---|---|---|
| **Alter KJ (Jahre)** | | | |
| *N* (%) | 70 (95.89%) | 70 (89.74%) | 140 (92.72%) |
| *MW ± SD* | 10.22 ± 4.34 | 10.86 ± 4.46 | 10.54 ± 4.40 |
| Median (Q1, Q3) | 9.88 (6.47, 13.68) | 10.82 (7.38, 14.25) | 10.51 (6.63, 14.11) |
| Min. - Max. | 2.79 - 18.14 | 3.30 - 19.06 | 2.79 - 19.06 |
| **Geschlecht KJ** | | | |
| Weiblich | 35/70 (50.0%) | 36/70 (51.4%) | 71/140 (50.7%) |
| Männlich | 35/70 (50.0%) | 34/70 (48.6%) | 69/140 (49.3%) |
| **War dieses Kind schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 53/64 (82.8%) | 50/68 (73.5%) | 103/132 (78.0%) |
| Ja | 11/64 (17.2%) | 18/68 (26.5%) | 29/132 (22.0%) |
| **Ist dieses Kind derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 58/65 (89.2%) | 57/68 (83.8%) | 115/133 (86.5%) |
| Ja | 7/65 (10.8%) | 11/68 (16.2%) | 18/133 (13.5%) |
| **Wenn ja, wie oft ist dieses Kind aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| *N* (%) | 7 (9.59%) | 11 (14.10%) | 18 (11.92%) |
| *MW ± SD* | 2.86 ± 1.21 | 2.91 ± 1.04 | 2.89 ± 1.08 |
| Median (Q1, Q3) | 3.00 (2.00, 4.00) | 2.00 (2.00, 4.00) | 2.50 (2.00, 4.00) |
| Min. - Max. | 1.00 - 4.00 | 2.00 - 4.00 | 1.00 - 4.00 |

**Tabelle 7:** *Baseline-Deskription zweite Elternteile über KJ - CHIMPS-T-Studie*

### 6.1.1.3 *Baseline-Deskription KJ über sich*

In **Tabelle 8** sind die deskriptiven Kenngrößen für die Baselinedaten, welche die KJ über sich angegeben haben, dargestellt. Dabei sollten nur KJ ab 8 Jahren die Fragebögen ausfüllen. Falls dennoch ein jüngeres Kind Angaben gemacht hatte, wurden diese berücksichtigt.
Falls ein Kind keine Angabe über sich gemacht hatte (und somit das Alter des Kindes fehlte), konnte nur die im eCRF (electronic Case Report Form) abgefragte Information *Kind über 10 Jahre* herangezogen werden, um die Gesamtanzahl der Kinder zu ermitteln, die alt genug


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

waren, über sich selbst Fragebögen auszufüllen. Die Baseline-Charakteristiken sind in den Gruppen ähnlich verteilt.

| | **KG CHIMPS-T (*N* = 61)** | **IG CHIMPS-T (*N* = 76)** | **Total CHIMPS-T (*N* = 137)** |
|---|---|---|---|
| **Alter** | | | |
| *N* (%) | 57 (93.44%) | 71 (93.42%) | 128 (93.43%) |
| *M* (*SD*) | 12.56 (2.73) | 12.68 (3.07) | 12.63 (2.92) |
| Median (Q1, Q3) | 13.00 (10.00, 15.00) | 13.00 (10.00, 15.00) | 13.00 (10.00, 15.00) |
| Min. - Max. | 8.00 - 17.00 | 7.00 - 18.00 | 7.00 - 18.00 |
| **Geschlecht** | | | |
| Weiblich | 32/57 (56.14%) | 36/71 (50.70%) | 68/128 (53.13%) |
| Männlich | 25/57 (43.86%) | 35/71 (49.30%) | 60/128 (46.88%) |
| Divers | 0/57 (0.00%) | 0/71 (0.00%) | 0/128 (0.00%) |
| **Beschäftigung i.d. letzten 12 Monaten** | | | |
| Schüler*in | 55/56 (98.21%) | 66/70 (94.29%) | 121/126 (96.03%) |
| Auszubildende*r/ Student*in | 0/56 (0.00%) | 1/70 (1.43%) | 1/126 (0.79%) |
| Krank | 1/56 (1.79%) | 2/70 (2.86%) | 3/126 (2.38%) |
| Angestellte*r | 0/56 (0.00%) | 0/70 (0.00%) | 0/126 (0.00%) |
| Arbeitssuchend/-los | 0/56 (0.00%) | 1/70 (1.43%) | 1/126 (0.79%) |
| **Psychische Probleme** | | | |
| Nein | 37/55 (67.27%) | 43/70 (61.43%) | 80/125 (64.00%) |
| Ja | 18/55 (32.73%) | 27/70 (38.57%) | 45/125 (36.00%) |
| **Ambulante Psychotherapie** | | | |
| Nein | 48/56 (85.71%) | 56/69 (81.16%) | 104/125 (83.20%) |
| Ja | 8/56 (14.29%) | 13/69 (18.84%) | 21/125 (16.80%) |
| **Ambulante Psychotherapie, Häufigkeit** | | | |
| Mehrmals pro Woche | 1/8 (12.50%) | 2/13 (15.38%) | 3/21 (14.29%) |
| 1 Mal pro Woche | 3/8 (37.50%) | 7/13 (53.85%) | 10/21 (47.62%) |
| 14-täglich | 2/8 (25.00%) | 0/13 (0.00%) | 2/21 (9.52%) |
| 1 Mal im Monat oder seltener | 2/8 (25.00%) | 4/13 (30.77%) | 6/21 (28.57%) |

**Tabelle 8:** *Baseline-Deskription KJ über sich - CHIMPS-T-Studie*

### *6.1.1.4 Baseline-Deskription kranke Elternteile über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befindet sich die Deskription der Baseline-Charakteristika der kranken Elternteile. Die Baseline-Charakteristika sind in den Gruppen ähnlich verteilt. Im Mittel sind die kranken Elternteile 42 Jahre alt und mit 78% meist weiblich. Der größte Anteil



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ist verheiratet (58%) und hat Abitur/Fachhochschulreife (57%). Die Gesamtanzahl der Kinder liegt zwischen 1 und 7.

#### *6.1.1.5 Baseline-Deskription zweite Elternteile über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befindet sich die Deskription der Baseline-Charakteristika der zweiten Elternteile. Die Baseline-Charakteristika sind in den Gruppen ähnlich verteilt. Im Mittel sind die zweiten Elternteile 45 Jahre alt und mit 69% meist männlich. Der größte Anteil ist verheiratet (77%) und hat Abitur/Fachhochschulreife (57%). Die Gesamtanzahl der Kinder liegt zwischen 1 und 6. Da nicht in allen Familien ein zweiter Elternteil an der Studie teilgenommen hat, können sich die gemittelten Angaben (wie Anzahl der Kinder oder Familienstand) zu den kranken Elternteilen unterscheiden.

### 6.1.2 CHIMPS-MFT

**Abbildung 4Abbildung 4** zeigt das Flow-Chart für den primären Endpunkt mit Angaben darüber, wie viele Familien und Familienmitglieder in die CHIMPS-MFT-IG und die entsprechende KG randomisiert wurden. Da der primäre Endpunkt aus Perspektive der Eltern über die KJ erhoben wurde und potenziell beide Elternteile über alle KJ etwas aussagen konnten, wurde zu jedem der Zeitpunkte geprüft, ob beide Elternteile oder ein Elternteil die Studie verlassen hatte. Wenn beide Elternteile einer Familie aus der Studie ausgeschieden waren, reduzierte sich auch die Anzahl der KJ, die in die primäre Analyse einbezogen werden konnte („über Kinder“), da keine Aussage mehr über die KJ gemacht wurde. In diesem Fall war die ganze Familie ein Drop-Out. Wenn nur ein Elternteil die Studie zu einem Zeitpunkt im Verlauf verlassen hatte, konnte vom anderen Elternteil eine Aussage über die KJ in der Familie gemacht werden. Somit reduzierte sich die Anzahl der KJ in der Analyse des primären Endpunkts nicht und ebenso wenig die Anzahl der Familien. Insgesamt war die Drop-Out-Rate mit über 50% sehr hoch. Da die letzte Erhebung aufgrund des Studienendes für einige Familien nicht durchgeführt werden konnte, macht dies einen großen Anteil an fehlenden Werten zu T4 aus („Fehlend wegen Studienende“).


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

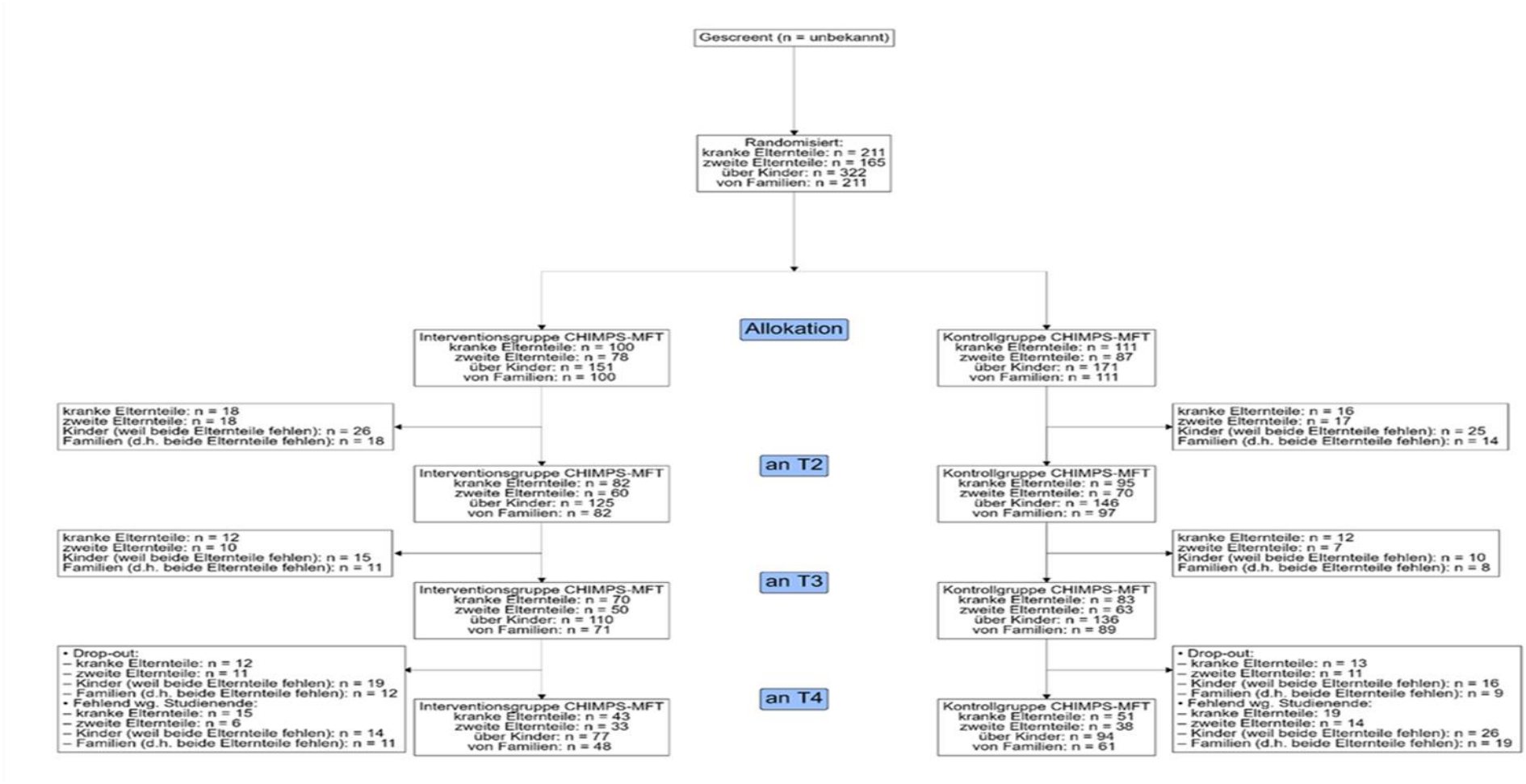



**Abbildung 4:** *Flow-Chart des primären Endpunkts - CHIMPS-MFT-Studie*



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

### *6.1.2.1 Baseline-Deskription kranke Elternteile über KJ*

In **Tabelle 9** sind die deskriptiven Kenngrößen für die Baselinedaten, welche die kranken Elternteile über die KJ angegeben haben, dargestellt. Die Baseline-Charakteristiken sind in den Gruppen ähnlich verteilt.

| | **KG CHIMPS-MFT (*N* = 171)** | **IG CHIMPS-MFT (*N* = 151)** | **Total CHIMPS-MFT (*N* = 322)** |
|---|---|---|---|
| **Alter KJ (Jahre)** | | | |
| *N* (%) | 166 (97.08%) | 143 (94.70%) | 309 (95.96%) |
| *MW ± SD* | 9.21 ± 3.91 | 9.57 ± 4.37 | 9.38 ± 4.12 |
| Median (Q1, Q3) | 9.17 (6.03, 12.16) | 9.39 (5.98, 12.41) | 9.22 (6.02, 12.31) |
| Min. - Max. | 2.78 - 19.59 | 2.12 - 19.05 | 2.12 - 19.59 |
| **Geschlecht KJ:** | | | |
| Weiblich | 72/166 (43.4%) | 71/143 (49.7%) | 143/309 (46.3%) |
| Männlich | 94/166 (56.6%) | 72/143 (50.3%) | 166/309 (53.7%) |
| **War dieses Kind schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 136/159 (85.5%) | 109/137 (79.6%) | 245/296 (82.8%) |
| Ja | 23/159 (14.5%) | 28/137 (20.4%) | 51/296 (17.2%) |
| **Ist dieses Kind derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 146/161 (90.7%) | 126/139 (90.6%) | 272/300 (90.7%) |
| Ja | 15/161 (9.3%) | 13/139 (9.4%) | 28/300 (9.3%) |
| **Wenn ja, wie oft ist dieses Kind aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| *N* (%) | 15 (8.77%) | 13 (8.61%) | 28 (8.70%) |
| *MW ± SD* | 2.80 ± 1.01 | 2.77 ± 0.83 | 2.79 ± 0.92 |
| Median (Q1, Q3) | 2.00 (2.00, 4.00) | 3.00 (2.00, 3.00) | 2.00 (2.00, 4.00) |
| Min. - Max. | 2.00 - 4.00 | 2.00 - 4.00 | 2.00 - 4.00 |

**Tabelle 9:** *Baseline-Deskription kranke Elternteile über KJ - CHIMPS-MFT-Studie*



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

### *6.1.2.2 Baseline-Deskription zweite Elternteile über KJ*

In **Tabelle 10** sind die deskriptiven Kenngrößen für die Baselinedaten, welche die zweiten Elternteile über die KJ angegeben haben, dargestellt. Die Baseline-Charakteristiken sind in den Gruppen ähnlich verteilt. Die Angaben stimmen größtenteils mit den Angaben des kranken Elternteils überein.

| | KG CHIMPS-MFT (*N* = 144) | IG CHIMPS-MFT (*N* = 123) | Total CHIMPS-MFT (*N* = 267) |
|---|---|---|---|
| **Alter KJ (Jahre)** | | | |
| *N* (%) | 128 (88.89%) | 105 (85.37%) | 233 (87.27%) |
| *MW ± SD* | 8.73 ± 3.82 | 9.44 ± 4.33 | 9.05 ± 4.06 |
| Median (Q1, Q3) | 8.61 (5.49, 11.00) | 9.39 (5.83, 12.44) | 8.95 (5.50, 11.82) |
| Min. - Max. | 2.78 - 19.59 | 2.12 - 19.05 | 2.12 - 19.59 |
| **Geschlecht KJ:** | | | |
| Weiblich | 55/128 (43.0%) | 52/105 (49.5%) | 107/233 (45.9%) |
| Männlich | 73/128 (57.0%) | 53/105 (50.5%) | 126/233 (54.1%) |
| **War dieses Kind schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 101/118 (85.6%) | 79/100 (79.0%) | 180/218 (82.6%) |
| Ja | 17/118 (14.4%) | 21/100 (21.0%) | 38/218 (17.4%) |
| **Ist dieses Kind derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 109/123 (88.6%) | 91/99 (91.9%) | 200/222 (90.1%) |
| Ja | 14/123 (11.4%) | 8/99 (8.1%) | 22/222 (9.9%) |
| **Wenn ja, wie oft ist dieses Kind aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| *N* (%) | 14 (9.72%) | 8 (6.50%) | 22 (8.24%) |
| *MW ± SD* | 3.00 ± 0.88 | 2.75 ± 1.04 | 2.91 ± 0.92 |
| Median (Q1, Q3) | 3.00 (2.00, 4.00) | 2.00 (2.00, 4.00) | 3.00 (2.00, 4.00) |
| Min. - Max. | 2.00 - 4.00 | 2.00 - 4.00 | 2.00 - 4.00 |

**Tabelle 10:** *Baseline-Deskription zweite Elternteile über KJ - CHIMPS-MFT-Studie*



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

### *6.1.2.3 Baseline-Deskription KJ über sich*

In **Tabelle 11** sind die deskriptiven Kenngrößen für die Baselinedaten, welche die KJ über sich angegeben haben, dargestellt. Dabei sollten nur KJ ab 8 Jahren die Fragebögen ausfüllen. Falls dennoch ein jüngeres Kind Angaben gemacht hatte, wurden diese berücksichtigt. Falls ein Kind keine Angabe über sich gemacht hatte (und somit das Alter des Kindes fehlte), konnte nur die im eCRF (electronic Case Report Form) abgefragte Information *Kind über 10 Jahre* herangezogen werden, um die Gesamtanzahl der Kinder zu ermitteln, die alt genug waren, über sich selbst Fragebögen auszufüllen. Die Baseline-Charakteristiken sind in den Gruppen ähnlich verteilt.

| | **KG CHIMPS-MFT (*N* = 103)** | **IG CHIMPS-MFT (*N* = 93)** | **Total CHIMPS-MFT (*N* = 196)** |
|---|---|---|---|
| **Alter** | | | |
| *N* (%) | 99 (96.12%) | 91 (97.85%) | 190 (96.94%) |
| *M* (*SD*) | 11.38 (2.68) | 12.00 (2.80) | 11.68 (2.75) |
| Median (Q1, Q3) | 11.00 (9.00, 13.00) | 11.00 (10.00, 14.00) | 11.00 (9.00, 14.00) |
| Min. - Max. | 7.00 - 19.00 | 7.00 - 19.00 | 7.00 - 19.00 |
| **Geschlecht** | | | |
| Weiblich | 40/99 (40.40%) | 48/91 (52.75%) | 88/190 (46.32%) |
| Männlich | 57/99 (57.58%) | 43/91 (47.25%) | 100/190 (52.63%) |
| Divers | 2/99 (2.02%) | 0/91 (0.00%) | 2/190 (1.05%) |
| **Beschäftigung i.d. letzten 12 Monaten** | | | |
| Schüler*in | 97/98 (98.98%) | 89/90 (98.89%) | 186/188 (98.94%) |
| Auszubildende*r/ Student*in | 1/98 (1.02%) | 1/90 (1.11%) | 2/188 (1.06%) |
| Krank | 0/98 (0.00%) | 0/90 (0.00%) | 0/188 (0.00%) |
| Angestellte*r | 0/98 (0.00%) | 0/90 (0.00%) | 0/188 (0.00%) |
| Arbeitssuchend/-los | 0/98 (0.00%) | 0/90 (0.00%) | 0/188 (0.00%) |
| **Psychische Probleme** | | | |
| Nein | 74/95 (77.89%) | 67/85 (78.82%) | 141/180 (78.33%) |
| Ja | 21/95 (22.11%) | 18/85 (21.18%) | 39/180 (21.67%) |
| **Ambulante Psychotherapie** | | | |
| Nein | 81/96 (84.38%) | 75/89 (84.27%) | 156/184 (84.78%) |
| Ja | 15/96 (15.63%) | 14/89 (15.73%) | 28/184 (15.22%) |
| **Ambulante Psychotherapie Häufigkeit** | | | |
| Mehrmals pro Woche | 2/15 (13.33%) | 1/14 (7.14%) | 3/29 (10.34%) |
| 1 Mal pro Woche | 8/15 (53.33%) | 8/14 (57.14%) | 16/29 (55.17%) |


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | KG CHIMPS-MFT (*N* = 103) | IG CHIMPS-MFT (*N* = 93) | Total CHIMPS-MFT (*N* = 196) |
|---|---|---|---|
| 14-täglich | 1/15 (6.67%) | 0/14 (0.00%) | 1/29 (3.45%) |
| 1 Mal im Monat oder seltener | 4/15 (26.67%) | 5/14 (35.71%) | 9/29 (31.03%) |

**Tabelle 11:** *Baseline-Deskription KJ über sich - CHIMPS-MFT-Studie*

#### *6.1.2.4 Baseline-Deskription kranke Elternteile über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befindet sich die Deskription der Baseline-Charakteristika der kranken Elternteile. Die Baseline-Charakteristika sind in den Gruppen ähnlich verteilt. Im Mittel sind die kranken Elternteile 42 Jahre alt und mit 65% meist weiblich. Der größte Anteil ist verheiratet (68%) und hat Abitur/Fachhochschulreife (66%). Die Gesamtanzahl der Kinder liegt zwischen 1 und 6.

#### *6.1.2.5 Baseline-Deskription zweite Elternteile über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befindet sich die Deskription der Baseline-Charakteristika der zweiten Elternteile. Die Baseline-Charakteristika sind in den Gruppen ähnlich verteilt. Im Mittel sind die zweiten Elternteile 42 Jahre alt und mit 57% meist männlich. Der größte Anteil ist verheiratet (80%) und hat Abitur/Fachhochschulreife (70%). Die Gesamtanzahl der Kinder liegt zwischen 0 und 5. Da nicht in allen Familien ein zweiter Elternteil an der Studie teilgenommen hat, können sich die gemittelten Angaben (wie Anzahl der Kinder oder Familienstand) im Vergleich zu den kranken Elternteilen unterscheiden. Da auch Stiefeltern teilnahmen, war auch die Angabe *0 eigene Kinder* plausibel.

### 6.1.3 CHIMPS-P

**Abbildung 5** zeigt das Flow-Chart für den primären Endpunkt mit Angaben darüber, wie viele Familien und Familienmitglieder in die CHIMPS-P-IG und die entsprechende KG randomisiert wurden. Im Vergleich zu den anderen beiden Studien konnten hier viel weniger Familien randomisiert werden. Da der primäre Endpunkt aus Perspektive der Eltern über die KJ erhoben wurde und potenziell beide Elternteile über alle KJ etwas aussagen konnten, wurde zu jedem der Zeitpunkte geprüft, ob beide Elternteile oder ein Elternteil die Studie verlassen hatte. Wenn beide Elternteile einer Familie aus der Studie ausgeschieden waren, reduzierte sich auch die Anzahl der KJ, die in die primäre Analyse einbezogen werden konnte („über Kinder“), da keine Aussage mehr über die KJ gemacht wurde. In diesem Fall war die ganze Familie ein Drop-Out. Wenn nur ein Elternteil die Studie zu einem Zeitpunkt im Verlauf verlassen hatte, konnte vom anderen Elternteil eine Aussage über die KJ in der Familie gemacht werden. Somit reduzierte sich die Anzahl der KJ in der Analyse des primären Endpunkts nicht und ebenso wenig die Anzahl der Familien. Insgesamt war die Drop-Out-Rate mit über 50% sehr hoch. Da die letzte Erhebung aufgrund des Studienendes für einige Familien nicht durchgeführt werden konnte, macht dies einen großen Anteil an fehlenden Werten zu T4 aus („Fehlend wegen Studienende“).


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

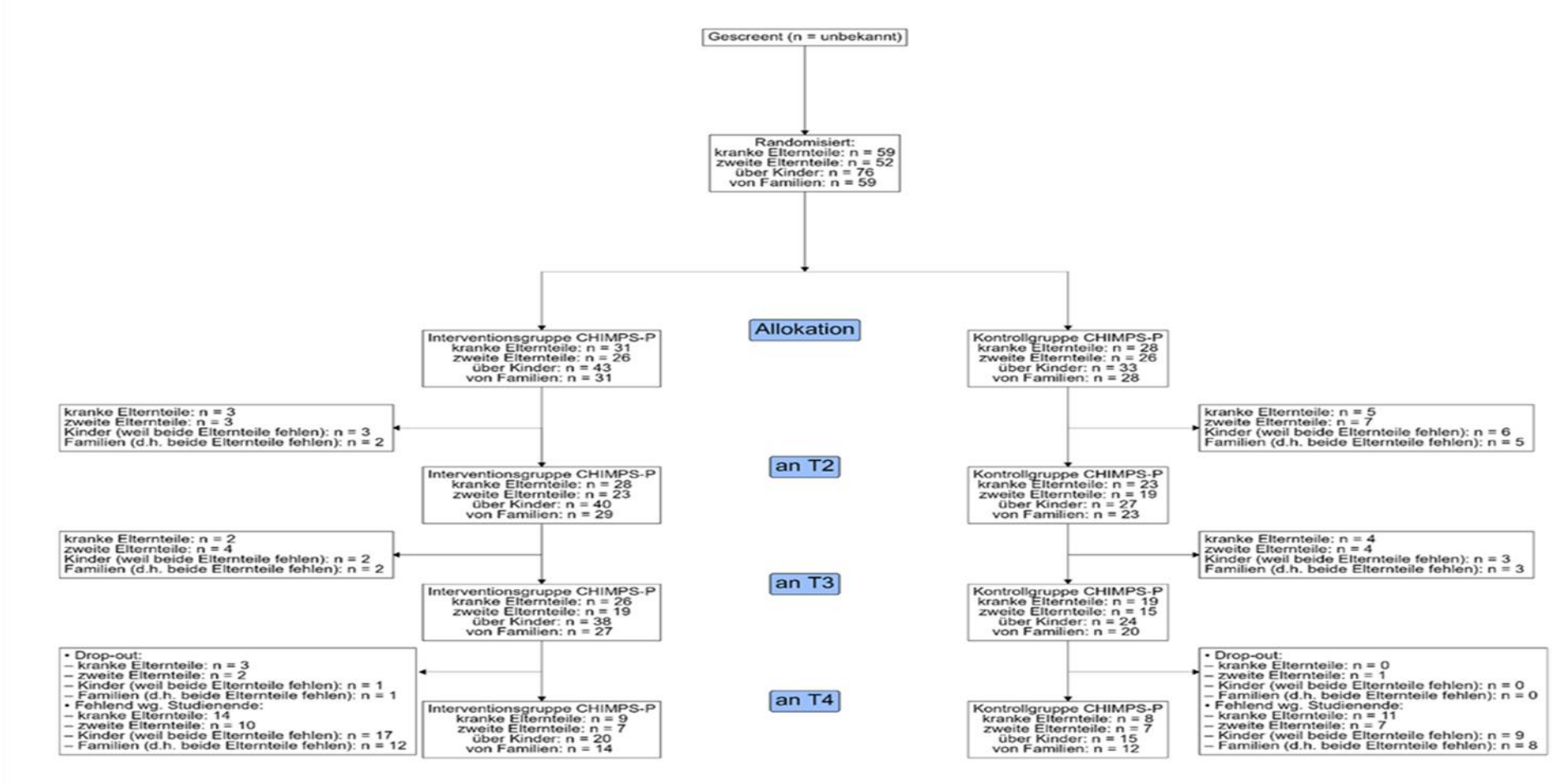



**Abbildung 5**: Flow-Chart des primären Endpunkts: CHIMPS-P-Studie



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

### *6.1.3.1 Baseline-Deskription kranke Elternteile über KJ*

In **Tabelle 12** sind die deskriptiven Kenngrößen für die Baselinedaten, welche die kranken Elternteile über die KJ angegeben haben, dargestellt. Die Baseline-Charakteristiken sind in den Gruppen ähnlich verteilt.

| | **KG CHIMPS-P (*N* = 33)** | **IG CHIMPS-P (*N* = 43)** | **Total CHIMPS-P (*N* = 76)** |
|---|---|---|---|
| **Alter KJ (Jahre)** | | | |
| *N* (%) | 30 (90.91%) | 38 (88.37%) | 68 (89.47%) |
| *MW ± SD* | 7.76 ± 4.28 | 8.24 ± 3.54 | 8.03 ± 3.86 |
| Median (Q1, Q3) | 6.88 (4.28, 10.36) | 7.97 (5.41, 11.21) | 7.40 (4.67, 10.49) |
| Min. - Max. | 2.63 - 16.71 | 3.53 - 16.31 | 2.63 - 16.71 |
| **Geschlecht KJ:** | | | |
| Weiblich | 12/30 (40.0%) | 20/38 (52.6%) | 32/68 (47.1%) |
| Männlich | 18/30 (60.0%) | 18/38 (47.4%) | 36/68 (52.9%) |
| **War dieses Kind schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 28/30 (93.3%) | 34/38 (89.5%) | 62/68 (91.2%) |
| Ja | 2/30 (6.7%) | 4/38 (10.5%) | 6/68 (8.8%) |
| **Ist dieses Kind derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 29/30 (96.7%) | 37/38 (97.4%) | 66/68 (97.1%) |
| Ja | 1/30 (3.3%) | 1/38 (2.6%) | 2/68 (2.9%) |
| **Wenn ja, wie oft ist dieses Kind aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| *N* (%) | 1 (3.03%) | 1 (2.33%) | 2 (2.63%) |
| *MW ± SD* | 2.00 ± NA | 4.00 ± NA | 3.00 ± 1.41 |
| Median (Q1, Q3) | 2.00 (2.00, 2.00) | 4.00 (4.00, 4.00) | 3.00 (2.50, 3.50) |
| Min. - Max. | 2.00 - 2.00 | 4.00 - 4.00 | 2.00 - 4.00 |

**Tabelle 12:** *Baseline-Deskription kranke Elternteile über KJ - CHIMPS-P-Studie*



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

### *6.1.3.2 Baseline-Deskription zweite Elternteile über KJ*

In **Tabelle 13** sind die deskriptiven Kenngrößen für die Baselinedaten, welche die zweiten Elternteile über die KJ angegeben haben, dargestellt. Die Baseline-Charakteristiken sind in den Gruppen ähnlich verteilt. Die Angaben stimmen größtenteils mit den Angaben des kranken Elternteils überein.

| | KG CHIMPS-P (*N* = 31) | IG CHIMPS-P (*N* = 37) | Total CHIMPS-P (*N* = 68) |
|---|---|---|---|
| **Alter KJ (Jahre)** | | | |
| *N* (%) | 30 (96.77%) | 35 (94.59%) | 65 (95.59%) |
| *MW ± SD* | 7.95 ± 4.24 | 8.29 ± 3.66 | 8.13 ± 3.91 |
| Median (Q1, Q3) | 6.88 (4.63, 10.38) | 7.59 (5.43, 11.04) | 7.41 (5.10, 10.70) |
| Min. - Max. | 2.62 - 16.71 | 3.53 - 16.31 | 2.62 - 16.71 |
| **Geschlecht KJ:** | | | |
| Weiblich | 13/30 (43.3%) | 19/35 (54.3%) | 32/65 (49.2%) |
| Männlich | 17/30 (56.7%) | 16/35 (45.7%) | 33/65 (50.8%) |
| **War dieses Kind schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 27/30 (90.0%) | 30/33 (90.9%) | 57/63 (90.5%) |
| Ja | 3/30 (10.0%) | 3/33 (9.1%) | 6/63 (9.5%) |
| **Ist dieses Kind derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| Nein | 28/30 (93.3%) | 35/35 (100.0%) | 63/65 (96.9%) |
| Ja | 2/30 (6.7%) | 0/35 (0.0%) | 2/65 (3.1%) |
| **Wenn ja, wie oft ist dieses Kind aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?** | | | |
| *N* (%) | 2 (6.45%) | NA | 2 (2.94%) |
| *MW ± SD* | 3.00 ± 1.41 | NA | 3.00 ± 1.41 |
| Median (Q1, Q3) | 3.00 (2.50, 3.50) | NA | 3.00 (2.50, 3.50) |
| Min. - Max. | 2.00 - 4.00 | NA | 2.00 - 4.00 |

**Tabelle 13:** *Baseline-Deskription zweite Elternteile über KJ - CHIMPS-P-Studie*



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

### *6.1.3.3 Baseline-Deskription KJ über sich*

In **Tabelle 14** sind die deskriptiven Kenngrößen für die Baselinedaten, welche die KJ über sich angegeben haben, dargestellt. Dabei sollten nur KJ ab 8 Jahren die Fragebögen ausfüllen. Falls dennoch ein jüngeres Kind Angaben gemacht hatte, wurden diese berücksichtigt. Falls ein Kind keine Angabe über sich gemacht hatte (und somit das Alter des Kindes fehlte), konnte nur die im eCRF (electronic Case Report Form) abgefragte Information *Kind über 10 Jahre* herangezogen werden, um die Gesamtanzahl der Kinder zu ermitteln, die alt genug waren, über sich selbst Fragebögen auszufüllen. Die Baseline-Charakteristiken sind in den Gruppen ähnlich verteilt.

| | **KG CHIMPS-P (*N* = 16)** | **IG CHIMPS-P (*N* = 22)** | **Total CHIMPS-P (*N* = 38)** |
|---|---|---|---|
| **Alter** | | | |
| *N* (%) | 15 (93.75%) | 19 (86.36%) | 34 (89.47%) |
| *M* (*SD*) | 11.27 (2.81) | 11.00 (2.49) | 11.12 (2.60) |
| Median (Q1, Q3) | 10.00 (9.00, 15.00) | 11.00 (9.00, 12.00) | 10.50 (9.00, 12.00) |
| Min. - Max. | 8.00 - 16.00 | 8.00 - 16.00 | 8.00 - 16.00 |
| **Geschlecht** | | | |
| Weiblich | 5/15 (33.33%) | 8/19 (42.11%) | 13/34 (38.24%) |
| Männlich | 9/15 (60.00%) | 10/19 (52.63%) | 19/34 (55.88%) |
| Divers | 1/15 (6.67%) | 1/19 (5.26%) | 2/34 (5.88%) |
| **Beschäftigung i.d. letzten 12 Monaten** | | | |
| Schüler*in | 15/15 (100.00%) | 18/18 (100.00%) | 33/33 (100.00%) |
| Auszubildende*r/ Student*in | 0/15 (0.00%) | 0/18 (0.00%) | 0/33 (0.00%) |
| Krank | 0/15 (0.00%) | 0/18 (0.00%) | 0/33 (0.00%) |
| Angestellte*r | 0/15 (0.00%) | 0/18 (0.00%) | 0/33 (0.00%) |
| Arbeitssuchend/-los | 0/15 (0.00%) | 0/18 (0.00%) | 0/33 (0.00%) |
| **Psychische Probleme** | | | |
| Nein | 13/15 (86.67%) | 16/17 (94.12%) | 29/32 (90.63%) |
| Ja | 2/15 (13.33%) | 1/17 (5.88%) | 3/32 (9.38%) |
| **Ambulante Psychotherapie** | | | |
| Nein | 13/15 (86.67%) | 16/17 (94.12%) | 29/32 (90.63%) |
| Ja | 2/15 (13.33%) | 1/17 (5.88%) | 3/32 (9.38%) |
| **Ambulante Psychotherapie, Häufigkeit** | | | |
| Mehrmals pro Woche | 0/2 (0.00%) | 0/1 (0.00%) | 0/3 (0.00%) |
| 1 Mal pro Woche | 1/2 (50.00%) | 0/1 (0.00%) | 1/3 (33.33%) |
| 14-täglich | 0/2 (0.00%) | 0/1 (0.00%) | 0/3 (0.00%) |
| 1 Mal im Monat oder seltener | 1/2 (50.00%) | 1/1 (100.00%) | 2/3 (66.67%) |

**Tabelle 14:** *Baseline-Deskription KJ über sich - CHIMPS-P-Studie*



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### *6.1.3.4 Baseline-Deskription kranke Elternteile über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befindet sich die Deskription der Baseline-Charakteristika der kranken Elternteile. Die Baseline-Charakteristika sind in den Gruppen ähnlich verteilt. Im Mittel sind die kranken Elternteile ca. 41 Jahre alt und mit ca. 59% meist weiblich. Der größte Anteil ist verheiratet (ca. 70%) und hat Abitur/Fachhochschulreife (ca. 63%). Die Gesamtanzahl der Kinder liegt zwischen 1 und 3.

#### *6.1.3.5Baseline-Deskription zweite Elternteile über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befindet sich die Deskription der Baseline-Charakteristika der zweiten Elternteile. Die Baseline-Charakteristika sind in den Gruppen ähnlich verteilt. Im Mittel sind die zweiten Elternteile ca. 41 Jahre alt und mit ca. 53% meist männlich. Der größte Anteil ist auch verheiratet (ca. 69%) und hat Abitur/Fachhochschulreife (ca. 71%). Die Gesamtanzahl der Kinder liegt zwischen 0 und 5. Da auch Stiefeltern an der Studie teilnehmen durften, können sich die gemittelten Angaben (wie Anzahl der Kinder oder Familienstand) zu den kranken Elternteilen unterscheiden.

### 6.1.4. iCHIMPS

Die Stichprobe bestand aus 22 Teilnehmenden aus 20 Familien. Sechsunddreißig Einzelpersonen wurden zur Online-Bewertung eingeladen, zwei wurden ausgeschlossen, da sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten, und zwölf schlossen ihre Baseline-Online-Bewertung nicht ab (siehe Anhang Evaluationsbericht Abbildung 1).
Die Gesamtzahl von *N* = 22 Teilnehmenden verteilte sich folgendermaßen über 20 Zentren: Hamburg: 1; Bielefeld: 2; Köln: 0; Berlin: 1; Leipzig: 0; Homburg: 0; Freiburg: 3; Augsburg-Kempten: 0; Rostock: 1; Rüdersdorf: 1; Gütersloh: 0; Tübingen: 0; München: 0; Magdeburg: 0; Marburg: 0; Koblenz-Landau: 0; Erfurt: 0; Ulm-Günzburg: 3; Frankfurt: 0; Karlsruhe: 8. Zwei Personen wurden online rekrutiert.
**Abbildung 6** zeigt das Flow-Chart für mit Angaben darüber, wie viele Personen in die iCHIMPS-IG und die entsprechende KG randomisiert wurden.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

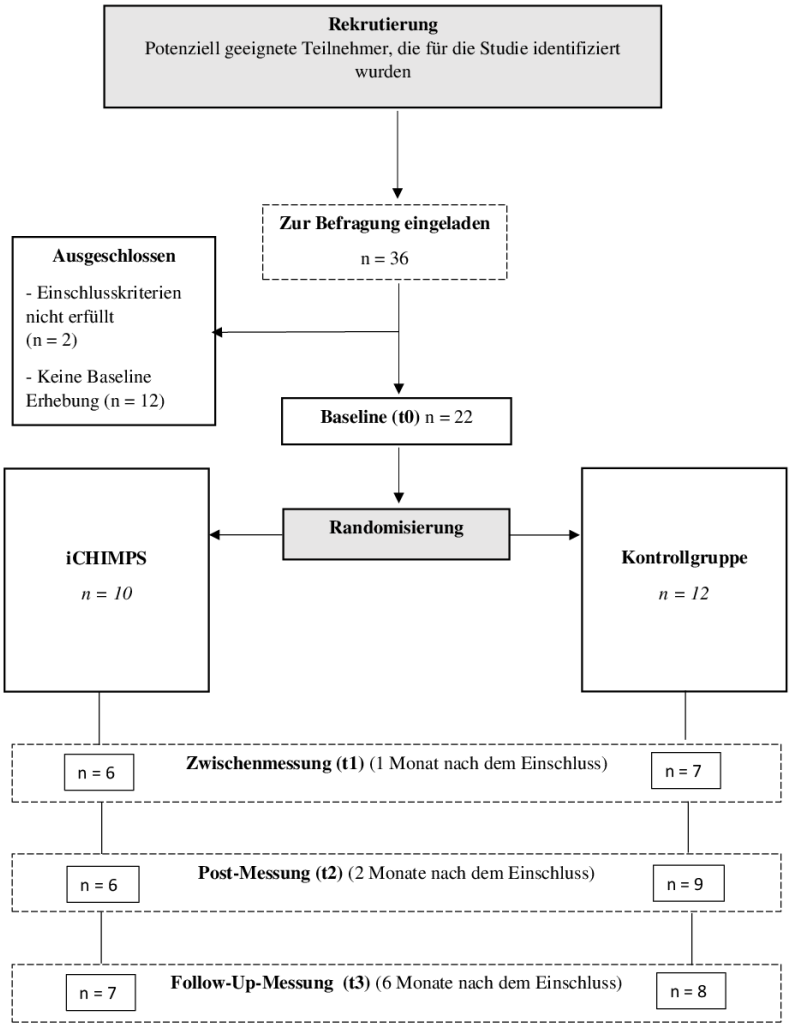



**Abbildung 6:** *Flow-Chart - iCHIMPS-Studie*

Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden 17,02 Jahre alt (*SD* = 2,05) und lagen im Altersbereich von 14,2 bis 18,18 Jahren. Das Geschlecht war nahezu gleichmäßig verteilt; *n* = 12 (54,55%) der Teilnehmenden waren weiblich und *n* = 10 (45,45%) männlich. Die Mehrheit der Teilnehmenden lebte mit geschiedenen Eltern (*n* = 13; 59,15%), die meisten Teilnehmenden waren noch in der Schule (*n* = 12; 54,55%) und die Mehrheit der Teilnehmenden gab an, die Kriterien für eine psychische Störung zu erfüllen (*n* = 12; 54,55%). Bei *n* = 14 (63,63%) Teilnehmenden hatte nur die Mutter, bei *n* = 4 (18,18%) Teilnehmenden nur der Vater und bei *n* = 4 (18,18%) Teilnehmenden hatten beide Elternteile mindestens eine psychische Störung. Die häufigste Störung bei den Teilnehmenden war eine Depression (*n* = 5; 41,67%), bei den Müttern ebenfalls eine Depression (n = 9; 50%) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (*n* = 5; 27,78%) und bei den Vätern eine Depression (*n* = 3; 37,5%).


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe sind in **Tabelle 15** dargestellt.

| **Variable** | | *n* | % |
|---|---|---|---|
| **Geschlecht** | | | |
| | weiblich | 12 | 54.55 |
| | männlich | 10 | 45.45 |
| **Familienstand Eltern** | | | |
| | alleinstehend | 1 | 4.55 |
| | in einer Beziehung, getrenntlebend | 1 | 4.55 |
| | verheiratet, zusammenlebend | 6 | 27.3 |
| | geschieden, getrenntlebend | 13 | 59.15 |
| | verwitwet | 1 | 4.55 |
| **Geschwister** | | | |
| | keine | 4 | 18.2 |
| | eins | 8 | 36.4 |
| | zwei | 7 | 31.85 |
| | drei | 3 | 13.65 |
| **Schulabschluss** | | | |
| | keiner | 4 | 18.2 |
| | noch in der Schule | 12 | 54.55 |
| | Hauptschule | 1 | 4.55 |
| | Realschule | 3 | 13.65 |
| | Fachhochschulreife | 1 | 4.55 |
| | sonstiger | 1 | 4.55 |
| **Berufsausbildung** | | | |
| | keine | 18 | 81.9 |
| | noch in einer Berufsausbildung | 4 | 18.2 |
| **Psychische Störung(en)** | | | |
| | Jugendliche | 12 | 54.55 |
| | Mutter | 14 | 63.63 |
| | Vater | 4 | 18.18 |
| | Mutter und Vater | 4 | 18.18 |

**Tabelle 15:** *Soziodemographische Merkmale - iCHIMPS-Studie*



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Verteilung psychischer Störungen innerhalb der Stichprobe ist in **Tabelle 16** dargestellt.

| **Psychische Störung(en)** | Jugendliche; *n* | Mutter; *n* | Vater; *n* |
|---|---|---|---|
| Depression | 5 | 9 | 3 |
| Bipolare Störung | 1 | 1 | 0 |
| Schizophrenie | 0 | 1 | 1 |
| Psychose | 1 | 1 | 0 |
| Anorexie | 1 | 0 | 0 |
| Bulimie | 2 | 0 | 0 |
| Soziale Phobie | 0 | 1 | 0 |
| Generalisierte Angststörung | 1 | 4 | 1 |
| Panikstörung | 0 | 4 | 1 |
| Agoraphobie | 0 | 1 | 0 |
| Somatoforme Störung | 1 | 0 | 0 |
| Posttraumatische Belastungsstörung | 1 | 5 | 2 |
| Zwangsstörung | 2 | 0 | 1 |
| Attention Deficit Hyperactivity Disorder | 1 | 2 | 2 |
| Störung der Sozialverhaltens | 1 | 0 | 0 |
| Alkoholabhängigkeit | 0 | 2 | 2 |
| Drogenabhängigkeit | 0 | 1 | 0 |
| Borderline-Persönlichkeitsstörung | 2 | 2 | 0 |
| Autismus | 1 | 0 | 0 |
| nicht bekannt | 0 | 2 | 2 |

**Tabelle 16:** *Verteilung psychischer Störungen - iCHIMPS-Studie*

## 6.1.5 Durchführung der Interventionen

### *6.1.5.1 Die Face-to-face-NVF*

Insgesamt wurden in allen drei Face-to-face-NVF bundesweit 203 Familien gesehen. Die Interventionen wurden Manual-getreu durchgeführt und bei Bedarf an die jeweiligen Familienkonstellationen angepasst. Zum Teil wurden die Interventionen bedingt durch die mit der Covid-19-Pandemie verbundenen Einschränkungen auf ein Online-Format umgestellt. Die meisten Interventionen wurden planmäßig bis zum 31. Mai 2023 beendet.

**Tabelle 17** überblickt den Verlauf der einzelnen Interventionsformen.
Der Verlauf wurde für CHIMPS-T und CHIMPS-MFT aufgegliedert nach *regulär beendete Intervention* (d. h. 6-8 erfolgte Sitzungen), *vorzeitig abgeschlossene Intervention* (3-5 erfolgte Sitzungen) sowie *kein zustande gekommener Prozess* (weniger als 3 Sitzungen – abgebrochen) und *keine erfolgte Intervention/Drop-Out*. Für CHIMPS-P findet sich die Übersicht aufgegliedert nach *regulär beendete Intervention* (3 erfolgte Gespräche), *vorzeitig abgeschlossene Intervention* (2 Sitzungen) sowie *kein zustande gekommener Prozess* (1 Sitzung) und *keine erfolgte Intervention/Drop-Out*.
Es konnten somit insgesamt 135 von 203 Interventionen regulär beendet werden. Einundzwanzig Interventionen wurden insgesamt vorzeitig abgeschlossen, in 7 Fällen kam kein Prozess zustande und in 40 Fällen wurde keine der Interventionen wahrgenommen/es kam zu einem Drop-Out der Familie.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| **NVF** | Regulär beendet (6-8 Gespräche) | Vorzeitig abgeschlossen (3-6 Gespräche) | Kein Prozess (weniger als 3 Sitzungen) | Keine Intervention/ Drop-Out | **Gesamt** |
|---|---|---|---|---|---|
| CHIMPS-T | 46 | 6 | 5 | 11 | **68** |
| CHIMPS-MFT | 62 | 12 | 2 | 27 | **103** |
| | Regulär beendet (3 Gespräche) | Vorzeitig abgeschlossen (2 Gespräche) | Kein Prozess (weniger als 2 Sitzungen) | Keine Intervention/ Drop-Out | |
| CHIMPS-P | 29 | 2 | 0 | 2 | **33** |
| **Gesamt** | **135** | **21** | **7** | **40** | **203** |

**Tabelle 17:** *Verlauf der Face-to-face-NVF*

Bundesweit waren 47 Therapeut*innen für CHIMPS-NET tätig.
Die KF entwickelte für die Durchführung der Interventionen eine Supervisionsstruktur, die eine regionale Bündelung der jeweiligen Zentren mit regelmäßigen Supervisionen pro Quartal vorsah.
Folgende Supervisionsgruppen mit folgenden Zentren wurden gebildet:

- Supervisionsgruppe Nord-Ost: Hamburg, Berlin, Rostock, Rüdersdorf
- Supervisionsgruppe Ost: Leipzig, Magdeburg, Erfurt
- Supervisionsgruppe West: Bielefeld, Köln, Gütersloh, Marburg, Frankfurt am Main
- Supervisionsgruppe Süd: Augsburg-Kempten, Tübingen, München, Ulm-Günzburg
- Supervisionsgruppe Süd-West: Homburg, Freiburg, Koblenz-Landau, Karlsruhe

Die Supervisionen fanden für jedes klinische Zentrum regelmäßig, von November 2021 bis Juni 2022, einmal pro Quartal statt. Die ursprüngliche Planung sah vor, dass einmal im Quartal eine therapeutische Mitarbeiterin der KF an ein Zentrum aus der jeweiligen Supervisionsgruppe fahren würde. Bedingt durch die Covid-19-Pandemie fanden die Supervisionen jedoch direkt in einem Online-Format via Webex (Cisco, o. J.) statt. Inhaltlich wurden die Supervisionssitzungen so strukturiert, dass jedes Zentrum mindestens einen Fall oder einen Verlauf vorstellte. Insgesamt wurden so bundesweit 36 Fälle einmalig oder als Verlauf supervidiert. Die Supervisorinnen und die KF standen auch zwischenzeitlich bei Fragen und Problemen inhaltlicher Art für die Therapeut*innen telefonisch zur Verfügung. Zum Ende fand mit jedem Zentrum eine Abschluss-Supervision statt, in welcher der Prozess der Intervention aber auch der Supervision reflektiert wurde.

### *6.1.5.2 iCHIMPS*

Die Online-Intervention iCHIMPS wurde für zehn Teilnehmende in der IG freigeschaltet. Die Interventionsnutzung wird in **Abbildung 7** aufgeführt.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

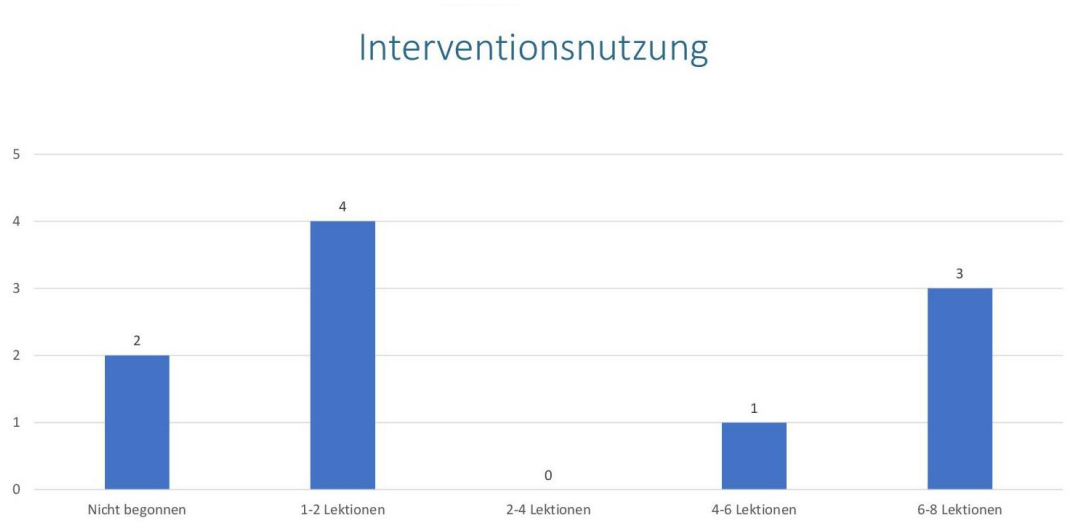



**Abbildung 7:** *Interventionsnutzung iCHIMPS*

Während der gesamten Studienlaufzeit wurden die zehn Teilnehmenden von zwei E-Coaches betreut. Die E-Coaches standen in regelmäßigem Kontakt mit den Studienverantwortlichen und erhielten nach Bedarf Supervision.

### 6.1.6 Verläufe von Interventionen: Ein Fallbeispiel aus der CHIMPS-T-Gruppe

**Fallbeispiel – Familie X**
Herr X. wurde gemeinsam mit seiner 9-jährigen Tochter und seiner Ehefrau der CHIMPS-T-Intervention zugewiesen. Herr X. berichtete zum Behandlungsbeginn, dass sich seine Ehefrau Frau X. seit ein paar Wochen aufgrund einer depressiven Symptomatik in stationärer Behandlung befinde. Dies habe den Familienalltag *„völlig durcheinander gebracht“*, weshalb er sich Unterstützung wünsche.
Im Erstgespräch berichtete Herr X. zunächst von den vorangegangenen schwierigen Monaten, als die depressive Symptomatik bei Frau X. ausgebrochen sei, bis hin zur stationären Aufnahme. Es sei für alle eine belastende Situation gewesen, da Frau X. unter gedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen sowie Scham- und Schuldgefühlen gelitten habe und ihren alltäglichen Aufgaben zunehmend nicht mehr gerecht werden konnte (u. a. berufliche Tätigkeit, Haushalt, Versorgung der gemeinsamen Tochter). Einerseits erlebte Herr X. die klinische Aufnahme als Entlastung, andererseits stand er vor der Herausforderung, seine Vollzeittätigkeit mit der Versorgung seiner Tochter zu vereinbaren. Herr X. berichtete, dass er durch sein Umfeld Unterstützung erhalte und auch sein Arbeitgeber Verständnis zeige.
Es folgten zwei weitere Gespräche mit Herrn X. mit den Schwerpunkten Bewältigung der Depression, Umgang mit der veränderten Alltagssituation ohne Frau X. und schließlich Vorbereitung der Entlassung von Frau X *(Was braucht meine Ehefrau, wenn sie entlassen wird?*, aber auch: *Was brauche ich von ihr nach der Entlassung?*).
Im Weiteren fanden zwei Einzelgespräche mit der Tochter statt. Auch hier stand zunächst der Umgang mit der depressiven Erkrankung der Mutter im Vordergrund. In den Gesprächen fiel auf, dass die Tochter dazu tendierte, wenig aufzufallen und Konflikte zu vermeiden, um *„es den Eltern nicht noch schwerer zu machen“*. Insbesondere die Frage von Schuldgefühlen und Verantwortungserleben der Tochter wurde in diesen Gesprächen intensiv erörtert. Es wurde versucht, ihr das Schuldgefühl, verantwortlich für die Erkrankung der Mutter zu sein, etwas falsch gemacht zu haben, zu nehmen.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Frau X. wurde im Verlauf der CHIMPS-T-Behandlung entlassen, was zu einer erneuten Veränderung der Familiendynamik führte. Vor der Erkrankung und Aufnahme bestand eine enge Beziehung zwischen Frau X. und ihrer Tochter, Herr X. war aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit weniger in das Familienleben involviert gewesen. Aufgrund der stationären Behandlung kam es zu einer deutlichen Umgewöhnung, allerdings berichteten sowohl Herr X. als auch die Tochter, dass sich ihre Beziehung dadurch deutlich gefestigt habe und sie einen guten gemeinsamen Alltag entwickelten. Nach der Entlassung von Frau X. galt es, wieder in einen Alltag zu dritt zu finden. Als Herausforderung benannte sowohl Herr X. als auch Frau X., die richtige Balance hinsichtlich der Be- und Entlastung von Frau X zu finden. Frau X. tendierte wiederholt dazu, sich zu überfordern, was wiederum dazu führte, dass sich die Tochter bemühte, noch mehr Aufgaben im Haushalt zu übernehmen und *„keine Belastung für die Mutter zu sein“*. Im Vordergrund der letzten Familiengespräche stand die Reflexion dieses Musters sowie die Erarbeitung von alternativen Verhaltensweisen im Umgang mit dieser Dynamik.

## 6.1.7 Biometrische Evaluation

### *6.1.7.1 Die Face-to-face-NVF*

#### 6.1.7.1.1 CHIMPS-T

##### 6.1.7.1.1.1 Primärer Endpunkt

**Tabelle 18** zeigt die Ergebnisse der Analyse des primären Endpunkts. Diese werden weiter in **Abbildung 8** veranschaulicht. Eine weitere Deskription des CBCL-Gesamtscores über alle Zeitpunkte in den Gruppen ist im Anhang des Evaluationsberichts zu finden.
Zum primär interessierenden Zeitpunkt T3 konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG gezeigt werden (für Elternteil und Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zwischen CHIMPS-T-Intervention vs. CHIMPS-T-TAU: -0,19; 95%-KI: (-0,41; 0,04); *p*-Wert = 0,11). Dieser Behandlungseffekt bedeutet, dass die Werte der standardisierten CBCL in der IG von Baseline zu T3 mehr fallen als in der KG, d. h., die Gesamtauffälligkeit der KJ sinkt über die Zeit mehr in der IG im Vergleich zur KG. Allerdings ist der Behandlungseffekt gering. Sowohl in der IG als auch in der KG fallen die Werte der CBCL über die Zeit.
Sekundär interessierten auch die anderen Zeitpunkte. Es zeigt sich, dass die (geringen) Behandlungseffekte sich zu den drei Zeitpunkten unterscheiden (deskriptiver *p*-Wert der Interaktion zwischen Gruppe und Zeit = 0,03). Zu T2 deutet der Behandlungseffekt ebenfalls in die Richtung eines Vorteils für die IG. Dies ist allerdings nicht der Fall zu T4, wo die Reduktion der CBCL gegenüber der Baseline-Messung in der KG höher ist und somit der Behandlungseffekt in Richtung eines Vorteils für die KG deutet.
Die ICC für die zufälligen Effekte sind in **Tabelle 19** gelistet. Ein ICC, welcher größer als 0,3 ist, spricht dafür, dass der entsprechende zufällige Effekt relevant ist. Damit sind das Zentrum und die Familie nicht so relevant, sondern das Kind an sich erklärt von diesen die meiste Varianz im Endpunkt.
Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-T | | | Kontrollgruppe CHIMPS-T | | | Interventionsgruppe CHIMPS-T vs Kontrollgruppe CHIMPS-T | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Gesamtauffälligkeit (standardisiert)** | | | | | | | | | 0.0333 | 437 |
| T1 | 171 | 0.47 (1.25) | | 150 | 0.58 (1.17) | | | | | |
| T2-T1 | 113 | -0.37 (0.91) | -0.28 (-0.47, -0.09) | 76 | -0.27 (0.64) | -0.14 (-0.36, 0.08) | -0.14 (-0.36, 0.08) | 0.2030 | | |
| T3-T1 | 93 | -0.37 (0.84) | -0.34 (-0.54, -0.15) | 70 | -0.33 (0.69) | -0.16 (-0.38, 0.06) | -0.19 (-0.41, 0.04) | 0.1075 | | |
| T4-T1 | 50 | -0.53 (0.90) | -0.38 (-0.61, -0.16) | 35 | -0.81 (0.78) | -0.54 (-0.81, -0.28) | 0.16 (-0.12, 0.45) | 0.2613 | | |

**Tabelle 18:** *Modellergebnis der Analyse des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline

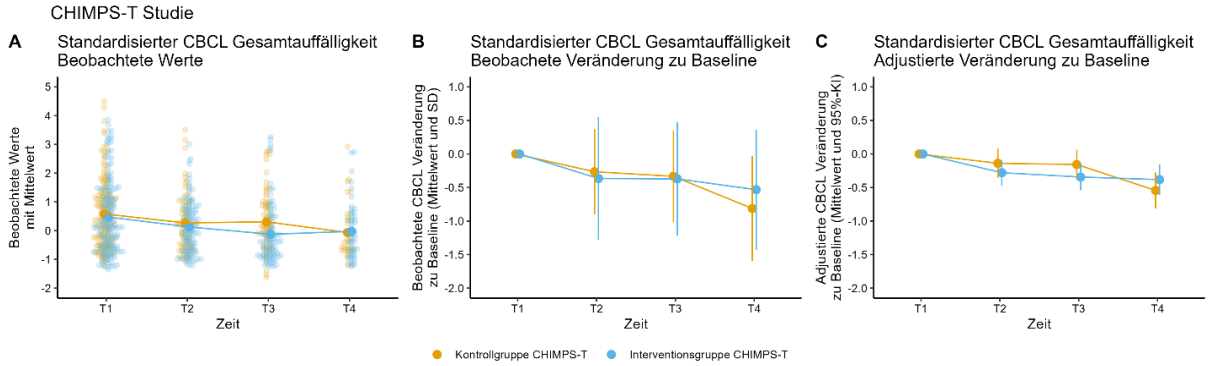



**Abbildung 8:** *Verlauf des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie*

SD=Standardabweichung; CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2=Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung; T3=Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung; T4=Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung; KI=Konfidenzintervall

| Term | ICC |
|---|---|
| Zentrum | 0.0821 |
| Familie | 0.0000 |
| Kind Nr | 0.5035 |

**Tabelle 19:** *ICC aus Modellanalyse des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### 6.1.7.1.1.2 Sekundäre Endpunkte

In diesem Kapitel werden nur die Modellergebnisse zu den im Kapitel **3.4.1.2** Sekundäre Hypothesen vorformulierten Hypothesen tabellarisch dargestellt (d. h. Analysen bzgl. der CBCL und des K-SADS-PL). Die restlichen Ergebnisse befinden sich im Anhang des Evaluationsberichts. Alle Ergebnisse in diesem Kapitel sind explorativ, d. h., die *p*-Werte sind deskriptiv und es sollte eher die klinische Relevanz beurteilt werden. Für alle Modelle wurden die Modellannahmen überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.

##### *6.1.7.1.1.2.1 Eltern über Kinder*

In **Tabelle 20** bis **Tabelle 25** sind die Ergebnisse der Analysen der CBCL angegeben und im Anhang des Evaluationsberichts die weiteren Analyseergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht der Eltern über die Kinder erhoben wurden.
Die CBCL wurde aus Sicht der Eltern erhoben und in zwei Altersklassen der KJ unterschieden: 1,5 bis 5 Jahre und 6 Jahre und älter. Es gibt sieben verschiedene Subskalen für die jüngeren Kinder und acht für die älteren. Zwei Subskalen sind sowohl für die Altersklasse der jüngeren als auch der älteren Kinder vorhanden und somit können diese beiden Subskalen für alle KJ zusammen analysiert werden. Dies ist nicht der Fall für die anderen Subskalen und somit wird im Folgenden diese Einteilung genutzt: alle Kinder, jüngere Kinder (1,5 bis 5 Jahre), ältere Kinder (6 Jahre und älter).

###### 6.1.7.1.1.2.1.1 Alle Kinder

**Tabelle 20** zeigt die Modellergebnisse der Analysen der beiden Subskalen, die für alle KJ vorliegen. Um die Angaben der unterschiedlichen Altersklassen kombinieren zu können, wurden die CBCL-Werte zunächst standardisiert und daher basieren die Analyseergebnisse auf diesen standardisierten Werten. Es zeigt sich, dass:

- für beide Endpunkte und Gruppen die standardisierten Werte der CBCL (Skalen: Internale Probleme, Externale Probleme) über die Zeit fallen.
- diese Veränderung zur Baseline größer in der CHIMPS-T-IG zu T2 und T3 ist, aber nicht zu T4.
- die Behandlungseffekte sich zu den verschiedenen Zeitpunkten unterscheiden.
- die Behandlungseffekte ähnlich (gering) zu denen des primären Endpunkts sind.

Die ICC sind in **Tabelle 21** zu finden.
Der KIDSCREEN-27 wurde ebenfalls von allen Eltern über alle Kinder berichtet. Die Modellergebnisse dazu befinden sich im Anhang des Evaluationsberichtes. Hierbei zeigt sich kein einheitliches Bild des Behandlungseffekts (CHIMPS-T-IG vs. CHIMPS-T-KG über die Subskalen hinweg, da dieser zwischen -0,52 (für Elternteil und Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen für die Skala Schulisches Umfeld zu T4) und 0,27 (für Elternteil und Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen für die Skala Schulisches Umfeld zu T2) schwankt. Dies bedeutet, dass sich bei manchen KIDSCREEN-27-Subskalen die KG mehr verbessert (negatives Vorzeichen beim Interventionseffekt (*MW* diff)) und bei anderen die IG (positives Vorzeichen). Für den KIDSCREEN-10 beträgt der Effektschätzer, d. h. die für Elternteil und Baselinewert adjustierte mittlere Differenz zwischen den Gruppen: -0,02 (95%-KI: -0,32; 0,28). Insgesamt sind die Effektschätzer damit gering und nahe bei 0, d. h., es gibt kaum Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Bis auf die Subskala Schulisches Umfeld muss aber für keinen weiteren Endpunkt der Effektschätzer für die Zeitpunkte unterschieden werden (der Effektschätzer ist konstant über die Zeit).


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-T | | | Kontrollgruppe CHIMPS-T | | | Interventionsgruppe CHIMPS-T vs Kontrollgruppe CHIMPS-T | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind Internale Probleme (standardisiert)** | | | | | | | | | 0.0261 | 437 |
| T1 | 171 | 0.44 (1.19) | | 150 | 0.54 (1.20) | | | | | |
| T2-T1 | 113 | -0.33 (0.97) | -0.27 (-0.47, -0.06) | 76 | -0.26 (0.66) | -0.14 (-0.37, 0.10) | -0.13 (-0.38, 0.12) | 0.3011 | | |
| T3-T1 | 93 | -0.32 (0.90) | -0.30 (-0.52, -0.08) | 70 | -0.28 (0.70) | -0.10 (-0.36, 0.15) | -0.20 (-0.47, 0.08) | 0.1517 | | |
| T4-T1 | 50 | -0.41 (0.87) | -0.33 (-0.56, -0.11) | 35 | -0.75 (0.74) | -0.49 (-0.76, -0.22) | 0.16 (-0.13, 0.44) | 0.2845 | | |
| **CBCL Kind Externale Probleme (standardisiert)** | | | | | | | | | 0.0836 | 437 |
| T1 | 171 | 0.40 (1.30) | | 150 | 0.42 (1.18) | | | | | |
| T2-T1 | 113 | -0.27 (0.90) | -0.18 (-0.38, 0.01) | 76 | -0.19 (0.64) | -0.12 (-0.34, 0.11) | -0.07 (-0.31, 0.17) | 0.5769 | | |
| T3-T1 | 93 | -0.32 (0.81) | -0.28 (-0.48, -0.09) | 70 | -0.24 (0.68) | -0.13 (-0.36, 0.10) | -0.15 (-0.40, 0.10) | 0.2238 | | |
| T4-T1 | 50 | -0.44 (1.03) | -0.29 (-0.52, -0.05) | 35 | -0.58 (0.69) | -0.46 (-0.75, -0.18) | 0.18 (-0.14, 0.49) | 0.2732 | | |

**Tabelle 20:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-T-Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| CBCL Kind Internale Probleme (standardisiert) | Zentrum | 0.0501 |
| | Familie | 0.0491 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind Externale Probleme (standardisiert) | Zentrum | 0.0462 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.5762 |

**Tabelle 21:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-T Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer

#### 6.1.7.1.1.2.1.2 Jüngere Kinder (1,5 bis 5 Jahre)

In **Tabelle 22** sind die Ergebnisse der Analysen der Subskalen, die nur für jüngere Kinder angegeben werden, dargestellt. Es gibt nur wenige Kinder, die in die Altersklasse der jüngeren Kinder fallen und somit gibt es wenige Beobachtungen, die in die Analysen miteinfließen, was auch die Schätzungen ungenauer macht (= breite Konfidenzintervalle). Hierbei zeigt sich kein einheitliches Bild des Behandlungseffekts (CHIMPS-T-IG vs. CHIMPS-T-KG über die Subskalen hinweg). Die Effektschätzer schwanken zwischen -1,82 (für Elternteil und Baselinewert mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen für die CBCL-Subskala: Aggressives Verhalten zu T3) und 4,95 (für Elternteil und Baselinewert mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen für die CBCL-Subskala: Aggressives Verhalten zu T4). Dies bedeutet, dass sowohl bei manchen CBCL-Subskalen sich die IG mehr verbessert (negatives Vorzeichen) und für andere die KG (positives Vorzeichen). Insgesamt sind die Effektschätzer eher gering. Für manche ist der Effekt nahe 0, was für keinen Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen spricht (CBCL-Subskala: Emotionale Reaktivität, Sozialer Rückzug zu T2). Bei manchen Endpunkten ist der Interventionseffekt über die Zeit unterschiedlich (CBCL-Subskala: Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Aggressives Verhalten) und bei anderen konstant über die Zeit (CBCL-Subskala: Emotionale Reaktivität, Schlafprobleme, Ängstlichkeit/Depressivität, Aufmerksamkeitsprobleme). Die ICC sind in **Tabelle 23** zu finden.

| | Interventionsgruppe CHIMPS-T | | | Kontrollgruppe CHIMPS-T | | | Interventionsgruppe CHIMPS-T vs Kontrollgruppe CHIMPS-T | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind (1.5-5) Emotionale Reaktivität** | | | | | | | | | 0.6569 | 57 |
| T1 | 33 | 3.36 (2.91) | | 32 | 3.28 (2.73) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -1.00 (2.80) | -0.68 (-2.02, 0.65) | 13 | -0.85 (2.38) | -0.73 (-2.16, 0.70) | 0.05* (-1.78, 1.88) | 0.9514* | | |
| T3-T1 | 7 | 0.43 (1.99) | -0.29 (-1.81, 1.23) | 14 | -0.64 (1.69) | -0.34 (-1.73, 1.05) | | | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-T | | | Kontrollgruppe CHIMPS-T | | | Interventionsgruppe CHIMPS-T vs Kontrollgruppe CHIMPS-T | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| T4-T1 | 5 | 0.20 (2.28) | -0.47 (-2.14, 1.20) | 4 | -2.75 (1.71) | -0.52 (-2.26, 1.22) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Sozialer Rückzug** | | | | | | | | | 0.0649 | 57 |
| T1 | 33 | 4.58 (3.10) | | 32 | 4.41 (3.60) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -1.93 (2.34) | -1.00 (-3.41, 1.42) | 13 | -1.54 (3.38) | -1.00 (-3.39, 1.39) | 0.00 (-2.23, 2.24) | 0.9969 | | |
| T3-T1 | 7 | -0.14 (1.95) | -0.56 (-3.95, 2.84) | 14 | -0.07 (3.63) | 0.81 (-1.97, 3.59) | -1.36 (-4.99, 2.26) | 0.4107 | | |
| T4-T1 | 5 | -0.40 (1.14) | -0.42 (-3.13, 2.29) | 4 | -0.25 (1.50) | -1.29 (-3.95, 1.38) | 0.87 (-2.12, 3.85) | 0.5224 | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Schlafprobleme** | | | | | | | | | 0.8443 | 57 |
| T1 | 33 | 3.88 (2.81) | | 32 | 3.97 (2.86) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -0.29 (2.46) | -0.21 (-1.36, 0.95) | 13 | -0.62 (2.99) | -0.33 (-1.57, 0.90) | 0.13* (-1.29, 1.54) | 0.8411* | | |
| T3-T1 | 7 | -0.29 (1.11) | -0.67 (-1.89, 0.55) | 14 | -0.71 (2.30) | -0.80 (-1.82, 0.23) | | | | |
| T4-T1 | 5 | 0.00 (1.58) | -0.32 (-1.48, 0.84) | 4 | -2.50 (1.29) | -0.45 (-1.67, 0.78) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Ängstlichkeit/Depressivität** | | | | | | | | | 0.7282 | 57 |
| T1 | 33 | 3.76 (2.78) | | 32 | 3.59 (3.28) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -1.07 (1.94) | -1.03 (-2.29, 0.24) | 13 | -0.31 (1.70) | -0.60 (-1.99, 0.79) | -0.43* (-2.30, 1.45) | 0.6153* | | |
| T3-T1 | 7 | -0.57 (1.90) | -0.97 (-2.55, 0.61) | 14 | -0.50 (2.44) | -0.54 (-2.15, 1.06) | | | | |
| T4-T1 | 5 | 0.40 (2.30) | -0.89 (-2.56, 0.79) | 4 | -1.25 (3.30) | -0.46 (-2.26, 1.34) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Körperliche Beschwerden** | | | | | | | | | 0.0551 | 57 |
| T1 | 33 | 2.39 (2.28) | | 32 | 2.88 (2.56) | | | | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-T | | | Kontrollgruppe CHIMPS-T | | | Interventionsgruppe CHIMPS-T vs Kontrollgruppe CHIMPS-T | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| T2-T1 | 14 | -0.57 (1.99) | -0.89 (-2.06, 0.28) | 13 | -0.08 (3.17) | 0.57 (-0.67, 1.80) | -1.46 (-3.20, 0.28) | 0.0894 | | |
| T3-T1 | 7 | 0.14 (1.46) | -1.10 (-2.79, 0.59) | 14 | -0.43 (1.79) | -0.09 (-1.34, 1.16) | -1.01 (-3.16, 1.15) | 0.3120 | | |
| T4-T1 | 5 | 0.20 (1.48) | -0.97 (-2.59, 0.64) | 4 | -3.75 (1.50) | -1.26 (-3.07, 0.55) | 0.29 (-2.25, 2.83) | 0.7990 | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Aufmerksamkeitsprobleme** | | | | | | | | | 0.3597 | 57 |
| T1 | 33 | 2.55 (2.14) | | 32 | 2.47 (2.16) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -1.07 (2.13) | -0.26 (-1.54, 1.02) | 13 | -0.54 (1.39) | -0.42 (-1.72, 0.87) | 0.16* (-1.32, 1.65) | 0.8057* | | |
| T3-T1 | 7 | -1.29 (1.38) | -0.09 (-1.49, 1.32) | 14 | 0.29 (1.98) | -0.25 (-1.52, 1.02) | | | | |
| T4-T1 | 5 | -1.40 (2.30) | -0.64 (-2.04, 0.76) | 4 | -1.00 (0.00) | -0.80 (-2.18, 0.57) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Aggressives Verhalten** | | | | | | | | | 0.0232 | 57 |
| T1 | 33 | 12.36 (7.75) | | 32 | 13.34 (8.88) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -2.50 (6.62) | -1.96 (-5.25, 1.34) | 13 | -3.38 (4.63) | -2.73 (-6.28, 0.82) | 0.77 (-4.06, 5.61) | 0.7213 | | |
| T3-T1 | 7 | -1.14 (5.21) | -2.59 (-7.33, 2.15) | 14 | -1.36 (3.91) | -0.77 (-4.37, 2.82) | -1.82 (-7.77, 4.13) | 0.5012 | | |
| T4-T1 | 5 | 0.20 (5.67) | -1.56 (-6.12, 3.01) | 4 | -7.50 (3.32) | -6.51 (-11.43, -1.59) | 4.95 (-1.82, 11.72) | 0.1302 | | |

**Tabelle 22:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-T-Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| CBCL Kind (1.5-5) Emotionale Reaktivität | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.4497 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (1.5-5) Sozialer Rückzug | Zentrum | 0.5869 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (1.5-5) Schlafprobleme | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (1.5-5) Ängstlichkeit/Depressivität | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.7016 |
| CBCL Kind (1.5-5) Körperliche Beschwerden | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.3750 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (1.5-5) Aufmerksamkeitsprobleme | Zentrum | 0.2595 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.3005 |
| CBCL Kind (1.5-5) Aggressives Verhalten | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.5035 |

**Tabelle 23:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-T-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer

#### 6.1.7.1.1.2.1.3 Ältere Kinder (6 Jahre und älter)

In **Tabelle 24** sind die Ergebnisse der Analysen der Subskalen, die nur für die älteren KJ angegeben werden, dargestellt. Hierbei zeigt sich kein einheitliches Bild des Behandlungseffekts (CHIMPS-T-IG vs. CHIMPS-T-KG über die Subskalen hinweg). Die Effektschätzer schwanken zwischen -0,84 (für Elternteil und Baselinewert mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen für die CBCL-Subskala: Aufmerksamkeitsprobleme zu T3)


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

und 1,59 (für Elternteil und Baselinewert mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen für die CBCL-Subskala: Körperliche Beschwerden zu T4). Dies bedeutet, dass sich bei manchen CBCL-Subskalen die IG mehr verbessert (negatives Vorzeichen) und bei anderen die KG (positives Vorzeichen). Insgesamt sind die Effektschätzer eher gering. Für manche ist der Effekt nahe 0, was für keinen Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen spricht (CBCL-Subskala: Rückzüglich/depressiv zu T4, Regelverletzendes Verhalten). Bei manchen Endpunkten sind die Interventionseffekte über die Zeit unterschiedlich (CBCL-Subskala: Denk-, (Schlaf-) & repetitive Probleme; Items ohne Skalenzugehörigkeit; Ängstlichkeit/Depressivität; Aufmerksamkeitsprobleme; Rückzüglich/depressiv; Körperliche Beschwerden) und bei anderen konstant über die Zeit (CBCL-Subskala: Soziale Probleme, Regelverletzendes Verhalten). Die ICC sind in **Tabelle 25** zu finden.

| | CHIMPS-T | | | Kontrolle CHIMPS-T | | | CHIMPS-T vs Kontrolle CHIMPS-T | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind (6-18) Regelverletzendes Verhalten** | | | | | | | | | 0.3145 | 355 |
| T1 | 138 | 3.59 (4.13) | | 118 | 3.53 (3.56) | | | | | |
| T2-T1 | 89 | -0.53 (2.34) | -0.26 (-0.92, 0.41) | 59 | -0.44 (2.25) | -0.23 (-1.02, 0.55) | -0.02* (-0.85, 0.81) | 0.9561* | | |
| T3-T1 | 80 | -0.72 (3.27) | -0.42 (-1.17, 0.34) | 53 | -0.66 (2.49) | -0.39 (-1.26, 0.48) | | | | |
| T4-T1 | 43 | -1.07 (3.35) | -0.52 (-1.34, 0.30) | 31 | -0.97 (1.91) | -0.50 (-1.43, 0.43) | | | | |
| **CBCL Kind (6-18) Denk-, (Schlaf-) & repetitive Probleme** | | | | | | | | | 0.1478 | 355 |
| T1 | 138 | 3.11 (3.12) | | 118 | 3.62 (3.49) | | | | | |
| T2-T1 | 89 | -0.80 (2.61) | -1.04 (-1.59, -0.49) | 59 | -0.85 (2.43) | -0.71 (-1.40, -0.03) | -0.33 (-1.14, 0.49) | 0.4279 | | |
| T3-T1 | 80 | -0.97 (2.65) | -1.07 (-1.58, -0.56) | 53 | -1.28 (2.73) | -0.86 (-1.50, -0.22) | -0.21 (-0.98, 0.55) | 0.5801 | | |
| T4-T1 | 43 | -1.56 (2.91) | -1.33 (-2.00, -0.67) | 31 | -2.06 (2.42) | -1.50 (-2.33, -0.68) | 0.17 (-0.82, 1.16) | 0.7377 | | |
| **CBCL Kind (6-18) Items ohne Skalenzugehörigkeit** | | | | | | | | | 0.0034 | 355 |
| T1 | 138 | 4.17 (3.63) | | 118 | 4.45 (3.44) | | | | | |
| T2-T1 | 89 | -0.90 (2.63) | -0.90 (-1.53, -0.26) | 59 | -0.68 (2.78) | -0.33 (-1.08, 0.41) | -0.57 (-1.37, 0.24) | 0.1639 | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | CHIMPS-T | | | Kontrolle CHIMPS-T | | | CHIMPS-T vs Kontrolle CHIMPS-T | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| T3-T1 | 80 | -0.75 (2.63) | -0.78 (-1.47, -0.09) | 53 | -1.68 (2.92) | -1.05 (-1.87, -0.23) | 0.27 (-0.63, 1.17) | 0.5484 | | |
| T4-T1 | 43 | -1.21 (2.52) | -0.74 (-1.52, 0.05) | 31 | -2.42 (2.98) | -1.63 (-2.57, -0.69) | 0.90 (-0.15, 1.94) | 0.0913 | | |
| **CBCL Kind (6-18) Ängstlichkeit/Depressivität** | | | | | | | | | 0.1198 | 355 |
| T1 | 138 | 6.04 (5.07) | | 118 | 6.53 (5.20) | | | | | |
| T2-T1 | 89 | -1.12 (3.76) | -0.78 (-1.75, 0.20) | 59 | -1.20 (3.44) | -0.62 (-1.76, 0.52) | -0.16 (-1.32, 1.00) | 0.7857 | | |
| T3-T1 | 80 | -1.54 (3.90) | -1.16 (-2.16, -0.15) | 53 | -1.25 (3.34) | -0.36 (-1.53, 0.81) | -0.80 (-2.00, 0.41) | 0.1902 | | |
| T4-T1 | 43 | -2.02 (3.76) | -1.46 (-2.69, -0.22) | 31 | -3.06 (3.77) | -1.59 (-3.05, -0.13) | 0.13 (-1.45, 1.71) | 0.8688 | | |
| **CBCL Kind (6-18) Aufmerksamkeitsprobleme** | | | | | | | | | 0.1291 | 355 |
| T1 | 138 | 5.64 (4.43) | | 118 | 6.28 (4.40) | | | | | |
| T2-T1 | 89 | -0.56 (3.02) | -0.49 (-1.20, 0.23) | 59 | -0.47 (2.47) | -0.02 (-0.84, 0.79) | -0.47 (-1.28, 0.34) | 0.2543 | | |
| T3-T1 | 80 | -0.71 (2.65) | -0.54 (-1.33, 0.24) | 53 | -0.23 (3.34) | 0.30 (-0.61, 1.20) | -0.84 (-1.77, 0.09) | 0.0750 | | |
| T4-T1 | 43 | -1.47 (2.99) | -1.10 (-2.02, -0.18) | 31 | -1.58 (3.15) | -0.73 (-1.81, 0.35) | -0.37 (-1.50, 0.77) | 0.5209 | | |
| **CBCL Kind (6-18) Rückzüglich/depressiv** | | | | | | | | | 0.0223 | 355 |
| T1 | 138 | 3.86 (3.45) | | 118 | 4.61 (3.94) | | | | | |
| T2-T1 | 89 | -0.62 (2.92) | -0.36 (-1.14, 0.41) | 59 | -0.29 (2.13) | 0.09 (-0.81, 0.99) | -0.45 (-1.35, 0.45) | 0.3229 | | |
| T3-T1 | 80 | -0.71 (2.60) | -0.46 (-1.23, 0.30) | 53 | -0.40 (1.96) | 0.05 (-0.83, 0.94) | -0.52 (-1.40, 0.36) | 0.2439 | | |
| T4-T1 | 43 | -1.12 (2.21) | -0.89 (-1.72, -0.07) | 31 | -1.45 (2.19) | -0.83 (-1.80, 0.13) | -0.06 (-1.04, 0.92) | 0.9007 | | |
| **CBCL Kind (6-18) Körperliche Beschwerden** | | | | | | | | | 0.0108 | 355 |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | CHIMPS-T | | | Kontrolle CHIMPS-T | | | CHIMPS-T vs Kontrolle CHIMPS-T | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| T1 | 138 | 3.31 (3.35) | | 118 | 3.14 (3.01) | | | | | |
| T2-T1 | 89 | -0.67 (3.06) | -0.40 (-0.98, 0.17) | 59 | -0.47 (2.02) | -0.53 (-1.24, 0.18) | 0.13 (-0.71, 0.97) | 0.7538 | | |
| T3-T1 | 80 | -0.38 (2.39) | -0.41 (-1.02, 0.20) | 53 | -0.83 (2.34) | -0.63 (-1.39, 0.12) | 0.22 (-0.67, 1.11) | 0.6191 | | |
| T4-T1 | 43 | -0.14 (2.72) | 0.04 (-0.63, 0.71) | 31 | -1.61 (1.96) | -1.55 (-2.37, -0.72) | 1.59 (0.61, 2.57) | 0.0020 | | |
| **CBCL Kind (6-18) Soziale Probleme** | | | | | | | | | 0.1617 | 355 |
| T1 | 138 | 3.21 (3.16) | | 118 | 3.96 (3.63) | | | | | |
| T2-T1 | 89 | -0.38 (2.24) | -0.65 (-1.25, -0.05) | 59 | -0.56 (2.23) | -0.09 (-0.78, 0.59) | -0.56* (-1.24, 0.12) | 0.1073* | | |
| T3-T1 | 80 | -0.70 (2.50) | -0.71 (-1.32, -0.10) | 53 | -0.58 (2.73) | -0.16 (-0.85, 0.54) | | | | |
| T4-T1 | 43 | -1.40 (3.27) | -1.16 (-1.90, -0.41) | 31 | -1.55 (2.94) | -0.60 (-1.42, 0.22) | | | | |

**Tabelle 24:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-T-Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| CBCL Kind (6-18) Regelverletzendes Verhalten | Zentrum | 0.0552 |
| | Familie | 0.0517 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (6-18) Denk-, (Schlaf-) & repetitive Probleme | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (6-18) Items ohne Skalenzugehörigkeit | Zentrum | 0.0510 |
| | Familie | 0.1500 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (6-18) Ängstlichkeit/Depressivität | Zentrum | 0.0795 |
| | Familie | 0.0052 |
| | Kind Nr | 0.4721 |
| CBCL Kind (6-18) Aufmerksamkeitsprobleme | Zentrum | 0.0944 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (6-18) Rückzüglich/depressiv | Zentrum | 0.0928 |
| | Familie | 0.0708 |
| | Kind Nr | 0.0060 |
| CBCL Kind (6-18) Körperliche Beschwerden | Zentrum | 0.0059 |
| | Familie | 0.0999 |
| | Kind Nr | 0.3029 |
| CBCL Kind (6-18) Soziale Probleme | Zentrum | 0.0365 |
| | Familie | 0.2660 |

**Tabelle 25:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-T-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### *6.1.7.1.1.2.2 Kinder über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht der KJ erhoben wurden. Dabei sollten KJ nur Fragebögen ausfüllen, wenn sie 8 Jahre oder älter waren. Falls dennoch ein jüngeres Kind etwas über sich geantwortet hat, wurde dies berücksichtigt.

Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.

Allerdings war auf Grund vieler fehlender Werte die Anzahl an Beobachtungen, die in die statistische Analyse einbezogen werden konnten, sehr gering und somit die Schätzung oft ungenau.

Insgesamt ergab sich kein einheitliches Bild bei den Behandlungseffekten in den KIDSCREEN-27-Scores, da diese zwischen -0,59 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz im Endpunkt Soziale Unterstützung zu T2) und 0,55 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz im Endpunkt Psychologisches Wohlbefinden) schwanken. Dies bedeutet, dass sich bei manchen KIDSCREEN-27-Subskalen die KG mehr verbessert (negatives Vorzeichen) und bei anderen die IG (positives Vorzeichen). Insgesamt sind die Gruppenunterschiede gering. Für den Endpunkt KIDSCREEN-27 Soziale Unterstützung und Gleichaltrige unterscheidet sich der Interventionseffekt über die Zeit.

Ebenso ergibt sich bei den Skalen des YSR/6-18R kein einheitliches Bild und die Schätzungen sind sehr ungenau auf Grund der geringen Beobachtungszahl. Die für den Baselinewert adjustierten mittleren Differenzen schwanken zwischen -10,59 (YSR/6-18R-Gesamtauffälligkeit) und -0,02 (YSR/6-18R Regelverletzendes Verhalten). Damit sind die Effektschätzer im Vorteil für die IG, aber oft auch nur gering.

Die Effektschätzer für die Skalen des FB-A schwanken zwischen -4,71 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz des Endpunkts FB-A-Summenwert) und -1,01 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz des Endpunkts FB-A-Kommunikation). Die adjustierten Werte in der IG fallen, während die adjustierten Werte in der KG zu manchen Zeitpunkten für manche Skalen auch steigen. Die Schätzungen sind sehr ungenau auf Grund der geringen Beobachtungszahl. Die Behandlungseffekte unterscheiden sich hier über die Zeit nicht.

Für den OSSQ Summenwert unterscheiden sich die Effekte über die Zeit nicht, wobei hier ebenfalls die weiten Konfidenzintervalle und somit ungenauen Schätzungen zu beachten sind. Die Veränderungen in beiden Gruppen sind minimal, so dass die Werte in beiden Gruppen in der Kategorie für die mittlere soziale Unterstützung verbleiben und der Effektschätzer gering ist.

Für den SSRMI Skalenwert unterscheiden sich die Effekte über die Zeit nicht, wobei hier ebenfalls die weiten Konfidenzintervalle und somit ungenauen Schätzungen zu beachten sind. Über die Zeit verändern sich die Werte in beiden Gruppen kaum, so dass auch der Effektschätzer gering ist.

Bei den Skalen des ESI ergibt sich auch kein einheitliches Bild und die Schätzungen sind sehr ungenau auf Grund der geringen Beobachtungszahl. Die für den Baselinewert adjustierten mittleren Differenzen schwanken zwischen -3,18 (ESI-Inkonsistenz zu T3) und 0,88 (ESI-Inkonsistenz zu T2). Insgesamt sind die Effektschätzer eher gering. Nur für den Endpunkt ESI-Inkonsistenz ist es nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden.

Mehr KJ nannten das Ziel *Veränderung beim präsentierten Problem* (57,75%). Das Ziel *Veränderung der Art des Ehesystems wurde selten genannt* (4,23%). 21,13% nannten das Ziel *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems*. Das Ziel *Veränderung der Art des Familiensystems* wurde auch von 21,13% genannt. Das Ziel *Veränderung der sozialen Unterstützung* wurde von 8,45% genannt. Die Gruppen unterschieden sich nicht in der Nennung der Ziele.

Das wichtigste Beratungsziel wurde zu T2 meist *Mittel erreicht* (36,36%), zu T3 meist *Mittel erreicht* oder *Hoch erreicht* (jeweils 32,35%) und zu T4 meist *Mittel erreicht* (47,06%). Es wurde zu T2 bis T4 angegeben, dass die Familiengespräche meist *Mittel* geholfen haben (T2: 54,29%; T3: 42,42%; T4: 41,18%). Die meisten KJ fühlten sich gut über die Erkrankung des Elternteils



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

informiert (T2: 40,54%; T3: 37,14%; T4: 58,82%). Die meisten KJ antworteten mit *Ziemlich* auf die Frage, wie offen über die Erkrankung des Elternteils in der Familie gesprochen wird (T2: 27,03%; T3: 30,56%; T4: 35,29%). Die meisten KJ konnten *Gut* mit der Erkrankung des Elternteils umgehen (T2: 48,65%; T3: 38,89%; T4: 41,18%). Die meisten KJ konnten *Ziemlich* mit einer Person außerhalb der Familie über die Erkrankung des Elternteils sprechen (T2: 27,03%; T3: 31,43%; T4: 29,41%).

#### *6.1.7.1.1.2.3 Kranke Elternteile über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht des kranken Elternteils beantwortet wurden.
Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.
Für den SF-12 Normwert physische Gesundheit steigen die Werte von Baseline zu T2 und T4, aber nicht zu T3 für beide Gruppen. Gemittelt über alle Zeitpunkte steigen die Werte in der IG weniger (für Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zwischen IG vs. KG: -0,28). Dieser Effektschätzer ist also zum Nachteil für die IG, aber er ist sehr gering. Für den SF-12 Normwert psychische Gesundheit steigen die Werte von Baseline zu den Folgezeitpunkten für beide Gruppen. Die Effektschätzer unterscheiden sich über die Zeit. Zu T2 und T4 ist die Erhöhung der SF-12-Werte in der IG geringer verglichen mit der KG, d. h., sie deuten auf einen Nachteil in der IG. Die Effektschätzer sind aber gering (-0,12 bzw. -3,95). Zu T3 sind die Werte in der IG verglichen mit der KG stärker gestiegen (für Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zw. IG vs. KG: 2,16). Allerdings sind die Konfidenzintervalle recht weit, was für eine ungenaue Schätzung spricht.
Für alle Skalen des PHQ-D fallen die Werte für beiden Gruppen von Baseline zu den Folgezeitpunkten. Für die Skalen PHQ-D: Summenwert Depressivität und PHQ-D: Summenwert Somatische Symptome fallen die Werte in der IG weniger verglichen mit der KG, d. h., die Effektschätzer zeigen in Richtung eines Nachteils für die IG. Für die Skala PHQ-D: Summenwert Stress fallen die Werte in der IG mehr als in der KG, also zeigt der Effektschätzer in Richtung eines Vorteils für die IG. Allerdings sind alle Effektschätzer sehr gering.
Für die Skalen des BSI zeigt sich kein einheitliches Bild, da die Effektschätzer zwischen -6,04 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei BSI: GS zu T3) und 20,21 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei BSI: GS zu T4) schwanken. Für die Endpunkte BSI: GS, BSI: Globaler Kennwert PSDI, BSI: Globaler Kennwert PST, BSI: Globaler Kennwert GSI, BSI: Zusatz Mittelwert, BSI: Paranoides Denken Mittelwert, BSI: Aggressivität/Feindseligkeit Mittelwert, BSI: Depressivität Mittelwert, BSI: Unsicherheit im Sozialkontakt Mittelwert, BSI: Zwanghaftigkeit Mittelwert ist es nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden. Meist fallen die Werte für beide Gruppen, d. h. verbessern sich. Die Veränderung ist aber meist gering und so auch die Effektschätzer. Ein positives Vorzeichen im Effektschätzer spricht für einen Nachteil der IG gegenüber der KG und ein negatives Vorzeichen spricht für einen Vorteil der IG gegenüber der KG.
Für die Skalen des RSQ zeigen sich kaum bzw. keine Änderungen über die Zeit und genauso kaum/keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Für RSQ: Ratio Involuntary Engagement Coping ist es nötig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden.
Für die Skalen des EFK zeigt sich kein einheitliches Bild, die Werte schwanken zwischen -2,02 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei EFK: Erarbeiten eines inneren Halts) und 1,96 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei EFK: Depressive Verarbeitung zu T4). Auch die beobachteten und adjustierten Mittelwerte in den Gruppen steigen oder fallen nicht einheitlich in den Behandlungsgruppen. Insgesamt sind die Effektschätzer eher gering. Für EFK: Depressive Verarbeitung und EFK: Depressive Verarbeitung Mittelwert ist es nötig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden.
Auch für die Skalen des FB-A sind die Effektschätzer meist eher gering und schwanken zwischen 0,75 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei FB-A:


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rollenverteilung zu T3) und 2,13 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei FB-A: Summenwert). Für FB-A: Rollenverteilung ist es nötig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden. Die beobachteten und adjustierten Mittelwerte in den Gruppen steigen oder fallen in den Behandlungsgruppen nicht einheitlich.
Für beide Gruppen steigt die soziale Unterstützung gemessen durch den OSSQ über die Zeit. Der Anstieg ist geringer in der IG verglichen mit der KG. Die Veränderung und der Gruppenunterschied sind sehr gering und beide Gruppen verbleiben in der Kategorie *mittlere Unterstützung*.
Mehr kranke Elternteile nannten das Ziel *Veränderung beim präsentierten Problem* (62,5%). Das Ziel *Veränderung der Art des Ehesystems* wurde nicht so häufig genannt (12,5%). 54,81% nannten das Ziel *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems*. Das Ziel *Veränderung der Art des Familiensystems* wurde von 37,5% genannt. Am wenigsten wurde das Ziel *Veränderung der sozialen Unterstützung* genannt (3,85%). Die Gruppen unterschieden sich nicht in der Nennung der Ziele. Das wichtigste Beratungsziel wurde zu T2 meist *Mittel erreicht* (39,47%), zu T3 meist *Hoch erreicht* (32,26%) und zu T4 meist wieder *Mittel erreicht* (38,89%). Es wurde zu T2-T4 angegeben, dass die Familiengespräche meist *Hoch* geholfen haben (T2: 44,74%; T3: 38,71%; T4: 55,56%).

#### *6.1.7.1.1.2.4 Zweite Elternteile über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht des zweiten Elternteils beantwortet wurden.
Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.
Für den SF-12 Normwert physische Gesundheit steigen die Werte in der IG und in der KG gibt es kaum eine Änderung. Gemittelt über alle Zeitpunkte steigen die Werte in der IG mehr (für Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zwischen IG vs. KG: 1,72). Dieser Effektschätzer zeigt einen Vorteil für die IG an. Für den SF-12 Normwert psychische Gesundheit steigen die Werte von Baseline zu den Folgezeitpunkten für beide Gruppen. Diese Steigerung ist in der IG geringer (für Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zwischen IG vs. KG: -2,18).
Für alle Skalen des PHQ-D fallen die Werte für beiden Gruppen von Baseline zu den Folgezeitpunkten. Für alle Skalen fallen die Werte in der IG weniger verglichen mit der KG, d.h., die Effektschätzer zeigen in Richtung eines Nachteils für die IG. Allerdings sind alle Effektschätzer sehr gering.
Für die Skalen des BSI sind die Gruppenunterschiede sehr gering und es zeigt sich kein einheitliches Bild, da die Effektschätzer zwischen -0,91 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei BSI: Globaler Kennwert PSDI zu T2) und 2,83 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs KG bei BSI: Globaler Kennwert PST) schwanken. Für die Endpunkte BSI: Unsicherheit im Sozialkontakt Mittelwert, BSI: Ängstlichkeit Mittelwert, BSI: Globaler Kennwert PSDI ist es notwendig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden. Meist fallen die Werte für beide Gruppen, d. h. verbessern sich. Die Veränderung ist meist sehr gering. Ein positives Vorzeichen im Effektschätzer spricht für einen Nachteil der IG gegenüber der KG und ein negatives Vorzeichen spricht für einen Vorteil der IG gegenüber der KG.
Für die Skalen des RSQ zeigen sich kaum bzw. keine Änderungen über die Zeit und genauso kaum/keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Für RSQ: Ratio Involuntary Engagement Coping ist es dennoch notwendig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden.
Auch für die Skalen des FB-A sind die Effektschätzer meist eher gering und schwanken zwischen 0,90 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei FB-A: Kommunikation) und 1,04 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei FB-A: Affektive Beziehungsaufnahme). Für FB-A: Affektive Beziehungsaufnahme, FB-A: Werte und Normen ist es nötig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden. Die beobachteten und


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

adjustierten Mittelwerte in den Gruppen steigen oder fallen in den Behandlungsgruppen nicht einheitlich.
Beide Gruppen verbleiben über die Zeit in der Kategorie *mittlere Unterstützung*, d. h., die Werte des OSSQ verändern sich kaum über die Zeit. Zu T2 fallen die Werte in der IG, aber nicht in der KG, ausgehend vom Baselinewert. Zu T3 fallen die Werte in der KG mehr als in der IG, ausgehend vom Baselinewert. Zu T4 steigen die Werte in der IG und fallen in der KG, ausgehend vom Baselinewert. Somit ist es auch nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden.
Mehr zweite Elternteile nannten das Ziel *Veränderung beim präsentierten Problem* (57,75%). Das Ziel *Veränderung der Art des Ehesystems* wurde nicht so häufig genannt (26,76%). 46,48% nannten das Ziel *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems*. Das Ziel *Veränderung der Art des Familiensystems* wurde von 29,73% der KG genannt und von 47,06% der IG. Am wenigsten wurde das Ziel *Veränderung der sozialen Unterstützung* genannt (1,41%). Die Gruppen unterschieden sich meist nicht in der Nennung der Ziele. Das wichtigste Beratungsziel wurde zu T2 meist *Mittel erreicht* (44,83%), zu T3 meist *Mittel erreicht* (47,37%) und zu T4 meist *Hoch erreicht* (41,67%). Es wurde zu T2-T4 angegeben, dass die Familiengespräche meist *Hoch* geholfen haben (T2: 31,03%; T3: 35,0%; T4: 33,33%).

#### *6.1.7.1.1.2.5 Diagnostiker*innen über Familienmitglieder*

In **Tabelle 26** und **Tabelle 27** sind die Ergebnisse der Analysen des K-SADS-PL angegeben und im Anhang des Evaluationsberichts die weiteren Analyseergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht der Diagnostiker*innen erhoben wurden. Der K-SADS-PL wurde im Eltern- und Kinderinterview (mit allen KJ ab 10 Jahren) erhoben. Falls mehr als ein Elternteil pro Familie dazu befragt wurde, wurde nur der Eintrag des kranken Elternteils zur Analyse verwendet. Die Anzahl der festgestellten Diagnosen war sehr gering und somit konnte kein statistisches Modell für den Vergleich von IG und KG berechnet werden. Die Gesamtanzahl an Beobachtungen fiel hier deutlich über die Zeit, was ebenfalls problematisch für eine Modellberechnung war. Nach Angaben der Eltern stieg die Anzahl der Diagnosen von Baseline zu den Folgezeitpunkten leicht und war in der IG etwas höher. Nach Angaben der KJ war die Anzahl an Diagnosen zu Baseline deutlich höher als durch die Eltern angegeben, fiel jedoch von Baseline zu den Folgezeitpunkten. Zu T3 liegen in der KG mehr Diagnosen vor als in der IG. Zu den übrigen Zeitpunkten sind die Diagnoseanzahlen in den Gruppen ausgeglichen.
Weitere Endpunkte, die aus Sicht der Diagnostiker*innen erhoben wurden, sind GARF, GAF bzgl. der Eltern und GAF bzgl. der Kinder. Hier zeigten sich die folgenden Ergebnisse (siehe Anhang des Evaluationsberichts):

- GARF:
  - Behandlungseffekte für die Veränderung zur Baseline zwischen den Behandlungsgruppen ändern sich über die Zeit, wobei nur zu T2 der Behandlungseffekt in die Richtung eines Vorteils für die IG zeigt (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz jeweils CHIMPS-T-IG vs. CHIMPST-KG):
    T1: -0,75 (95%-KI: -12,76; 11,27)
    T2: 4,70 (95%-KI: -7,23; 16,63)
    T3: -12,50 (95%-KI: -24,44; -0,55)
  - In beiden Gruppen zeigen sich über die Zeit bessere GARF-Werte.
  - Weite KI wegen kleiner Beobachtungszahl.
  - Geringe Effekte.
- GAF (Eltern):
  - Behandlungseffekte für die Veränderung zur Baseline zwischen den Behandlungsgruppen scheinen sich nicht über die Zeit zu ändern, d. h. für alle Zeitpunkte (für Elternteil und Baselinewert adjustierte mittlere Differenz CHIMPS-T-IG vs. CHIMPS-T-KG):


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

0,93 (95%-KI: -6,78; 8,64)

- D. h., es besteht kaum ein Unterschied zwischen den Gruppen; es ist nur eine minimal höhere Veränderung der Werte von Baseline zu den Folgezeitpunkten in der IG beobachtbar.
- In beiden Gruppen zeigen sich über die Zeit bessere GAF-Werte.

- GAF (KJ):
- Behandlungseffekte für die Veränderung zur Baseline zwischen den Behandlungsgruppen ändern sich nicht über die Zeit, d. h. für alle Zeitpunkte (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz CHIMPS-T-IG vs. CHIMPS-T-KG): -1,24 (95%-KI: -5,53; 3,04)
- D. h., es besteht kaum ein Unterschied zwischen den Gruppen; es ist nur eine minimal höhere Veränderung der Werte von Baseline zu den Folgezeitpunkten in der KG zu sehen.
- In beiden Gruppen zeigen sich über die Zeit bessere GAF-Werte.

| | Variable | Kontrollgruppe CHIMPS-T (N=92) | Interventionsgruppe CHIMPS-T (N=111) | Total (N=203) |
|---|---|---|---|---|
| T1 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 67/74 (90.5%) | 81/95 (85.3%) | 148/169 (87.6%) |
| | Ja | 7/74 (9.5%) | 14/95 (14.7%) | 21/169 (12.4%) |
| T2 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 34/38 (89.5%) | 42/55 (76.4%) | 76/93 (81.7%) |
| | Ja | 4/38 (10.5%) | 13/55 (23.6%) | 17/93 (18.3%) |
| T3 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 32/36 (88.9%) | 38/47 (80.9%) | 70/83 (84.3%) |
| | Ja | 4/36 (11.1%) | 9/47 (19.1%) | 13/83 (15.7%) |
| T4 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 15/17 (88.2%) | 24/29 (82.8%) | 39/46 (84.8%) |
| | Ja | 2/17 (11.8%) | 5/29 (17.2%) | 7/46 (15.2%) |

**Tabelle 26:** *Deskriptive Ergebnisse des Kiddie-SADS aus Elterninterview - CHIMPS-T-Studie*
T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2=Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung; T3=Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung; T4=Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Variable | Kontrollgruppe CHIMPS-T (N=48) | Interventionsgruppe CHIMPS-T (N=63) | Total (N=111) |
|---|---|---|---|---|
| T1 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 13/39 (33.3%) | 20/51 (39.2%) | 33/90 (36.7%) |
| | Ja | 26/39 (66.7%) | 31/51 (60.8%) | 57/90 (63.3%) |
| T2 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 9/16 (56.2%) | 11/17 (64.7%) | 20/33 (60.6%) |
| | Ja | 7/16 (43.8%) | 6/17 (35.3%) | 13/33 (39.4%) |
| T3 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 5/11 (45.5%) | 6/9 (66.7%) | 11/20 (55.0%) |
| | Ja | 6/11 (54.5%) | 3/9 (33.3%) | 9/20 (45.0%) |
| T4 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 2/3 (66.7%) | 4/6 (66.7%) | 6/9 (66.7%) |
| | Ja | 1/3 (33.3%) | 2/6 (33.3%) | 3/9 (33.3%) |

**Tabelle 27:** *Deskriptive Ergebnisse des Kiddie-SADS aus Kinderinterview - CHIMPS T-Studie*
T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2=Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung; T3=Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung; T4=Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung

#### *6.1.7.1.1.2.6 Therapeut*innen*

Im Anhang des Evaluationsberichts befindet sich die deskriptive Beschreibung über statistische Kenngrößen wie Mittelwert oder Häufigkeiten der von den Therapeut*innen ausgefüllten Fragebögen (CPPS-T-P, WAI-SR und Ad-hoc-Items). Zwischen 70% und 80% der Therapeut*innen haben Angaben in diesen Fragebögen geliefert. Die Nennung der Ziele war wie folgt: *Veränderung beim präsentierten Problem* von 60,78%; *Veränderung der Art des Ehesystems* von 13,73%; *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems* von 52,94%; *Veränderung der Art des Familiensystems* von 49,02%; *Veränderung der sozialen Unterstützung* von 1,96%. Die Beratung wurde in den meisten Fällen von den Familien vollständig beendet (72,92%). Das Beratungsziel der Familie wurde meist *Mittel erreicht* (52,94%).
Die Werte des WAI-SR steigen leicht vom Erstgespräch zu den Folgegesprächen und somit wurde die Beziehung zwischen Therapeut*innen und Familien(mitgliedern) über den Zeitraum der Therapiesitzungen besser. Auch die Werte des CPPS-T-P stiegen minimal vom Erst- zu den Folgegesprächen und somit die Aktivität/das gezielte Einbringen einiger Punkte der Therapeut*innen.

### 6.1.7.1.1.3 Sensitivitätsanalysen

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen, d. h. der Analyse des primären Endpunkts basierend auf der PP-Population. Die Ergebnisse der primären Analyse basierend auf der FAS-Population wurden bestätigt.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### 6.1.7.1.1.4 Sicherheitsendpunkte

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Analysen zu den unerwünschten Ereignissen aufgeteilt nach Familie, kranker Elternteil, zweiter Elternteil und KJ. Die absoluten und relativen Häufigkeiten dafür, ob mindestens eines der abgefragten unerwünschten Ereignisse aufgetreten ist, sind dargestellt, sowie die Anzahlen der Ereignisse, wenn diese mehrmals pro Familie auftraten. Insgesamt sind wenige unerwünschte Ereignisse aufgetreten, sodass keine statistischen Modelle berechnet werden konnten. Die unerwünschten Ereignisse sind ähnlich auf die IG und KG verteilt.

#### 6.1.7.1.1.5 Subgruppenanalysen

Im Anhang des Evaluationsberichts sind die Ergebnisse der Subgruppenanalysen für den primären Endpunkt dargestellt. Für die Subgruppen *Zentrum* und *Sozialer Status* mit drei Gruppen, sowie *Online Format – Ja-Nein* sind die Ergebnisse nur über deskriptive Kenngrößen dargestellt. Für die Subgruppe *Sozialer Status* mit nur zwei Kategorien und *Stadtgröße* konnten ebenfalls Modellergebnisse angegeben werden. Dies war für die anderen Subgruppen nicht möglich, da es zu wenige Beobachtungen in den einzelnen Gruppen (Kategorien der Subgruppen aufgeteilt in den Behandlungsgruppen) gab. Alle Interaktions-*p*-Werte mit dem sozialen Status oder der Stadtgröße sind > 0,15 oder haben zu geringe Beobachtungszahlen, so dass es nicht notwendig erscheint, zwischen dem sozialen Status oder der Stadtgröße hinsichtlich des Behandlungseffekts zu unterscheiden.

### 6.1.7.1.2 CHIMPS-MFT

#### 6.1.7.1.2.1 Primärer Endpunkt

**Tabelle 28** zeigt die Ergebnisse der Analyse des primären Endpunkts. Diese werden in **Abbildung 9** veranschaulicht. Eine weitere Deskription des CBCL-Gesamtscores über alle Zeitpunkte in den Gruppen ist im Anhang zu finden.

Zum primär interessierenden Zeitpunkt T3 konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG gezeigt werden (für Elternteil und Baselinewert adjustierte mittlere Differenz zwischen CHIMPS-MFT-IG vs. CHIMPS-MFT-KG: -0,05; 95-KI: (-0,27; 0,17); *p*-Wert = 0,64). Dieser Behandlungseffekt bedeutet, dass die Werte der standardisierten CBCL in der IG von Baseline zu T3 mehr fallen als in der KG, d. h., die Gesamtauffälligkeit der KJ sinkt über die Zeit mehr in der IG im Vergleich zur KG. Allerdings ist der Behandlungseffekt gering.

Sowohl in der IG als auch in der KG fallen die Werte der CBCL über die Zeit.

Sekundär interessierten auch die anderen Zeitpunkte. Es zeigte sich, dass sich die Behandlungseffekte zu den drei Zeitpunkten unterscheiden (deskriptiver *p*-Wert der Interaktion zwischen Gruppe und Zeit = 0,12). Zu T4 deutet der Behandlungseffekt ebenfalls in die Richtung eines Vorteils für die IG. Zu T2 ist die Reduktion der CBCL gegenüber der Baseline-Messung in der KG höher und somit deutet der Behandlungseffekt in Richtung eines Vorteils für die KG.

Die ICC für die zufälligen Effekte sind in **Tabelle 29** gelistet.

Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT | | | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT vs Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind Gesamtauffälligkeit (standardisiert)** | | | | | | | | | 0.1248 | 737 |
| T1 | 239 | 0.22 (0.93) | | 284 | 0.07 (0.95) | | | | | |
| T2-T1 | 136 | -0.25 (0.67) | -0.09 (-0.26, 0.07) | 157 | -0.20 (0.59) | -0.19 (-0.34, -0.03) | 0.09 (-0.12, 0.31) | 0.3924 | | |
| T3-T1 | 107 | -0.32 (0.64) | -0.20 (-0.38, -0.03) | 149 | -0.15 (0.61) | -0.15 (-0.31, 0.01) | -0.05 (-0.27, 0.17) | 0.6360 | | |
| T4-T1 | 78 | -0.38 (0.70) | -0.24 (-0.43, -0.05) | 110 | -0.22 (0.60) | -0.19 (-0.36, -0.02) | -0.05 (-0.29, 0.20) | 0.7100 | | |

**Tabelle 28:** *Modellergebnis der Analyse des primären Endpunkts - CHIMPS-MFT-Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline

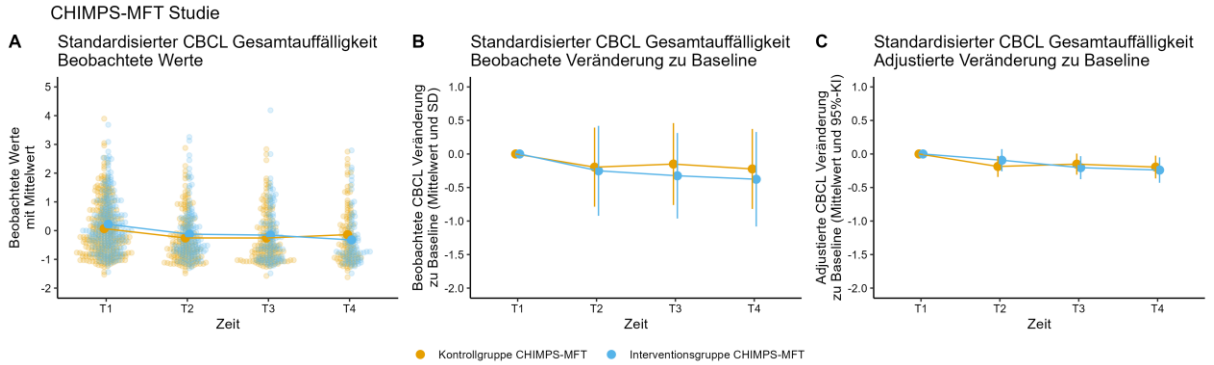



**Abbildung 9:** *Verlauf des primären Endpunkts - CHIMPS-MFT-Studie*

SD=Standardabweichung; CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2=Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung; T3=Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung; T4=Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung; KI=Konfidenzintervall


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| CBCL Kind Gesamtauffälligkeit (standardisiert) | Zentrum | 0.0000 |
| | MFT Gruppe | 0.1287 |
| | Familie | 0.4659 |

**Tabelle 29:** *ICC aus Modellanalyse des primären Endpunkts - CHIMPS-MFT-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient

### 6.1.7.1.2.2 Sekundäre Endpunkte

In diesem Kapitel werden nur die Modellergebnisse zu den im Kapitel **3.4.1.2** Sekundäre Hypothesen vorformulierten Hypothesen tabellarisch dargestellt (d. h. Analysen bzgl. der CBCL und des K-SADS-PL). Die restlichen Ergebnisse befinden sich im Anhang des Evaluationsberichts. Alle Ergebnisse in diesem Kapitel sind nur explorativ, d. h., die *p*-Werte sind deskriptiv und es sollte mehr die klinische Relevanz beurteilt werden. Für alle Modelle wurden die Modellannahmen überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.

#### *6.1.7.1.2.2.1 Eltern über Kinder*

In **Tabelle 30** bis **Tabelle 35** sind die Ergebnisse der Analysen der CBCL angegeben und im Anhang des Evaluationsberichts die weiteren Analyseergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht der Eltern über die Kinder erhoben wurden.
Wie bereits für die CHIMPS-T-Studie erwähnt wird die CBCL in zwei Altersklassen der KJ unterschieden: 1,5 bis 5 Jahre; 6 Jahre und älter. Neben den Subskalen, die nur für eine der Altersklassen berechnet werden, gibt es auch zwei Skalen, die für beide vorhanden sind und somit wird im Folgenden wieder zwischen allen Kindern, jüngeren Kindern (1,5 bis 5 Jahre) und älteren Kindern (6 Jahre und älter) unterschieden.

##### 6.1.7.1.2.2.1.1 Alle Kinder

**Tabelle 30** zeigt die Modellergebnisse der Analysen der beiden Subskalen, die für alle KJ vorliegen. Um die Angaben der unterschiedlichen Altersklassen kombinieren zu können, wurden die CBCL-Werte zunächst standardisiert, die Analyseergebnisse basieren daher auf diesen standardisierten Werten. Es zeigt sich, dass:

- für beide Endpunkte und Gruppen die standardisierten Werte der CBCL (Skalen: Internale Probleme, Externale Probleme) über die Zeit fallen.
- die adjustierte Veränderung zur Baseline größer in der CHIMPS-MFT-IG für alle Zeitpunkte für den Endpunkt Externale Probleme ist.
- die adjustierte Veränderung zur Baseline größer in der CHIMPS-MFT-KG für alle Zeitpunkte für den Endpunkt Internale Probleme ist.
- beide Behandlungseffekte nahe 0 sind, was für kaum einen Unterschied spricht.

Die ICCs sind in **Tabelle 31** zu finden.
Der KIDSCREEN-27 sollte ebenfalls von allen Eltern über alle KJ beantwortet werden. Die Modellergebnisse dazu befinden sich im Anhang des Evaluationsberichts. Hierbei zeigt sich kein einheitliches Bild des Behandlungseffekts (CHIMPS-MFT-IG vs. CHIMPS-MFT-KG über die Subskalen hinweg, da dieser zwischen -0,33 (für Elternteil und Baselinewert adjustierte mittlere Differenz zwischen den Gruppen für die Skala Körperliches Wohlbefinden zu T2) und 0,08 (für Elternteil und Baselinewert adjustierte mittlere Differenz zwischen den Gruppen für die Skala Körperliches Wohlbefinden zu T3 und die Skala Soziale Unterstützung und Gleichaltrige) schwankt. Dies bedeutet, dass die KG sich bei manchen KIDSCREEN-27-


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Subskalen, ausgehend von Baseline, mehr verbessert (negatives Vorzeichen) und für andere die IG (positives Vorzeichen). Für den KIDSCREEN-10 beträgt der Effektschätzer -0,13 (95%-KI: (-0,35; 0,09)). Insgesamt sind die Effektschätzer gering und teils nahe bei 0, d. h., es gibt kaum Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Bis auf die Subskalen Körperliches Wohlbefinden und Psychologisches Wohlbefinden muss aber für keinen weiteren Endpunkt der Effektschätzer für die Zeitpunkte unterschieden werden.

| | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT | | | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT vs Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind Externale Probleme (standardisiert)** | | | | | | | | | 0.4716 | 737 |
| T1 | 239 | 0.20 (0.95) | | 284 | 0.04 (0.90) | | | | | |
| T2-T1 | 136 | -0.22 (0.61) | -0.17 (-0.31, -0.03) | 157 | -0.14 (0.58) | -0.10 (-0.23, 0.03) | -0.07* (-0.24, 0.11) | 0.4335* | | |
| T3-T1 | 107 | -0.32 (0.73) | -0.19 (-0.34, -0.04) | 149 | -0.06 (0.63) | -0.12 (-0.25, 0.01) | | | | |
| T4-T1 | 78 | -0.27 (0.75) | -0.16 (-0.32, -0.01) | 110 | -0.05 (0.63) | -0.09 (-0.24, 0.05) | | | | |
| **CBCL Kind Internale Probleme (standardisiert)** | | | | | | | | | 0.3804 | 737 |
| T1 | 239 | 0.18 (0.99) | | 284 | 0.02 (0.95) | | | | | |
| T2-T1 | 136 | -0.22 (0.80) | -0.02 (-0.19, 0.15) | 157 | -0.17 (0.74) | -0.12 (-0.27, 0.04) | 0.10* (-0.07, 0.27) | 0.2608* | | |
| T3-T1 | 107 | -0.25 (0.73) | -0.01 (-0.18, 0.17) | 149 | -0.13 (0.70) | -0.10 (-0.27, 0.06) | | | | |
| T4-T1 | 78 | -0.33 (0.80) | -0.10 (-0.28, 0.08) | 110 | -0.25 (0.74) | -0.20 (-0.37, -0.03) | | | | |

**Tabelle 30:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-MFT-Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| CBCL Kind Externale Probleme (standardisiert) | Zentrum | 0.0000 |
| | MFT Gruppe | 0.0564 |
| | Familie | 0.2931 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind Internale Probleme (standardisiert) | Zentrum | 0.0434 |
| | Familie | 0.4052 |

**Tabelle 31:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-MFT-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer

#### 6.1.7.1.2.2.1.2 Jüngere Kinder (1,5 bis 5 Jahre)

In **Tabelle 32** sind die Ergebnisse der Analysen der Subskalen, die nur für jüngere Kinder angegeben werden, dargestellt. Für alle Endpunkte scheinen die Behandlungseffekte konstant über die Zeit zu bleiben. Bis auf den Endpunkt Aggressives Verhalten (Behandlungseffekt: -0,53; 95%-KI: (-4,28; 3,21)) zeigen die Effekte in die Richtung eines Vorteils für die CHIMPS-MFT-KG mit Behandlungseffekten zwischen 0,39 und 0,93. Teilweise steigen die CBCL-Werte auch über die Zeit in der IG CHIMPS-MFT, wohingegen die Werte in der CHIMPS-MFT-KG fallen. Alle Effekte sind sehr gering. Die ICCs sind in **Tabelle 33** zu finden.

| | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT | | | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT vs Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind (1.5-5) Emotionale Reaktivität** | | | | | | | | | 0.7024 | 145 |
| T1 | 55 | 3.18 (2.25) | | 75 | 3.25 (2.37) | | | | | |
| T2-T1 | 23 | -0.22 (2.07) | 0.00 (-1.18, 1.19) | 35 | -0.89 (1.94) | -0.93 (-2.01, 0.15) | 0.93* (-0.60, 2.47) | 0.2112* | | |
| T3-T1 | 18 | 0.39 (2.15) | 0.00 (-1.17, 1.18) | 33 | -0.97 (1.96) | -0.93 (-1.97, 0.11) | | | | |
| T4-T1 | 14 | -0.29 (2.37) | -0.18 (-1.45, 1.10) | 22 | -1.32 (2.57) | -1.11 (-2.29, 0.07) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Sozialer Rückzug** | | | | | | | | | 0.7971 | 145 |
| T1 | 55 | 3.35 (2.91) | | 75 | 3.91 (3.66) | | | | | |


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT | | | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT vs Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| T2-T1 | 23 | 0.30 (1.64) | 0.46 (-1.19, 2.11) | 35 | -0.49 (3.36) | -0.14 (-1.62, 1.34) | 0.60* (-0.94, 2.13) | 0.4166* | | |
| T3-T1 | 18 | -0.28 (2.02) | 0.11 (-1.61, 1.82) | 33 | -0.52 (4.15) | -0.49 (-2.01, 1.03) | | | | |
| T4-T1 | 14 | 0.21 (2.08) | 0.03 (-1.74, 1.79) | 22 | -1.41 (3.10) | -0.57 (-2.20, 1.06) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Schlafprobleme** | | | | | | | | | 0.2100 | 145 |
| T1 | 55 | 3.76 (2.59) | | 75 | 2.97 (2.55) | | | | | |
| T2-T1 | 23 | -0.70 (2.24) | 0.05 (-0.79, 0.89) | 35 | -0.23 (1.85) | -0.46 (-1.17, 0.25) | 0.51* (-0.54, 1.56) | 0.3111* | | |
| T3-T1 | 18 | -0.67 (4.10) | -0.12 (-1.08, 0.84) | 33 | -0.21 (2.06) | -0.63 (-1.45, 0.19) | | | | |
| T4-T1 | 14 | -0.29 (3.17) | 0.55 (-0.41, 1.51) | 22 | 0.45 (2.15) | 0.04 (-0.83, 0.91) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Ängstlichkeit/Depressivität** | | | | | | | | | 0.9788 | 145 |
| T1 | 55 | 3.02 (2.36) | | 75 | 2.75 (2.34) | | | | | |
| T2-T1 | 23 | -0.43 (1.95) | -0.11 (-1.31, 1.09) | 35 | -0.63 (2.18) | -0.63 (-1.72, 0.46) | 0.52* (-1.07, 2.12) | 0.4923* | | |
| T3-T1 | 18 | 0.00 (2.20) | 0.08 (-1.18, 1.34) | 33 | -0.64 (2.60) | -0.44 (-1.58, 0.70) | | | | |
| T4-T1 | 14 | -1.00 (2.04) | -0.26 (-1.58, 1.06) | 22 | -0.82 (2.26) | -0.78 (-2.02, 0.47) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Körperliche Beschwerden** | | | | | | | | | 0.8955 | 145 |
| T1 | 55 | 1.47 (1.44) | | 75 | 2.13 (2.09) | | | | | |
| T2-T1 | 23 | 0.30 (2.55) | 0.07 (-0.72, 0.86) | 35 | -0.66 (1.94) | -0.32 (-1.05, 0.41) | 0.39* (-0.50, 1.28) | 0.3616* | | |
| T3-T1 | 18 | 0.22 (1.99) | 0.03 (-0.72, 0.78) | 33 | -0.70 (1.91) | -0.36 (-1.01, 0.29) | | | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT | | | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT vs Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| T4-T1 | 14 | -0.64 (1.91) | -0.20 (-0.94, 0.53) | 22 | -0.64 (1.22) | -0.59 (-1.26, 0.08) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Aufmerksamkeitsprobleme** | | | | | | | | | 0.9615 | 145 |
| T1 | 55 | 2.51 (2.08) | | 75 | 2.04 (1.54) | | | | | |
| T2-T1 | 23 | 0.09 (1.70) | 0.28 (-0.51, 1.08) | 35 | -0.14 (1.22) | -0.36 (-1.09, 0.37) | 0.64* (-0.40, 1.69) | 0.2057* | | |
| T3-T1 | 18 | 0.94 (1.30) | 0.55 (-0.30, 1.39) | 33 | -0.21 (1.47) | -0.10 (-0.86, 0.67) | | | | |
| T4-T1 | 14 | 0.79 (1.67) | 0.52 (-0.31, 1.34) | 22 | -0.45 (1.37) | -0.13 (-0.90, 0.64) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Aggressives Verhalten** | | | | | | | | | 0.6077 | 145 |
| T1 | 55 | 12.55 (5.82) | | 75 | 11.59 (6.65) | | | | | |
| T2-T1 | 23 | -1.57 (3.34) | -0.92 (-3.85, 2.01) | 35 | -0.03 (5.23) | -0.39 (-3.06, 2.28) | -0.53* (-4.28, 3.21) | 0.7628* | | |
| T3-T1 | 18 | -2.06 (6.50) | -1.70 (-4.66, 1.25) | 33 | -0.85 (5.70) | -1.17 (-3.80, 1.46) | | | | |
| T4-T1 | 14 | -0.79 (7.36) | -0.89 (-3.87, 2.09) | 22 | -1.64 (4.08) | -0.35 (-3.08, 2.37) | | | | |

**Tabelle 32:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-MFT-Studie*

beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| CBCL Kind (1.5-5) Emotionale Reaktivität | Zentrum | 0.0000 |
| | MFT Gruppe | 0.6177 |
| | Familie | 0.0168 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (1.5-5) Sozialer Rückzug | Zentrum | 0.3761 |
| | MFT Gruppe | 0.1111 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.1898 |
| CBCL Kind (1.5-5) Schlafprobleme | Zentrum | 0.0000 |
| | MFT Gruppe | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.3507 |
| CBCL Kind (1.5-5) Ängstlichkeit/Depressivität | Zentrum | 0.0000 |
| | MFT Gruppe | 0.4667 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (1.5-5) Körperliche Beschwerden | Zentrum | 0.0000 |
| | MFT Gruppe | 0.0000 |
| | Familie | 0.3912 |
| | Kind Nr | 0.0742 |
| CBCL Kind (1.5-5) Aufmerksamkeitsprobleme | Zentrum | 0.0000 |
| | MFT Gruppe | 0.3244 |
| | Familie | 0.1983 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (1.5-5) Aggressives Verhalten | Zentrum | 0.0171 |
| | MFT Gruppe | 0.0000 |



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| | Familie | 0.7304 |

**Tabelle 33:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-MFT-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer

#### 6.1.7.1.2.2.1.3 Älter Kinder (6 Jahre und älter)

In **Tabelle 34** sind die Ergebnisse der Analysen der Subskalen, die nur für ältere KJ angegeben werden, dargestellt. Hierbei zeigt sich kein einheitliches Bild des Behandlungseffekts (CHIMPS-MFT-IG vs. CHIMPS-MFT-KG über die Subskalen hinweg. Die Effektschätzer schwanken zwischen -0,85 (für Elternteil und Baselinewert adjustierte mittlere Differenz zwischen den Gruppen für die Skala Regelverletzendes Verhalten zu T3) und 0,68 (für Elternteil und Baselinewert adjustierte mittlere Differenz zwischen den Gruppen für die Skala Körperliche Beschwerden zu T2). Dies bedeutet, dass die IG sich bei manchen CBCL-Subskalen, ausgehend von Baseline, mehr verbessert (negatives Vorzeichen) und für andere die KG (positives Vorzeichen). Insgesamt sind die Effektschätzer sehr gering. Für manche ist der Effekt auch nahe 0, was für keinen Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen spricht (Denk-, (Schlaf-) & repetitive Probleme; Ängstlichkeit/Depressivität; Aufmerksamkeitsprobleme; Körperliche Beschwerden zu T3). Bei manchen Endpunkten sind die Effekte über die Zeit unterschiedlich (Regelverletzendes Verhalten, Körperliche Beschwerden) und bei anderen konstant über die Zeit (Denk-, (Schlaf-) & repetitive Probleme; Ängstlichkeit/Depressivität; Aufmerksamkeitsprobleme; Items ohne Skalenzugehörigkeit; Soziale Probleme). Für die Skala Rückzüglich/depressiv konnte kein Modell berechnet werden. Die ICCs sind in **Tabelle 35** zu finden.

| | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT | | | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT vs Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind (6-18) Ängstlichkeit/Depressivität** | | | | | | | | | 0.8980 | 540 |
| T1 | 184 | 5.27 (4.44) | | 209 | 4.27 (4.21) | | | | | |
| T2-T1 | 105 | -1.05 (3.74) | -0.29 (-1.15, 0.57) | 113 | -0.53 (2.94) | -0.23 (-1.05, 0.58) | -0.06* (-1.04, 0.93) | 0.9108* | | |
| T3-T1 | 81 | -1.37 (3.56) | -0.35 (-1.24, 0.55) | 105 | -0.26 (2.98) | -0.29 (-1.12, 0.54) | | | | |
| T4-T1 | 61 | -1.61 (3.92) | -0.51 (-1.46, 0.43) | 75 | -0.59 (3.14) | -0.46 (-1.34, 0.43) | | | | |
| **CBCL Kind (6-18) Aufmerksamkeitsprobleme** | | | | | | | | | 0.3526 | 540 |
| T1 | 184 | 5.09 (3.93) | | 209 | 4.51 (3.65) | | | | | |
| T2-T1 | 105 | -0.54 (2.56) | -0.25 (-0.91, 0.40) | 113 | -0.50 (2.45) | -0.18 (-0.80, 0.43) | -0.07* (-0.83, 0.69) | 0.8532* | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT | | | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT vs Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| T3-T1 | 81 | -0.98 (2.37) | -0.72 (-1.39, -0.06) | 105 | -0.72 (2.30) | -0.65 (-1.26, -0.05) | | | | |
| T4-T1 | 61 | -1.41 (3.17) | -0.71 (-1.44, 0.01) | 75 | -0.55 (2.24) | -0.64 (-1.31, 0.03) | | | | |
| **CBCL Kind (6-18) Körperliche Beschwerden** | | | | | | | | | 0.0868 | 540 |
| T1 | 184 | 2.48 (2.58) | | 209 | 2.00 (2.21) | | | | | |
| T2-T1 | 105 | -0.18 (2.57) | 0.24 (-0.32, 0.79) | 113 | -0.29 (2.23) | -0.44 (-0.96, 0.09) | 0.68 (-0.02, 1.37) | 0.0562 | | |
| T3-T1 | 81 | -0.40 (1.67) | -0.07 (-0.62, 0.48) | 105 | -0.07 (1.66) | 0.02 (-0.47, 0.51) | -0.08 (-0.75, 0.58) | 0.8015 | | |
| T4-T1 | 61 | -0.28 (2.35) | 0.02 (-0.61, 0.65) | 75 | -0.31 (2.07) | -0.31 (-0.87, 0.25) | 0.33 (-0.44, 1.11) | 0.3971 | | |
| **CBCL Kind (6-18) Regelverletzendes Verhalten** | | | | | | | | | 0.0176 | 540 |
| T1 | 184 | 2.67 (2.86) | | 209 | 2.04 (2.16) | | | | | |
| T2-T1 | 105 | -0.46 (2.02) | -0.13 (-0.65, 0.39) | 113 | -0.42 (1.50) | -0.27 (-0.77, 0.22) | 0.15 (-0.40, 0.69) | 0.5987 | | |
| T3-T1 | 81 | -0.77 (1.74) | -0.54 (-1.08, -0.00) | 105 | 0.12 (1.66) | 0.31 (-0.19, 0.80) | -0.85 (-1.41, -0.28) | 0.0032 | | |
| T4-T1 | 61 | -0.49 (1.90) | -0.25 (-0.84, 0.34) | 75 | 0.08 (1.69) | 0.08 (-0.45, 0.62) | -0.34 (-0.98, 0.31) | 0.3049 | | |
| **CBCL Kind (6-18) Items ohne Skalenzugehörigkeit** | | | | | | | | | 0.2043 | 540 |
| T1 | 184 | 3.27 (2.69) | | 209 | 3.76 (3.29) | | | | | |
| T2-T1 | 105 | -0.42 (2.09) | -0.60 (-0.98, -0.21) | 113 | -0.92 (1.90) | -0.73 (-1.10, -0.35) | 0.13* (-0.32, 0.59) | 0.5685* | | |
| T3-T1 | 81 | -0.47 (1.80) | -0.47 (-0.90, -0.04) | 105 | -0.43 (2.24) | -0.60 (-1.01, -0.19) | | | | |
| T4-T1 | 61 | -0.90 (1.96) | -0.74 (-1.21, -0.27) | 75 | -1.13 (2.59) | -0.87 (-1.33, -0.42) | | | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT | | | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT vs Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind (6-18) Soziale Probleme** | | | | | | | | | 0.9220 | 540 |
| T1 | 184 | 2.90 (2.92) | | 209 | 2.56 (2.98) | | | | | |
| T2-T1 | 105 | -0.49 (2.01) | -0.55 (-0.97, -0.12) | 113 | -0.26 (1.84) | -0.22 (-0.63, 0.19) | -0.33* (-0.84, 0.19) | 0.2133* | | |
| T3-T1 | 81 | -0.78 (2.14) | -0.66 (-1.13, -0.20) | 105 | -0.36 (1.82) | -0.33 (-0.78, 0.11) | | | | |
| T4-T1 | 61 | -1.25 (2.13) | -0.72 (-1.23, -0.21) | 75 | -0.45 (2.41) | -0.39 (-0.89, 0.10) | | | | |
| **CBCL Kind (6-18) Denk-, (Schlaf-) & repetitive Probleme** | | | | | | | | | 0.4261 | 540 |
| T1 | 184 | 2.72 (2.77) | | 209 | 2.61 (2.98) | | | | | |
| T2-T1 | 105 | -0.60 (2.45) | -0.45 (-0.88, -0.03) | 113 | -0.51 (2.03) | -0.48 (-0.90, -0.07) | 0.03* (-0.44, 0.50) | 0.8963* | | |
| T3-T1 | 81 | -0.77 (1.75) | -0.75 (-1.15, -0.35) | 105 | -0.67 (2.17) | -0.78 (-1.16, -0.41) | | | | |
| T4-T1 | 61 | -1.05 (2.40) | -0.82 (-1.29, -0.35) | 75 | -0.96 (2.27) | -0.85 (-1.30, -0.39) | | | | |

**Tabelle 34:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-MFT-Studie*

beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| CBCL Kind (6-18) Ängstlichkeit/Depressivität | Zentrum | 0.0276 |
| | MFT Gruppe | 0.0834 |
| | Familie | 0.3932 |
| CBCL Kind (6-18) Aufmerksamkeitsprobleme | Zentrum | 0.0141 |
| | MFT Gruppe | 0.0000 |
| | Familie | 0.5206 |
| CBCL Kind (6-18) Körperliche Beschwerden | Zentrum | 0.0120 |
| | MFT Gruppe | 0.0000 |
| | Familie | 0.4059 |
| CBCL Kind (6-18) Regelverletzendes Verhalten | Zentrum | 0.0887 |
| | Familie | 0.3098 |
| CBCL Kind (6-18) Items ohne Skalenzugehörigkeit | Zentrum | 0.0000 |
| | MFT Gruppe | 0.0000 |
| CBCL Kind (6-18) Soziale Probleme | Zentrum | 0.0000 |
| | MFT Gruppe | 0.0000 |
| CBCL Kind (6-18) Denk-, (Schlaf-) & repetitive Probleme | Zentrum | 0.0000 |
| | MFT Gruppe | 0.0000 |

**Tabelle 35:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-MFT-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer

### *6.1.7.1.2.2.2 Kinder über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht der KJ erhoben wurden. Dabei sollten KJ nur Fragebögen ausfüllen, wenn sie 8 Jahre oder älter waren. Falls dennoch ein jüngeres Kind etwas über sich geantwortet hat, wurde dies dennoch berücksichtigt.
Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.
Insgesamt ergab sich auch kein einheitliches Bild bei den Behandlungseffekten der KIDSCREEN-27-Scores, da diese zwischen -0,40 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz im Endpunkt Soziale Unterstützung) und 0,29 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz im Endpunkt Schulisches Umfeld) schwanken. Dies bedeutet, dass die KG sich bei manchen KIDSCREEN-27-Subskalen, ausgehend von Baseline, mehr verbessert (negatives Vorzeichen)


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

und für andere die IG (positives Vorzeichen). Insgesamt sind die Gruppenunterschiede jedoch sehr gering.
Ebenso ergibt sich bei den Skalen des YSR/6-18R kein einheitliches Bild. Die für den Baselinewert adjustierten mittleren Differenzen schwanken zwischen -1,48 (YSR/6-18R Externale Probleme) und 2,47 (YSR/6-18R Gesamtauffälligkeit). Damit sind die Effektschätzer sehr gering und deuten sowohl in Richtung eines Vorteils für die IG (negatives Vorzeichen des Effektschätzers), als auch in Richtung eines Nachteils (positives Vorzeichen des Effektschätzers).
Die Effektschätzer für die Skalen des FB-A schwanken zwischen -1,44 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz des Endpunkts FB-A Rollenverteilung zu T4) und 1,10 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz des Endpunkts FB-A Kontrolle zu T3). Damit sind die Effektschätzer eher gering und zeigen nicht einheitlich in Richtung eines Vorteils für die IG. Für die Skalen FB-A Rollenverteilung und FB-A Kontrolle ist es nötig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden.
Für den OSSQ Summenwert unterscheiden sich die Effekte über die Zeit nicht. Die Veränderung in beiden Gruppen ist minimal, sodass die Werte in beiden Gruppen in der Kategorie für die mittlere soziale Unterstützung verbleiben und der Effektschätzer sehr gering ist.
Für den SSRMI Skalenwert unterscheiden sich die Effekte über die Zeit ebenfalls nicht. Über die Zeit verändern sich die Werte in beiden Gruppen kaum/nicht, so dass auch der Effektschätzer sehr gering ist.
Auch ergibt sich bei den Skalen des ESI kein einheitliches Bild. Die für den Baselinewert adjustierten mittleren Differenzen schwanken zwischen -3,23 (ESI Lobender Stil zu T3) und 2,24 (ESI Unterstützender Stil zu T2). Insgesamt sind die Effektschätzer gering. Für die Endpunkte ESI Unterstützender Stil und ESI Lobender Stil ist es nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden.
Die meisten KJ nannten das Ziel *Veränderung beim präsentierten Problem* (57,66%). Das Ziel *Veränderung der Art des Ehesystems* wurde nicht so häufig genannt (1,8%). 29,73% nannten das Ziel *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems*. Das Ziel *Veränderung der Art des Familiensystems* wurde von 19,09% genannt. Das Ziel *Veränderung der sozialen Unterstützung* wurde von 4,55% genannt. Die Gruppen unterschieden sich meist nicht in der Nennung der Ziele. Das wichtigste Beratungsziel wurde zu T2 meist *Mittel erreicht* (31,03%), zu T3 meist *Mittel erreicht* oder *Hoch erreicht* (jeweils 40,0%) und zu T4 meist *Hoch erreicht* (47,06%). Es wurde zu T2-T4 angegeben, dass die Familiengespräche meist *Mittel* bis *Hoch* geholfen haben (T2 *Hoch*: 35,48%; T3 *Mittel*: 46,67%; T4 *Hoch*: 47,06%). Die meisten KJ fühlten sich gut bis sehr gut über die Erkrankung des Elternteils informiert (T2 *sehr gut*: 46,88%; T3 *sehr gut*: 46,67%; T4 *gut*: 44,44%). Die meisten KJ antworteten mit *Ziemlich* auf die Frage, wie offen über die Erkrankung des Elternteils in der Familie gesprochen wird (T2: 34,38%; T3: 30,0%; T4: 33,33%). Die meisten KJ konnten *Gut* bis *Sehr gut* mit der Erkrankung des Elternteils umgehen (T2 *Gut*: 50,0%; T3 *Sehr gut*: 46,67%; T4 *Gut*: 44,44%). Die meisten Kinder konnten *Mittelmäßig* bis *Ziemlich* mit einer Person außerhalb der Familie über die Erkrankung des Elternteils sprechen (T2 *Ziemlich*: 31,25%; T3 *Mittelmäßig*: 36,67%; T4 *Ziemlich*: 50,0%).

#### *6.1.7.1.2.2.3 Kranke Elternteile über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht des kranken Elternteils beantwortet wurden.
Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.

Für den SF-12 Normwert physische Gesundheit fallen die adjustierten Werte größtenteils von Baseline zu den weiteren Zeitpunkten. Nur für die IG zu T4 scheinen die adjustierten Werte höher als zu Baseline. Es ist nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden. Zu T2 und


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

T4 zeigt der Effektschätzer in Richtung eines Vorteils für die IG (Werte fallen weniger in der IG). Zu T3 ist dies umgekehrt. Die Effektschätzer sind eher klein. Für den SF-12 Normwert psychische Gesundheit steigen die Werte von Baseline zu den Folgezeitpunkten für beide Gruppen. Die Effektschätzer unterscheiden sich nicht über die Zeit. Zu T2 und T3 ist die Erhöhung der SF-12 Werte in der IG höher verglichen mit der KG und deutet auf einen Vorteil in der IG hin. Die Effektschätzer sind aber gering. Von Baseline zu T4 stiegen die Werte in der IG verglichen mit der KG weniger an (für Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zw. IG vs. KG: -4,07).
Für alle Skalen des PHQ-D fallen die Werte für beiden Gruppen von Baseline zu den Folgezeitpunkten. Für die Skalen PHQ-D: Summenwert Depressivität und PHQ-D: Stress fallen die Werte in der IG mehr verglichen mit der KG, d. h., die Effektschätzer zeigen in Richtung eines Vorteils für die IG. Für die Skala PHQ-D: Summenwert Somatische Symptome ist es nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden. Zu T3 und T4 zeigen die Effekte in Richtung eines Vorteils für die IG. Dies ist umgekehrt zu T2. Die Effekte sind gering.
Für die Skalen des BSI zeigt sich kein einheitliches Bild, da die Effektschätzer zwischen -3,56 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei BSI: GS) und 0,09 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei BSI: Psychotozismus Mittelwert zu T3) schwanken. Für die Endpunkte BSI: Ängstlichkeit Mittelwert, BSI: Phobische Angst Mittelwert, BSI: Psychotozismus Mittelwert ist es nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden. Meist fallen die Werte für beide Gruppen, d.h. verbessern sich. Die Veränderungen und somit die Effektschätzer sind jedoch meist gering. Ein positives Vorzeichen im Effektschätzer spricht für einen Nachteil der IG gegenüber der KG und ein negatives Vorzeichen spricht für einen Vorteil der IG gegenüber der KG.
Für die Skalen des RSQ zeigen sich kaum bzw. keine Änderungen über die Zeit und genauso kaum/keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Für RSQ: Ratio Involuntary Disengagement Coping ist es dennoch nötig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden.
Für die Skalen des EFK zeigt sich kein einheitliches Bild, da die Werte zwischen –0,90 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei EFK: Handelndes, problemorientiertes Coping) und 1,43 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei EFK: Informationssuche und Erfahrungsaustausch) schwanken und auch die beobachteten und adjustierten Mittelwerte in den Gruppen nicht einheitlich steigen oder fallen. Insgesamt sind die Effektschätzer gering. Für EFK: Informationssuche und Erfahrungsaustausch und EFK: Informationssuche und Erfahrungsaustausch Mittelwert ist es dennoch nötig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden.
Auch für die Skalen des FB-A sind die Effektschätzer meist gering und schwanken zwischen -0,44 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei FB-A: Summenwert) und 0,31 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz Interventionsgruppe vs. KG bei FB-A: Kommunikation). Die beobachteten und adjustierten Mittelwerte in den Gruppen steigen oder fallen in den Behandlungsgruppen nicht einheitlich.
Für beide Gruppen steigt die soziale Unterstützung gemessen durch den OSSQ über die Zeit. Der Anstieg ist allerdings geringer in der IG verglichen mit der KG. Die Veränderung und der Gruppenunterschied sind sehr gering und beide Gruppen verbleiben in der Kategorie *mittlere Unterstützung*.
Die meisten kranken Elternteile nannten das Ziel *Veränderung beim präsentierten Problem* (66,31%). Das Ziel *Veränderung der Art des Ehesystems* wurde nicht so häufig genannt (11,7%). 59,04% nannten das Ziel *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems*. Das Ziel *Veränderung der Art des Familiensystems* wurde von 32,45% genannt. Am wenigsten wurde das Ziel *Veränderung der sozialen Unterstützung* genannt (4,79%). Die Gruppen unterschieden sich nicht in der Nennung der Ziele. Das wichtigste Beratungsziel wurde zu T2 meist *Hoch erreicht* (35,9%), zu T3 meist *Hoch erreicht* (37,5%) und zu T4 meist *Mittel erreicht* (60,71%). Es wurde zu T2-T4 angegeben, dass die Familiengespräche meist *Hoch* geholfen haben (T2: 41,03%; T3: 42,5%; T4: 42,86%).


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### *6.1.7.1.2.2.4 Zweite Elternteile über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht des zweiten Elternteils beantwortet wurden.
Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.
Für den SF-12 Normwert physische Gesundheit gibt es kaum Änderungen in den Werten. Gemittelt über alle Zeitpunkte fallen die Werte in der IG mehr (für Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zw. IG vs. KG: -0,70). Dieser Effektschätzer ist also zum Nachteil für die IG. Für den SF-12 Normwert psychische Gesundheit steigen die Werte von Baseline zu den Folgezeitpunkten für beide Gruppen. Diese Steigerung ist minimal höher in der IG (für Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zw. IG vs. KG: 0,09).
Für alle Skalen des PHQ-D fallen die adjustierten Werte für beide Gruppen von Baseline zu den Folgezeitpunkten. Für die Skalen PHQ-D: Summenwert Depressivität und PHQ: Summenwert Somatische Symptome fallen die Werte in der IG mehr verglichen mit der KG, d. h., die Effektschätzer zeigen in Richtung eines Vorteils für die IG. Für die Skala PHQ: Summenwert Stress zeigt der Effekt in Richtung eines Nachteils für die IG. Alle Effektschätzer sind sehr gering.
Für die Skalen des BSI sind alle Gruppenunterschiede sehr gering und es zeigt sich kein einheitliches Bild, da die Effektschätzer zwischen -0,56 (für Baselinewert adjustiere mittlere Differenz IG vs. KG bei BSI: GS) und 1,06 (für Baselinewert adjustiere mittlere Differenz IG vs. KG bei BSI: Globaler Kennwert PST) schwanken. Für die Endpunkte BSI: Somatisierung Mittelwert und BSI: Ängstlichkeit Mittelwert ist es nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden. Meist fallen die Werte für beide Gruppen, d. h. verbessern sich. Die Veränderung ist jedoch sehr gering. Ein positives Vorzeichen im Effektschätzer spricht für einen Nachteil der IG gegenüber der KG und ein negatives Vorzeichen spricht für einen Vorteil der IG gegenüber der KG.
Für die Skalen des RSQ zeigen sich kaum bzw. keine Änderungen über die Zeit und genauso kaum/keine Unterschiede zwischen den Gruppen.
Auch für die Skalen des FB-A sind die Effektschätzer meist eher gering und schwanken zwischen -0,18 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei FB-A: Affektive Beziehungsaufnahme) und 0,50 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei FB-A: Summenwert). Die beobachteten und adjustierten Mittelwerte in den Gruppen steigen oder fallen in den Behandlungsgruppen auch nicht einheitlich.
Beide Gruppen verbleiben in der Kategorie *mittlere Unterstützung* über die Zeit, d. h., die Werte des OSSQ verändern sich kaum über die Zeit, aber die Erhöhung der Werte ist minimal größer in der IG.
Mehr zweite Elternteile nannten das Ziel *Veränderung beim präsentierten Problem* (52,55%). Das Ziel *Veränderung der Art des Ehesystems* wurde nicht so häufig genannt (21,9%). 37,33% nannten das Ziel *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems* in der KG und 51,61% nannten das Ziel in der IG. Das Ziel *Veränderung der Art des Familiensystems* wurde von 42,67% in der KG genannt und von 27,42% in der IG. Am wenigsten wurde das Ziel *Veränderung der sozialen Unterstützung* genannt (0,73%). Die Gruppen unterschieden sich meist nicht in der Nennung der Ziele.
Das wichtigste Beratungsziel wurde zu T2 meist *Mittel erreicht* (33,33%), zu T3 meist *Mittel erreicht* (48,15%) und zu T4 ebenfalls meist *Mittel erreicht* (56,25%). Es wurde zu T2-T4 angegeben, dass die Familiengespräche meist *Hoch* geholfen haben (T2: 42,31%; T3: 55,56%; T4: 64,71%).

#### *6.1.7.1.2.2.5 Diagnostiker*innen über Familienmitglieder*

In **Tabelle 36** bis **Tabelle 39** sind die Ergebnisse der Analysen des K-SADS-PL angegeben und im Anhang des Evaluationsberichts die weiteren Analyseergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht der Diagnostiker*innen erhoben wurden.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Der K-SADS-PL wurde im Eltern- und Kinderinterview (mit alle KJ ab 10 Jahren) erhoben. Falls mehr als ein Elternteil pro Familie dazu befragt wurde, wurde nur der Eintrag des kranken Elternteils zur Analyse verwendet. Die Anzahl der festgestellten Diagnosen war sehr gering. Auch die Gesamtanzahl an Beobachtungen, d. h. Angaben der Eltern oder Kinderinterviews fiel über die Zeit. Beide diese Punkte sind problematisch für eine Modellberechnung, die Schätzung ist sehr ungenau (= breite KI). ICCs konnten nicht angegeben werden.
Nach Angaben der Eltern schwanken die Anzahl der Diagnosen über die Zeit und waren zu T4 etwas höher als zu Baseline. In der IG war die Rate nur zu T3 geringer als in der KG. Die Zeitpunkte bzgl. des Behandlungseffekts müssen unterschieden werden:
Zu T2: Odds Ratio (95% KI): 2,19 (0,12; 38,79)
Zu T3: Odds Ratio (95% KI): 0,02 (0,00; 0,92)
Zu T4: Odds Ratio (95% KI): 0,42 (0,42; 17,35)
Dies bedeutet, dass die adjustierte Rate an Diagnosen zu T2 in der IG um den Faktor 2,19 höher ist verglichen zu KG und zu T3 und T4 die adjustierte Rate an Diagnosen geringer ist in der IG mit Faktor 0,02 bzw. 0,42.
Nach den Angaben der KJ war die Rate an Diagnosen auch zu T3 am geringsten und stieg dann wieder zu T4. Zu Baseline und T4 ist die Rate in der IG höher. Die Zeitpunkte bzgl. des Behandlungseffekts müssen im Modell nicht unterschieden werden. Das für den Baselinewert adjustierte Odds Ratio über alle Zeitpunkte beträgt 0,90, was für um den Faktor 0,90 weniger Diagnosen in der IG CHIMPS-MFT spricht. Dies ist ein geringer Effekt.
Weitere Endpunkte, die aus Sicht der Diagnostiker*innen erhoben wurden, sind GARF, GAF bzgl. der Eltern und GAF bzgl. der KJ. Hier zeigten sich die folgenden Ergebnisse (siehe Anhang des Evaluationsberichts):

- GARF:
  - Behandlungseffekt für die Veränderung zur Baseline zwischen den Behandlungsgruppen ist konstant über die Zeit mit (für Baselinewert adjustierter mittlerer Differenz zwischen CHIMPS-MFT-IG vs. CHIMPS-MFT-KG):
    -0,84 (95%-KI: -8,68; 7,00)
  - D. h., es besteht kaum ein Unterschied zwischen den Gruppen; es besteht eine minimal höhere Veränderung der Werte von Baseline zu den Folgezeitpunkten in der KG.
  - In beiden Gruppen zeigen sich in den beobachteten Werten über die Zeit bessere GARF-Werte, während in den adjustierten zu T4 eine Verschlechterung gegenüber Baseline zu sein scheint.
- GAF (Eltern):
  - Behandlungseffekte für die Veränderung zur Baseline zwischen den Behandlungsgruppen ändern sich nicht über die Zeit, d. h. für alle Zeitpunkte (für Elternteil und Baselinewert adjustierte mittlere Differenz zwischen CHIMPS-MFT-IG vs. CHIMPS-MFT-KG):
    -0,78 (95%-KI: (-7,49; 5,93))
  - D. h., es besteht kaum ein Unterschied zwischen den Gruppen; es besteht eine minimal höhere Veränderung der Werte von Baseline zu den Folgezeitpunkten in der KG.
  - In beiden Gruppen zeigen sich über die Zeit schlechtere GAF-Werte.
- GAF (KJ):
  - Behandlungseffekte für die Veränderung zur Baseline zwischen den Behandlungsgruppen ändern sich nicht über die Zeit, d. h. für alle Zeitpunkte (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz zwischen CHIMPS-MFT-IG vs. CHIMPS-MFT-KG):
    0,26 (95%-KI: -3,40; 3,92)


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- D. h., es besteht kaum ein Unterschied zwischen den Gruppen; es ist nur eine minimal höhere Veränderung der Werte von Baseline zu den Folgezeitpunkten in der Interventionsgruppegruppe.
- In beiden Gruppen zeigen sich über die Zeit bessere GAF-Werte.

| | Variable | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT (N=171) | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT (N=151) | Total (N=322) |
|---|---|---|---|---|
| T1 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 114/132 (86.4%) | 101/119 (84.9%) | 215/251 (85.7%) |
| | Ja | 18/132 (13.6%) | 18/119 (15.1%) | 36/251 (14.3%) |
| T2 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 56/65 (86.2%) | 51/62 (82.3%) | 107/127 (84.3%) |
| | Ja | 9/65 (13.8%) | 11/62 (17.7%) | 20/127 (15.7%) |
| T3 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 76/93 (81.7%) | 60/66 (90.9%) | 136/159 (85.5%) |
| | Ja | 17/93 (18.3%) | 6/66 (9.1%) | 23/159 (14.5%) |
| T4 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 39/46 (84.8%) | 28/35 (80.0%) | 67/81 (82.7%) |
| | Ja | 7/46 (15.2%) | 7/35 (20.0%) | 14/81 (17.3%) |

**Tabelle 36:** *Deskriptive Ergebnisse des Kiddie-SADS aus Elterninterview - CHIMPS-MFT-Studie*
T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2=Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung; T3=Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung; T4=Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT | | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT vs Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **obs. Diag./n (%)** | **adj. Rate (95%KI)** | **obs. Diag./n (%)** | **adj. Rate (95% KI)** | **adj. OR (95% CI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **Kiddie Sads** | | | | | | | 0.0463 | 307 |
| T1 | 18/119 (15.13) | | 18/132 (13.64) | | | | | |
| T2 | 11/62 (17.74) | 19.84 (1.48, 80.31) | 9/65 (13.85) | 10.16 (0.70, 64.41) | 2.19(0.12, 38.79) | 0.5932 | | |
| T3 | 6/66 (9.09) | 0.39 (0.01, 14.61) | 17/93 (18.28) | 18.89 (1.87, 74.02) | 0.02(0.00, 0.92) | 0.0454 | | |
| T4 | 7/35 (20.00) | 8.13 (0.28, 73.60) | 7/46 (15.22) | 17.43 (1.28, 77.47) | 0.42(0.01, 17.35) | 0.6471 | | |

**Tabelle 37:** *Modellergebnisse der Analyse des Kiddie-SADS aus Elterninterview - CHIMPS-MFT-Studie*
T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2=Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung; T3=Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung; T4=Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung; beob. Diag.=beobachtete Diagnosen; beob. Rate=beobachtet Rate; adj. Rate=adjustierte Rate; adj. OR=adjustiertes Odds Ratio; Beob.=Beobachtung(en)


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Variable | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT (N=84) | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT (N=81) | Total (N=165) |
|---|---|---|---|---|
| T1 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 49/67 (73.1%) | 37/65 (56.9%) | 86/132 (65.2%) |
| | Ja | 18/67 (26.9%) | 28/65 (43.1%) | 46/132 (34.8%) |
| T2 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 17/25 (68.0%) | 14/20 (70.0%) | 31/45 (68.9%) |
| | Ja | 8/25 (32.0%) | 6/20 (30.0%) | 14/45 (31.1%) |
| T3 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 23/30 (76.7%) | 18/22 (81.8%) | 41/52 (78.8%) |
| | Ja | 7/30 (23.3%) | 4/22 (18.2%) | 11/52 (21.2%) |
| T4 | **Diagnosen ja/nein** | | | |
| | Nein | 10/16 (62.5%) | 5/10 (50.0%) | 15/26 (57.7%) |
| | Ja | 6/16 (37.5%) | 5/10 (50.0%) | 11/26 (42.3%) |

**Tabelle 38:** *Deskriptive Ergebnisse des Kiddie-SADS aus Kinderinterview – CHIMPS-MFT-Studie*
T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2=Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung; T3=Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung; T4=Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT | | Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT vs Kontrollgruppe CHIMPS-MFT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **obs. Diag./n (%)** | **adj Rate (95% KI)** | **obs. Diag./n (%)** | **adj. Rate (95% KI)** | **adj. OR (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **Kiddie Sads** | | | | | | | 0.9822 | 110 |
| T1 | 28/65 (43.08) | | 18/67 (26.87) | | | | | |
| T2 | 6/20 (30.00) | 24.31 (6.64, 59.20) | 8/25 (32.00) | 26.40 (6.42, 65.24) | 0.90* (0.20, 4.10) | 0.8868* | | |
| T3 | 4/22 (18.18) | 15.52 (3.50, 48.20) | 7/30 (23.33) | 17.03 (3.87, 51.15) | | | | |
| T4 | 5/10 (50.00) | 43.54 (13.09, 79.80) | 6/16 (37.50) | 46.28 (14.00, 82.01) | | | | |

**Tabelle 39:** *Modellergebnisse der Analyse des Kiddie-SADS aus Kinderinterview- CHIMPS-MFT-Studie*
T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2=Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung; T3=Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung; T4=Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung; beob. Diag.=beobachtete Diagnosen; beob. Rate=beobachtet Rate; adj. Rate=adjustierte Rate; adj. OR=adjustiertes Odds Ratio; Beob.=Beobachtung(en); *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.

#### *6.1.7.1.2.2.6 Therapeut*innen*

Im Anhang des Evaluationsberichts befindet sich die deskriptive Beschreibung über statistische Kenngrößen der Fragebögen, die von den Therapeut*innen ausgefüllt wurden (CPPS-T-P, WAI-SR und Ad-hoc-Items). Zwischen 50% und 68% der Therapeut*innen hat Angaben in diesen Fragebögen geliefert. Die Nennung der Ziele war wie folgt: *Veränderung beim präsentierten Problem* von 68,25%; *Veränderung der Art des Ehesystems* von 11,11%; *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems* von 55,56%; *Veränderung der Art des Familiensystems* von 46,03%; *Veränderung der sozialen Unterstützung* von 12,7%. Die Beratung wurde in den meisten Fällen von den Familien vollständig beendet (88,52%). Das Beratungsziel der Familie wurde meist *Hoch erreicht* (48,39%).
Die Werte des WAI-SR steigen leicht vom Erstgespräch zu den Folgegesprächen und somit wurde die Beziehung zwischen Therapeut*innen und Familien(mitgliedern) besser über den Zeitraum der Therapiesitzungen.
Auch die Werte des CPPS-T-P stiegen leicht vom Erst- zu den Folgegesprächen und somit die Aktivität/das gezielte Einbringen einiger Punkte der Therapeut*innen.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### 6.1.7.1.2.3 Sensitivitätsanalysen

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen, d. h. der Analyse des primären Endpunkts basierend auf der PP-Population. Die Ergebnisse der primären Analyse basierend auf der FAS-Population konnten damit bestätigt werden.

#### 6.1.7.1.2.4 Sicherheitsendpunkte

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Analysen zu den unerwünschten Ereignissen aufgeteilt nach Familie, kranker Elternteil, zweiter Elternteil und KJ. Auch hier sind die absoluten und relativen Häufigkeiten dafür, ob mindestens eins der abgefragten unerwünschten Ereignisse aufgetreten ist, dargestellt, sowie die Anzahlen der Ereignisse, wenn diese mehrmals pro Familie aufgetaucht sind. Insgesamt sind wenige unerwünschte Ereignisse aufgetreten, so dass keine statistischen Modelle zur Analyse herangezogen werden konnten. Die unerwünschten Ereignisse sind ähnlich auf die IG und KG verteilt.

#### 6.1.7.1.2.5 Subgruppenanalysen

Im Anhang des Evaluationsberichts sind die Ergebnisse der Subgruppenanalysen für den primären Endpunkt dargestellt. Wie bereits für die CHIMPS-T-Studie sind die Ergebnisse für die Subgruppen *Zentrum* und *Sozialer Status* mit drei Gruppen, sowie *Online Format – Ja-Nein* nur über deskriptive Kenngrößen dargestellt. Für die Subgruppe *Sozialer Status* mit nur zwei Kategorien und *Stadtgröße* sind auch Modellergebnisse angegeben. Analysen über statistische Modelle waren für die anderen Subgruppen nicht möglich, da zu wenige Beobachtungen in den einzelnen Gruppen (Kategorien der Subgruppen aufgeteilt in den Behandlungsgruppen) vorhanden waren. Alle Interaktions-*p*-Werte aus den Modellen mit sozialem Status oder der Stadtgröße sind > 0,15 oder haben zu geringe Beobachtungszahlen, so dass es nicht notwendig erscheint, den Behandlungseffekt für die Kategorien des sozialen Status oder den Kategorien der Stadtgröße zu unterscheiden.

### 6.1.7.1.3 CHIMPS-P

#### 6.1.7.1.3.1 Primärer Endpunkt

**Tabelle 40** zeigt die Ergebnisse der Analyse des primären Endpunkts. Diese werden weiter in **Abbildung 10** veranschaulicht. Eine weitere Deskription des CBCL-Gesamtscores über alle Zeitpunkte in den Gruppen ist im Anhang zu finden.
Zum primär interessierenden Zeitpunkt T3 konnte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG gezeigt werden (für Elternteil und Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zwischen CHIMPS-P-IG vs. CHIMPS-P-KG: -0,40; 95-KI: (-0,75; -0,05); *p*-Wert = 0,026). Dieser Behandlungseffekt bedeutet, dass die Werte der standardisierten CBCL in der IG von Baseline zu T3 mehr fallen als in der KG, d. h., die Gesamtauffälligkeit der KJ sinkt über die Zeit mehr in der IG im Vergleich zur KG.
Sowohl in der IG als auch in der KG fallen die Werte der CBCL über die Zeit.
Sekundär interessierten auch die anderen Zeitpunkte. Der Behandlungseffekt bleibt konstant über die Zeit.
Die ICC für die zufälligen Effekte sind in **Tabelle 41** gelistet.
Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-P | | | Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | Interventionsgruppe CHIMPS-P vs Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind Gesamtauffälligkeit (standardisiert)** | | | | | | | | | 0.3477 | 156 |
| T1 | 60 | -0.25 (0.68) | | 72 | -0.33 (0.85) | | | | | |
| T2-T1 | 39 | -0.41 (0.80) | -0.44 (-0.70, -0.18) | 36 | -0.15 (0.65) | -0.04 (-0.32, 0.23) | -0.40* (-0.75, -0.05) | 0.0260* | | |
| T3-T1 | 35 | -0.42 (0.75) | -0.37 (-0.63, -0.11) | 20 | 0.03 (0.60) | 0.03 (-0.26, 0.33) | | | | |
| T4-T1 | 13 | -0.52 (0.42) | -0.51 (-0.83, -0.20) | 13 | -0.07 (0.55) | -0.11 (-0.45, 0.22) | | | | |

**Tabelle 40:** *Modellergebnis der Analyse des primären Endpunkts- CHIMPS-P-Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.

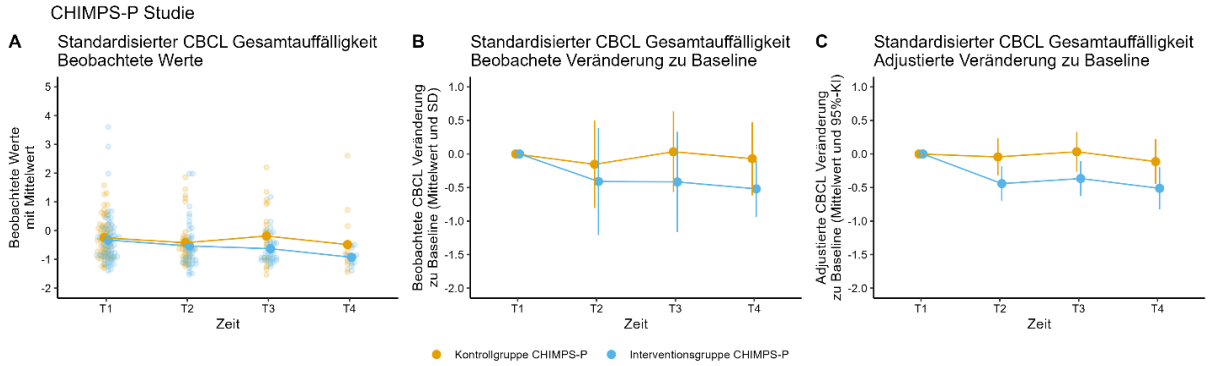



**Abbildung 10:** *Verlauf des primären Endpunkts- CHIMPS-P-Studie*

SD=Standardabweichung; CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2=Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung; T3=Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung; T4=Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung; KI=Konfidenzintervall

| Term | ICC |
|---|---|
| Zentrum | 0.0000 |
| Familie | 0.0000 |
| Kind Nr | 0.6775 |

**Tabelle 41:** *ICC aus Modellanalyse des primären Endpunkts - CHIMPS-P-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### 6.1.7.1.3.2 Sekundäre Endpunkte

In diesem Kapitel werden nur die Modellergebnisse zu den im Kapitel **3.4.1.2** Sekundäre Hypothesenvorformulierten Hypothesen tabellarisch dargestellt (d. h. Analysen bzgl. der CBCL und des KIDSCREEN-27). Die restlichen Ergebnisse befinden sich im Anhang des Evaluationsberichts. Alle Ergebnisse in diesem Kapitel sind explorativ, d. h., die *p*-Werte sind rein deskriptiv und der Fokus liegt auf der klinischen Relevanz. Für alle Modelle wurden die Modellannahmen überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.

##### *6.1.7.1.3.2.1 Eltern über Kinder*

In **Tabelle 42** bis **Tabelle 45** sind die Ergebnisse der Analysen de CBCL und des KIDSCREEN-27 angegeben und im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich weiteren Beschreibungen pro Zeitpunkt dieser Endpunkte.
Die CBCL wird aus Sicht der Eltern erhoben und in zwei Altersklassen der KJ unterschieden: 1,5 bis 5 Jahre; 6 Jahre und älter. Es gibt sieben verschiedene Subskalen für die jüngeren Kinder und acht für die älteren. Zwei Subskalen sind sowohl für die Altersklasse der jüngeren als auch der älteren Kinder vorhanden und somit können diese beiden Subskalen für alle Kinder zusammen analysiert werden. Dies ist nicht der Fall für die anderen Subskalen und somit wird im Folgenden die folgende Einteilung genutzt: alle Kinder, jüngere Kinder (1,5 bis 5 Jahre), ältere Kinder (6 Jahre und älter).

###### 6.1.7.1.3.2.1.1 Alle Kinder

**Tabelle 42** zeigt die Modellergebnisse der Analysen der beiden Subskalen, die für alle Kinder vorliegen. Um die Angaben der unterschiedlichen Altersklassen kombinieren zu können, wurden die CBCL-Werte zunächst standardisiert. Die Analyseergebnisse basieren auf den standardisierten Werten. Es zeigt sich, dass:

- für beide Endpunkte und Gruppen die standardisierten Werte der CBCL (Skalen: Internale Probleme, Externale Probleme) über die Zeit fallen.
- diese Veränderung zur Baseline in der CHIMPS-P-IG an allen Zeitpunkten größer ist als in der KG.
- die Behandlungseffekte sich zu den verschiedenen Zeitpunkten nicht unterscheiden.

Der KIDSCREEN-27 wurde ebenfalls von allen Eltern über alle KJ berichtet. Die Modellergebnisse dazu befinden sich in der **Tabelle 43**. Hierbei zeigt sich kein einheitliches Bild des Behandlungseffekts (CHIMPS-P-IG vs. CHIMPS-P-KG über die Subskalen hinweg, da dieser zwischen -0,03 (für Elternteil und Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen für die Skala Psychologisches Wohlbefinden zu T2 und KIDSCREEN-10 zu T2) und 1,10 (für Elternteil und Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen für die Skala Psychologisches Wohlbefinden zu T3) schwankt. Dies bedeutet, dass die KG sich bei manchen KIDSCREEN-27-Subskalen, ausgehend von Baseline, mehr verbessert (negatives Vorzeichen) und für andere die IG (positives Vorzeichen). Insgesamt sind die Effektschätzer damit gering und nahe bei 0, d. h., es gibt kaum Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Für zwei Subskalen (KIDSCREEN-10, Psychologisches Wohlbefinden) muss der Effektschätzer für die Zeitpunkte unterschieden werden.
Die ICC sind in **Tabelle 44** und **Tabelle 45** zu finden.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-P | | | Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | Interventionsgruppe CHIMPS-P vs Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind Internale Probleme (standardisiert)** | | | | | | | | | 0.3124 | 156 |
| T1 | 60 | -0.22 (0.70) | | 72 | -0.26 (0.72) | | | | | |
| T2-T1 | 39 | -0.34 (0.78) | -0.35 (-0.68, -0.03) | 36 | -0.10 (0.81) | 0.03 (-0.31, 0.37) | -0.38* (-0.82, 0.05) | 0.0836* | | |
| T3-T1 | 35 | -0.38 (0.82) | -0.29 (-0.63, 0.06) | 20 | 0.05 (0.76) | 0.10 (-0.27, 0.47) | | | | |
| T4-T1 | 13 | -0.48 (0.41) | -0.47 (-0.86, -0.08) | 13 | -0.11 (0.81) | -0.09 (-0.49, 0.31) | | | | |
| **CBCL Kind Externale Probleme (standardisiert)** | | | | | | | | | 0.2765 | 156 |
| T1 | 60 | -0.17 (0.72) | | 72 | -0.32 (0.76) | | | | | |
| T2-T1 | 39 | -0.33 (0.69) | -0.35 (-0.60, -0.09) | 36 | -0.18 (0.65) | -0.07 (-0.33, 0.19) | -0.27* (-0.60, 0.05) | 0.0935* | | |
| T3-T1 | 35 | -0.34 (0.62) | -0.31 (-0.55, -0.07) | 20 | -0.02 (0.62) | -0.04 (-0.31, 0.23) | | | | |
| T4-T1 | 13 | -0.34 (0.36) | -0.42 (-0.71, -0.14) | 13 | -0.16 (0.45) | -0.15 (-0.44, 0.14) | | | | |

**Tabelle 42:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-P-Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-P | | | Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | Interventionsgruppe CHIMPS-P vs Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **KIDSCREEN-27: Psychologisches Wohlbefinden (Proxy) basierend auf RASCH-PP** | | | | | | | | | 0.0854 | 162 |
| T1 | 60 | 2.19 (1.62) | | 73 | 2.59 (1.13) | | | | | |
| T2-T1 | 40 | 0.09 (1.46) | 0.36 (-0.27, 1.00) | 37 | 0.68 (2.00) | 0.40 (-0.27, 1.06) | -0.03 (-0.91, 0.85) | 0.9393 | | |
| T3-T1 | 37 | 0.51 (1.62) | 0.80 (0.23, 1.37) | 20 | 0.12 (1.23) | -0.30 (-1.01, 0.41) | 1.10 (0.23, 1.96) | 0.0147 | | |
| T4-T1 | 15 | 0.29 (1.76) | 0.68 (-0.07, 1.44) | 13 | 0.43 (0.69) | 0.21 (-0.60, 1.03) | 0.47 (-0.59, 1.52) | 0.3686 | | |
| **KIDSCREEN-27: Körperliches Wohlbefinden (Proxy) basierend auf RASCH-PP** | | | | | | | | | 0.3992 | 162 |
| T1 | 60 | 1.85 (1.96) | | 73 | 1.87 (1.73) | | | | | |
| T2-T1 | 40 | 0.56 (2.44) | 0.54 (-0.03, 1.12) | 36 | 0.28 (1.82) | 0.13 (-0.44, 0.71) | 0.41* (-0.21, 1.03) | 0.1847* | | |
| T3-T1 | 38 | 0.78 (2.09) | 0.53 (-0.04, 1.09) | 20 | -0.56 (1.82) | 0.12 (-0.53, 0.77) | | | | |
| T4-T1 | 15 | 0.11 (2.23) | 0.25 (-0.57, 1.08) | 13 | -0.33 (1.31) | -0.16 (-1.00, 0.68) | | | | |
| **KIDSCREEN-27: Schulisches Umfeld (Proxy) basierend auf RASCH-PP** | | | | | | | | | 0.1696 | 144 |
| T1 | 51 | 2.17 (2.70) | | 65 | 3.30 (1.71) | | | | | |
| T2-T1 | 35 | 0.05 (1.51) | 0.70 (-0.04, 1.44) | 31 | 0.31 (2.93) | -0.40 (-1.18, 0.39) | 1.09* (0.18, 2.01) | 0.0211* | | |
| T3-T1 | 34 | 1.05 (2.06) | 0.80 (0.06, 1.55) | 18 | -0.86 (1.88) | -0.29 (-1.16, 0.57) | | | | |
| T4-T1 | 13 | 0.41 (1.68) | 0.76 (-0.02, 1.53) | 13 | -0.01 (1.37) | -0.34 (-1.16, 0.48) | | | | |
| **KIDSCREEN-27: Beziehungen zu Eltern und Autonomie (Proxy) basierend auf RASCH-PP** | | | | | | | | | 0.8203 | 160 |
| T1 | 60 | 1.87 (0.83) | | 73 | 2.10 (0.77) | | | | | |
| T2-T1 | 40 | 0.04 (0.83) | 0.14 (-0.14, 0.42) | 35 | 0.05 (1.08) | -0.05 (-0.34, 0.23) | 0.19* (-0.12, 0.51) | 0.2197* | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-P | | | Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | Interventionsgruppe CHIMPS-P vs Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| T3-T1 | 38 | 0.35 (0.73) | 0.27 (0.02, 0.53) | 19 | -0.07 (1.17) | 0.08 (-0.22, 0.38) | | | | |
| T4-T1 | 15 | 0.00 (0.78) | 0.17 (-0.20, 0.53) | 13 | -0.07 (0.57) | -0.03 (-0.40, 0.35) | | | | |
| **KIDSCREEN-27: Soziale Unterstützung und Gleichaltrige (Proxy) basierend auf RASCH-PP** | | | | | | | | | 0.9976 | 160 |
| T1 | 57 | 1.84 (2.17) | | 72 | 3.30 (1.79) | | | | | |
| T2-T1 | 39 | -0.07 (1.49) | 0.29 (-0.32, 0.90) | 37 | 0.46 (2.73) | -0.19 (-0.85, 0.46) | 0.48* (-0.27, 1.23) | 0.1985* | | |
| T3-T1 | 37 | -0.14 (1.72) | 0.28 (-0.25, 0.81) | 20 | 0.20 (2.05) | -0.21 (-0.85, 0.44) | | | | |
| T4-T1 | 14 | -0.07 (1.89) | 0.16 (-0.56, 0.88) | 13 | 0.36 (1.26) | -0.32 (-1.09, 0.45) | | | | |
| **KIDSCREEN-10: Allgemeine HRQoL (Proxy) basierend auf RASCH-PP** | | | | | | | | | 0.1008 | 143 |
| T1 | 51 | 1.50 (1.17) | | 65 | 1.94 (0.83) | | | | | |
| T2-T1 | 35 | 0.04 (0.91) | 0.09 (-0.24, 0.42) | 31 | 0.27 (1.15) | 0.11 (-0.24, 0.47) | -0.03 (-0.48, 0.43) | 0.9081 | | |
| T3-T1 | 33 | 0.52 (1.18) | 0.56 (0.20, 0.92) | 18 | -0.40 (1.20) | -0.41 (-0.89, 0.07) | 0.97 (0.40, 1.54) | 0.0017 | | |
| T4-T1 | 13 | 0.16 (0.98) | 0.21 (-0.30, 0.73) | 13 | -0.03 (0.74) | 0.12 (-0.39, 0.63) | 0.09 (-0.59, 0.78) | 0.7796 | | |

**Tabelle 43:** *Modellergebnisse der Analysen des Kidscreen aus Elternsicht über alle Kinder - CHIMPS-P-Studie*

beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| CBCL Kind Internale Probleme (standardisiert) | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.6612 |
| CBCL Kind Externale Probleme (standardisiert) | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.4663 |

**Tabelle 44:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für alle Kinder - CHIMPS-P-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| KIDSCREEN-27: Psychologisches Wohlbefinden (Proxy) basierend auf RASCH-PP | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.3787 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| KIDSCREEN-27: Körperliches Wohlbefinden (Proxy) basierend auf RASCH-PP | Zentrum | 0.0344 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.2155 |
| KIDSCREEN-27: Schulisches Umfeld (Proxy) basierend auf RASCH-PP | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.1354 |
| | Kind Nr | 0.2339 |
| KIDSCREEN-27: Beziehungen zu Eltern und Autonomie (Proxy) basierend auf RASCH-PP | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.1841 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| KIDSCREEN-27: Soziale Unterstützung und Gleichaltrige (Proxy) basierend auf RASCH-PP | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.3024 |


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| KIDSCREEN-10: Allgemeine HRQoL (Proxy) basierend auf RASCH-PP | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0000 |

**Tabelle 45:***ICC aus Modellanalyse des Kidscreens aus Elternsicht über alle Kinder - CHIMPS-P-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer

### 6.1.7.1.3.2.1.2 Jüngere Kinder (1,5 bis 5 Jahre)

In der **Tabelle 46** sind die Ergebnisse der Analysen der Subskalen, die nur für jüngere Kinder angegeben werden, dargestellt. Es gibt nur wenige Kinder, die in die Altersklasse der jüngeren Kinder fallen und somit gibt es wenige Beobachtungen, die in die Analysen mit einfließen, was auch die Schätzungen ungenauer macht (= breite KI) und die Schätzungen zu T4 nicht aussagekräftig sind. Daher wird T4 in der folgenden Beschreibung nicht berücksichtigt. Außerdem zeigt sich kein einheitliches Bild des Behandlungseffekts (CHIMPS-P-IG vs. CHIMPS-P-KG über die Subskalen hinweg. Viele Behandlungseffekte deuten zwar in die Richtung des Vorteils für die CHIMPS-P-IG, jedoch nicht alle. Die Effektschätzer schwanken zwischen -6,25 (für Elternteil und Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen für die CBCL-Subskala: Aggressives Verhalten zu T3) und 0,07 (für Elternteil und Baselinewert adjustierter mittlere Unterschied zwischen den Gruppen für die CBCL-Subskala: Aufmerksamkeitsprobleme). Dies bedeutet, dass die IG sich bei manchen CBCL-Subskalen, ausgehend von Baseline, mehr verbessert (negatives Vorzeichen) und für andere die KG (positives Vorzeichen). Insgesamt sind die Effektschätzer eher gering. Für manche ist der Effekt auch nahe 0, was für keinen Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen spricht (CBCL-Subskala: Aufmerksamkeitsprobleme, Ängstlichkeit/Depressivität, Körperliche Beschwerden). Nur bei einem Endpunkt ändert sich der Behandlungseffekt über die Zeit (Aggressives Verhalten), bei den anderen Endpunkten ist der Effekt konstant über die Zeit. Die ICC sind in **Tabelle 47** zu finden.

| | Interventionsgruppe CHIMPS-P | | | Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | Interventionsgruppe CHIMPS-P vs Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind (1.5-5) Emotionale Reaktivität** | | | | | | | | | 0.6086 | 49 |
| T1 | 27 | 3.15 (2.64) | | 25 | 2.80 (2.22) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -1.43 (1.91) | -1.60 (-2.83, -0.37) | 16 | -0.12 (3.42) | -0.98 (-2.07, 0.11) | -0.62* (-2.25, 1.01) | 0.3871* | | |
| T3-T1 | 8 | -1.50 (2.33) | -1.29 (-2.84, 0.27) | 6 | 2.00 (5.06) | -0.66 (-2.14, 0.82) | | | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-P | | | Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | Interventionsgruppe CHIMPS-P vs Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| T4-T1 | 1 | -2.00 ( NA) | -0.98 (-3.54, 1.58) | 4 | 0.75 (6.70) | -0.36 (-2.61, 1.90) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Sozialer Rückzug** | | | | | | | | | 0.2318 | 49 |
| T1 | 27 | 2.96 (2.53) | | 25 | 3.24 (3.11) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -1.43 (1.91) | -1.45 (-3.15, 0.24) | 16 | -0.12 (3.42) | -0.60 (-2.16, 0.96) | -0.85* (-3.20, 1.50) | 0.4087* | | |
| T3-T1 | 8 | -1.50 (2.33) | -0.31 (-3.12, 2.49) | 6 | 2.00 (5.06) | 0.54 (-2.18, 3.26) | | | | |
| T4-T1 | 1 | -2.00 ( NA) | -1.36 (-8.24, 5.51) | 4 | 0.75 (6.70) | -0.51 (-7.04, 6.02) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Schlafprobleme** | | | | | | | | | 0.6810 | 49 |
| T1 | 27 | 3.93 (2.51) | | 25 | 3.44 (2.14) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -1.43 (1.91) | -0.91 (-2.07, 0.26) | 16 | -0.12 (3.42) | -0.18 (-1.11, 0.75) | -0.72* (-2.01, 0.57) | 0.2191* | | |
| T3-T1 | 8 | -1.50 (2.33) | -1.20 (-2.50, 0.11) | 6 | 2.00 (5.06) | -0.48 (-1.65, 0.69) | | | | |
| T4-T1 | 1 | -2.00 ( NA) | -1.41 (-4.13, 1.32) | 4 | 0.75 (6.70) | -0.68 (-3.06, 1.69) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Ängstlichkeit/Depressivität** | | | | | | | | | 0.3073 | 49 |
| T1 | 27 | 2.70 (1.75) | | 25 | 2.56 (1.89) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -1.43 (1.91) | -0.54 (-1.61, 0.52) | 16 | -0.12 (3.42) | -0.51 (-1.48, 0.46) | -0.03* (-1.51, 1.44) | 0.9574* | | |
| T3-T1 | 8 | -1.50 (2.33) | 0.32 (-1.45, 2.09) | 6 | 2.00 (5.06) | 0.35 (-1.35, 2.06) | | | | |
| T4-T1 | 1 | -2.00 ( NA) | -1.09 (-3.92, 1.73) | 4 | 0.75 (6.70) | -1.06 (-3.69, 1.57) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Aufmerksamkeitsprobleme** | | | | | | | | | 0.8153 | 49 |
| T1 | 27 | 2.59 (2.14) | | 25 | 3.00 (1.58) | | | | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-P | | | Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | Interventionsgruppe CHIMPS-P vs Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| T2-T1 | 14 | -1.43 (1.91) | -0.63 (-1.70, 0.44) | 16 | -0.12 (3.42) | -0.70 (-1.65, 0.24) | 0.07* (-1.31, 1.45) | 0.9043* | | |
| T3-T1 | 8 | -1.50 (2.33) | -0.42 (-1.64, 0.79) | 6 | 2.00 (5.06) | -0.49 (-1.64, 0.65) | | | | |
| T4-T1 | 1 | -2.00 ( NA) | -1.09 (-2.45, 0.26) | 4 | 0.75 (6.70) | -1.16 (-2.34, 0.01) | | | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Aggressives Verhalten** | | | | | | | | | 0.1324 | 49 |
| T1 | 27 | 9.89 (6.34) | | 25 | 10.64 (5.69) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -1.43 (1.91) | -2.77 (-5.40, -0.15) | 16 | -0.12 (3.42) | -1.14 (-3.36, 1.09) | -1.64 (-5.15, 1.88) | 0.2984 | | |
| T3-T1 | 8 | -1.50 (2.33) | -4.23 (-7.78, -0.67) | 6 | 2.00 (5.06) | 2.03 (-1.50, 5.55) | -6.25 (-11.36, -1.15) | 0.0241 | | |
| T4-T1 | 1 | -2.00 ( NA) | -6.26 (-19.48, 6.97) | 4 | 0.75 (6.70) | 1.02 (-5.05, 7.09) | -7.28 (-22.01, 7.45) | 0.2722 | | |
| **CBCL Kind (1.5-5) Körperliche Beschwerden** | | | | | | | | | 0.8072 | 49 |
| T1 | 27 | 1.78 (2.04) | | 25 | 1.84 (1.55) | | | | | |
| T2-T1 | 14 | -0.07 (2.34) | 0.22 (-0.92, 1.36) | 16 | 0.19 (1.05) | 0.16 (-0.79, 1.10) | 0.06* (-1.23, 1.35) | 0.9083* | | |
| T3-T1 | 8 | 0.50 (0.93) | 0.51 (-0.85, 1.87) | 6 | 0.17 (1.72) | 0.45 (-0.80, 1.69) | | | | |
| T4-T1 | 1 | -1.00 ( NA) | -0.17 (-2.22, 1.88) | 4 | -0.25 (2.87) | -0.23 (-1.98, 1.51) | | | | |

**Tabelle 46:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-P Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| CBCL Kind (1.5-5) Emotionale Reaktivität | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.2511 |
| | Kind Nr | 0.1600 |
| CBCL Kind (1.5-5) Sozialer Rückzug | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (1.5-5) Schlafprobleme | Zentrum | 0.1443 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0998 |
| CBCL Kind (1.5-5) Ängstlichkeit/Depressivität | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (1.5-5) Aufmerksamkeitsprobleme | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.3928 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (1.5-5) Aggressives Verhalten | Zentrum | 0.0318 |
| | Familie | 0.3184 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (1.5-5) Körperliche Beschwerden | Zentrum | 0.0840 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0724 |

**Tabelle 47:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für jüngere Kinder - CHIMPS-P-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer

#### 6.1.7.1.3.2.1.3 Ältere Kinder (6 Jahre und älter)

In **Tabelle 48** sind die Ergebnisse der Analysen der Subskala, die nur für ältere KJ angegeben werden, dargestellt. Alle Effektschätzer deuten in die Richtung eines Vorteils für die CHIMPS-P-IG. Die Effektschätzer schwanken zwischen -2,35 (für Elternteil und Baselinewert mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen für die CBCL-Subskala: Soziale Probleme) und -0,19 (für Elternteil und Baselinewert mittlerer Unterschied zwischen den Gruppen für die CBCL-


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Subskala: Regelverletzendes Verhalten zu T2). Dies sind jedoch geringe Effekte. Nur für einen Endpunkt unterscheiden sich die Effektschätzer für die Zeitpunkte (Regelverletzendes Verhalten), für die anderen ist der Effekt konstant über die Zeit. Die ICCs sind in **Tabelle 49** zu finden.

| | Interventionsgruppe CHIMPS-P | | | Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | Interventionsgruppe CHIMPS-P vs Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind (6-18) Regelverletzendes Verhalten** | | | | | | | | | 0.1146 | 90 |
| T1 | 35 | 1.37 (1.44) | | 45 | 1.29 (2.27) | | | | | |
| T2-T1 | 21 | -0.67 (2.99) | -0.51 (-1.26, 0.25) | 19 | -0.79 (1.78) | -0.32 (-1.13, 0.48) | -0.19 (-1.10, 0.73) | 0.6732 | | |
| T3-T1 | 24 | -0.88 (2.36) | -0.68 (-1.38, 0.01) | 11 | -0.27 (1.90) | 0.06 (-0.76, 0.88) | -0.75 (-1.63, 0.14) | 0.0935 | | |
| T4-T1 | 10 | -0.40 (1.26) | -0.85 (-1.56, -0.14) | 5 | -1.00 (1.00) | 0.04 (-0.78, 0.85) | -0.89 (-1.79, 0.00) | 0.0509 | | |
| **CBCL Kind (6-18) Items ohne Skalenzugehörigkeit** | | | | | | | | | 0.9492 | 90 |
| T1 | 35 | 2.43 (2.16) | | 45 | 2.20 (2.34) | | | | | |
| T2-T1 | 21 | -1.43 (3.36) | -1.40 (-2.28, -0.52) | 19 | -0.26 (2.13) | -0.01 (-0.98, 0.97) | -1.40* (-2.57, -0.22) | 0.0229* | | |
| T3-T1 | 24 | -1.42 (2.67) | -1.32 (-2.22, -0.43) | 11 | -0.18 (1.08) | 0.07 (-0.97, 1.12) | | | | |
| T4-T1 | 10 | -2.10 (1.85) | -1.65 (-2.62, -0.67) | 5 | -0.20 (1.10) | -0.25 (-1.35, 0.85) | | | | |
| **CBCL Kind (6-18) Ängstlichkeit/Depressivität** | | | | | | | | | 0.1598 | 90 |
| T1 | 35 | 3.14 (3.30) | | 45 | 2.56 (2.40) | | | | | |
| T2-T1 | 21 | -0.86 (3.60) | -1.09 (-2.54, 0.36) | 19 | -1.00 (4.56) | -0.09 (-1.62, 1.44) | -1.00* (-2.39, 0.39) | 0.1454* | | |
| T3-T1 | 24 | -1.67 (3.13) | -1.21 (-2.49, 0.08) | 11 | 0.82 (2.18) | -0.20 (-1.67, 1.27) | | | | |
| T4-T1 | 10 | -2.10 (2.08) | -2.22 (-3.17, -1.27) | 5 | -0.20 (1.30) | -1.22 (-2.49, 0.05) | | | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-P | | | Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | Interventionsgruppe CHIMPS-P vs Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Kind (6-18) Rückzüglich/depressiv** | | | | | | | | | 0.9876 | 90 |
| T1 | 35 | 2.20 (2.18) | | 45 | 1.80 (1.80) | | | | | |
| T2-T1 | 21 | -0.90 (2.34) | -0.89 (-1.79, 0.00) | 19 | -0.89 (2.02) | -0.23 (-1.18, 0.73) | -0.67* (-1.64, 0.31) | 0.1682* | | |
| T3-T1 | 24 | -0.79 (2.52) | -0.86 (-1.68, -0.05) | 11 | 0.09 (1.76) | -0.20 (-1.17, 0.77) | | | | |
| T4-T1 | 10 | -0.90 (1.60) | -1.42 (-2.19, -0.65) | 5 | -0.80 (2.39) | -0.75 (-1.70, 0.19) | | | | |
| **CBCL Kind (6-18) Körperliche Beschwerden** | | | | | | | | | 0.6754 | 90 |
| T1 | 35 | 1.29 (1.89) | | 45 | 1.73 (1.95) | | | | | |
| T2-T1 | 21 | -0.48 (3.12) | -0.74 (-1.93, 0.46) | 19 | 0.05 (2.12) | -0.05 (-1.36, 1.26) | -0.68* (-2.21, 0.84) | 0.3555* | | |
| T3-T1 | 24 | -0.62 (2.95) | -0.34 (-1.57, 0.89) | 11 | -0.09 (1.51) | 0.34 (-1.05, 1.74) | | | | |
| T4-T1 | 10 | -0.90 (1.20) | -0.55 (-1.80, 0.71) | 5 | -1.00 (1.22) | 0.14 (-1.25, 1.53) | | | | |
| **CBCL Kind (6-18) Soziale Probleme** | | | | | | | | | 0.3047 | 90 |
| T1 | 35 | 1.80 (1.81) | | 45 | 1.36 (1.81) | | | | | |
| T2-T1 | 21 | -1.33 (2.48) | -1.26 (-2.49, -0.03) | 19 | 0.00 (2.05) | 1.09 (-0.26, 2.44) | -2.35* (-3.85, -0.84) | 0.0044* | | |
| T3-T1 | 24 | -1.46 (2.30) | -1.18 (-2.41, 0.04) | 11 | 1.18 (2.40) | 1.16 (-0.20, 2.53) | | | | |
| T4-T1 | 10 | -0.80 (1.14) | -1.03 (-2.30, 0.23) | 5 | 0.20 (1.10) | 1.32 (-0.07, 2.71) | | | | |
| **CBCL Kind (6-18) Aufmerksamkeitsprobleme** | | | | | | | | | 0.7638 | 90 |
| T1 | 35 | 2.69 (2.39) | | 45 | 1.98 (2.23) | | | | | |
| T2-T1 | 21 | -0.48 (2.46) | -0.61 (-2.08, 0.87) | 19 | -0.37 (2.63) | 0.44 (-1.06, 1.95) | -1.05* (-2.42, 0.32) | 0.1231* | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-P | | | Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | Interventionsgruppe CHIMPS-P vs Kontrollgruppe CHIMPS-P | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| T3-T1 | 24 | -0.33 (2.50) | -0.36 (-1.83, 1.10) | 11 | 0.64 (2.46) | 0.69 (-0.86, 2.24) | | | | |
| T4-T1 | 10 | -0.60 (1.43) | -0.94 (-2.42, 0.55) | 5 | -0.80 (1.30) | 0.12 (-1.43, 1.66) | | | | |
| **CBCL Kind (6-18) Regelverletzendes Verhalten** | | | | | | | | | 0.9716 | 90 |
| T1 | 35 | 1.71 (1.78) | | 45 | 1.62 (2.23) | | | | | |
| T2-T1 | 21 | -1.00 (3.03) | -0.98 (-1.61, -0.34) | 19 | -0.74 (1.41) | -0.63 (-1.32, 0.07) | -0.35* (-1.15, 0.45) | 0.3691* | | |
| T3-T1 | 24 | -0.71 (2.76) | -0.61 (-1.24, 0.02) | 11 | -0.82 (0.87) | -0.26 (-1.01, 0.49) | | | | |
| T4-T1 | 10 | -1.10 (2.28) | -1.01 (-1.83, -0.20) | 5 | 0.00 (0.71) | -0.66 (-1.57, 0.25) | | | | |

**Tabelle 48:** *Modellergebnisse der Analysen der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-P-Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| CBCL Kind (6-18) Regelverletzendes Verhalten | Zentrum | 0.1294 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.4748 |
| CBCL Kind (6-18) Items ohne Skalenzugehörigkeit | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.7684 |
| CBCL Kind (6-18) Ängstlichkeit/Depressivität | Zentrum | 0.0000 |


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (6-18) Rückzüglich/depressiv | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (6-18) Körperliche Beschwerden | Zentrum | 0.0251 |
| | Familie | 0.6053 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (6-18) Soziale Probleme | Zentrum | 0.1246 |
| | Familie | 0.6566 |
| | Kind Nr | 0.1107 |
| CBCL Kind (6-18) Aufmerksamkeitsprobleme | Zentrum | 0.2335 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.0000 |
| CBCL Kind (6-18) Regelverletzendes Verhalten | Zentrum | 0.0000 |
| | Familie | 0.0000 |
| | Kind Nr | 0.4850 |

**Tabelle 49:** *ICC aus Modellanalyse der CBCL-Subskalen für ältere Kinder - CHIMPS-P-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer

### *6.1.7.1.3.2.2 Kinder über sich*

In **Tabelle 50** befinden sich die Ergebnisse der Analysen des KIDSCREEN-27, im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich weitere Ergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht der KJ erhoben wurden. Dabei sollten KJ nur Fragebögen ausfüllen, wenn sie 8 Jahre oder älter waren. Falls dennoch ein jüngeres Kind etwas über sich geantwortet hat, wurde dies berücksichtigt. Der ICC für die Familie konnte nicht berechnet werden.
Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.
Allerdings war auf Grund vieler fehlender Werte und der geringen Fallzahl in der CHIMPS-P-Studie die Anzahl an Beobachtungen, die in die statistische Analyse mit einbezogen werden konnten, sehr gering und somit die Schätzung sehr ungenau.
Insgesamt ergab sich auch kein einheitliches Bild bei den Behandlungseffekten der KIDSCREEN-27-Scores, da diese zwischen -1,96 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

im Endpunkt Kidscreen 10 zu T4) und 0,79 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz im Endpunkt Soziale Unterstützung zu T2) schwanken. Dies bedeutet, dass die KG sich bei manchen KIDSCREEN-27-Subskalen, ausgehend von Baseline, mehr verbessert (negatives Vorzeichen) und für andere die IG (positives Vorzeichen). Insgesamt sind die Gruppenunterschiede damit gering. Für die Endpunkte KIDSCREEN-27 Beziehungen zu Eltern und Autonomie, Kidscreen Soziale Unterstützung und KIDSCREEN-10 ist der Effekt über die Zeit zu unterscheiden.

| Zeitpunkt | n beob. MW (SD) Kontrollgr. CHIMPS-P | n beob. MW (SD) Interventionsgr. CHIMPS-P | adj. MW (95% KI) Kontrollgr. CHIMPS-P | adj. MW (95% KI) Intervention sgr. CHIMPS-P | MW Diff (95% KI) Intervention vs. Kontrolle | p-Wert | n Beob. | p-Wert Interakt. (Gruppe -Zeit) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| KIDSCREEN-27: Körperliches Wohlbefinden (Self) basierend auf RASCH-PP | | | | | | | | |
| T1 | 10 1.74 (1.56) | 14 2.04 (1.35) | | | | | 32 | 0.2106 |
| T2-T1 | 5 0.84 (1.17) | 9 0.30 (1.25) | 1.11 (-0.03, 2.24) | 0.30 (-0.67, 1.28) | -0.80* (-1.90, 0.30) | 0.1429* | | |
| T3-T1 | 4 -0.18 (1.13) | 8 -0.68 (0.94) | 0.30 (-0.89, 1.49) | -0.50 (-1.52, 0.51) | | | | |
| T4-T1 | 2 1.51 (0.30) | 4 -0.77 (1.66) | 0.85 (-0.38, 2.08) | 0.05 (-1.18, 1.28) | | | | |
| KIDSCREEN-27: Psychologisches Wohlbefinden (Self) basierend auf RASCH-PP | | | | | | | | |
| T1 | 10 1.41 (1.44) | 14 2.20 (0.90) | | | | | 32 | 0.2435 |
| T2-T1 | 5 0.04 (0.56) | 9 0.43 (1.33) | 0.10 (-0.97, 1.16) | 0.48 (-0.37, 1.33) | 0.39* (-0.87, 1.64) | 0.5251* | | |
| T3-T1 | 4 -0.28 (1.91) | 8 -0.07 (0.87) | -0.30 (-1.38, 0.78) | 0.08 (-0.78, 0.94) | | | | |
| T4-T1 | 2 1.02 (0.31) | 4 -0.33 (1.45) | 0.20 (-1.25, 1.64) | 0.58 (-0.71, 1.88) | | | | |
| KIDSCREEN-27: Beziehungen zu Eltern und Autonomie (Self) basierend auf RASCH-PP | | | | | | | | |
| T1 | 10 1.55 (0.89) | 13 2.12 (0.94) | | | | | 32 | 0.0560 |
| T2-T1 | 5 -0.31 (0.89) | 9 0.15 (1.09) | -0.40 (-1.19, 0.40) | 0.09 (-0.53, 0.72) | 0.49 (-0.45, 1.43) | 0.2792 | | |
| T3-T1 | 4 0.52 (2.08) | 8 0.05 (1.26) | 0.39 (-0.83, 1.62) | 0.13 (-0.78, 1.04) | -0.26 (-1.74, 1.21) | 0.7078 | | |
| T4-T1 | 2 0.21 (0.29) | 4 -0.71 (1.45) | 0.50 (-0.62, 1.63) | -0.58 (-1.49, 0.33) | -1.08 (-2.49, 0.33) | 0.1215 | | |
| KIDSCREEN-27: Soziale Unterstützung und Gleichaltrige (Self) basierend auf RASCH-PP | | | | | | | | |
| T1 | 10 1.68 (1.29) | 14 2.60 (0.86) | | | | | 32 | 0.0425 |
| T2-T1 | 5 -0.30 (1.27) | 9 -0.03 (1.34) | -0.63 (-1.66, 0.41) | 0.17 (-0.59, 0.93) | 0.79 (-0.51, 2.10) | 0.2116 | | |
| T3-T1 | 4 0.14 (1.53) | 8 -0.37 (1.31) | 0.05 (-1.15, 1.25) | -0.33 (-1.19, 0.53) | -0.38 (-1.86, 1.10) | 0.5915 | | |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Zeitpunkt | n beob. MW (SD) Kontrollgr. CHIMPS-P | n beob. MW (SD) Interventionsgr. CHIMPS-P | adj. MW (95% KI) Kontrollgr. CHIMPS-P | adj. MW (95% KI) Intervention sgr. CHIMPS-P | MW Diff (95% KI) Intervention vs. Kontrolle | p-Wert | n Beob. | p-Wert Interakt. (Gruppe -Zeit) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T4-T1 | 2 1.33 (0.90) | 4 -0.13 (1.11) | 1.30 (0.08, 2.52) | -0.33 (-1.20, 0.54) | -1.63 (-3.12, -0.13) | 0.0350 | | |
| KIDSCREEN-27: Schulisches Umfeld (Self) basierend auf RASCH-PP | | | | | | | | |
| T1 | 10 1.19 (1.75) | 14 2.87 (0.89) | | | | | 32 | 0.8457 |
| T2-T1 | 5 1.00 (2.37) | 9 0.21 (1.79) | 0.39 (-0.85, 1.63) | 0.61 (-0.40, 1.63) | 0.23* (-1.19, 1.65) | 0.7378* | | |
| T3-T1 | 4 -0.09 (2.32) | 8 -0.79 (1.18) | -0.44 (-1.61, 0.73) | -0.21 (-1.14, 0.73) | | | | |
| T4-T1 | 2 0.20 (0.28) | 4 -0.65 (1.18) | -0.18 (-1.68, 1.33) | 0.05 (-1.28, 1.39) | | | | |
| KIDSCREEN-10: Allgemeine HRQoL (Self) internationaler T-Wert basierend auf RASCH-PP | | | | | | | | |
| T1 | 10 1.13 (0.97) | 14 2.06 (0.82) | | | | | 32 | 0.0658 |
| T2-T1 | 5 0.19 (0.84) | 9 0.23 (1.12) | -0.22 (-1.11, 0.67) | 0.33 (-0.38, 1.05) | 0.55 (-0.47, 1.57) | 0.2648 | | |
| T3-T1 | 4 -0.20 (1.12) | 8 -0.49 (0.83) | -0.44 (-1.19, 0.31) | -0.27 (-0.90, 0.36) | 0.17 (-0.66, 1.00) | 0.6619 | | |
| T4-T1 | 2 1.20 (0.79) | 4 -0.60 (0.81) | 1.55 (0.14, 2.96) | -0.41 (-1.60, 0.78) | -1.96 (-3.76, -0.16) | 0.0347 | | |

**Tabelle 50:** *Modellergebnisse der Analysen des Kidscreen aus Kindersicht - CHIMPS-P-Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW Diff=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4 T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.

Ebenso ergibt sich bei den Skalen des YSR/6-18R kein einheitliches Bild und die Schätzungen sind sehr ungenau auf Grund der geringen Beobachtungszahl. Die für den Baselinewert adjustierten mittleren Differenzen schwanken zwischen -0,42 (YSR/6-18R Rückzüglich/depressiv) und 17,53 (Gesamtauffälligkeit). Effektschätzer mit positivem Vorzeichen bedeuten eine größere Veränderung von Baseline zu den Folgewerten. Beispielsweise fallen die Werte für YSR/6-18R-Gesamtauffälligkeit in der KG über die Zeit, während die Werte in der IG steigen und damit ergibt sich der Effektschätzer im Vorteil für die KG. Für die Werte von YSR/6-18R Rückzüglich/depressiv fallen die Werte für beide Gruppen zu T2 zunächst, bevor sie wieder steigen. Diese Veränderung ist dann im Gesamten weniger in der IG verglichen mit der KG. Nur für die Subskala YSR/6-18R Aggressives Verhalten scheint sich der Behandlungseffekt über die Zeit zu ändern.
Die Effektschätzer für die Skalen des FB-A schwanken zwischen -0,23 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz des Endpunkts FB-A Rollenverteilung) und 25,21 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz des Endpunkts FB-A Summenwert). Werte mit negativem Vorzeichen bedeuten, dass die Veränderungen der Werte in der IG kleiner sind. Ein positives Vorzeichen bedeutet, dass die Veränderungen in der IG größer sind. Damit ergibt sich auch hier kein einheitliches Bild und die Schätzungen sind sehr ungenau auf Grund der


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

geringen Beobachtungszahl. Allerdings unterscheiden sich hier keine Behandlungseffekte über die Zeit. Die Werte der KG fallen über die Zeit, wohingegen die Werte der IG steigen.
Für den OSSQ Summenwert unterscheiden sich die Effekte über die Zeit, wobei hier ebenfalls die weiten KI und somit ungenauen Schätzungen zu beachten sind. Zu T2 ist die Veränderung in der IG größer (die adjustieren mittleren Werte steigen mehr). Zu T3 und T4 fallen die adjustieren Werte in der IG, aber in der KG steigen sie und somit ist die Veränderung in der IG kleiner verglichen mit der KG. Allerdings verbleiben die Werte in beiden Gruppen in der Kategorie für die *mittlere soziale Unterstützung* und somit ist die Veränderung und der Effektschätzer gering.
Für den SSRMI Skalenwert unterscheiden sich die Effekte über die Zeit, wobei hier ebenfalls die weiten Konfidenzintervalle und somit ungenauen Schätzungen zu beachten sind. Über die Zeit fallen die Werte in beiden Gruppen. In der IG fallen die Werte weniger.
Auch ergibt sich bei den Skalen des ESI kein einheitliches Bild und die Schätzungen sind sehr ungenau auf Grund der geringen Beobachtungszahl. Die für den Baselinewert adjustierten mittleren Differenzen schwanken zwischen -4,52 (ESI Einschränkender Stil) und 8,04 (ESI Tadelnder Stil zu T2). Nur für den Endpunkte ESI Tadelnder Stil ist es nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden.
Mehr KJ nannten das Ziel *Veränderung beim präsentierten Problem* (53,33%). Das Ziel *Veränderung der Art des Ehesystems* wurde nicht so häufig genannt (6,67%). 33,33% nannten das Ziel *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems*. Das Ziel *Veränderung der Art des Familiensystems* wurde von 33,33% genannt. Das Ziel *Veränderung der sozialen Unterstützung* wurde von 0% genannt. Es haben sehr wenige KJ diese Fragen beantwortet (acht in der KG; sieben in der IG). Das wichtigste Beratungsziel wurde zu T2 meist *Wenig erreicht* (42,86%), zu T3 meist *Hoch erreicht* (jeweils 57,14%) und zu T4 meist *Hoch erreicht* (75,0%). Zu T4 haben aber nur noch vier KJ die Fragen beantwortet. Die Familiengespräche haben wie folgt geholfen: T2 *Sehr hoch* 42,86%; T3 *Hoch* 42,86%; T4 *Mittel* 75,0%. Die meisten KJ fühlten sich *Mittelmäßig* bis *Gut* über die Erkrankung des Elternteils informiert (T2 *Gut*: 44,44%; T3 *Gut*: 62,5%; T4 *Mittelmäßig*: 60,0%). Die meisten KJ antworteten mit *Ziemlich* auf die Frage, wie offen über die Erkrankung des Elternteils in der Familie gesprochen wird (T2: 44,44%; T3: 37,5%; T4: 40,0%). Die meisten KJ konnten *Gut* mit der Erkrankung des Elternteils umgehen (T2: 44,44%; T3: 75,0%; T4: 80,0%). Die meisten Kinder konnten *Mittelmäßig* bis *Ziemlich* mit einer Person außerhalb der Familie über die Erkrankung des Elternteils sprechen (T2 *Ziemlich*: 33,33%; T3 *Ziemlich*: 62,5%; T4 *Mittelmäßig*: 60,0%).

#### 6.1.4.1.3.2.3 Kranke Elternteile über sich

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht des kranken Elternteils beantwortet wurden.
Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.
Auf Grund der geringen Beobachtungszahl sind alle Ergebnisse in diesem Abschnitt vorsichtig zu interpretieren, da die Schätzung dadurch unpräziser wird und instabil ist.
Für den SF-12 Normwert physische Gesundheit steigen die Werte in der KG und in der Interventionsgruppe gibt es kaum eine Änderung. Gemittelt über alle Zeitpunkte steigen die Werte in der KG mehr (für Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zw. IG vs. KG: -2,93). Dieser Effektschätzer ist also zum Vorteil für die KG. Für den SF-12 Normwert psychische Gesundheit steigen die Werte von Baseline zu den Folgezeitpunkten für beide Gruppen. Diese Steigerung ist höher in der IG (für Baselinewert adjustierter mittlere Unterschied zw. IG vs. KG: 2,39).
Für alle Skalen des PHQ-D fallen die Werte für beide Gruppen von Baseline zu den Folgezeitpunkten. Für die Skalen PHQ-D: Summenwert Depressivität und PHQ-D: Summenwert Somatische Symptome fallen die Werte in der IG weniger verglichen mit der KG, d. h., die Effektschätzer zeigen in Richtung eines Nachteils für die IG. Für die Skala PHQ-D:


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Summenwert Stress fallen die Werte in der IG ebenfalls weniger als in der KG, aber es ist nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden. Die Effektschätzer sind klein.
Für die Skalen des BSI zeigt sich kein einheitliches Bild, da die Effektschätzer zwischen -0,15 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei BSI: Psychotozismus Mittelwert zu T4) und 3,78 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei BSI: GS) schwanken. Damit sind alle Effektschätzer sehr gering, es gibt also kaum/keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Für den Endpunkt BSI: Psychotozismus Mittelwert ist es dennoch nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden. Meist fallen die Werte für beide Gruppen, d. h. verbessern sich, oder ändern sich kaum. Ein positives Vorzeichen im Effektschätzer spricht für einen Nachteil der IG gegenüber der KG und ein negatives Vorzeichen spricht für einen Vorteil der IG gegenüber der KG.
Für die Skalen des RSQ zeigen sich kaum bzw. keine Änderungen über die Zeit und genauso kaum/keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Für RSQ: Ratio Secondary Control Coping und RSQ: Ratio Involuntary Disengagement Coping ist es aber dennoch nötig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden.
Für die Skalen des EFK zeigt sich kein einheitliches Bild, da die Werte zwischen -0,94 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei Wunschdenken und Bedrohungsabwehr) und 5,62 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei EFK: Aktive Suche nach sozialer Einbindung zu T4) schwanken und auch die beobachteten und adjustierten Mittelwerte in den Gruppen nicht einheitlich steigen oder fallen. Insgesamt sind die Effektschätzer eher gering. Für EFK: Aktive Suche nach sozialer Einbindung, EFK: Bereitschaft zur Annahme von Hilfe, EFK: Bereitschaft zur Annahme von Hilfe Mittelwert und EFK: Aktive Suche nach sozialer Einbindung Mittelwert ist es dennoch nötig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden.
Auch für die Skalen des FB-A sind die Effektschätzer meist eher gering und schwanken zwischen -0,73 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei FB-A: Rollenverteilung zu T4) und 1,47 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei FB-A: Summenwert). Für FB-A: Rollenverteilung ist es nötig; die Effekte über die Zeit zu unterscheiden. Die beobachteten und adjustierten Mittelwerte in den Gruppen steigen oder fallen in den Behandlungsgruppen auch nicht einheitlich.
Beide Gruppen verbleiben über die Zeit in der Kategorie *mittlere Unterstützung*, d. h.; die Werte des OSSQ verändern sich kaum über die Zeit. In der IG steigen die Werte über die Zeit. In der KG steigen sie zunächst, bevor sie zu T3 wieder fallen, ausgehend von der Baselinemessung. Es ist nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden.
Mehr kranke Elternteile nannten das Ziel *Veränderung beim präsentierten Problem* (60,47%). Das Ziel *Veränderung der Art des Ehesystems* wurde nicht so häufig genannt (KG: 19,05%; IG: 4,55%). 33,33% (KG) bzw. 54,55% (IG) nannten das Ziel *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems*. Das Ziel *Veränderung der Art des Familiensystems* wurde von 41,19% genannt. Am wenigsten wurde das Ziel *Veränderung der sozialen Unterstützung* genannt (4,65%). Die Gruppen unterschieden sich meist nicht in der Nennung der Ziele. Das wichtigste Beratungsziel wurde zu T2 meist *Mittel erreicht* (50,0%), zu T3 meist *Hoch erreicht* (50,0%) und zu T4 ebenfalls *Hoch erreicht* (57,14%). Es wurde zu T2-T4 angegeben, dass die Familiengespräche meist *Hoch* geholfen haben (T2: 61,11%; T3: 50,0%; T4: 71,43%).

#### *6.1.7.1.3.2.4 Zweite Elternteile über sich*

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Endpunkte, die aus Sicht des zweiten Elternteils beantwortet wurden.
Die Modellannahmen wurden überprüft und es wurde keine Abweichung von diesen festgestellt.
Auf Grund der geringen Beobachtungszahl sind alle Ergebnisse in diesem Abschnitt vorsichtig zu interpretieren, da die Schätzung dadurch unpräziser wird und instabil ist.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für den SF-12 Normwert physische Gesundheit fallen in beiden Gruppen die adjustierten Mittelwerte. Gemittelt über alle Zeitpunkte fallen die Werte in der IG mehr (für Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zw. IG vs. KG: -0,23). Dieser Effektschätzer ist also zum Nachteil für die IG. Für den SF-12 Normwert psychische Gesundheit steigen die Werte von Baseline zu den Folgezeitpunkten für beide Gruppen. Diese Steigerung ist aber geringer in der IG an T2 (für Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zw. IG vs. KG: 1,88). Zu T3 und T4 ist die Steigerung der Werte in der IG höher (für Baselinewert adjustierter mittlerer Unterschied zw. IG vs. KG: zu T3=5,39; zu T4=6,09). Allerdings sind die KI für die Effektschätzer sehr breit und somit ist die Schätzung sehr ungenau.
Für alle Skalen des PHQ-D fallen die Werte für beide Gruppen von Baseline zu den Folgezeitpunkten. Für die Skala PHQ-D: Summenwert Depressivität fallen die Werte in der IG weniger verglichen mit der KG, d. h., die Effektschätzer zeigen in Richtung eines Nachteils für die IG. Für die anderen Skalen des PHQ-D zeigen die Effektschätzer in Richtung eines Vorteils für die IG. Alle Effektschätzer sind sehr gering.
Für die Skalen des BSI sind alle Gruppenunterschiede sehr gering und es zeigt sich kein einheitliches Bild, da die Effektschätzer zwischen -1,37 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs KG bei BSI: Globaler Kennwert PST) und 1,69 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs KG bei BSI: GS) schwanken. Für die Endpunkte BSI: Somatisierung Mittelwert, BSI: Ängstlichkeit Mittelwert, BSI: Paranoides Denken Mittelwert, BSI: Globaler Kennwert PSDI scheint es nötig, die Effektschätzer über die Zeit zu unterscheiden. Meist fallen die Werte für beide Gruppen, d. h. verbessern sich, oder ändern sich kaum/nicht. Ein positives Vorzeichen im Effektschätzer spricht für einen Nachteil der IG gegenüber der KG und ein negatives Vorzeichen spricht für einen Vorteil der IG gegenüber der KG.
Für die Skalen des RSQ zeigen sich kaum bzw. keine Änderungen über die Zeit und genauso kaum/keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Für RSQ: Ratio Secondary Control Coping und RSQ: Ratio Involuntary Disengagement Coping ist es dennoch nötig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden.
Auch für die Skalen des FB-A sind die Effektschätzer meist eher gering und schwanken zwischen -1,46 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei FB-A: Summenwert) und 1,10 (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz IG vs. KG bei FB-A: Affektive Beziehungsaufnahme zu T3). Für FB-A: Rollenverteilung und FB-A: Affektive Beziehungsaufnahme scheint es nötig, die Effekte über die Zeit zu unterscheiden. Die beobachteten und adjustierten Mittelwerte in den Gruppen steigen oder fallen in den Behandlungsgruppen nicht einheitlich.
Beide Gruppen verbleiben in der Kategorie *mittlere Unterstützung* über die Zeit, d. h., die Werte des OSSQ verändern sich kaum über die Zeit. Zu T3 fallen die adjustierten Mittelwerte in der IG, aber nicht zu T2 und T4, ausgehend vom Baselinewert. In der KG fallen die Werte, ausgehend vom Baselinewert, zu allen Zeitpunkten. Im Mittel über alle Zeitpunkte zeigt der Effektschätzer zum Vorteil für die IG.
Mehr zweite Elternteile nannten das Ziel *Veränderung beim präsentierten Problem* (60,53%). Das Ziel *Veränderung der Art des Ehesystems* wurde nicht so häufig genannt (31,58%). 38,89% (KG) bzw. 60,0% (IG) nannten das Ziel *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems*. Das Ziel *Veränderung der Art des Familiensystems* wurde von 31,58% genannt. Am wenigsten wurde das Ziel *Veränderung der sozialen Unterstützung* genannt (2,63%). Die Gruppen unterschieden sich meist nicht in der Nennung der Ziele. Das wichtigste Beratungsziel wurde zu T2 meist *Hoch erreicht* (40,0%), zu T3 meist *Hoch erreicht* (53,85%) und zu T4 mit jeweils 50,0% *Mittel* und *Hoch* erreicht. Es wurde zu T2-T4 angegeben, dass die Familiengespräche meist *Hoch* geholfen haben (T2: 33,33%; T3: 46,15%; T4: 66,67%).

#### *6.1.7.1.3.2.5 Diagnostiker*innen über Familienmitglieder*

Im Anhang des Evaluationsberichts sind die Ergebnisse der Analysen der Endpunkte, die aus Sicht der Diagnostiker*innen erhoben wurden.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Der K-SADS-PL wurde im Eltern- und Kinderinterview (mit allen KJ ab 10 Jahren) erhoben. Falls mehr als ein Elternteil pro Familie dazu befragt wurde, wurde nur der Eintrag des kranken Elternteils zur Analyse verwendet. Die Anzahl der festgestellten Diagnosen war sehr gering und somit konnte kein statistisches Modell für den Vergleich von IG und KG berechnet werden. Auch die Gesamtanzahl an Beobachtungen, d. h. Angaben der Eltern oder Kinderinterviews, fiel deutlich über die Zeit, was ebenfalls problematisch für eine Modellberechnung ist. Nach Angaben der Eltern und ebenso der KJ gab es keine oder nur wenigen Diagnosen (nur in der KG drei mit einer Diagnose).
Weitere Endpunkte, die aus Sicht der Diagnostiker*innen erhoben wurden, sind GARF, GAF bzgl. der Eltern und GAF bzgl. der Kinder. Hier zeigten sich die folgenden Ergebnisse (siehe Anhang des Evaluationsberichts):

- GARF:
  - Behandlungseffekte für die Veränderung zur Baseline zwischen den Behandlungsgruppen ändern sich über die Zeit nicht, wobei der Behandlungseffekt in Richtung eines Vorteils für die IG zeigt (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz jeweils CHIMPS-P-IG vs. CHIMPS-P-KG):
    0,21 (95%-KI: -15,33; 15,76)
  - In beiden Gruppen zeigen sich über die Zeit schlechtere GARF-Werte.
  - Sehr weites KI wegen kleiner Beobachtungszahl (Schätzung ungenau)
  - Geringer Effekt.
- GAF (Eltern):
  - Behandlungseffekte für die Veränderung zur Baseline zwischen den Behandlungsgruppen ändern sich über die Zeit, wobei der Behandlungseffekt nur zu T2 in Richtung eines Vorteils für die IG zeigt (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz jeweils CHIMPS-P-IG vs. CHIMPS-P-KG):
    T2: 9,39 (95%-KI: (-5,61, 24,40))
    T3: -2,58 (95%-KI: (-18,74, 13,58))
    T4: -27,97 (95%-KI: (-54,77, -1,17))
  - Weite KI wegen kleiner Beobachtungszahl (Schätzung ungenau).
  - In der IG fallen die GAF-Werte über die Zeit, während die Werte in der KG steigen.
  - Geringe bis mittlere Effekte.
- GAF (Kinder):
  - Behandlungseffekte für die Veränderung zur Baseline zwischen den Behandlungsgruppen ändern sich über die Zeit nicht, wobei der Behandlungseffekt in Richtung eines Vorteils für die KG zeigt (für Baselinewert adjustierte mittlere Differenz jeweils CHIMPS-P-IG vs. CHIMPS-P-KG):
    -4,33 (95%-KI (-8,78; 0,12))
  - In beiden Gruppen ändern sich die GAF-Werte kaum über die Zeit (in der IG werden die adjustierten Werte schlechter, in der KG werden die adjustierten Werte besser).
  - Weite KI wegen kleiner Beobachtungszahl (Schätzung ungenau).
  - Geringer Effekt.

#### *6.1.7.1.3.2.6 Therapeut*innen*

Im Anhang des Evaluationsberichts befindet sich die Deskription der von den Therapeut*innen ausgefüllten Fragebögen (CPPS-T-P, WAI-SR und Ad-hoc-Items). Zwischen 80% und 90% der Therapeut*innen hat Angaben in diesen Fragebögen geliefert. Die Nennung der Ziele war wie folgt: *Veränderung beim präsentierten Problem* von 59,26%; *Veränderung der Art des Ehesystems* von 18,52%; *Veränderung der Art des Eltern-Kind-Systems* von 37,04%; *Veränderung der Art des Familiensystems* von 59,26%; *Veränderung der sozialen*


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*Unterstützung* von 11,11%. Die Beratung wurde in den meisten Fällen von den Familien vollständig beendet (93,10%). Das Beratungsziel der Familie wurde meist *Hoch erreicht* (62,96%).
Die Werte des WAI-SR steigen leicht vom Erstgespräch zu den Folgegesprächen und somit wurde die Beziehung zwischen Therapeut*innen und Familien(mitgliedern) besser über den Zeitraum der Therapiesitzungen.
Auch die Werte des CPPS-T-P stiegen minimal vom Erst- zu den Folgegesprächen und somit die Aktivität/das gezielte Einbringen einiger Punkte der Therapeut*innen.

#### 6.1.7.1.3.3 Sensitivitätsanalysen

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen, d. h. der Analyse des primären Endpunkts basierend auf der PP-Population. Die Ergebnisse der primären Analyse basierend auf der FAS-Population konnten damit bestätigt werden.

#### 6.1.7.1.3.4 Sicherheitsendpunkte

Im Anhang des Evaluationsberichts befinden sich die Ergebnisse der Analysen zu den unerwünschten Ereignissen aufgeteilt nach Familie, kranker Elternteil, zweiter Elternteil und KJ. Wie für die anderen beiden Studien sind die absoluten und relativen Häufigkeiten dafür, ob mindestens eins der abgefragten unerwünschten Ereignisse aufgetreten ist, dargestellt, sowie die Anzahlen der Ereignisse, wenn diese mehrmals pro Familie aufgetaucht sind. Insgesamt sind wenige unerwünschte Ereignisse aufgetreten, so dass keine statistischen Modelle berechnet werden konnten und sie sind ähnlich auf die IG und KG verteilt.

#### 6.1.7.1.3.5 Subgruppenanalysen

Im Anhang des Evaluationsberichts sind die Ergebnisse der Subgruppenanalysen für den primären Endpunkt dargestellt. Wie bereits für die CHIMPS-T- und CHIMPS-MFT-Studie sind die Ergebnisse für die Subgruppen *Zentrum* und *Sozialer Status* mit drei Gruppen, sowie *Online Format – Ja-Nein* nur über deskriptive Kenngrößen dargestellt. Für die Subgruppe *Sozialer Status* mit nur zwei Kategorien und *Stadtgröße* sind zusätzlich Modellergebnisse angegeben. Für die anderen Subgruppen waren statistische Modelle nicht möglich, da es zu wenige Beobachtungen dafür in den einzelnen Gruppen (Kategorien der Subgruppen aufgeteilt in den Behandlungsgruppen) gab. Alle Interaktions-*p*-Werte aus den Modellen mit dem sozialen Status oder der Stadtgröße sind > 0,15 oder haben zu geringe Beobachtungszahlen, so dass es nicht notwendig erscheint, den Behandlungseffekt für die Kategorien des sozialen Status oder den Kategorien der Stadtgröße zu unterscheiden.

### 6.1.7.1.4 Zusammenführung der CHIMPS-T und -MFT-Studie

In **Tabelle 51** befinden sich die Modellergebnisse der zusammengeführten CHIMPS-T- und CHIMPS-MFT-Gruppen. **Abbildung 11** veranschaulicht die Ergebnisse weiter. Dabei musste der zufällige Effekt für die MFT-Familiengruppe im Modell berücksichtigt werden (*p*-Wert des LRT: 0,014). Alle Familien aus der CHIMPS-T-Studie wurden einer eigenen *MFT-Gruppe* zugeordnet. Da der Effekt für den Vergleich zwischen der CHIMPS-T-KG und der CHIMPS-MFT-KG -0,05 (95%-KI (-0,37; 0,27)) betrug, also damit nahe bei 0 ist und somit kaum ein Unterschied zwischen den Gruppen besteht, konnten diese beiden KG zusammengeführt werden. Da der Effekt für den Vergleich zwischen der CHIMPS-T-IG und der CHIMPS-MFT-IG 0,01 (95%-KI (-0,29; 0,31)) betrug, also damit nahe bei 0 ist und somit kaum ein Unterschied zwischen den Gruppen besteht, konnten diese beiden IG ebenfalls zusammengeführt werden. Allerdings scheint es zwischen der IG CHIMPS-T plus CHIMPS-MFT und der KG CHIMPS-T plus CHIMPS-MFT kaum einen Unterschied zu geben, da der Effektschätzer nahe 0 ist, jedoch minimal im Vorteil für die IG. Der Effekt ist konstant über die Zeit. Die ICC sind in **Tabelle 52:** *ICC aus Modellanalyse des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie plus -MFT-Studie*zu sehen.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Interventionsgruppe CHIMPS-T+MFT | | | Kontrollgruppe CHIMPS-T+MFT | | | Interventionsgruppe CHIMPS-T+MFT vs Kontrollgruppe CHIMPS-T+MFT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Endpunkt** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **n** | **beob. MW (sd)** | **adj. MW (95% KI)** | **MW diff (95% KI)** | **p-Wert** | **p-Wert Interaktion (Gruppe-Zeit)** | **n Beob.** |
| **CBCL Gesamtauffälligkeit (standardisiert)** | | | | | | | | | 0.2067 | 1174 |
| T1 | 434 | 0.25 (1.06) | | 410 | 0.33 (1.08) | | | | | |
| T2-T1 | 249 | -0.30 (0.79) | -0.18 (-0.32, -0.05) | 233 | -0.22 (0.60) | -0.14 (-0.27, -0.00) | -0.04* (-0.18, 0.09) | 0.5299* | | |
| T3-T1 | 200 | -0.35 (0.74) | -0.22 (-0.35, -0.08) | 219 | -0.21 (0.64) | -0.17 (-0.31, -0.04) | | | | |
| T4-T1 | 128 | -0.44 (0.79) | -0.30 (-0.45, -0.16) | 145 | -0.37 (0.69) | -0.26 (-0.40, -0.12) | | | | |

**Tabelle 51:** *Modellergebnis der Analyse des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie plus -MFT-Studie*
beob. MW=beobachteter Mittelwert; adj. MW=adjustierter Mittelwert; MW diff.=Mittelwert Differenz; KI=Konfidenzintervall; Beob.=Beobachtung(en); CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2-T1=Differenz Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T3-T1=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; T4-T1=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung und Messzeitpunkt zu Baseline; *Da der Interaktions-p-Wert zw. Gruppe und Zeit >0,15 ist, müssen die Effekte (p-Werte) zu den Zeitpunkten nicht unterschieden werden, d. h., der angegebene Effekt (p-Wert) gilt für alle Zeitpunkte.

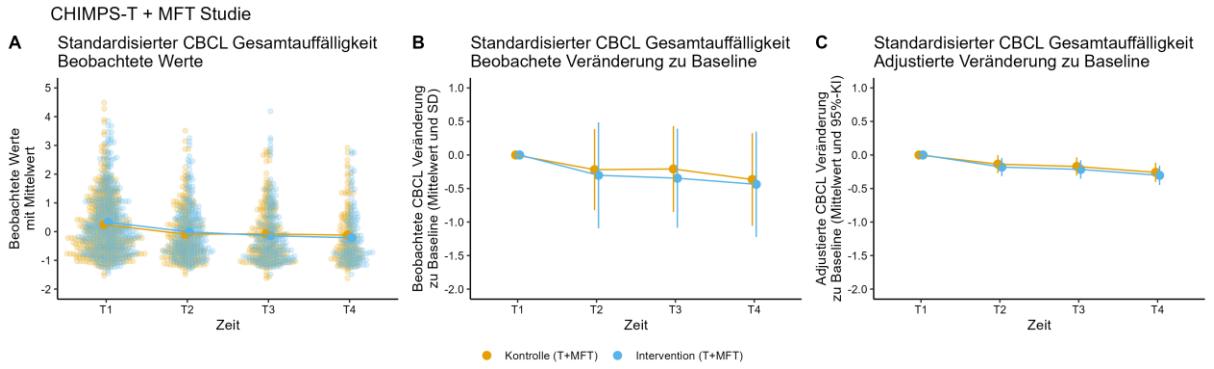



**Abbildung 11:** *Verlauf des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie plus -MFT-Studie*

SD=Standardabweichung; CBCL=Child Behaviour Checklist; T1=Messzeitpunkt zu Baseline; T2=Messzeitpunkt 6 Monate nach Randomisierung; T3=Differenz Messzeitpunkt 12 Monate nach Randomisierung; T4=Differenz Messzeitpunkt 18 Monate nach Randomisierung; KI=Konfidenzintervall


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| Endpunkt | Term | ICC |
|---|---|---|
| CBCL Gesamtauffälligkeit (standardisiert) | Zentrum | 0.0375 |
| | MFT Gruppe | 0.0750 |
| | Familie | 0.4061 |

**Tabelle 52:** *ICC aus Modellanalyse des primären Endpunkts - CHIMPS-T-Studie plus -MFT-Studie*
ICC=Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient; Nr=Nummer

### *6.1.7.2 iCHIMPS*

#### 6.1.7.2.1 Primärer Endpunkt

In **Tabelle 53** sind die Mittelwerte und Standardabweichungen des YSR/11-18R (Summenwerte) für IG und KG über den Studienverlauf hinweg dargestellt.

| Messzeitpunkt | IG *MW* (*sd*) | *n* | KG *MW* (*sd*) | *n* |
|---|---|---|---|---|
| T0 | 77.8 (34.27) | 10 | 79.42 (42.46) | 12 |
| T1 | 57 (13.67) | 6 | 79 (38.64) | 7 |
| T2 | 84.33 (28.92) | 6 | 81.56 (34.96) | 9 |
| T3 | 73.71 (33.62) | 7 | 72.5 (33.70) | 8 |

**Tabelle 53:** *Primärer Endpunkt YSR/11-18R-Summenwerte - iCHIMPS-Studie*
IG=Interventionsgruppe; *MW*=Mittelwert; *sd*=Standardabweichung; KG=Kontrollgruppe; T0=Baselinemesszeitpunkt; T1=Messzeitpunkt ein Monat nach Einschluss; T2= Messzeitpunkt zwei Monate nach Einschluss; T3= Messzeitpunkt sechs Monate nach Einschluss

#### 6.1.7.2.2 Sekundäre Endpunkte

In **Tabelle 54** sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der sekundären Endpunkte (Summenwerte) für IG und KG über den Studienverlauf hinweg dargestellt.

| Endpunkt | Messzeitpunkt | IG *MW* (*sd*) | n | KG *MW* (*sd*) | n |
|---|---|---|---|---|---|
| WHO-5 | T0 | 10.8 (6.83) | 10 | 10.08 (5.52) | 12 |
| | T1 | 11.8 (4.44) | 5 | 11.86 (6.91) | 7 |
| | T2 | 8.2 (4.38) | 5 | 12 (5.63) | 9 |
| | T3 | 10 (5.16) | 7 | 11 (6.93) | 8 |
| OSSQ-3 | T0 | 7.9 (2.13) | 10 | 10.75 (1.86) | 12 |


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | T1 | 9.2 (1.92) | 5 | 11.57 (2.57) | 7 |
| | T2 | 7.25 (11.33) | 4 | 11.33 (2.18) | 9 |
| | T3 | 7 (1.53) | 7 | 11.25 (2.55) | 8 |
| Brief-COPE Problem-focused coping | T0 | 17.1 (4.86) | 10 | 17.58 (4.81) | 12 |
| | T1 | 15 (1.22) | 5 | 17.86 (5.18) | 7 |
| f- | T2 | 13.25 (2.06) | 4 | 18.13 (4.32) | 8 |
| | T3 | 16.43 (2.15) | 7 | 17.5 (3.78) | 8 |
| Brief-COPE Emotion-focused coping | T0 | 25.3 (5.74) | 10 | 26.08 (4.80) | 12 |
| | T1 | 24 (5.43) | 5 | 26.43 (5) | 7 |
| | T2 | 23 (3.74) | 4 | 26.88 (2.42) | 8 |
| | T3 | 23.14 (2.79) | 7 | 26.38 (2.2) | 8 |
| Brief-COPE Avoidant coping | T0 | 13.2 (3.33) | 10 | 12.42 (4.58) | 12 |
| | T1 | 11.6 (2.19) | 5 | 11.14 (3.44) | 7 |
| | T2 | 14.25 (4.03) | 4 | 11.75 (3.05) | 8 |
| | T3 | 13.29 (3.15) | 7 | 12.63 (2.39) | 8 |
| SES | T0 | 25.8 (6.12) | 10 | 25.17 (6.62) | 12 |
| | T1 | 23.8 (1.79) | 5 | 26.49 (7.11) | 7 |
| | T2 | 24.75 (6.4) | 4 | 25.25 (5.44) | 8 |



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | T3 | 21.57 (7.46) | 7 | 24.13 (9.13) | 8 |
| | | | | | |
| WAI-I Bond | T2 | 3.56 (1.01) | 4 | | |
| | T3 | 3.29 (1.07) | 7 | | |
| WAI-I Task and Goal | T2 | 2.91 (0.51) | 4 | | |
| | T3 | 2.57 (0.57) | 7 | | |

**Tabelle 54:** *Sekundäre Endpunkte Summenwerte - iCHIMPS Studie*
IG=Interventionsgruppe; MW=Mittelwert; SD=Standardabweichung; KG=Kontrollgruppe; T0=Baselinemesszeitpunkt; T1=Messzeitpunkt ein Monat nach Einschluss; T2=Messzeitpunkt zwei Monate nach Einschluss; T3=Messzeitpunkt sechs Monate nach Einschluss

#### 6.1.7.2.3 Negative Effekte

Die qualitative Auswertung des NEQ zeigte, dass n = 4 Teilnehmende insgesamt n = 19 negative Effekte der Intervention berichteten. Diese umfassten: das Wiederaufleben unangenehmer Erinnerungen (n = 1 bei t1 (Baselinemesszeitpunkt), n = 2 bei t2 (Messzeitpunkt ein Monat nach Einschluss), n = 4 bei t3), Schwierigkeiten beim Verständnis des/der Therapeuten/in (n = 1 bei t1), das Gefühl, dass die Behandlung keine Ergebnisse brachte (n = 1 bei t1, n = 2 bei t2), verstärkte unangenehme Gefühle (n = 1 bei t2, n = 1 bei t3), Gedanken darüber, dass es besser wäre, nicht mehr zu existieren oder sich das Leben zu nehmen (n = 1 bei t2), das Aufgeben der Hoffnung auf Besserung (n = 1 bei t2, n = 1 bei t3), Schwierigkeiten beim Verständnis der Behandlung (n = 1 bei t2), Schamgefühle gegenüber anderen wegen der Behandlung (n = 1 bei t3) und nicht erfüllte Erwartungen an den/die Therapeuten/in (n = 1 bei t2). Die negative Auswirkung dieser Vorfälle wurde überwiegend mit 1 oder 2 bewertet (von 1 – überhaupt nicht bis 5 – extrem), außer in einem Fall, der mit 4 bewertet wurde (Schwierigkeiten beim Verständnis des/der Therapeuten/in). Der Teilnehmende, der äußerte, dass es besser wäre, nicht mehr zu existieren, wurde zusätzlichen Fragen zur Beurteilung des Schweregrads der Suizidgedanken unterzogen, wobei festgestellt wurde, dass keine akute Handlungsabsicht vorlag. Insgesamt berichteten fünf verschiedene Teilnehmende (IG = 4, CG = 2) bei einer der verwendeten Bewertungsskalen während aller vier Messzeitpunkte über Suizidgedanken. Alle fünf Teilnehmende gaben jedoch an, dass diese Gedanken nur gelegentlich oder in geringer Intensität vorkamen. Diese Berichte lösten automatische E-Mails mit Informationen und Hilfsangeboten aus, lagen jedoch unter der vordefinierten Schwelle, die weitere Maßnahmen gemäß dem festgelegten Verfahren für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse erforderlich gemacht hätte.

## 6.2 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation der NVF (Primärdaten)

### 6.2.1 CHIMPS-T

#### *6.2.1.1 Datenbasis*

Für die Analyse der Kosteneffektivität der CHIMPS-T-Intervention konnten nur die Fälle herangezogen werden, für die zum Zeitpunkt T1 sowohl Kostendaten als auch Daten des EQ-5D-Y vorlagen. Dies traf auf insgesamt 108 Kinder (64 IG, 44 KG) zu. Zu T2 lagen Kostendaten


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

für 39 Kinder (20 IG, 19 KG) vor; zu T3 für 36 Kinder (22 IG, 14 KG); zu T4 für 20 Kinder (10 IG, 10 KG). Zu T1 lagen Daten des EQ-5D-Y für 118 Kinder (69 IG, 49 KG) vor; zu T2 für 74 Kinder (47 IG, 27 KG); zu T3 für 67 Kinder (41 IG, 26 KG); zu T4 für 38 Kinder (22 IG, 16 KG). Fehlende Messwerte der Zeitpunkte T2 bis T4 wurden mittels der LOCF-Methode imputiert.

Die Analyse der Messungen für QALY (**Abbildung 12**) bzw. für die halbjährlichen Kosten **Abbildung 13**) im Untersuchungsverlauf zeigen keine Hinweise auf signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

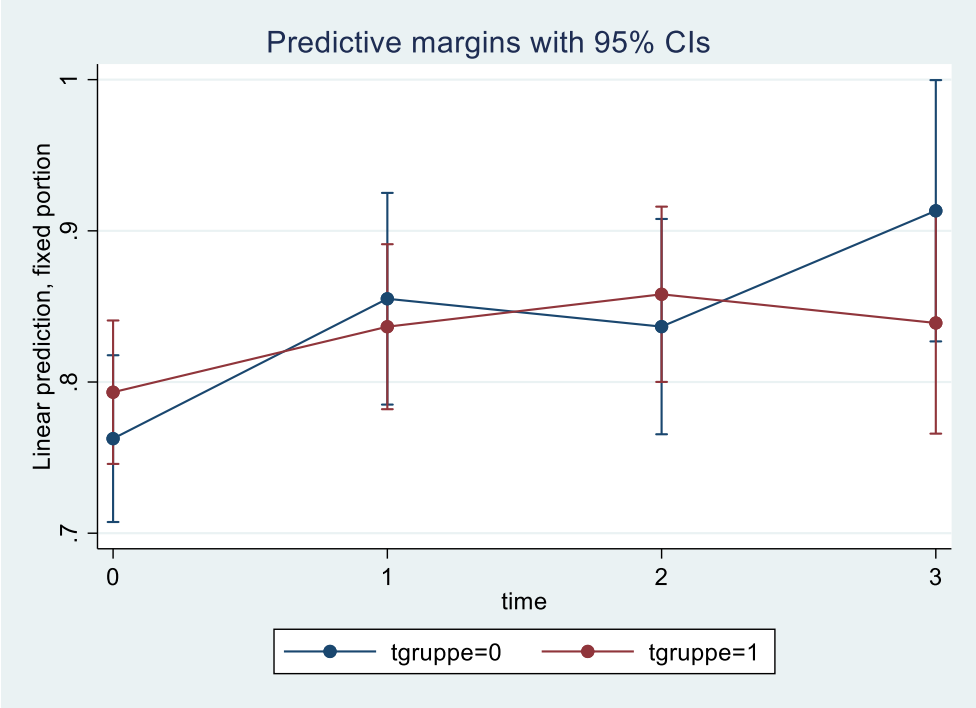



**Abbildung 12:** *M und 95%-KI der EQ-5D-Y-Nutzwerte zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)*

0 = KG; 1 = CHIMPS-T-Intervention



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

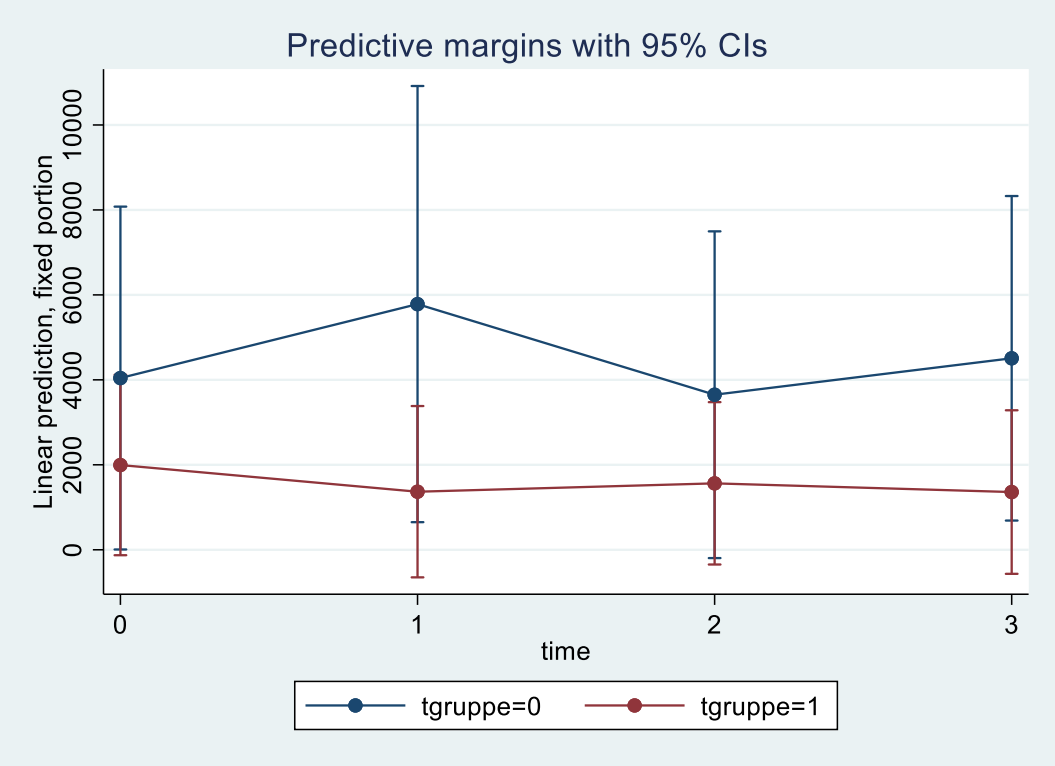



**Abbildung 13:** *M und 95%-KI der 6-Monats-Gesamtkosten in € zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)*

0 = KG; 1 = CHIMPS-T-Intervention

### *6.2.1.2 Die Bestimmung der IKUR für die CHIMPS-T-Intervention im Vergleich zur KG*

**Tabelle 55:** *Jährliche Kosten nach Versorgungssektoren* zeigt die auf der Grundlage der Datenerhebungen zu den Messzeitpunkten T2 bis T4 berechneten jährlichen Gesamtkosten differenziert nach Leistungssektoren sowie nach Zugehörigkeit zu IG bzw. KG. In beiden Untersuchungsgruppen ergeben sich die größten Kostenanteile aus den Kosten für stationäre Behandlungen. Mit Ausnahme der Kosten für die CHIMPS-T-Intervention erweisen sich keine der Kostendifferenzen zwischen den Untersuchungsgruppen als signifikant.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Gesamt<br>*N* = 108<br>Mittelwert €<br>(SD €) | Kontrollgruppe<br>*n* = 44<br>Mittelwert €<br>(SD €) | Interventionsgruppe<br>CHIMPS-T<br>*n* = 64<br>Mittelwert €<br>(SD €) |
|---|---|---|---|
| Stationäre medizinische Behandlung | 5.044,10<br>(23.790,44) | 8.426,46<br>(30.513,25) | 2.718,70<br>(17.672,24) |
| Ambulante medizinische Behandlung | 604,12<br>(1.445,64) | 799,67<br>(1.900,43) | 469,68<br>(1.019,48) |
| Jugendhilfe stationär | 35,28<br>(306,79) | 11.59<br>(76,89) | 51,56<br>(393,90) |
| Jugendhilfe ambulant | 207,94<br>(926,37) | 290,72<br>(1.034,01) | 151,02<br>(848,34) |
| Justiz | | | 0 |
| Schulbasierte Hilfen | 43,09<br>(167,07) | 87,58<br>(253,46) | 12,50<br>(34,98) |
| Schulformen | 144,82<br>(1.495,08) | | 244,39<br>(1.942,10) |
| Ambulante Medikamente | 41,29<br>(151,48) | (21,74)<br>(101,28) | 54,73<br>(177,54) |
| Intervention CHIMPS- T | | 0 | 780,43<br>(217,37) |
| Gesamtkosten | 6.582,472<br>(23.764,86) | 9.637,75<br>(30.404,88) | 4.481,97<br>(17.810,96) |

**Tabelle 55:** *Jährliche Kosten nach Versorgungssektoren in € – CHIMPS-T*

Für die jährlichen Gesamtkosten ergab sich eine nicht signifikante Differenz von Gesamtkosten IG (= 4.481,97€) - Gesamtkosten KG (= 9.637,75€) von -5.155,79€ (*se* = 5088,38€; *p* = 0,313).
Für die QALYs für den Zeitraum von 12 Monaten ergab sich eine nicht signifikante Differenz QALY IG (= 0,748) - QALY KG (= 0,705) von 0,043 (*se* = 0,044; *p* = 0,324). Aus der Kostendifferenz und der QALY-Differenz ergibt sich eine Punktschätzung für die IKUR von -5.155,79€/0,043 = -119.902,02€.
Die IKUR sowie die mittels Bootstrapping geschätzte Varianz ist in **Abbildung 14**dargestellt. Die Punktschätzung des IKUR liegt im unteren rechten Quadranten der Kosteneffektivitätsfläche (KEF) und indiziert, dass die CHIMPS-T-Intervention gegenüber der KG mit niedrigeren Kosten und einer größeren Wirksamkeit verbunden ist. Die Verteilung der Varianz erstreckt sich jedoch über alle vier Quadranten der KEF. Es ist deshalb notwendig, zur Beurteilung der Kosten-Nutzwertrelation die Kosteneffektivitätsakzeptanzkurve (KEAK) heranzuziehen (**Abbildung 15**).
Die KEAK zeigt, dass bei einer MZB von 0 eine Wahrscheinlichkeit von 85% besteht, dass die CHIMPS-T-Intervention gegenüber der KG kosteneffektiv ist. Bei einer MZB von 25.000€ steigt die Akzeptanzwahrscheinlichkeit auf 89%, bei einer MZB von 50.000€ auf 91%. Im weiteren Verlauf der MZB ist nur noch ein sehr geringer Anstieg der Akzeptanzrate zu verzeichnen.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

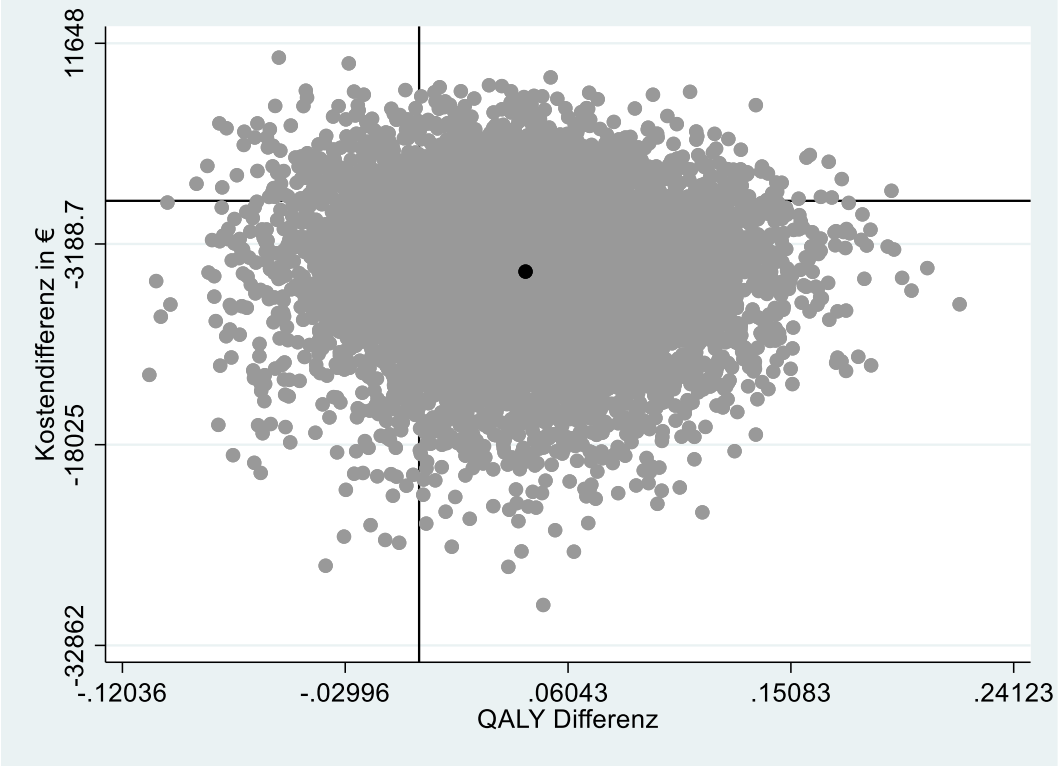



**Abbildung 14:** *KEF mit IKUR-Varianz für die CHIMPS-T-Intervention im Vergleich zur KG*

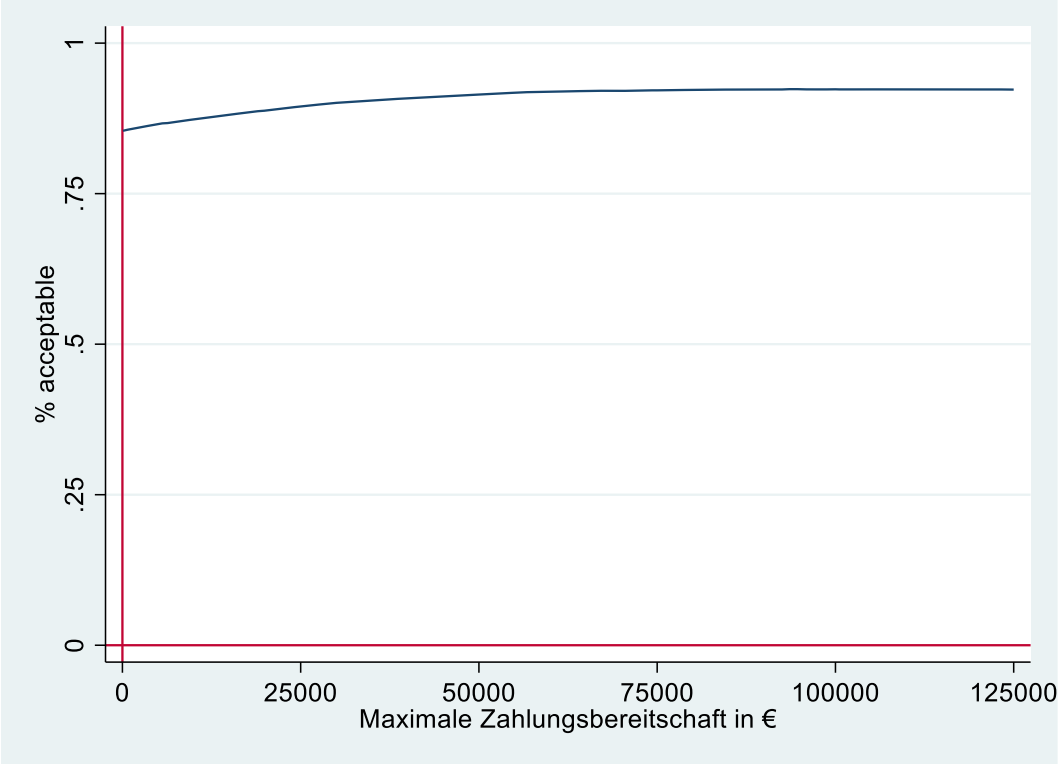



**Abbildung 15:** *KEAK für die CHIMPS-T-Intervention im Vergleich zur KG*



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

### 6.2.2 CHIMPS-MFT

#### *6.2.2.1 Datenbasis*

Für die Analyse der Kosteneffektivität der CHIMPS-MFT-Intervention konnten nur die Fälle herangezogen werden, für die zum Zeitpunkt T1 sowohl Kostendaten als auch Daten des EQ-5D-Y vorlagen. Dies traf für insgesamt 162 Kinder (78 IG, 84 KG) zu. Zu T2 lagen Kostendaten für 49 Kinder (20 IG, 29 KG) vor; zu T3 für 51 Kinder (32 IG, 19 KG); zu T4 für 16 Kinder (12 IG, 4 KG). Zu T1 lagen Daten des EQ-5D-Y für 168 Kinder (81 IG, 87 KG) vor; zu T2 für 117 Kinder (57 IG, 60 KG); zu T3 für 98 Kinder (40 IG, 58 KG); zu T4 für 63 Kinder (25 IG, 38 KG). Fehlende Messwerte der Zeitpunkte T2 bis T4 wurden mittels der LOCF-Methode imputiert.
**Abbildung 16** zeigt die Mittelwerte und die 95%-KI der über den EQ-5D-Y erfassten Nutzwerte zu den vier Messzeitpunkten. Zum Messzeitpunkt T1 zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen (*b* = -0,072; *se* = 0,027; *p* = 0,007), im weiteren Verlauf nähern sich die Messwerte an und die Unterschiede sind nicht mehr signifikant.

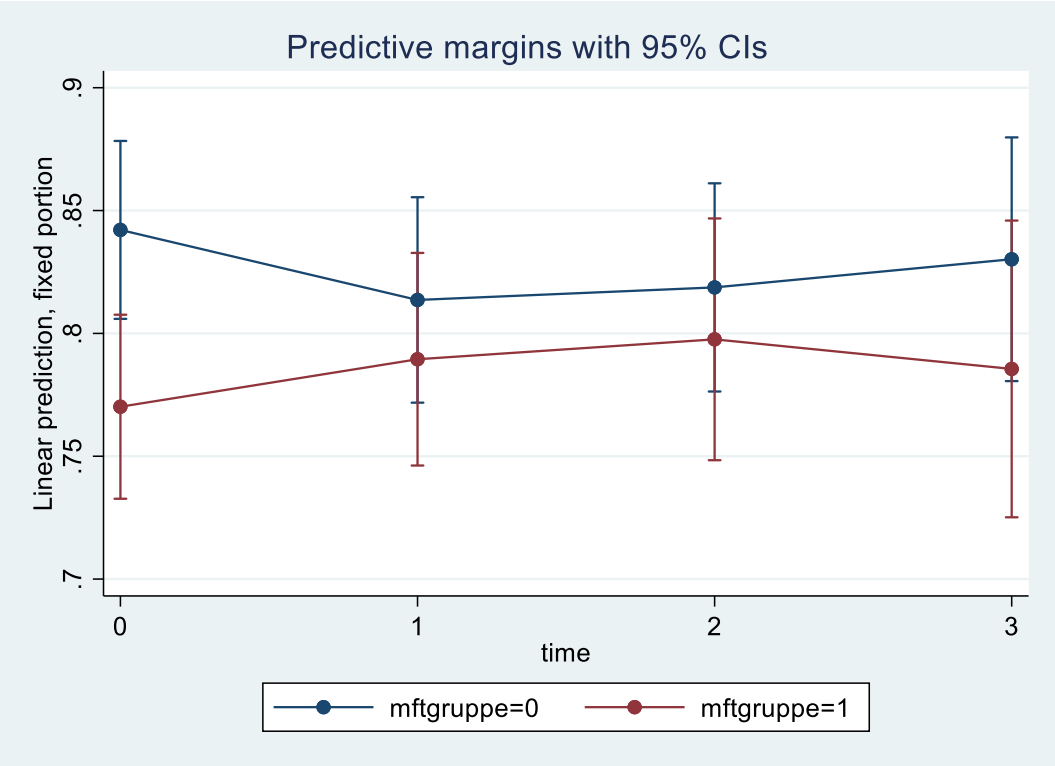



**Abbildung 16:** *M und 95%-KI der EQ-5D-Y-Nutzwerte zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)*

0 = KG; 1 = CHIMPS-MFT-Intervention

**Abbildung 17** zeigt die Mittelwerte und 95%-KI der halbjährlichen Gesamtkosten zu den Messzeitpunkten T1 bis T4. Es ergeben sich keine Hinweise auf statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

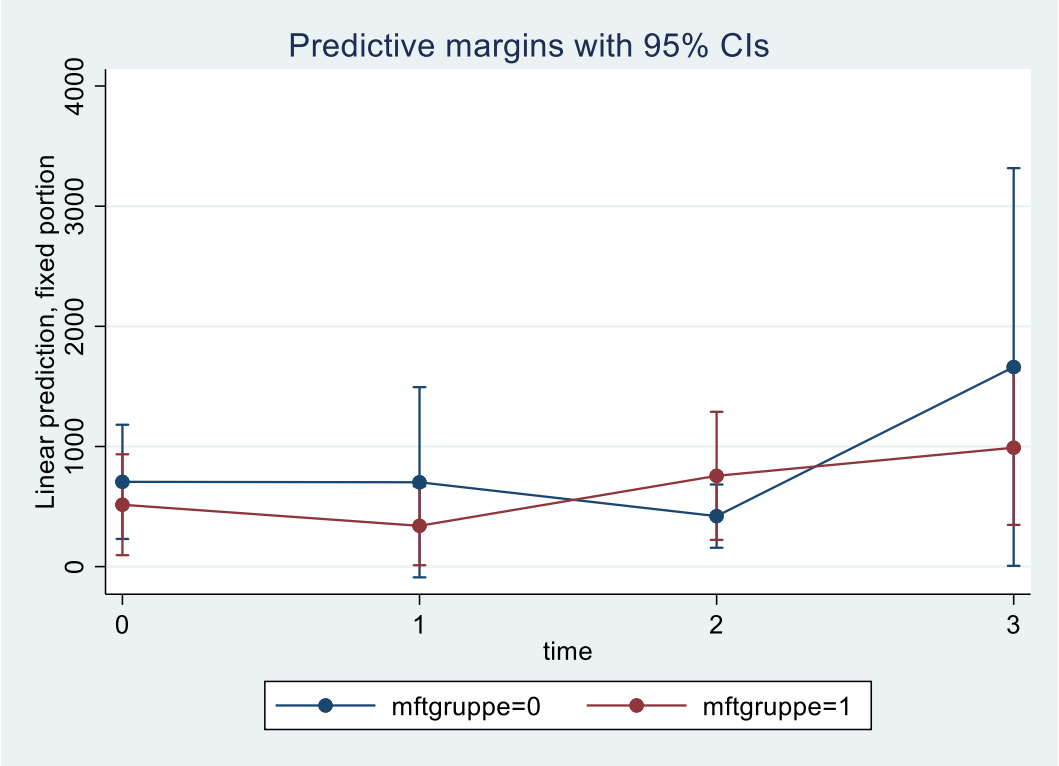



**Abbildung 17:** *M und 95%-KI der 6-Monats-Gesamtkosten in € zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)*

0 = KG; 1 = CHIMPS-MFT-Intervention

### *6.2.2.2 Die Bestimmung der IKUR für die CHIMPS-MFT-Intervention im Vergleich zur KG*

Die Übersicht der sektorspezifischen jährlichen Kosten in **Tabelle 56** zeigt die größten Kostenanteile im Bereich der ambulanten medizinischen Behandlung, gefolgt von den Kosten für die stationäre medizinische Behandlung. Die Kostendifferenzen zwischen den Untersuchungsgruppen erweisen sich mit Ausnahme der Kosten für die CHIMPS-MFT-Intervention als nicht signifikant.



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Gesamt<br>*N* = 162<br>Mittelwert €<br>(SD €) | Kontrollgruppe<br>*n* = 84<br>Mittelwert €<br>(SD €) | Interventionsgruppe CHIMPS-MFT<br>*n* = 78<br>Mittelwert €<br>(SD €) |
|---|---|---|---|
| Stationäre medizinische Behandlung | 429,12<br>(2.236,84) | 221,27<br>(955,56) | 652,97<br>(3.062,62) |
| Ambulante medizinische Behandlung | 551,24<br>(1.293,57) | 666,03<br>(1.438,66) | 427,62<br>(1.112,60) |
| Jugendhilfe stationär | 109,29<br>(1.071,47) | 160,77<br>(1.418,29) | 53,85<br>(475,56) |
| Jugendhilfe ambulant | 109,88<br>(489,04) | 110,37<br>(493,07) | 109,36<br>(487,86) |
| Justiz | 0 | 0 | 0 |
| Schulbasierte Hilfen | 53,23<br>(283,78) | 39,49<br>(153,99) | 68,03<br>(377,36) |
| Schulformen | 0 | 0 | 0 |
| Ambulante Medikamente | 31,06<br>(145,33) | 36,55<br>(175,02) | 25,14<br>(105,23) |
| Intervention CHIMPS- MFT | | 0 | 350,57<br>(116,96) |
| Gesamtkosten | 1.650,94<br>(3.350,93) | 1.611,62<br>(2.738,74) | 1.693,30<br>(3.922,96) |

**Tabelle 56:** *Jährliche Kosten nach Versorgungssektoren in € – CHIMPS-MFT*

Im Hinblick auf die gesundheitsökonomische Evaluation ergibt sich aus der Mittelwertdifferenz zur Baselineuntersuchung die Notwendigkeit der Biaskontrolle mittels statistischer Adjustierung. Diese erfolgt mittels der SUREG-Modells.
Auf der Grundlage des SUREG-Modells ergibt sich eine Differenz der jährlichen Gesamtkosten von 402,96€ (*se* = 151,11€) und eine Ergebnisdifferenz von -0,0028 QALY (*se* = 0,020 QALY). Hieraus ergibt sich eine Punktschätzung für die IKUR von -142.746,00€ per QALY. Die Lage der IKUR in der KEF ist in **Abbildung 18** dargestellt. Die Ellipse symbolisiert die Verteilung der IKUR-Varianz.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

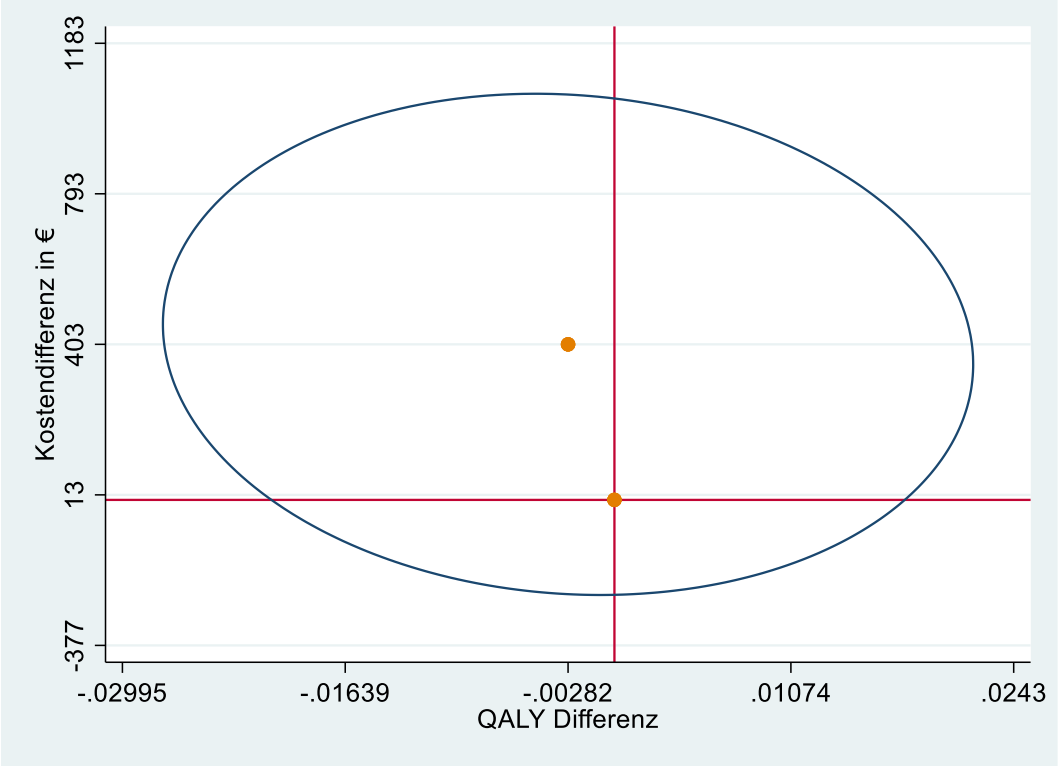



**Abbildung 18:** *KEF und Konfidenzellipse für die IKUR der CHIMPS-MFT-Intervention im Vergleich zur KG*

Die Lage der IKUR im oberen linken Quadranten der KEF indiziert, dass die CHIMPS-MFT-Intervention im Vergleich zur KG mit höheren Kosten und einer geringeren Wirksamkeit verbunden ist. Die Verteilung der IKUR-Varianz über alle vier Quadranten der KEF zeigt allerdings, dass die Punktschätzung mit einer großen stochastischen Unsicherheit verbunden ist.
Die KEAK in **Abbildung 19** zeigt, dass die Akzeptanzrate für die KEF der CHIMPS-MFT-Intervention über den gesamten Bereich der Schwellenwerte für die MZB deutlich unter 50% liegt.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

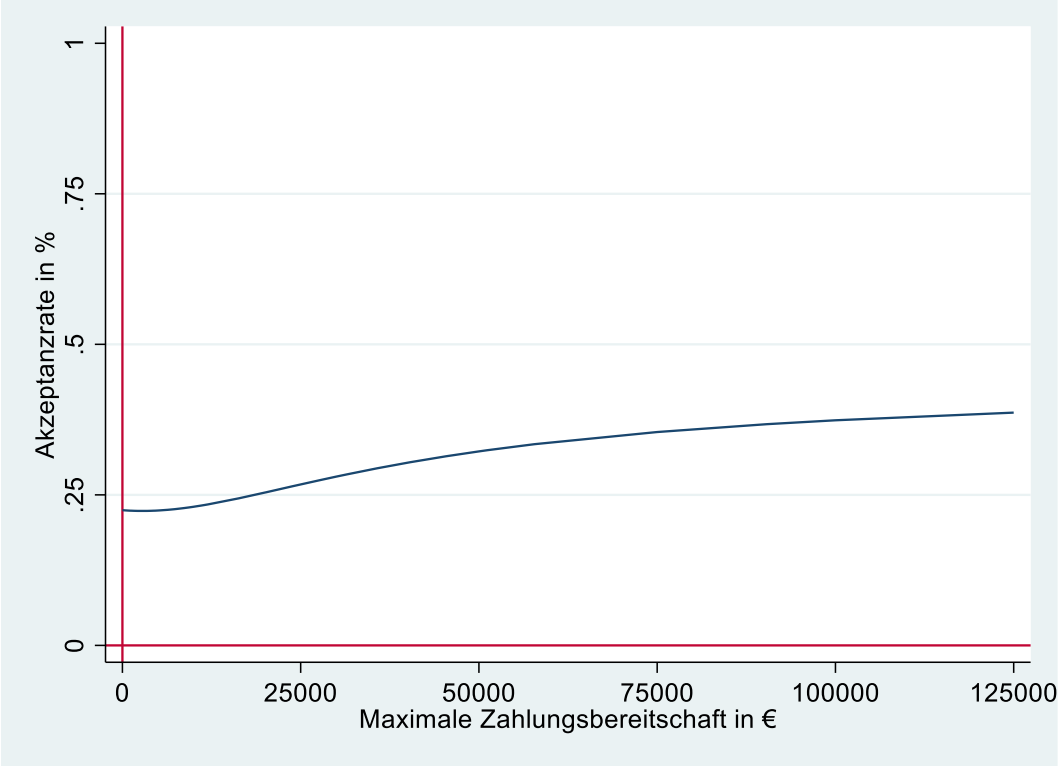



**Abbildung 19:** *KEF für die CHIMPS-MFT-Intervention im Vergleich zur KG*

### 6.2.3 CHIMPS-P

#### *6.2.3.1 Datenbasis*

Für die Analyse der Kosteneffektivität der CHIMPS-P-Intervention konnten nur die Fälle herangezogen werden, für die zum Zeitpunkt T1 sowohl Kostendaten als auch Daten des EQ-5D-Y vorlagen. Dies traf für insgesamt 26 Kinder (16 IG, 10 KG) zu. Zu T2 lagen Kostendaten für 9 Kinder (5 IG, 4 KG) vor; zu T3 für 8 Kinder (6 IG, 2 KG); zu T4 für 1 Kind (1 IG, 0 KG). Zu T1 lagen Daten des EQ-5D-Y für 32 Kinder (14 IG, 18 KG) vor; zu T2 für 18 Kinder (7 IG, 11 KG); zu T3 für 16 Kinder (5 IG, 11 KG); zu T4 für 6 Kinder (2 IG, 4 KG). Fehlende Messwerte der Zeitpunkte T2 bis T4 wurden mittels der LOCF-Methode imputiert.

Die Vergleiche der Kosten bzw. QALY-Mittelwerte im Untersuchungsverlauf in den**Abbildung 20** und **Abbildung 21** zeigen keine Hinweise auf signifikante Unterschiede oder systematische Verzerrungen. Allerdings wird deutlich, dass wegen der geringen Fallzahlen und der damit verbundenen geringen Testpower auch größere Kostendifferenzen inferenzstatistisch nicht signifikant sind.

Wegen fehlender Daten ist für den Messzeitpunkt T4 auch keine Mittelwertschätzung der Gesamtkosten für die Kontrollgruppe möglich.



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

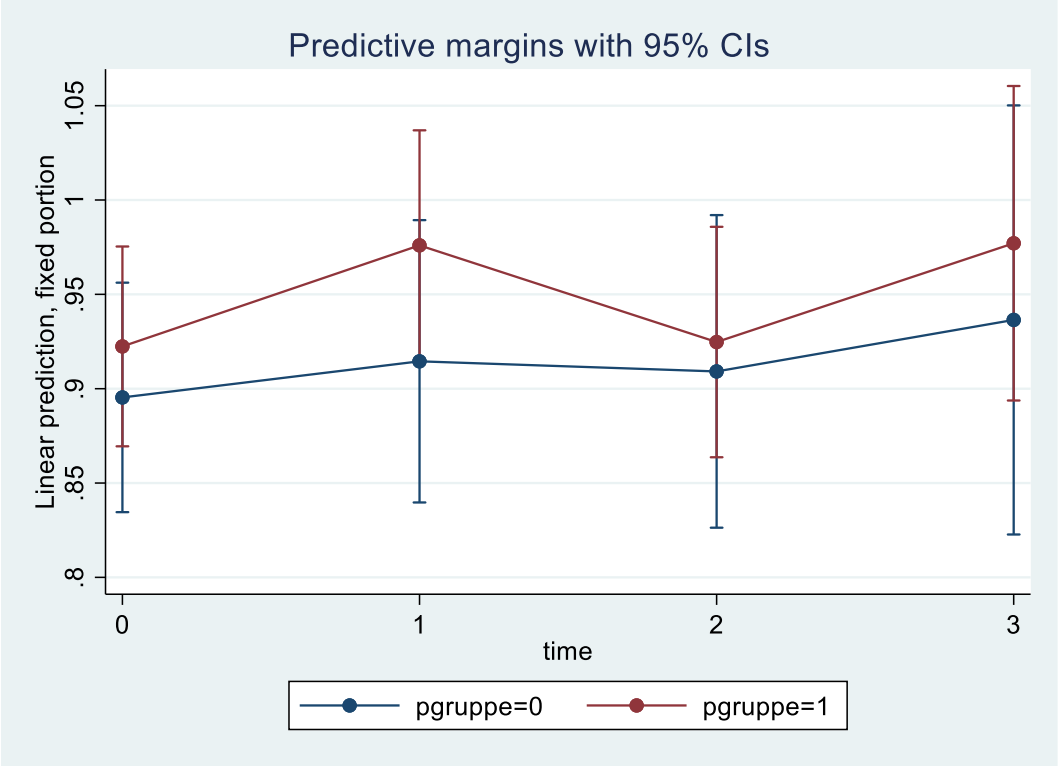



**Abbildung 20:** *M und 95%-KI der EQ-5D-Y-Nutzwerte zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)*

0 = KG; 1 = CHIMPS-P-Intervention

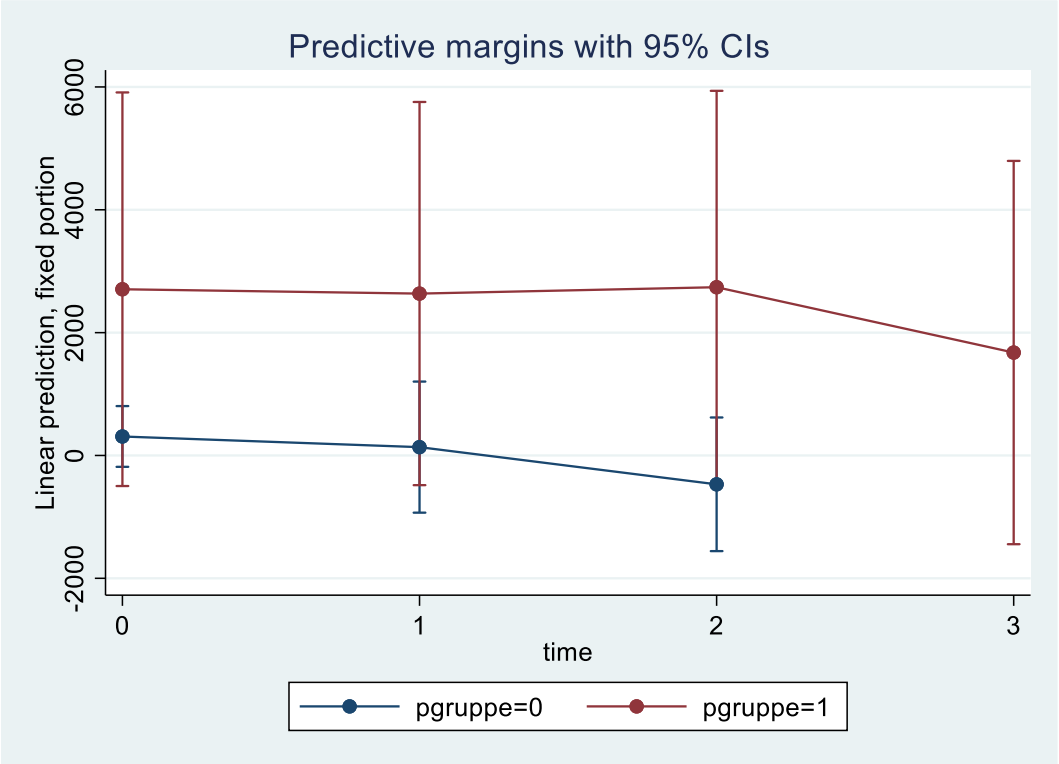



**Abbildung 21:** *M und 95%-KI der 6-Monats-Gesamtkosten in € zu den Messzeitpunkten T1 (time 0)-T4 (time 3)*

0 = KG; 1 = CHIMPS-P-Intervention



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### *6.2.3.2 Die Bestimmung der IKUR für die CHIMPS-P-Intervention im Vergleich zur KG*

Die Übersicht der sektorspezifischen jährlichen Kosten in **Tabelle 57** zeigt, dass die Teilnehmer*innen der KG lediglich ambulante medizinische sowie Medikamentenkosten generieren.

| | Gesamt<br>*N* = 26<br>Mittelwert €<br>(SD €) | Kontrollgruppe<br>*n* = 10<br>Mittelwert €<br>(SD €) | Interventionsgruppe CHIMPS-P<br>*n* = 16<br>Mittelwert €<br>(SD €) |
|---|---|---|---|
| Stationäre medizinische Behandlung | 429,12<br>(2.236,84) | 0 | 3.038,01<br>(12.085,51) |
| Ambulante medizinische Behandlung | 551,24<br>(1.293,57) | 417,98<br>(1.124,34) | 817,80<br>(1.402,96) |
| Jugendhilfe stationär | 109,29<br>(1.071,47) | 0 | 467,19<br>(1.868,75) |
| Jugendhilfe ambulant | 109,88<br>(489,04) | 0 | 343,21<br>(794,50) |
| Justiz | 0 | 0 | 0 |
| Schulbasierte Hilfen | 53,23<br>(283,78) | 0 | 45,20<br>(119,80) |
| Schulformen | 0 | 0 | 1.022,57<br>(4.090,28) |
| Ambulante Medikamente | 30,93<br>(103,60) | 8,56<br>(27,06) | 44,91<br>(130,03) |
| Intervention CHIMPS-P | | 0 | 311,67<br>(65,19) |
| Gesamtkosten | 4.027,60<br>(11.094,02) | 732,54<br>(1.164,78) | 6.087,01<br>(13.876,33) |

**Tabelle 57:** *Jährliche Kosten nach Versorgungssektoren in € – CHIMPS-P*

Für die CHIMPS-P-Intervention ergibt sich im Vergleich zur KG eine Kostendifferenz von 5.660,48€ (*se* = 3.514,52€) und eine Ergebnisdifferenz von 0,0374 QALYs (*se* = 0,055 QALYs). Die Punktschätzung für die IKUR ergibt damit 151.365,79€. Die IKUR liegt im oberen rechten Quadranten der KEF (**Abbildung 22**) und indiziert für die CHIMPS-P-Intervention höhere Kosten bei einer positiven Ergebnisdifferenz. Die IKUR-Varianz verteilt sich überwiegend über die beiden oberen Quadranten der KEF.



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

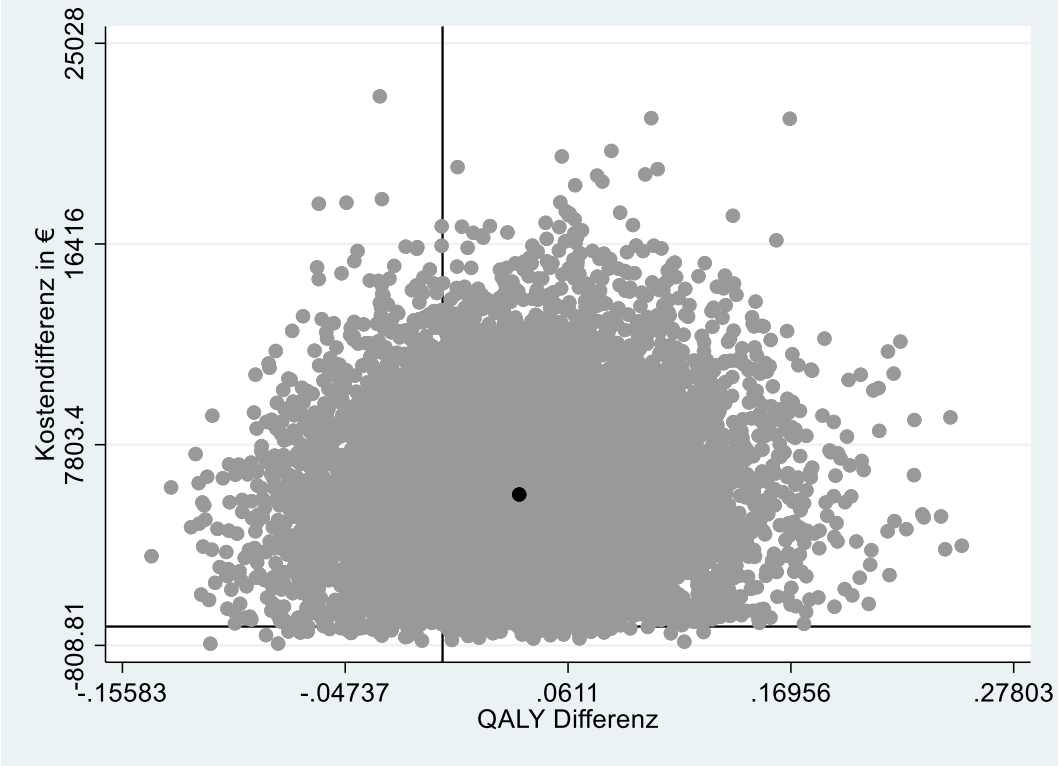



**Abbildung 22:** *IKUR-Varianz für die CHIMPS-P-Intervention im Vergleich zur KG*

Die KEAK in**Abbildung 23** zeigt, dass die Akzeptanzrate für eine Kosteneffektivität der CHIMPS-P-Intervention über den Gesamtbereich der Schwellenwerte für die MZB deutlich unter 50% liegt.

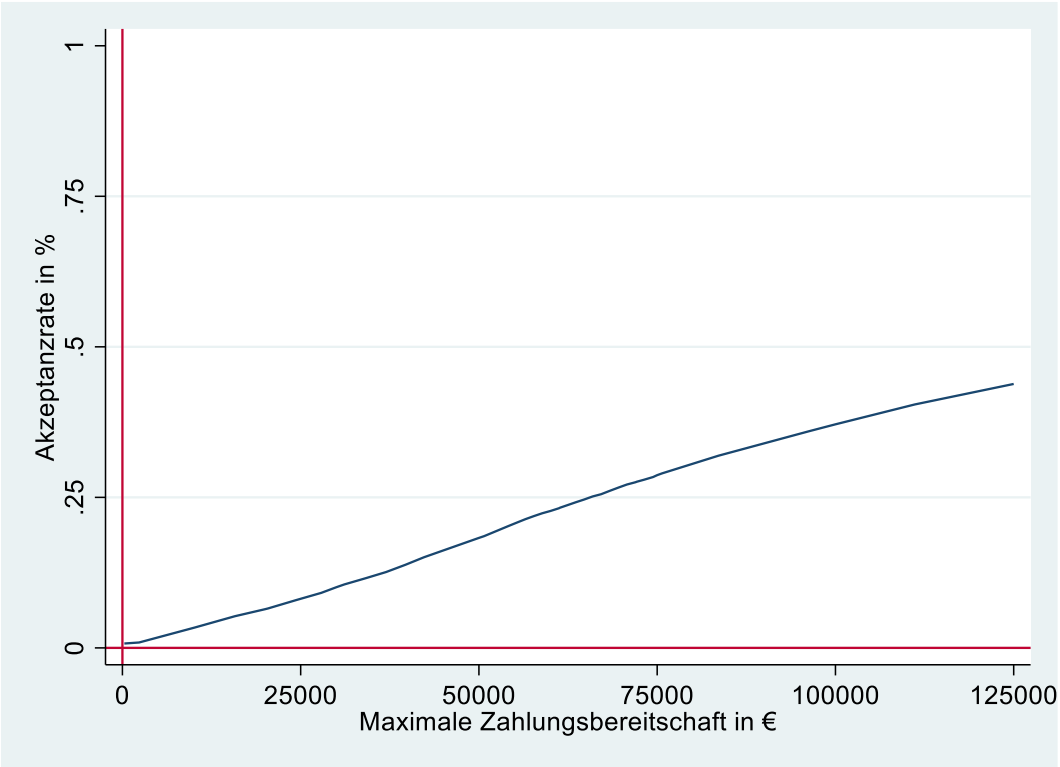



**Abbildung 23:** *KEAK für die CHIMPS-P-Intervention im Vergleich zur KG*



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

## 6.3 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation (Sekundärdaten)

### 6.3.1 CHIMPS-T

#### *6.3.1.1 Deskription*

In **Abbildung 24** sind verschiedene CHIMPS-T-Studienpopulationen dargestellt. Insgesamt konnten *N* = 422 Individuen (*n* = 223 Elternteile, *n* = 199 KJ) in die Studie eingeschlossen werden. Nach Ausschluss aller Individuen, für welche keine GKV-Routinedaten zur Verfügung gestellt wurden, verblieben *n* = 106 Elternteile und *n* = 73 KJ in der Population ITT Gesamt. Nach Ausschluss aller Individuen, die nicht mindestens zwei EQ-5D-3L-(Y)-Scores im Studienzeitraum aufwiesen, verblieben *n* = 66 Elternteile und *n* = 40 KJ in der Population ITT (2MSZP). Für die Population CCA wurden alle Individuen ausgeschlossen, bei denen mindestens ein EQ-5D-3L-(Y)-Score fehlte oder mindestens eine Kostenperiode im Studienzeitraum unvollständig war. Es verblieben *n* = 17 Elternteile und *n* = 11 KJ.

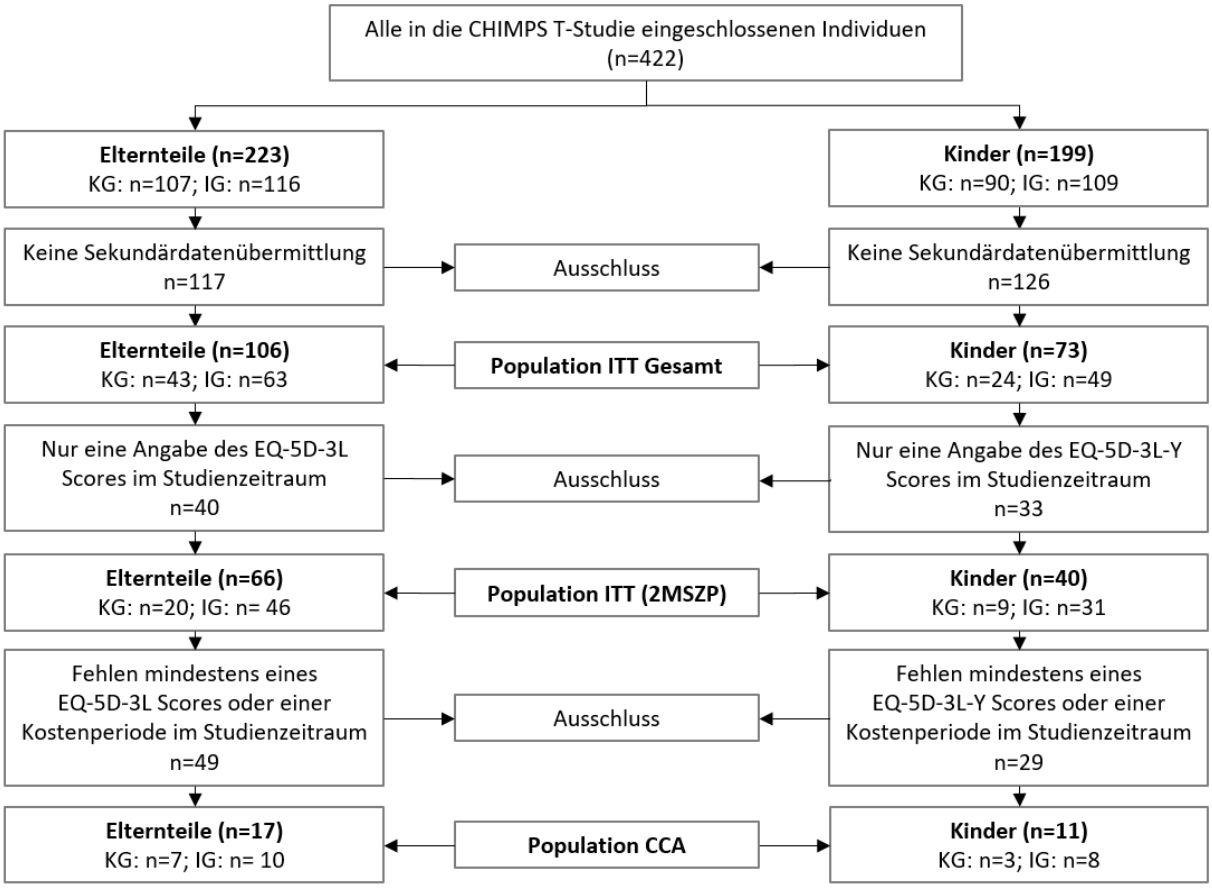



**Abbildung 24:** *Studienpopulationen der CHIMPS-T-Studie*

CCA=Complete case analysis; IG=Interventionsgruppe; ITT=Intention-To-Treat; KG=Kontrollgruppe; 2MSZP=Vorliegen von mindestens 2 Messzeitpunkten

In **Tabelle 58** sind die Baselinecharakteristika für Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) dargestellt. Die Ergebnisse der Population ITT Gesamt und der Population CCA befinden sich im Anhang des Evaluationsberichts. Die Elternteile sind überwiegend weiblich (KG: 70,00%, IG: 67,39%), das Medianalter beträgt 45,5 Jahre in der KG und 46 Jahre in der IG. Alle KJ in der


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

KG sind weiblichen Geschlechts, während in der IG 45,16% der KJ weiblich sind. Das Medianalter der KJ beträgt in KG und IG jeweils 6 Jahre.

| | **Elternteile** | | **KJ** | |
|---|---|---|---|---|
| | **KG (*n* = 20)** | **IG (*n* = 46)** | **KG (*n* = 9)** | **IG (*n* = 31)** |
| **Alter** | | | | |
| *M* (*SD*) | 45,75 (5,65) | 45,11 (7,93) | 8,33 (2,69) | 9,13 (3,84) |
| Median (Q1, Q3) | 45,5 (43,5, 49) | 46 (39, 50) | 8 (8, 10) | 8 (6, 12) |
| Min, - Max, | 28 - 57 | 29 - 61 | 4 - 13 | 3 - 18 |
| **Geschlecht** | | | | |
| Weiblich | 14 (70,00%) | 31 (67,39%) | 9 (100,00%) | 14 (45,16%) |
| Männlich | 6 (40,00%) | 15 (32,61%) | 0 (0,00%) | 17 (54,84%) |
| | Elternteile | | Kinder | |
| | **KG (*n* = 20)** | **IG (*n* = 46)** | **KG (*n* = 9)** | **IG (*n* = 31)** |
| **Alter** | | | | |
| *M* (*SD*) | 45,75 (5,65) | 45,11 (7,93) | 8,33 (2,69) | 9,13 (3,84) |
| Median (Q1, Q3) | 45,5 (43,5, 49) | 46 (39, 50) | 8 (8, 10) | 8 (6, 12) |
| Min, - Max, | 28 - 57 | 29 - 61 | 4 - 13 | 3 - 18 |
| **Geschlecht** | | | | |
| Weiblich | 14 (70,00%) | 31 (67,39%) | 9 (100,00%) | 14 (45,16%) |
| Männlich | 6 (40,00%) | 15 (32,61%) | 0 (0,00%) | 17 (54,84%) |

**Tabelle 58:** *Baselinecharakteristika der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-T*
IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe; Max=Maximum, Min=Minimum, SD=Standardabweichung, Q1=25%-Perzentil, Q3=75%-Perzentil

In **Tabelle 59** sind die fehlenden Werte der EQ-5D-3L-(Y)-Scores und der Gesamtkosten der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) dargestellt. Die fehlenden Werte wurden mittels LOCF-Methode imputiert. Zu T3 fehlen ca. 20% der EQ-5D-3L Scores bei den Eltern und 25% bei den KJ. In T4 ist die Anzahl der fehlenden Werte am größten und beträgt bei den Elternteilen 51,5% und bei den KJ 30,0%. Die Gesamtkosten stehen aufgrund zeitlicher Restriktionen bei Übermittlung der Routinedaten für die Periode T3T4 für 53,0% der Elternteile und für 47,5% der KJ nicht zur Verfügung.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| **Elternteile** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **EQ-5D-3L-Score T1** | **EQ-5D-3L-Score T2** | **EQ-5D-3L-Score T3** | **EQ-5D-3L-Score T4** | **Gesamt-kosten T0T1** | **Gesamt-kosten T1T2** | **Gesamt-kosten T2T3** | **Gesamt-kosten T3T4** |
| ***n* fehlend** | 0 | 3 | 13 | 34 | 0 | 1 | 19 | 35 |
| **%** | 0,0% | 4,5% | 19,7% | 51,5% | 0,0% | 1,5% | 28,8% | 53,0% |
| **Kinder** | | | | | | | | |
| | **EQ-5D-3L-Y Score T1** | **EQ-5D-3L-Y Score T2** | **EQ-5D-3L-Y Score T3** | **EQ-5D-3L-Y Score T4** | **Gesamt-kosten T0T1** | **Gesamt-kosten T1T2** | **Gesamt-kosten T2T3** | **Gesamt-kosten T3T4** |
| ***n* fehlend** | 6 | 1 | 10 | 12 | 0 | 0 | 6 | 19 |
| **%** | 15,0% | 2,5% | 25,0% | 30,0% | 0,0% | 0,0% | 15,0% | 47,5% |

**Tabelle 59:** *Fehlende Werte der Elternteile und Kinder der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-T*

T0T1=Periode zwischen T0 und T1; T1T2=Periode zwischen T1 und T2; T2T3=Periode zwischen T2 und T3, T3T4=Periode zwischen T3 und T4, T1T4=Periode zwischen T1 und T4

**Tabelle 60**zeigt die Gesamtkosten der Elternteile und Kinder der Population ITT (2MSZP). Die KG der El-ternteile weißt im VBZ höhere Kosten auf, als die IG (15.451,82€ ± 29.889,38€ vs. 11.828,78€ ± 17.752,31€). Über den gesamten Studienzeitraum von T1 bis T4 ergeben sich in der KG Kosten von 3.621,41€ ± 5.575,54€, während die Gesamtkosten für die IG 7.425,45€ ± 14.269,70€ betra-gen. Die Kosten der Kinder betragen im VBZ 3.133,41€ ± 3.596,10€ für die KG und 4.377,96€ ± 16.933,59€ für die IG. Über den gesamten Studienzeitraum weisen die Kinder in der KG 1.623,66€ ± 2.615,91€ vs. 5.474,92€ ± 11.490,04€ auf.

| | ***M*** | ***SD*** | **Median** | **Q1** | **Q3** | **Minimum** | **Maximum** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Elternteile** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 20)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 15.451,82 | 29.889,38 | 2.082,77 | 521,07 | 15.189,62 | 4,88 | 122.098,44 |
| **T1T2** | 1.872,14 | 3.673,53 | 263,77 | 56,92 | 987,28 | 0,00 | 13.759,98 |
| **T2T3** | 809,89 | 1.623,64 | 219,80 | 33,48 | 788,89 | 0,00 | 7.018,45 |
| **T3T4** | 939,39 | 1.933,59 | 85,68 | 47,76 | 602,65 | 0,00 | 7.018,45 |
| **T1T4** | 3.621,41 | 5.575,54 | 1.399,43 | 223,57 | 3.549,83 | 0,00 | 21.055,35 |
| **IG (*n* = 46)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 11.828,78 | 17.752,31 | 3.555,35 | 661,58 | 20.092,49 | 0,00 | 98.147,09 |
| **T1T2** | 3.309,61 | 5.748,16 | 686,52 | 289,94 | 3.141,41 | 132,56 | 27.251,81 |
| **T2T3** | 2.030,71 | 4.741,36 | 206,03 | 19,88 | 1.647,00 | 0,00 | 27.006,81 |
| **T3T4** | 2.085,13 | 4.796,55 | 111,46 | 8,13 | 1.018,02 | 0,00 | 27.006,81 |
| **T1T4** | 7.425,45 | 14.269,70 | 1.403,61 | 483,02 | 8.022,20 | 168,00 | 81.265,43 |
| **Kinder** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 9)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 3.133,41 | 3.596,10 | 1.876,65 | 471,34 | 5.517,69 | 49,39 | 10.811,46 |
| **T1T2** | 584,63 | 851,11 | 227,24 | 0,00 | 634,42 | 0,00 | 2.532,85 |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | *M* | *SD* | Median | Q1 | Q3 | Minimum | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **T2T3** | 565,51 | 1.120,32 | 164,87 | 44,24 | 513,63 | 0,00 | 3.503,48 |
| **T3T4** | 473,53 | 689,94 | 188,44 | 30,58 | 550,53 | 0,00 | 2.197,83 |
| **T1T4** | 1.623,66 | 2.615,91 | 481,60 | 87,28 | 1.540,90 | 0,00 | 8.234,16 |
| **IG (n = 31)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 4.377,96 | 16.933,59 | 249,84 | 41,06 | 744,01 | 0,00 | 92.207,65 |
| **T1T2** | 1962,67 | 5832,97 | 262,78 | 202,90 | 434,56 | 0,00 | 28.564,48 |
| **T2T3** | 1443,78 | 3558,38 | 1,41 | 0,00 | 218,49 | 0,00 | 13.024,86 |
| **T3T4** | 2068,47 | 6441,73 | 10,51 | 0,00 | 81,00 | 0,00 | 33.222,67 |
| **T1T4** | 5474,92 | 11490,04 | 316,59 | 210,00 | 1653,85 | 0,00 | 46.457,53 |

**Tabelle 60:** *Gesamtkosten der Elternteile und Kinder der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-T*
IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe; SD=Standardabweichung; T0T1=Periode zwischen T0 und T1; T1T2=Periode zwischen T1 und T2; T2T3=Periode zwischen T2 und T3; T3T4=Periode zwischen T3 und T4; T1T4=Periode zwischen T1 und T4; Q1=25%-Perzentil; Q3=75%-Perzentil

In **Tabelle 61** sind die EQ-5D-3L-Scores der Elternteile und die EQ-5D-3L-Y-Scores der KJ abgebildet. Die Elternteile weisen zu Baseline in der KG einen durchschnittlichen EQ-5D-3L-Score von 0,8664 ± 0,1757 auf, während der Score der IG 0,8454 ± 0,2189 beträgt. Zu Studienende beträgt der EQ-5D-3L-Score der KG 0,8641 ± 0,1752 und jener der IG 0,8622 ± 0,2102. Die KG der KJ zeigt zu Baseline einen EQ-5D-3L-Y-Score von 0,8768 ± 0,1035 und 0,8719 ± 0,2172in der IG. Zu Studienende weisen die KJ in der KG einen EQ-5D-3L-Y-Score 0,9255 ± 0,0739 auf, während der Score in der IG 0,9417 ± 0,0726 beträgt.

| | *M* | *SD* | Median | Q1 | Q3 | Minimum | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Elternteile** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 20)** | | | | | | | |
| **T1** | 0,8664 | 0,1757 | 0,8995 | 0,8435 | 0,9990 | 0,4990 | 1,0000 |
| **T2** | 0,8464 | 0,1845 | 0,8870 | 0,8435 | 0,9995 | 0,4990 | 1,0000 |
| **T3** | 0,8771 | 0,1503 | 0,8870 | 0,8500 | 0,9990 | 0,4990 | 1,0000 |
| **T4** | 0,8641 | 0,1752 | 0,8870 | 0,8500 | 0,9990 | 0,4650 | 1,0000 |
| **IG (*n* = 46)** | | | | | | | |
| **T1** | 0,8454 | 0,2189 | 0,8870 | 0,8000 | 1,0000 | 0,1100 | 1,0000 |
| **T2** | 0,8787 | 0,1774 | 0,9430 | 0,8870 | 1,0000 | 0,3130 | 1,0000 |
| **T3** | 0,8752 | 0,2032 | 0,8935 | 0,8870 | 0,9990 | 0,1750 | 1,0000 |
| **T4** | 0,8622 | 0,2102 | 0,8870 | 0,8870 | 1,0000 | 0,1750 | 1,0000 |
| **Kinder** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 9)** | | | | | | | |
| **T1** | 0,8768 | 0,1035 | 0,8746 | 0,8245 | 0,9809 | 0,7241 | 1,0000 |
| **T2** | 0,8966 | 0,0941 | 0,9109 | 0,8746 | 0,9809 | 0,7241 | 1,0000 |
| **T3** | 0,8458 | 0,1024 | 0,8663 | 0,7909 | 0,9136 | 0,6572 | 1,0000 |
| **T4** | 0,9255 | 0,0739 | 0,9373 | 0,8746 | 1,0000 | 0,7909 | 1,0000 |
| **IG (*n* = 31)** | | | | | | | |


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | *M* | *SD* | Median | Q1 | Q3 | Minimum | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **T1** | 0,8719 | 0,2172 | 0,9164 | 0,8164 | 1,0000 | -0,1568 | 1,0000 |
| **T2** | 0,9284 | 0,0959 | 1,0000 | 0,8705 | 1,0000 | 0,6572 | 1,0000 |
| **T3** | 0,9367 | 0,0954 | 1,0000 | 0,8746 | 1,0000 | 0,7297 | 1,0000 |
| **T4** | 0,9417 | 0,0726 | 1,0000 | 0,8746 | 1,0000 | 0,7409 | 1,0000 |

**Tabelle 61:** *EQ-5D-3L-(Y)-Scores der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-T*
IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe; SD=Standardabweichung; Q1=25%-Perzentil; Q3=75%-Perzentil

### *6.3.1.2 Evaluation*

**Abbildung 25:** *KEF des ICER – Elternteile (CHIMPS-T)*Effektdifferenz, auf der y-Achse die Gesamtkostendifferenz der einzelnen Punktschätzer des nicht-parametrischen Bootstrapping dargestellt. Das ICER liegt im oberen rechten Quadranten mit einer positiven Effektdifferenz von +0,0063428 und einer positiven Kostendifferenz von +3.804,04€. Daraus ergibt sich ein ICER von 599.741,44€ pro QALY. Von den 10.000 Replikationen liegen 4.925 im oberen linken Quadraten und 3.656 im oberen rechten Quadranten.

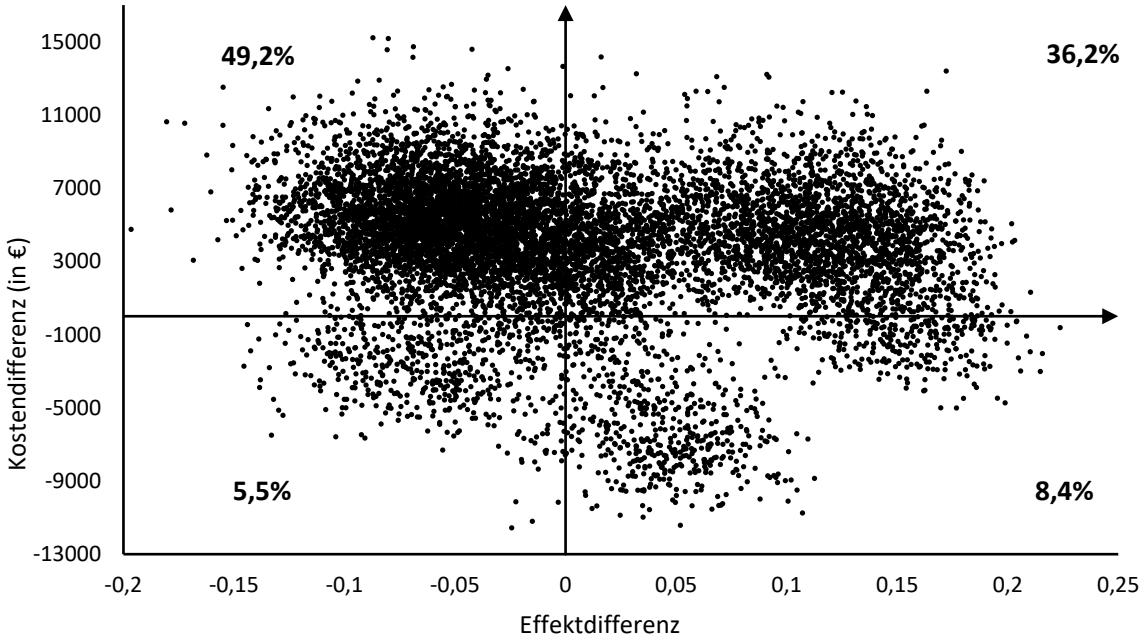



**Abbildung 25:** *KEF des ICER – Elternteile (CHIMPS-T)*

In **Abbildung 26** ist die KEAK der Elternteile dargestellt. Diese bildet die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität für variable WTP-Werte (in €) ab. Für eine Zahlungsbereitschaft von 25.000€ pro QALY beträgt die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität bspw. 17,0%. Für eine Zahlungsbereitschaft von 50.000€ pro QALY beträgt sie 28,7%.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

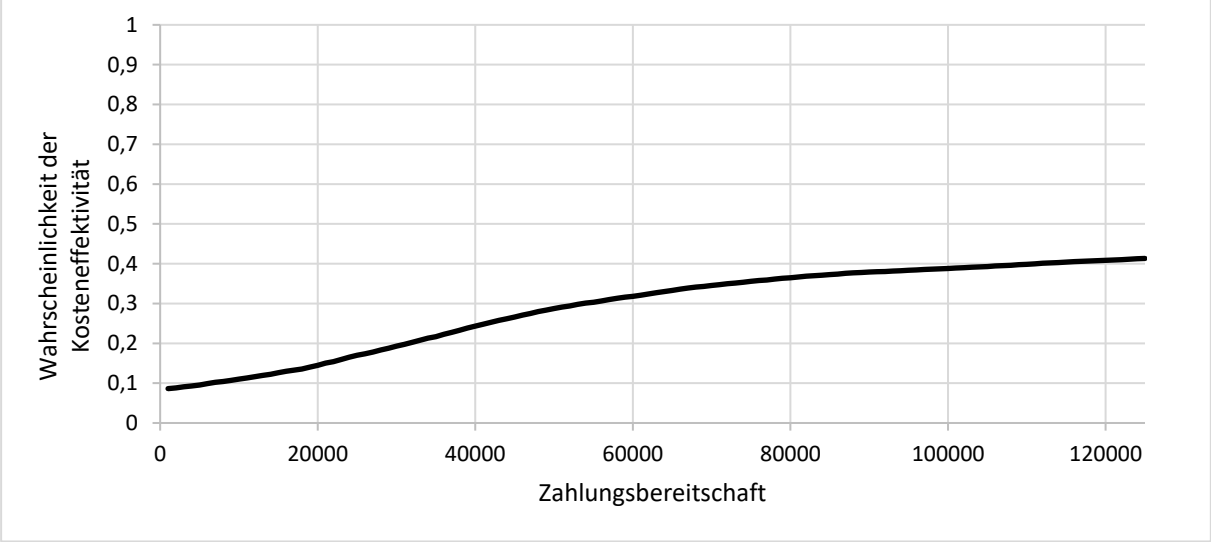



**Abbildung 26:** *KEAK der Elternteile (CHIMPS-T)*

**Abbildung 27:** *Punktschätzer des ICER und 95% Konfidenzellipse – KJ (CHIMPS-T)* Gesamtkostendifferenz der einzelnen Punktschätzer des nicht-parametrischen Bootstrapping dargestellt. Das ICER liegt im oberen rechten Quadranten mit einer positiven Effektdifferenz von +0,0427535 und einer positiven Kostendifferenz von +3.851,26€. Daraus ergibt sich ein ICER von +90.080,658€ pro QALY. Von den 10.000 Replikationen liegen 7.514 im oberen rechten Quadranten.

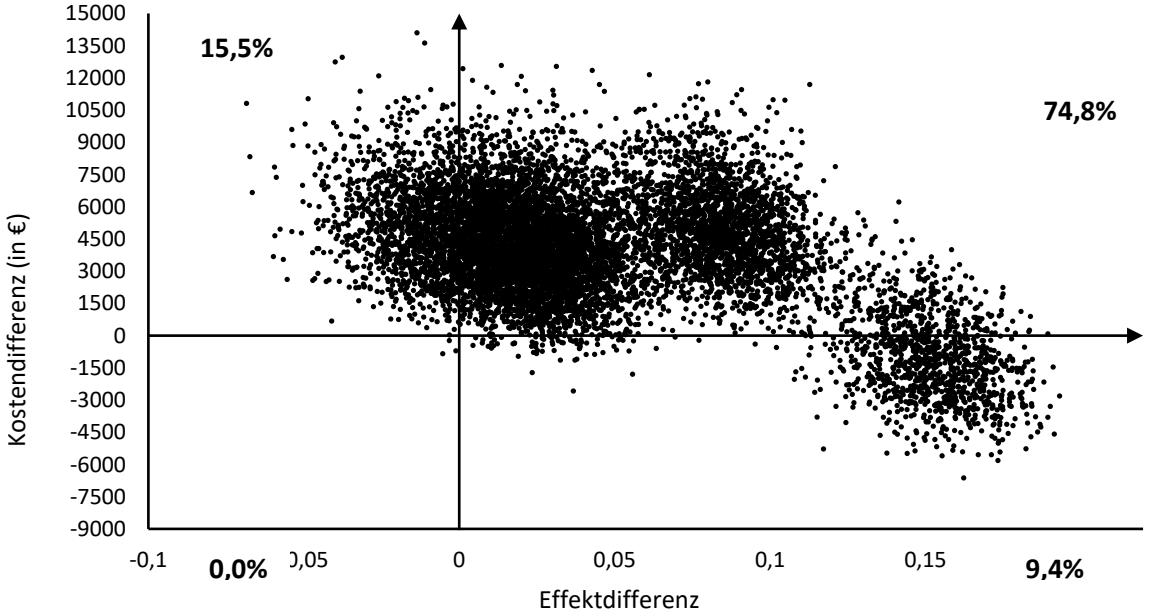



**Abbildung 27:** *Punktschätzer des ICER und 95% Konfidenzellipse – KJ (CHIMPS-T)*



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In **Abbildung 28:** *KEAK der KJ (CHIMPS-T)* ist die KEAK der Kinder dargestellt. Diese bildet die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität für variable WTP-Werte (in €) ab. Für eine Zahlungsbereitschaft von 25.000€ pro QALY beträgt die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität bspw. 16,1%. Für eine Zahlungsbereitschaft von 50.000 € pro QALY beträgt sie 27,0%.

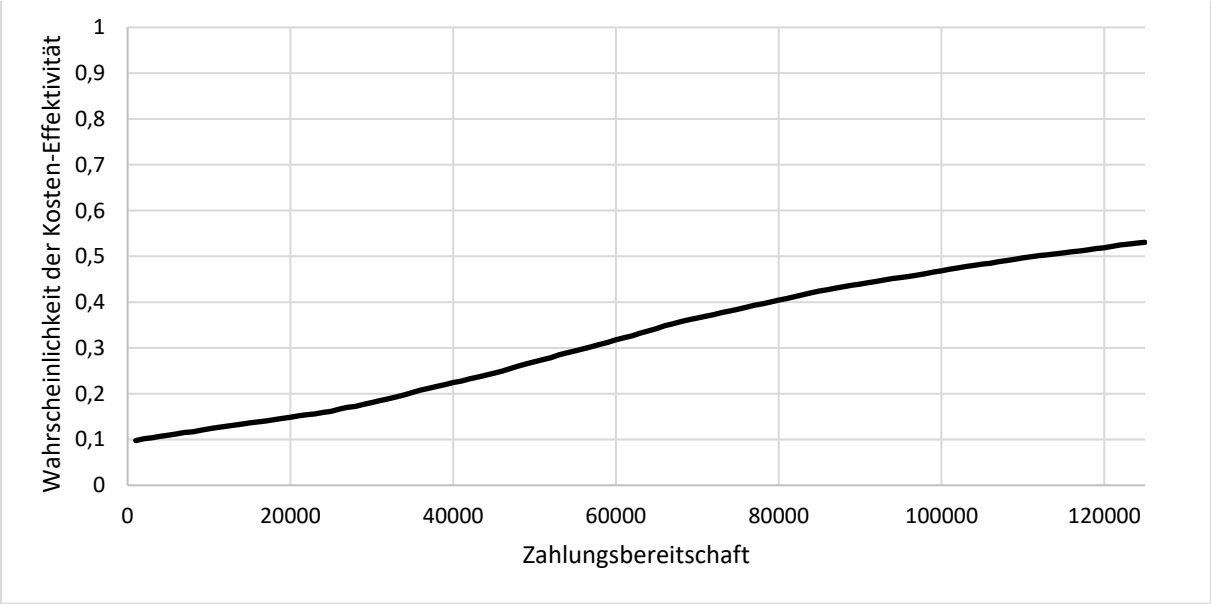



**Abbildung 28:** *KEAK der KJ (CHIMPS-T)*

## 6.3.2 CHIMPS-MFT

### *6.3.2.1 Deskription*

In **Abbildung 29**sind verschiedene CHIMPS-MFT-Studienpopulationen dargestellt. Insgesamt konnten *N* = 689 Individuen (*n* = 371 Elternteile, *n* = 318 KJ) in die Studie eingeschlossen werden. Nach Ausschluss aller Individuen, für welche keine GKV-Routinedaten zur Verfügung gestellt wurden, verblieben *n* = 175 Elternteile und *n* = 93 KJ in der Population ITT Gesamt. Nach Ausschluss aller Individuen, die nicht mindestens zwei EQ-5D-3L-(Y)-Scores im Studienzeitraum aufwiesen, verblieben *n* = 121 Elternteile und *n* = 59 Kinder in der Population ITT (2MSZP*)*. Für die Population CCA wurden dann alle Individuen ausgeschlossen, bei denen


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

mindestens ein EQ-5D-3L-(Y)-Score fehlte oder mindestens eine Kostenperiode im Studienzeitraum unvollständig war. Es verblieben *n* = 32 Elternteile und n = 9 KJ.

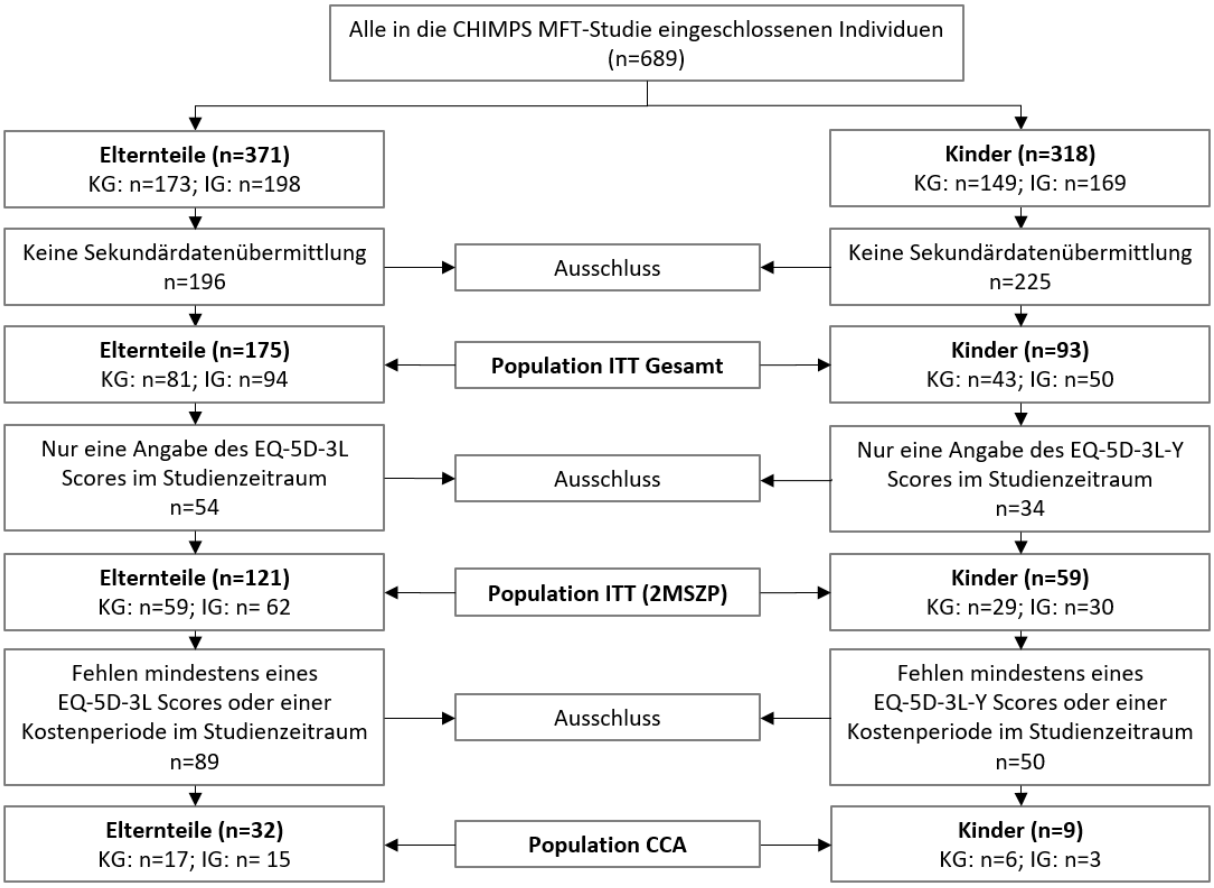



**Abbildung 29:** *Studienpopulationen der CHIMPS-MFT-Studie*

CCA=Complete case analysis; IG=Interventionsgruppe; ITT= Intention-To-Treat; KG=Kontrollgruppe; 2MSZP=Vorliegen von mindestens 2 Messzeitpunkten

In **Tabelle 62** sind die Baselinecharakteristika für Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) dargestellt. Die Ergebnisse der Population ITT Gesamt und der Population CCA befinden sich im Anhang des Evaluationsberichts. Die Elternteile sind überwiegend weiblich (KG: 61,02%, IG: 56,45%), das Medianalter in KG und IG beträgt 40 Jahre. Die KJ sind ebenfalls überwiegend weiblichen Geschlechts (KG: 55,17%, IG: 53,33%) mit einem Medianalter in KG und IG von 6 Jahren.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | Elternteile | | KJ | |
|---|---|---|---|---|
| | **KG (*N* = 59)** | **IG (*N* = 62)** | **KG (*n* = 29)** | **IG (*n*=30)** |
| **Alter** | | | | |
| *M* (*SD*) | 41,19 (6,68) | 40,37 (6,33) | 6,86 (3,97) | 7,07 (3,33) |
| Median (Q1, Q3) | 40 (36, 45) | 40 (36, 45) | 6 (4, 9) | 6 (5, 8) |
| Min, - Max, | 27 - 59 | 26 - 58 | 3 - 17 | 3 - 18 |
| **Geschlecht** | | | | |
| Weiblich | 36 (61,02%) | 35 (56,45%) | 16 (55,17%) | 16 (53,33%) |
| Männlich | 23 (38,98%) | 27 (43,55%) | 13 (44,83%) | 14 (46,67%) |

**Tabelle 62:** *Baselinecharakteristika der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-MFT*
IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe; Max=Maximum; Min=Minimum; SD=Standardabweichung; Q1=25%-Perzentil; Q3=75%-Perzentil

In **Tabelle 63** sind die fehlenden Werte der EQ-5D-3L-(Y)-Scores und der Gesamtkosten der Elternteile und KJder Population ITT (2MSZP) dargestellt. Die fehlenden Werte wurden mittels LOCF-Methode imputiert. Zu T3 fehlen bereits ca. 25% der EQ-5D-3L-(Y)-Scores bei Eltern und KJ. In T4 ist die Anzahl der fehlenden Werte am größten und beträgt bei den Elternteilen 41,3% und bei den KJ 37,3%. Die Gesamtkosten stehen aufgrund der zeitlichen Restriktionen bei Übermittlung der Routinedaten für die Periode T3T4 für 49,6% der Elternteile und für 62,7% der KJ nicht zur Verfügung.

| **Elternteile** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **EQ-5D-3L-Score T1** | **EQ-5D-3L-Score T2** | **EQ-5D-3L-Score T3** | **EQ-5D-3L-Score T4** | **Gesamt-kosten T0T1** | **Gesamt-kosten T1T2** | **Gesamt-kosten T2T3** | **Gesamt-kosten T3T4** |
| ***n* fehlend** | 0 | 16 | 31 | 50 | 0 | 0 | 34 | 60 |
| **%** | 0,0% | 13,2% | 25,6% | 41,3% | 0,0% | 0,0% | 28,1% | 49,6% |
| **KJ** | | | | | | | | |
| | **EQ-5D-3L-Y Score T1** | **EQ-5D-3L-Y Score T2** | **EQ-5D-3L-Y Score T3** | **EQ-5D-3L-Y Score T4** | **Gesamt-kosten T0T1** | **Gesamt-kosten T1T2** | **Gesamt-kosten T2T3** | **Gesamt-kosten T3T4** |
| ***n* fehlend** | 6 | 10 | 15 | 22 | 0 | 0 | 24 | 37 |
| **%** | 10,2% | 16,9% | 25,4% | 37,3% | 0,0% | 0,0% | 40,7% | 62,7% |

**Tabelle 63:** *Fehlende Werte der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-MFT*

T0T1=Periode zwischen T0 und T1, T1T2=Periode zwischen T1 und T2, T2T3=Periode zwischen T2 und T3, T3T4=Periode zwischen T3 und T4, T1T4=Periode zwischen T1 und T4

**Tabelle 64** zeigt die Gesamtkosten der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP). Die KG der Elternteile weist im VBZ etwas höhere Kosten auf als die IG (12.422,43€ ± 17.772,24€ vs. 11.715,19€ ± 18.405,93€). Über den gesamten Studienzeitraum von T1 bis T4 ergeben sich in der KG Kosten von 14.646,74€ ± 29.413,55€, während die Gesamtkosten für die IG 7.595,56 ± 11.902,73€ betragen. Die Kosten der KJ betragen im VBZ


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2.303,37€ ± 4.632,82€ für die KG und 584,56€ ± 1.538,97€ für die IG. Über den gesamten Studienzeitraum weisen die Kinder in der KG Kosten in Höhe von 1.660,13€ ± 3.244,58€ vs. 1.401,03 ± 4.055,73€in der IG auf.

| | *M* | *SD* | Median | Q1 | Q3 | Minimum | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Elternteile** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 59)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 12.422,43 | 17.772,24 | 5.134,18 | 310,45 | 19.512,21 | 0,00 | 102.471,04 |
| **T1T2** | 5.936,54 | 11.885,86 | 711,14 | 29,13 | 6.424,46 | 0,00 | 74.250,43 |
| **T2T3** | 4.878,39 | 10.205,15 | 429,21 | 12,62 | 5.184,54 | 0,00 | 54.216,28 |
| **T3T4** | 3.831,80 | 9.230,74 | 157,42 | 10,30 | 3.896,94 | 0,00 | 54.216,28 |
| **T1T4** | 14.646,74 | 29.413,55 | 3.745,65 | 87,39 | 21.911,43 | 0,00 | 182.682,99 |
| **IG (*n* = 62)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 11.715,19 | 18.405,93 | 2.405,08 | 219,71 | 20.427,76 | 0,00 | 92.820,35 |
| **T1T2** | 2.835,63 | 3.848,26 | 691,82 | 326,67 | 3.597,82 | 0,00 | 15.025,29 |
| **T2T3** | 2.028,50 | 4.117,25 | 214,03 | 46,67 | 1.340,27 | 0,00 | 21.786,25 |
| **T3T4** | 2.731,43 | 6.872,12 | 205,07 | 46,67 | 1.257,16 | 0,00 | 42.733,29 |
| **T1T4** | 7.595,56 | 11.902,73 | 2.090,11 | 486,94 | 8.342,80 | 0,00 | 53.300,33 |
| **Kinder** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 29)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 2.303,37 | 4.632,82 | 175,06 | 0,00 | 1.449,88 | 0,00 | 18.075,25 |
| **T1T2** | 503,68 | 1.089,65 | 45,37 | 6,06 | 246,11 | 0,00 | 4.655,24 |
| **T2T3** | 366,30 | 961,47 | 38,41 | 0,00 | 103,38 | 0,00 | 4.632,71 |
| **T3T4** | 790,15 | 2.017,27 | 52,57 | 4,62 | 201,26 | 0,00 | 9.570,59 |
| **T1T4** | 1.660,13 | 3.244,58 | 183,06 | 55,66 | 1.609,86 | 0,00 | 13.920,65 |
| **IG (*n* = 30)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 584,56 | 1.538,97 | 91,09 | 20,63 | 314,20 | 0,00 | 8.210,39 |
| **T1T2** | 708,50 | 1.957,74 | 270,09 | 210,00 | 312,56 | 0,00 | 10.894,47 |
| **T2T3** | 393,37 | 1.241,90 | 22,69 | 0,00 | 72,90 | 0,00 | 5.637,74 |
| **T3T4** | 299,15 | 1.040,98 | 25,32 | 1,76 | 72,90 | 0,00 | 5.637,74 |
| **T1T4** | 1.401,03 | 4.055,73 | 318,59 | 210,00 | 456,05 | 0,00 | 22.169,95 |

**Tabelle 64:** *Gesamtkosten der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-MFT*
IG=Interventionsgruppe, KG=Kontrollgruppe, SD=Standardabweichung, T0T1=Periode zwischen T0 und T1, T1T2=Periode zwischen T1 und T2, T2T3=Periode zwischen T2 und T3, T3T4=Periode zwischen T3 und T4, T1T4=Periode zwischen T1 und T4, Q1=25%-Perzentil, Q3=75%-Perzentil

In **Tabelle 65** sind die EQ-5D-3L-Scores der Elternteile und die EQ-5D-3L-Scores der KJ abgebildet. Die Elternteile weisen zu Baseline in der KG einen durchschnittlichen EQ-5D-3L-Score von 0,8865 ± 0,1758 auf, während der EQ-5D-3L-Score der IG 0,8500 ± 0,1982 beträgt. Zu Studienende beträgt der EQ-5D-3L-Score der KG 0,8274 ± 0,2189 und jener der IG 0,8783 ± 0,1754. Die KG der KJ zeigt zu Baseline einen EQ-5D-3L-Y-Score von 0,9233 ± 0,1262 und 0,8558 ± 0,1433 in der IG. Zu Studienende weisen die KJin der KG einen EQ-5D-3L-Y-Score von 0,9365 ± 0,1129 auf, während der Score in der IG 0,8939 ± 0,1409 beträgt.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | *M* | *SD* | Median | Q1 | Q3 | Minimum | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Elternteile** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 59)** | | | | | | | |
| **T1** | 0,8865 | 0,1758 | 0,8870 | 0,8870 | 1,0000 | 0,2620 | 1,0000 |
| **T2** | 0,8586 | 0,2060 | 0,8870 | 0,8870 | 1,0000 | 0,2620 | 1,0000 |
| **T3** | 0,8640 | 0,1933 | 0,8870 | 0,8870 | 1,0000 | 0,2960 | 1,0000 |
| **T4** | 0,8274 | 0,2189 | 0,8870 | 0,7880 | 0,9990 | 0,1100 | 1,0000 |
| **IG (*n* = 62)** | | | | | | | |
| **T1** | 0,8500 | 0,1982 | 0,8870 | 0,8870 | 0,9990 | 0,1100 | 1,0000 |
| **T2** | 0,8489 | 0,2055 | 0,8870 | 0,8130 | 0,9990 | 0,1100 | 1,0000 |
| **T3** | 0,8734 | 0,1983 | 0,8995 | 0,8870 | 1,0000 | 0,2620 | 1,0000 |
| **T4** | 0,8783 | 0,1754 | 0,8870 | 0,8870 | 1,0000 | 0,2960 | 1,0000 |
| **KJ** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 29)** | | | | | | | |
| **T1** | 0,9233 | 0,1262 | 1,0000 | 0,8746 | 1,0000 | 0,6227 | 1,0000 |
| **T2** | 0,9453 | 0,1076 | 1,0000 | 0,9373 | 1,0000 | 0,6381 | 1,0000 |
| **T3** | 0,9411 | 0,1017 | 1,0000 | 0,9182 | 1,0000 | 0,6381 | 1,0000 |
| **T4** | 0,9365 | 0,1129 | 1,0000 | 0,9182 | 1,0000 | 0,6330 | 1,0000 |
| **IG (*n* = 30)** | | | | | | | |
| **T1** | 0,8558 | 0,1433 | 0,8746 | 0,8555 | 0,9373 | 0,4453 | 1,0000 |
| **T2** | 0,8796 | 0,1692 | 0,9325 | 0,8663 | 0,9905 | 0,1791 | 1,0000 |
| **T3** | 0,8927 | 0,1630 | 0,9373 | 0,8663 | 1,0000 | 0,1791 | 1,0000 |
| **T4** | 0,8939 | 0,1409 | 0,9373 | 0,8746 | 1,0000 | 0,4556 | 1,0000 |

**Tabelle 65:** *EQ-5D-3L-(Y) Scores der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-MFT*
IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe; SD=Standardabweichung; Q1=25%-Perzentil, Q3=75%-Perzentil

### *6.3.2.2 Evaluation*

**Abbildung 30**Achse die Gesamtkostendifferenz der einzelnen Punktschätzer des nicht-parametrischen Bootstrapping dargestellt. Das ICER liegt im unteren rechten Quadranten mit einer positiven Effektdifferenz von +0,0022697und einer negativen Kostendifferenz von -7.051,18€. Daraus ergibt sich ein ICER von -3.106.657,27€ pro QALY, was die Dominanz der IG im Vergleich zur KG anzeigt. Von den 10.000 Replikationen liegen 5.137 im unteren rechten Quadranten und 4.574 im unteren linken Quadranten.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

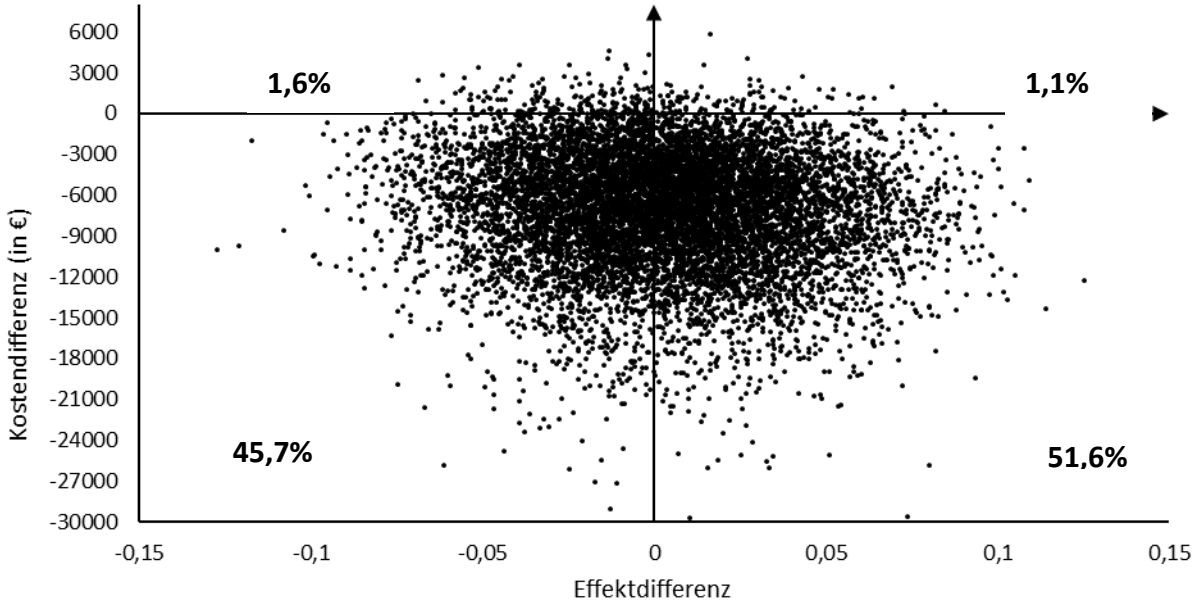



**Abbildung 30:** *KEF des ICER – Elternteile (CHIMPS-MFT)*

In **Abbildung 31**ist die KEAK der Elternteile dargestellt. Diese bildet die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität für eine variable Zahlungsbereitschaft pro QALY (in €) ab. Für eine Zahlungsbereitschaft von 25.000 € pro QALY beträgt die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität bspw. 53,0%. Für eine Zahlungsbereitschaft von 50.000 € pro QALY beträgt sie 54,8%.

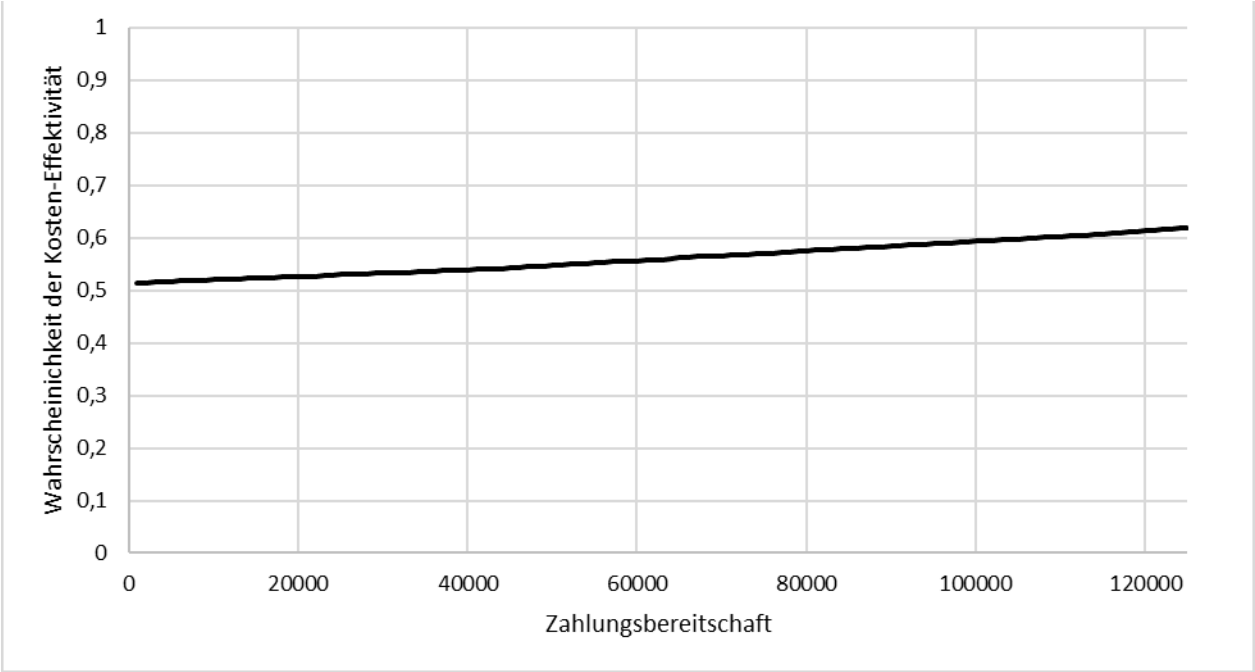



**Abbildung 31:** *KEAK der Elternteile (CHIMPS-MFT)*

In der Studienpopulation der KJ bestehen zum Baseline-Messzeitpunkt T1 relevante Unterschiede in der Lebensqualität zwischen der IG und KG ($p$ = 0,0050). Daher kontrollieren


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

wir in einer multivariaten Regressionsanalyse mit einem SUREG-Modell für den EQ-5D-3L-(Y)-Score und die VBZ-Gesamtkosten zum Baseline-Messzeitpunkt. Als Ergebnis erhält man die Schätzung der Koeffizienten, die sich auf die Effekte der Gruppenzugehörigkeit beschränken. Aus diesen Koeffizienten lässt sich dann der ICER als Verhältnis aus Kosten- und Effektdifferenz berechnen. Mithilfe des SUREG-Modells ist es weiterhin möglich, die Unsicherheit des ICER, welcher nur einen Punktschätzer darstellt, in der KEF mit einer Konfidenzellipse abzubilden.

**Abbildung 32** zeigt die KEF der KJ. Auf der x-Achse ist die Effektdifferenz, auf der y-Achse die Gesamtkostendifferenz der Koeffizientenschätzung dargestellt. Die Ellipse bildet die 95%-Konfidenzellipse des ICER ab. Der Punktschätzer liegt im oberen linken Quadranten mit einer negativen Effektdifferenz von -0,0040278 und einer positiven Kostendifferenz von +231,53€. Daraus ergibt sich ein ICER von -57.484€ pro QALY, was die Dominanz der KG im Vergleich zur IG anzeigt.

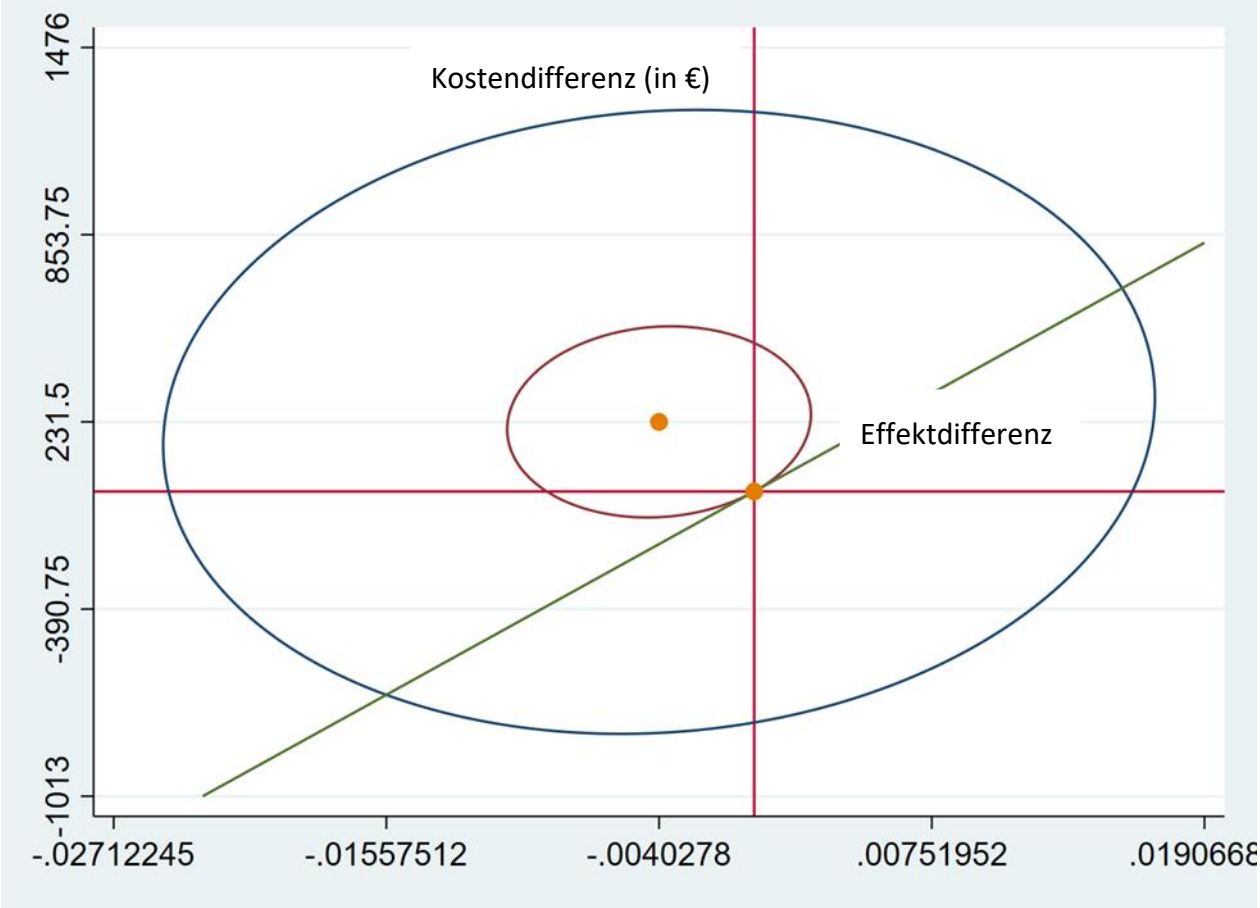



**Abbildung 32:** *Punktschätzer des ICER und 95%-Konfidenzellipse - KJ (CHIMPS-MFT)*

In **Abbildung 33** ist die KEAK der KJ dargestellt. Diese bildet die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität für variable WTP-Werte (in €) ab. Für eine Zahlungsbereitschaft von 25.000€ pro QALY beträgt die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität bspw. 38,7%. Für eine Zahlungsbereitschaft von 50.000€ pro QALY beträgt sie 38,4%.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

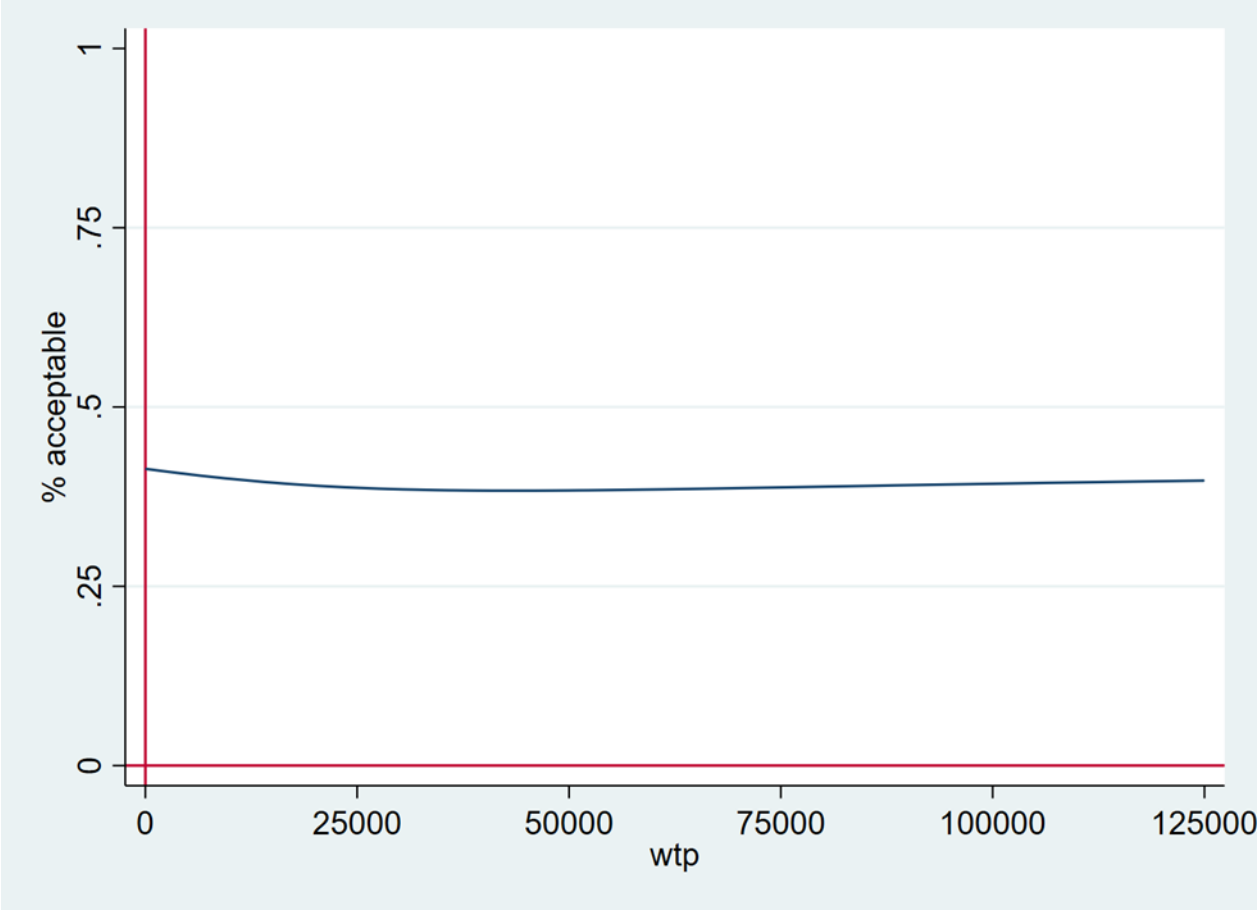



**Abbildung 33:** *KEAK der KJ*

wtp=willingness-to-pay

### 6.3.3 CHIMPS-P

#### *6.3.3.1 Deskription*

In **Abbildung 34** sind verschiedene CHIMPS P-Studienpopulation dargestellt. Insgesamt konnten *N* = 183 Individuen (*n* = 108 Elternteile, *n* = 75 KJ) in die Studie eingeschlossen werden. Nach Ausschluss aller Individuen, für welche keine GKV-Routinedaten zur Verfügung gestellt wurden, verblieben *n* = 58 Elternteile und *n* = 39 KJ in der Population ITT Gesamt. Nach Ausschluss aller Individuen, die nicht mindestens zwei EQ-5D-3L-(Y)-Scores im Studienzeitraum aufwiesen, verblieben *n* = 40 Elternteile und *n* = 25 KJ in der Population ITT (2MSZP). Für die Population CCA wurden dann alle Individuen ausgeschlossen, bei denen mindestens ein EQ-5D-3L-(Y)-Score fehlte oder mindestens eine Kostenperiode im Studienzeitraum unvollständig war. Es verblieben *n* = 6 Elternteile und *n* = 5 KJ.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

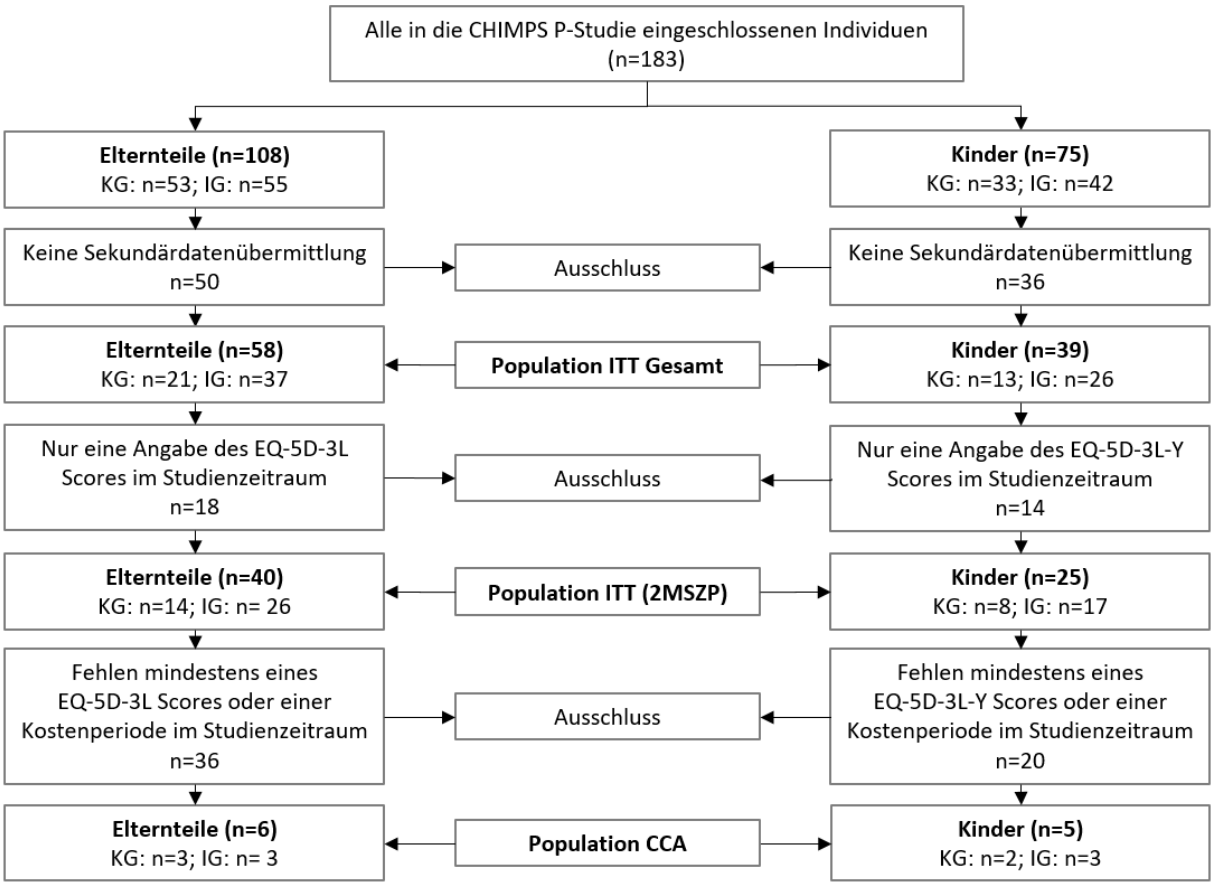



**Abbildung 34:** *Studienpopulationen der CHIMPS P-Studie*

CCA=Complete case analysis; IG=Interventionsgruppe; ITT= Intention-To-Treat; KG=Kontrollgruppe; 2MSZP=Vorliegen von mindestens 2 Messzeitpunkten

In **Tabelle 66** sind die Baselinecharakteristika für Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) dargestellt. Die Elternteile der KG sind mit 57,14% überwiegend weiblich. In der KG beträgt das Verhältnis zwischen Männern und Frauen 50%. Das Medianalter beträgt 41,5 Jahre in der KG und 42 Jahre in der IG. Das Medianalter der KJ beträgt in der KG 9,5 Jahre, in der IG 6 Jahre. Die KJ sind überwiegend männlichen Geschlechts (KG: 62,50%, IG: 52,94%).

| | **Elternteile** | | **KJ** | |
|---|---|---|---|---|
| | **KG Eltern (*n* = 14)** | **IG Eltern (*n* = 26)** | **KG Kinder (*n* = 8)** | **IG Kinder (*n* = 17)** |
| **Alter** | | | | |
| *M* (*SD*) | 42,64 (7,59) | 42,54 (6,23) | 8,88 (4,61) | 7,65 (3,50) |
| Median (Q1, Q3) | 41,5 (38, 51) | 42 (38, 46) | 9,5 (4,5, 12) | 6 (5, 10) |
| Min, - Max, | 32 - 54 | 33 - 56 | 3 - 16 | 4 - 15 |
| **Geschlecht** | | | | |
| Weiblich | 8 (57,14%) | 13 (50,00%) | 3 (37,50%) | 8 (47,06%) |



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Männlich | 6 (42,86%) | 13 (50,00%) | 5 (62,50%) | 9 (52,94%) |

**Tabelle 66:** *Baselinecharakteristika der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-P*
IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe; Max=Maximum, Min=Minimum; SD=Standardabweichung; Q1=25%-Perzentil; Q3=75%-Perzentil

In **Tabelle 67** sind die fehlenden Werte der EQ-5D-3L-(Y)-Scores und der Gesamtkosten der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) dargestellt. Die fehlenden Werte wurden mittels LOCF-Methode imputiert. Zu T3 fehlen bereits 17,5% der EQ-5D-3L-Scores der Elternteile und 20% der Scores der KJ. In T4 ist die Anzahl der fehlenden Werte am größten und beträgt bei den Elternteilen und KJ 67,5% bzw. 68,0%. Die Gesamtkosten stehen aufgrund zeitlicher Restriktionen bei Übermittlung der Routinedaten für die Periode T3T4 für 80,0% der Elternteile und KJ nicht zur Verfügung.

| **Elternteile** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **EQ-5D-3L-Score T1** | **EQ-5D-3L-Score T2** | **EQ-5D-3L-Score T3** | **EQ-5D-3L-Score T4** | **Gesamt-kosten T0T1** | **Gesamt-kosten T1T2** | **Gesamt-kosten T2T3** | **Gesamt-kosten T3T4** |
| ***n* fehlend** | 0 | 3 | 7 | 27 | 0 | 20 | 26 | 32 |
| **%** | 0,0% | 7,5% | 17,5% | 67,5% | 0,0% | 50,0% | 65,0% | 80,0% |
| **KJ** | | | | | | | | |
| | **EQ-5D-3L-Y Score T1** | **EQ-5D-3L-Y Score T2** | **EQ-5D-3L-Y Score T3** | **EQ-5D-3L-Y Score T4** | **Gesamt-kosten T0T1** | **Gesamt-kosten T1T2** | **Gesamt-kosten T2T3** | **Gesamt-kosten T3T4** |
| ***n* fehlend** | 1 | 2 | 5 | 17 | 0 | 13 | 16 | 20 |
| **%** | 4,0% | 8,0% | 20,0% | 68,0% | 0,0% | 52,0% | 64,0% | 80,0% |

**Tabelle 67:** *Fehlende Werte der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-P*
T0T1=Periode zwischen T0 und T1; T1T2=Periode zwischen T1 und T2; T2T3=Periode zwischen T2 und T3; T3T4=Periode zwischen T3 und T4; T1T4=Periode zwischen T1 und T4

**Tabelle 68** zeigt die Gesamtkosten der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP). Die KG der Elternteile weist im VBZ höhere Kosten auf als die IG (10.848,57€ ± 9.598,73€ vs. 9.921,16€ ± 15.866,44€). Über den gesamten Studienzeitraum von T1 bis T4 ergeben sich in der KG Kosten von 10.744,02€ ± 14.318,42€, während die Gesamtkosten für die IG 10.316,99€ ± 16.622,33€ betragen. Die Kosten der KJ betragen im VBZ 1.246,69€ ± 3.252,10€ für die KG und 3.028,75€ ± 4.860,79€ für die IG. Über den gesamten Studienzeitraum weisen die KJ in der KG Gesamtkosten von 1.832,48€ ± 4.892,62€ vs. 4.166,33 ± 7.852,15€ in der IG auf.

| | ***M*** | ***SD*** | **Median** | **Q1** | **Q3** | **Minimum** | **Maximum** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Elternteile** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 14)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 10.848,57 | 9.598,73 | 12.705,02 | 592,41 | 17.043,74 | 0,00 | 27.266,52 |
| **T1T2** | 3.653,69 | 4.736,24 | 514,43 | 190,15 | 7.923,29 | 0,00 | 13.633,26 |
| **T2T3** | 3.541,82 | 4.801,40 | 393,26 | 120,12 | 7.923,29 | 0,00 | 13.633,26 |
| **T3T4** | 3.548,51 | 4.796,24 | 393,26 | 119,62 | 7.923,29 | 0,00 | 13.633,26 |
| **T1T4** | 10.744,02 | 14.318,42 | 1.762,91 | 531,72 | 23.769,87 | 0,00 | 40.899,79 |
| **IG (*n* = 26)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 9.921,16 | 15.866,44 | 2.710,95 | 207,07 | 15.662,18 | 0,00 | 68.011,68 |
| **T1T2** | 3.942,60 | 6.577,92 | 587,67 | 378,78 | 5.521,48 | 226,67 | 25.933,80 |


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | *M* | *SD* | Median | Q1 | Q3 | Minimum | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **T2T3** | 3.257,25 | 5.478,00 | 366,52 | 21,67 | 4.434,16 | 0,00 | 22.606,19 |
| **T3T4** | 3.117,14 | 5.183,05 | 366,52 | 38,31 | 4.434,16 | 0,00 | 22.606,19 |
| **T1T4** | 10.316,99 | 16.622,33 | 1.439,55 | 470,64 | 13.642,47 | 226,67 | 68.158,57 |
| **Kinder** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 8)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 1.246,69 | 3.252,10 | 103,32 | 46,19 | 190,75 | 0,00 | 9.293,02 |
| **T1T2** | 608,00 | 1.632,00 | 33,39 | 11,22 | 64,13 | 0,00 | 4.646,51 |
| **T2T3** | 613,10 | 1.629,98 | 51,66 | 9,04 | 68,47 | 0,00 | 4.646,51 |
| **T3T4** | 611,38 | 1.630,71 | 51,66 | 2,15 | 68,47 | 0,00 | 4.646,51 |
| **T1T4** | 1.832,48 | 4.892,62 | 145,38 | 15,96 | 192,39 | 12,90 | 13.939,53 |
| **IG (n = 17)** | | | | | | | |
| **T0T1** | 3.028,75 | 4.860,79 | 361,10 | 20,85 | 4.142,10 | 0,00 | 15.119,06 |
| **T1T2** | 1.343,33 | 1.962,18 | 350,43 | 340,00 | 881,23 | 340,00 | 7.039,24 |
| **T2T3** | 1.411,44 | 3.081,13 | 8,95 | 0,00 | 15,12 | 0,00 | 10.874,15 |
| **T3T4** | 1.411,57 | 3.081,07 | 10,43 | 0,00 | 15,12 | 0,00 | 10.874,15 |
| **T1T4** | 4.166,33 | 7.852,15 | 371,28 | 340,00 | 881,23 | 340,00 | 25.389,17 |

**Tabelle 68:** *Gesamtkosten der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-P*
IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe; SD=Standardabweichung; T0T1=Periode zwischen T0 und T1; T1T2=Periode zwischen T1 und T2; T2T3=Periode zwischen T2 und T3; T3T4=Periode zwischen T3 und T4; T1T4=Periode zwischen T1 und T4; Q1=25%-Perzentil; Q3=75%-Perzentil

In **Tabelle 69** sind die EQ-5D-3L-Scores der Elternteile und die EQ-5D-3L-Y-Scores der KJ abgebildet. Die Elternteile weisen zu Baseline in der KG einen durchschnittlichen EQ-5D-3L-Score von 0,8880 ± 0,1877 auf, während der Score der IG 0,9242 ± 0,0843 beträgt. Zu Studienende beträgt der EQ-5D-3L-Score der KG 0,9265 ± 0,1829 und jener der IG 0,9367 ± 0,1146. Die KG der KJ zeigt zu Baseline einen EQ-5D-3L-Y-Score von 0,9678 ± 0,0679 und die IG einen EQ-5D-3L-Y-Score von 0,9090 ± 0,0814. Zu Studienende weisen die KJ in der KG einen EQ-5D-3L-Y-Score von 0,9736 ± 0,0673 auf, während der Score in der IG 0,9382 ± 0,0843 beträgt.

| | *M* | *SD* | Median | Q1 | Q3 | Minimum | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Elternteile** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 14)** | | | | | | | |
| **T1** | 0,8880 | 0,1877 | 0,8995 | 0,8870 | 1,0000 | 0,2740 | 1,0000 |
| **T2** | 0,8736 | 0,2321 | 0,9990 | 0,8870 | 1,0000 | 0,2740 | 1,0000 |
| **T3** | 0,9024 | 0,1787 | 0,9430 | 0,8870 | 1,0000 | 0,3130 | 1,0000 |
| **T4** | 0,9265 | 0,1829 | 0,9995 | 0,8870 | 1,0000 | 0,3130 | 1,0000 |
| **IG (*n* = 26)** | | | | | | | |
| **T1** | 0,9242 | 0,0843 | 0,9120 | 0,8870 | 1,0000 | 0,7010 | 1,0000 |
| **T2** | 0,8960 | 0,1691 | 0,9990 | 0,8870 | 1,0000 | 0,3780 | 1,0000 |
| **T3** | 0,9324 | 0,1143 | 0,9990 | 0,8870 | 1,0000 | 0,5240 | 1,0000 |
| **T4** | 0,9367 | 0,1146 | 0,9990 | 0,8870 | 1,0000 | 0,5240 | 1,0000 |
| **Kinder** | | | | | | | |
| **KG (*n* = 8)** | | | | | | | |
| **T1** | 0,9678 | 0,0679 | 0,9952 | 0,9743 | 1,0000 | 0,8036 | 1,0000 |
| **T2** | 0,9657 | 0,0675 | 1,0000 | 0,9591 | 1,0000 | 0,8078 | 1,0000 |


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

| | *M* | *SD* | Median | Q1 | Q3 | Minimum | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **T3** | 0,9736 | 0,0673 | 1,0000 | 0,9905 | 1,0000 | 0,8078 | 1,0000 |
| **T4** | 0,9736 | 0,0673 | 1,0000 | 0,9905 | 1,0000 | 0,8078 | 1,0000 |
| **IG (*n* = 17)** | | | | | | | |
| **T1** | 0,9090 | 0,0814 | 0,9180 | 0,8746 | 0,9582 | 0,7409 | 1,0000 |
| **T2** | 0,9263 | 0,0878 | 0,9373 | 0,8746 | 1,0000 | 0,7409 | 1,0000 |
| **T3** | 0,9382 | 0,0843 | 0,9582 | 0,9236 | 1,0000 | 0,7409 | 1,0000 |
| **T4** | 0,9382 | 0,0843 | 0,9582 | 0,9236 | 1,0000 | 0,7409 | 1,0000 |

**Tabelle 69:** *EQ-5D-3L-(Y)-Scores der Elternteile und KJ der Population ITT (2MSZP) - CHIMPS-P*
IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe; SD=Standardabweichung; Q1=25%-Perzentil; Q3=75%-Perzentil

### *6.3.3.2 Evaluation*

**Abbildung 35** zeigt die KEF der Elternteile. Auf der x-Achse ist die Effektdifferenz, auf der y-Achse die Gesamtkostendifferenz der Koeffizientenschätzung dargestellt. Der Punktschätzer liegt im unteren rechten Quadranten mit einer positiven Effektdifferenz von 0,0252115 und einer negativen Kostendifferenz von -427,03€. Daraus ergibt sich ein ICER von -16.937,90€ pro QALY. Die IG dominiert die KG.

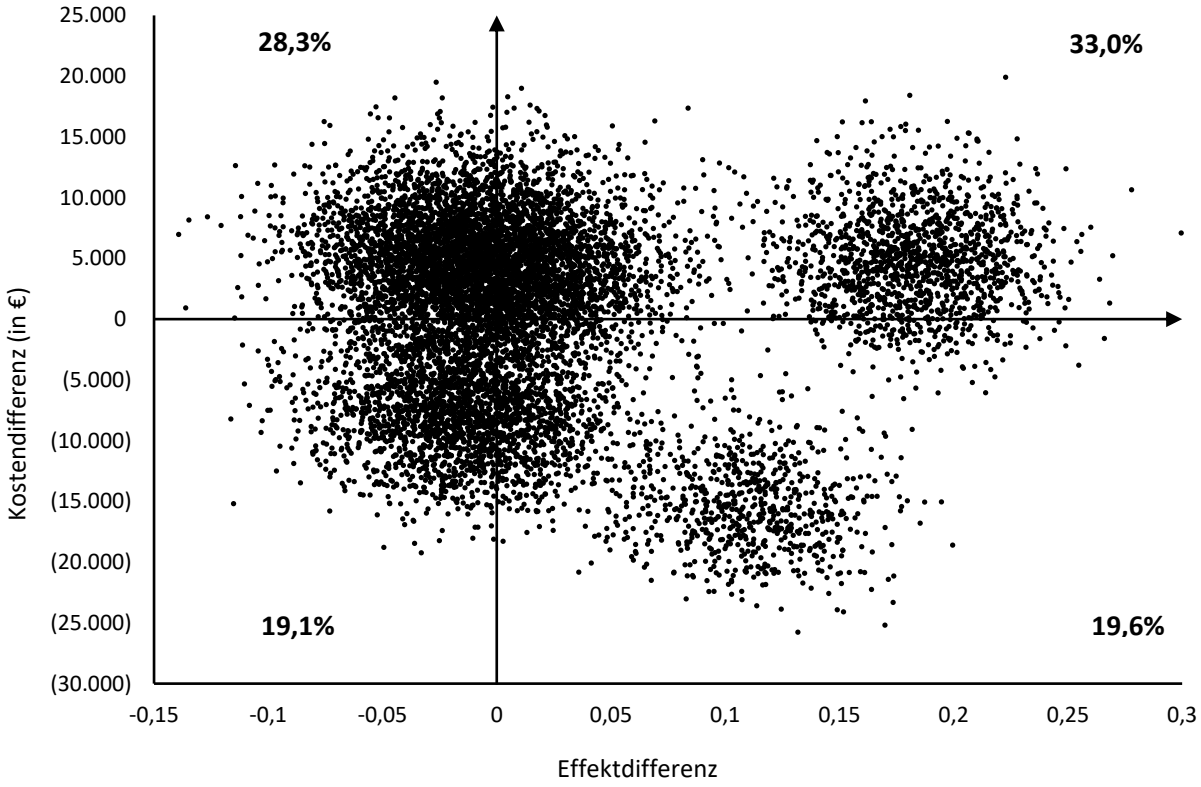



**Abbildung 35:** *KEF des ICER – Elternteile (CHIMPS-P)*


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In **Abbildung 36** ist die KEAK der Elternteile dargestellt. Diese bildet die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität für variable WTP-Werte (in €) ab. Für eine Zahlungsbereitschaft von 25.000€ pro QALY beträgt die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität bspw. 27,1%. Für eine Zahlungsbereitschaft von 50.000€ pro QALY beträgt sie 34,6%.

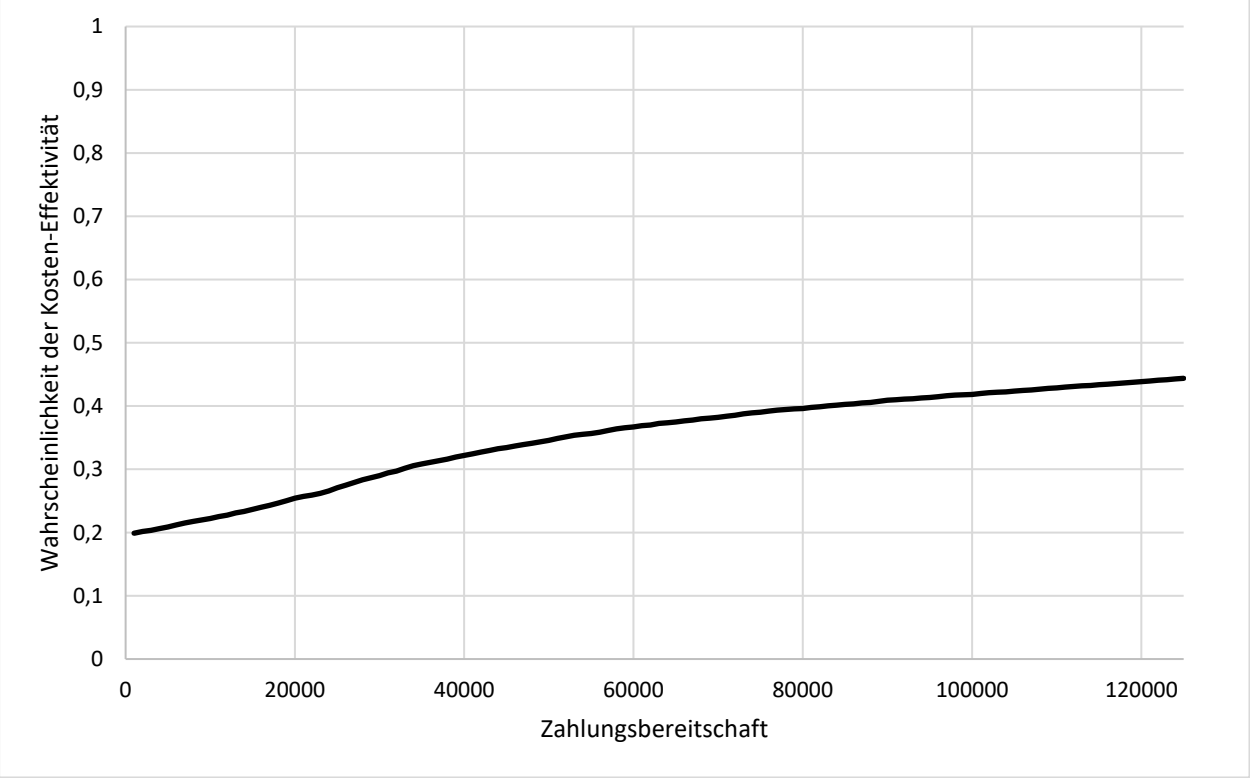



**Abbildung 36:** *KEAK der Elternteile (CHIMPS-P)*

In der Studienpopulation der Kinder bestehen zu T1 relevante Unterschiede in der Lebensqualität zwischen der IG und KG ($p$ = 0,0616). Daher kontrollieren wir in einer multivariaten Regressionsanalyse mit einem SUREG-Modell für den EQ-5D-3L-(Y)-Score und die VBZ-Gesamtkosten zu T1. Als Ergebnis erhält man die Schätzung der Koeffizienten, die sich auf die Effekte der Gruppenzugehörigkeit beschränken. Aus diesen Koeffizienten lässt sich dann der ICER als Verhältnis aus Kosten- und Effektdifferenz berechnen. Mithilfe des SUREG-Modells ist es weiterhin möglich, die Unsicherheit des ICER, welcher nur einen Punktschätzer darstellt, in der Kosten-Effektivitätsfläche mit einer Konfidenzellipse abzubilden.
Die IG weist also im Vergleich zur KG eine geringere Lebensqualität auf.

**Abbildung 37** zeigt die Kosten-Effektivitätsfläche der Kinder. Auf der x-Achse ist die Effektdifferenz, auf der y-Achse die Gesamtkostendifferenz der Koeffizientenschätzung dargestellt. Die innere Ellipse bildet das 95%-Konfidenzellipse des ICER ab. Der Punktschätzer liegt im unteren linken Quadranten mit einer negativen Effektdifferenz -0,006577 und einer negativen Kostendifferenz von -447,12€. Die IG weist also im Vergleich zur KG eine geringere Lebensqualität auf.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

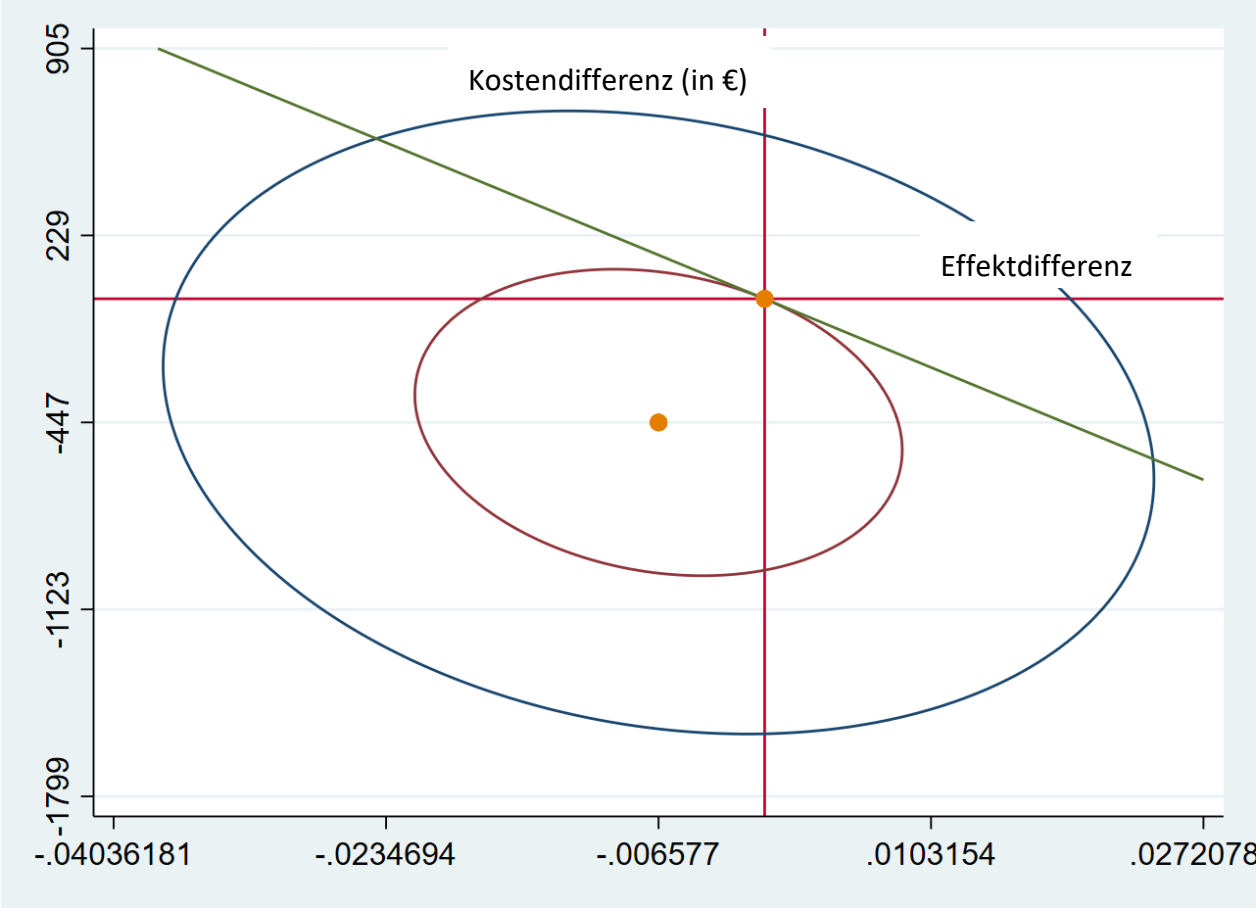



**Abbildung 37:** *Punktschätzer des ICER und 95%-Konfidenzellipse - KJ (CHIMPS-P)*

In**Abbildung 38** ist die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve der Elternteile dargestellt. Diese bildet die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität für variable WTP-Werte (in €) ab. Für eine Zahlungsbereitschaft von 25.000€ pro QALY beträgt die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität bspw. 60,2%. Für eine Zahlungsbereitschaft von 50.000€ pro QALY beträgt sie 53,1%.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

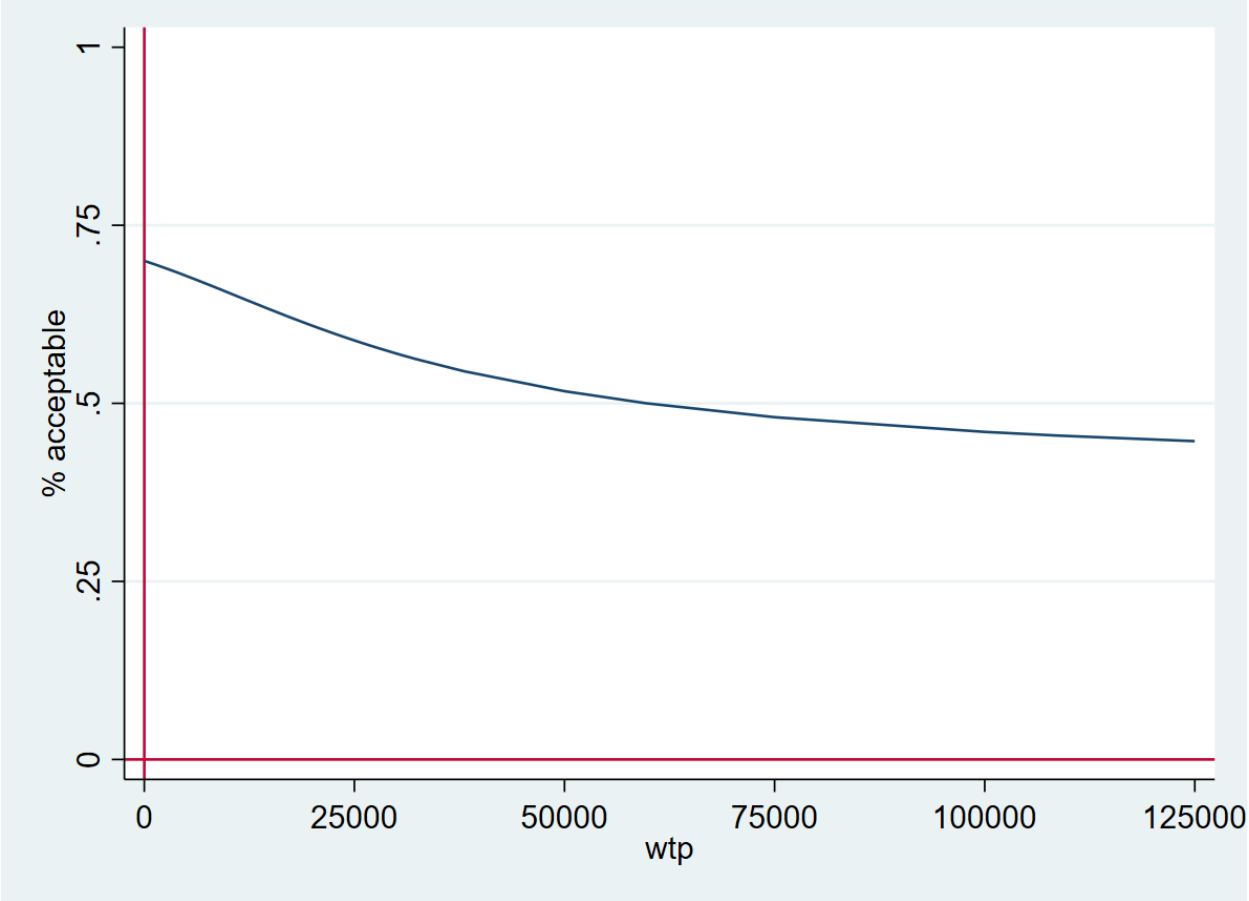



**Abbildung 38:** *KEAK der KJ*

wtp=willingness-to-pay

## 6.4 Ergebnisse der qualitativen Evaluation

### 6.4.1 GTM

Mit insgesamt 42 Interviews konnte auf alle drei Interventionsarme bezogen die inhaltliche Sättigung erreicht werden, so dass keine wesentlichen neuen Aspekte mehr zutage traten. Durch iterative Zyklen aus offenem Kodieren und Kategorienbildung entstanden schließlich 32 Oberkategorien, die jeweils wiederum zwischen vier und zwölf Unterkategorien umfassten. In besonders materialreichen Unterkategorien wurden wiederum Unterkategorien gebildet, etwa um Unterschiede zwischen den verschiedenen Teilnehmendengruppen oder Interventionsarmen herauszuarbeiten. Die Oberkategorien lassen sich für eine überblicksartige Darstellung grob in vier Blöcke unterteilen.

#### *6.4.1.1 Block 1: Prozessevaluation*

Der erste Block umfasst Oberkategorien zu Themen wie Teilnahmemotivation, Erwartungen an CHIMPS-NET, Vorbehalte oder Skepsis gegenüber der Teilnahme sowie zum Ablauf der Intervention einschließlich Gruppenzuteilung, Organisation der Termine, Kontakt mit den Therapeut*innen und globaler Zufriedenheit mit der Teilnahme. Es zeigten sich hier deutlich die unterschiedlichen Rekrutierungspfade (u. a. innerklinisch, ambulant, selbstständig) und dass meistens ein einzelnes Familienmitglied die treibende Kraft hinter der Teilnahme war. Die Teilnahmemotivation ergab sich in der Regel aus der Sorge um das Kind/die Kinder oder dem Wunsch, die ganze Familie im Hinblick auf das Wohlergehen des Kindes beraten oder behandeln zu lassen. Häufig genannt wurde auch, dass man sich eine professionelle


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Einschätzung erhoffe, wie gut das Kind/die Kinder eine entweder kürzlich zurückliegende oder chronisch persistierende Erkrankung eines Elternteils verarbeitet hätten und ob die Familie soweit alles richtig mache für einen guten Umgang mit Krankheit und Krisenerfahrung eines Elternteils.

*„Ich habe […] die Angst gehabt, dass durch das ‚Drama', was ich verursacht hab, irgendwie meine Kinder da in Mitleidenschaft gezogen worden sind. Und das, da hatte ich Angst vor, dass das so ist und da ich nicht ähm, ich keine neutrale Person bin, die das beurteilen könnte, war es mir wichtig, dass da mal jemand hinzukommt, der das kann und der das beruflich tatsächlich professionell einschätzen kann, ob es meinen Kindern gut geht oder nicht."* (Herr S., Interview 5, CHIMPS-T)

Skepsis und Vorbehalte gegenüber CHIMPS-NET waren bei den teilnehmenden Familien wenig anzutreffen und bezogen sich zumeist auf eine mögliche oder tatsächliche Teilnahme an der MFT, etwa, ob man dort mit passenden Familien zusammenkäme.
Mit dem grundlegenden Ablauf der Intervention zeigte sich eine insgesamt hohe Zufriedenheit. Die Gruppenzuteilungen wurden in der Regel als nachvollziehbar empfunden, die Qualität des Kontaktes mit den Therapeut*innen wurde zumeist als sehr gut beschrieben. Häufig genannte Kritikpunkte waren die als zu umfangreich und teils regelrecht strapaziös empfundenen Aufnahmeuntersuchungen durch sehr zeitaufwändige Fragebögen sowie der je nach Wohnort und Interventionsarm hohe organisatorische Aufwand, um passende Termine zu finden und diese auch wahrzunehmen. Dennoch fiel die globale Zufriedenheit mit der Intervention relativ hoch aus, so dass ein Großteil der Teilnehmenden angab, die Teilnahme an CHIMPS-NET sei eine gute Entscheidung gewesen.

*„[…] ich bin total glücklich darüber, dass wir das mitgemacht haben. Dass wir auch in die Studie aktiv miteinbezogen werden durften. Und nicht nur über diese Fragenbogen-Ausfüllsache. Das hat mir und meiner Tochter wahnsinnig geholfen, bin ich sehr dankbar für."* (Frau D., Interview 40, CHIMPS-T)

#### *6.4.1.2 Block 2: Inhalte und Wirkungen*

Der zweite Block umfasst Oberkategorien, die sich auf die Inhalte der Intervention oder auf aus der Intervention hervorgegangene Wirkungen beziehen. Hier wurden zudem Aussagen gesammelt, die sich auf den Zustand der Familie vor Interventionsteilnahme oder individuelle wie familiär durchgemachte Krisen- und Krankheitserfahrungen beziehen. Deutlich wurden dabei die sehr unterschiedlichen Voraussetzungen der Familien im Sinne von Familienkonstellation, Schwere, Art und Dauer der Erkrankung der erwachsenen Indexperson und ggf. auch erkrankter KJ und das Ausmaß von Herausforderungen im alltäglichen Leben. Während einige Familien von disruptiven Ereignissen innerhalb der Familie wie Suizidversuchen, Suizidandrohungen oder häuslicher Gewalt berichteten, die häufig auch zu (temporären) Kontaktabbrüchen geführt hatten, beschrieb sich die größere Zahl der teilnehmenden Familien als positiv aufeinander bezogen und weitgehend funktional, gewisser krankheitsbedingter Schwierigkeiten und Einschränkungen zum Trotz.

Bezüglich der Veränderungen, die aus der Teilnahme der Familien an CHIMPS-NET resultierten, ergab sich in Art und Ausmaß ein sehr differenziertes Bild. Familien, die an CHIMPS-P teilnahmen, berichteten meist nur wenige oder eher kleinere Veränderungen. In dieser Gruppe wurde häufig erwähnt, CHIMPS-P habe vor allem zu einer Beruhigung der Eltern geführt, da man von professioneller Seite gehört habe, dass das eigene Kind nach wie vor psychisch gesund sei und die eigene Umgangsweise der Familie mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils grundlegend richtig sei.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*„Natürlich hat mich auch gefreut zu hören, was auch meinem Eindruck entsprach, dass meine Tochter einen stabilen, psychisch gesunden Eindruck macht.“* (Frau L., Interview 17, CHIMPS-T)

In den anderen beiden Interventions-Armen wurden hingegen tendenziell weiterreichende Veränderungen beschrieben. Ein häufig genannter Effekt war die Verbesserung der Kommunikation innerhalb der gesamten Familie. So wurde beispielsweise oft und gleichermaßen von Eltern wie von Kindern beschrieben, dass durch die Teilnahme eine Art offenes Sprechen in der Familie in Gang gesetzt wurde, welches auch über die einzelnen Sitzungen hinauswirkte.

*„Also […] seitdem ich gesehen habe, wie offen, also auch wirklich mit medizinischen Diagnosen, der Therapeut […] mit den Kindern gesprochen hat, mache ich das auch auf einem etwas höheren Niveau. Das hat sich schon geändert. Ja, also ich glaube, die Art und Weise ist eine bisschen erwachsenere Art und Weise. Das hätte ich, glaube ich, nicht gemacht, wenn ich nicht die Erfahrung gemacht hätte, dass das gut funktioniert.“* (Frau I., Interview 13, CHIMPS-T)

Familienmitglieder gewöhnten sich in der Folge an, klarer über ihre eigenen Bedürfnisse zu kommunizieren und transparenter ihr situatives Befinden einschließlich etwaiger Krankheitssymptome mittzuteilen. Indem durch CHIMPS-NET das Verständnis füreinander innerhalb der Familien gewachsen sei, werde zudem mehr Rücksicht aufeinander genommen.

*„Ja, genau, also seit dem Gespräch, wo Tanja eben erklärt worden ist, was in Papa eben manchmal vorgeht, oder warum Papa manchmal eben auch genervt ist, wo ich gesagt habe, die und die Gründe sind es, also Rücksichtnahme ist auf jeden Fall schon da. […] wenn Papa zum Beispiel nachmittags sagt, boah ich bin gerade fix und fertig, würde mich 'ne Stunde hinlegen, schmeißt sie dann nicht den Staubsauger an. Was sie vorher gemacht hat. Zum Beispiel. Wir sind auf einem guten Weg.“* (Herr C., Interview 7, CHIMPS-T)

Damit zusammenhängend wurde auch häufig ein Rückgang von Streitigkeiten innerhalb der Familie beschrieben. Viele Eltern gaben an, den Kontakt mit ihren Kindern nun bewusster zu gestalten, wozu teils auch die Aufnahme neuer gemeinsamer Aktivitäten führte.

*„Seit CHIMPS gehen wir zwei Mal pro Woche zu einem Eselhof, wo meine Tochter auch mehr Kontakt zu gleichaltrigen Kindern hat*.“ (Frau C., Interview 42, CHIMPS-T)

Auf der Ebene der Paar-Beziehung der Eltern wurden tendenziell eher kommunikative Verbesserungen als praktische Veränderungen benannt. Dass sich etwa die konkrete Verteilung von Care-Arbeit änderte, war ein vergleichsweise seltener Befund.
Auf einer mehr kognitiven Ebene wurde als ein Effekt der Teilnahme immer wieder hervorgehoben, dass Kindern aus Sicht der Eltern in einer sehr einfühlsamen, kindgerechten Art vermittelt wurde, was psychische Erkrankungen seien und inwiefern auch gewisse elterliche Verhaltensweisen damit zu tun hätten.

*„Die größte Herausforderung war wirklich, dass die Kinder verstehen, warum ich mich manchmal nicht so verhalte, wie sie es eigentlich kennen. […] [F]ür die Kinder ist es jetzt ein bisschen leichter zu verstehen, warum manche Situationen [in meinen depressiven Phasen] so laufen oder so sind, wie sie sind.“* (Herr P., Interview 26, CHIMPS-MFT)

Einige Teilnehmende sprachen auch sehr explizit von individuellen „Aha-Erlebnissen“ während der Intervention, bei denen eine bestimmte Kernerkenntnis vieles schlagartig in ein anderes Licht getaucht hätte. Unter diesen hochgradig individuellen Erkenntnissen fanden sich u. a., dass innerhalb der Familie auch negative Gefühle geäußert werden dürfen, ohne


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

dass es zu einer Katastrophe komme, dass die eigene Erkrankung von den eigenen Kindern nicht als belastend erlebt werde, dass man in der Kindererziehung genau die Verhaltensweise reproduziere, unter denen man als Kind selbst gelitten hätte, oder dass es guttue, mit einer neutralen Person über das eigene Befinden zu sprechen.

#### *6.4.1.3 Block 3: Kritische Aspekte, Nebenwirkungen, Komplikationen*

Unter der Annahme, dass jegliches familientherapeutische Vorgehen auch erhebliches Konfliktpotential birgt, etwa, wenn problematisches Verhalten oder negative Gefühle der Familienmitglieder untereinander offen thematisiert werden, wurden in Befragung und Auswertung auch gezielt mögliche Nebenwirkungen oder Komplikationen von und durch CHIMPS-NET ins Auge gefasst. Zudem liegen wenige empirische Daten zu etwaigen ungewollten Folgen präventiv ausgerichteter Ansätze im Bereich psychischer Gesundheit vor. Der dritte Block umfasste Kategorien zu von den Teilnehmenden spontan benannten negativen Aspekten und zum familiären Umgang mit und den Auswirkungen von Diagnose bzw. Risiko-Status der teilnehmenden KJ. An negativen Aspekten wurde gelegentlich benannt, dass die Gespräche während der Sitzungen als sehr anstrengend und teils überfordernd erlebt wurden. Diese Kritik wurde zumeist von den betroffenen Index-Personen (= Elternteil mit Diagnose) geäußert, bezog sich aber zuweilen auch auf das Erleben der KJ aus elterlicher Sicht, die in Einzelfällen dem Empfinden der Eltern nach regelrecht dazu gedrängt worden seien, ihr Befinden zu berichten. Auch die Teilnahme gerade jüngerer Kinder an der MFT wurde mitunter kritisch erlebt. So würden sie dort nicht nur aus der eigenen Familie teils schlimme Geschichten mithören müssen, sondern noch dazu auch aus anderen Familien.

*„Ja, was ich so ein bisschen schwierig fand, man hat es versucht, dass die Eltern reden, während die Kinder im Raum sind und halt versucht haben zu spielen […]. Das ist von Setting her, hat uns das ein bisschen irritiert […]. Was uns dann Sorgen gemacht hat, war halt, dass die Kinder von uns halt auch die Vergangenheit mithören. Also auch die Vergangenheit der anderen Eltern und dass das halt auch nochmal belastend ist für die Kinder durchaus.“* (Herr F. Interview 11, CHIMPS-MFT)

Auf die Interventionsinhalte bezogen wurde zuweilen angemerkt, dass für Teilnehmende mit Therapievorerfahrungen oft nicht viel Neues vermittelt wurde. Einzelne Eltern gaben auch den Eindruck wieder, durch die zeitliche Begrenzung des Formats werde sehr stark nach einfachen Lösungen gesucht, die nicht immer wirklich passen würden.

Direkte negative Auswirkungen der Teilnahme aus Sicht der Familien wurden selten berichtet. In einem Einzelfall kam es zu einem Kontaktabbruch einer Tochter im jungen Erwachsenenalter mit einem Elternteil im Anschluss an das Familiengespräch. Ein Elternteil gab auch den Eindruck wieder, die Tochter sei durch das Berichten eines Traumas in den CHIMPS-NET-Sitzungen retraumatisiert worden. Das statistisch erhöhte Erkrankungsrisiko der teilnehmenden KJ, welches bei Interventionsteilnahme unweigerlich präsent ist, da es eine zentrale Legitimation von CHIMPS-NET darstellt, wurde in den Sitzungen eher nebensächlich thematisiert. Eine Zunahme von Ängsten innerhalb der Familie durch ein geschärfteres Bewusstsein für dieses Risiko wurde nur in Einzelfällen berichtet.

Demgegenüber stehen Berichte, dass CHIMPS-NET in dieser Hinsicht eher entängstigend gewirkt habe, etwa, weil die Kinder sehr genau von „Profis“ angeschaut worden seien, weil Familien nun eine klarere Vorstellung von Warnzeichen hätten oder weil man nun wisse, an wen man sich wenden könne, falls etwas an dem Kind auffalle.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*„Also der Herr K., der Therapeut, der hat auch gesagt, wenn jetzt nochmal was wäre, dann könnte ich mich an ihn wenden. Ich glaube es jetzt nicht, aber fürs Gefühl ist das gut.“* (Frau I., Interview 13, CHIMPS-T)

KJ selbst, die in den Eingangstest als unauffällig eingestuft wurden, äußerten in den Interviews fast durchgängig, dass es grundsätzlich keine große Sorge von ihnen sei, irgendwann einmal ebenfalls psychisch zu erkranken. Dies habe sich auch durch die Teilnahme an CHIMPS-NET nicht verändert.

#### *6.4.1.4 Block 4: Zukunftsperspektiven und Weiterbehandlung*

Der vierte Block umfasste Oberkategorien zu Einstellungen gegenüber der eigenen oder familiären Zukunft sowie zu konkreten nächsten Schritten, wie etwa Weiterbehandlungen von vorbekannten und teils neu diagnostizierten Störungsbildern. Zukunftssorgen bezogen sich vor allem auf die Möglichkeit, dass die Indexperson erneut erkranken könnte. Überwiegend gaben die Teilnehmenden aber an, mit einem gewissen Optimismus in die Zukunft zu schauen. Dies wurde teils direkt mit der Interventionsteilnahme in Verbindung gebracht, während der beispielsweise gelernt wurde, dass sich Probleme am besten zusammen lösen ließen und nun auch klarer sei, an wen man sich wenden könne, wenn man Hilfe von außen bedürfe.
Viele teilnehmende Elternteile mit vorbestehender Krankheitserfahrung gaben an, vorbestehende psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen auch nach der Teilnahme fortzusetzen. Einige Familien berichteten, mit ihren Therapeut*innen aus der Intervention explizit so verblieben zu sein, dass man sich melden dürfe, falls es der Familie oder einzelnen Mitgliedern schlechter gehe. Insbesondere Familien, bei denen über die Eingangsdiagnostik noch unbekannte Diagnosen gestellt wurden, berichteten, dass sie nun entweder aus Eigeninitiative oder auf direkte Vermittlung hin durch CHIMPS-NET neue Behandlungsangebote wahrnehmen würden. Das Spektrum der neuen Behandlungsangebote war dabei relativ breit und beinhaltete neben klassischer Einzelpsychotherapie und fachpsychiatrischer Anbindung auch systemische oder komplementäre Therapieverfahren.

### 6.4.2 MSC

Aus den durchgeführten Interviews konnten Interventionsarm- und Teilnehmenden-übergreifend 42 Change-Stories generiert werden. Diese stellen in einer gut zugänglichen, stark komprimierten Form die aus Sicht der Teilnehmenden wichtigsten Veränderungen durch CHIMPS-NET dar und geben Auskunft über deren Genese und Auswirkungen. Beispielhaft sollen hier vier Change-Stories in gekürzter Form wiedergegeben werden, die häufig geschilderte Teilnahmeerfahrungen beinhalten.

#### *6.4.2.1 Change-Story 1: CHIMPS-T aus der Perspektive einer Mutter (Elternteil mit Diagnose)*

***Sie versteht, dass ich krank bin, und ich bin ich beeindruckt, wie gut sie damit umgeht.***

*„Eine Krankenschwester hatte mir während meines ersten teilstationären Aufenthalts von CHIMPS erzählt. Motiviert war ich, weil das Programm ein gutes Unterstützungsangebot ist und weil der Schutz der Kinder und Angehörigen im Vordergrund steht. Erhofft hatte ich mir außerdem einen Ansprechpartner für meine eigenen Belastungen. Ich nehme als alleinerziehende Mutter und mit Vollzeitjob eine Doppelrolle ein, wodurch ich wenig Zeit für mich habe, wie soll ich da meine Batterien wieder aufladen? Besonders in Stresssituationen hatte ich wenig Geduld und Verständnis für das Verhalten meiner Tochter, weshalb wir uns öfter gestritten haben.*
*CHIMPS hat uns enorm weitergeholfen, weil wir einen regelmäßigen Termin hatten, bei dem wir Konfliktsituationen nachbesprechen konnten. Ich habe gelernt, das Verhalten meiner Tochter einzuordnen und verstehe nun, dass viel gar nicht böse gemeint ist. Zuvor habe ich ihr Verhalten wie bei einem Erwachsenen bewertet und konnte ihre kindliche Erlebenswelt nur*


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*schwer nachvollziehen. Mir ist z. B. durch CHIMPS klargeworden, dass es ein kindlicher Schutzmechanismus ist, wenn sie manchmal lügt, um Ärger zu vermeiden.*
*Besonders in Erinnerung ist mir eine Sitzung geblieben, bei der auch meine eigenen Eltern anwesend waren. Mir ist dabei aufgefallen, dass meine Mutter zwar Hilfe anbietet, sich dann aber oftmals nicht an unsere Absprachen hält, was mich zusätzlich belastet, statt mir zu helfen.*
*Bei einer weiteren Sitzung habe ich erfahren, wie meine Tochter meine depressiven Schübe wahrnimmt. Sie versteht, dass ich krank bin und ich bin einerseits darüber erschrocken, wie viel sie mitbekommt, andererseits bin ich beeindruckt, wie gut sie damit umgeht. Die Gestaltung der Sitzungen durch unsere Therapeutin war sehr gelungen und ich hatte dadurch das Gefühl, nicht allein zu sein. Ich habe so eine neue Akzeptanz für meine Lebenssituation gelernt und versuche trotz Niedergeschlagenheit das Leben aktiv anzugehen. Uns wurden außerdem Handlungsalternativen bei Konfliktsituationen aufgezeigt und wir gehen mit einem besseren Verständnis füreinander aus der Studie.“*

#### *6.4.2.2 Change-Story 2: CHIMPS-T aus der Perspektive eines Vaters (Elternteil ohne Diagnose)*

***Endlich lebt mein Sohn fest bei mir***

*„Meine Lebenspartnerin L. war in der Tagesklinik, weil sie ein traumatisches Erlebnis hatte und dadurch eine Depression entwickelt hat. Dort ist ihr angeboten worden, dass wir teilnehmen könnten bei CHIMPS. Mein Sohn N. ist elf Jahre alt und lebte bis vor Kurzem im wöchentlichen Wechselmodell bei seiner Mutter und bei uns. Er wurde mehrfach von seiner Mutter rausgeworfen. Meine Ex-Frau hat selbst eine psychische Erkrankung. Ich hatte die Sorge, mein Sohn könnte auch langsam psychisch auffällig werden. Er hat sich auf jeden Fall immer sehr auffällig verhalten, wenn er eine Woche bei seiner Mutter war.*
*Für die CHIMPS-Teilnahme hat mein Sohn diese Fragebögen ausgefüllt und es kam heraus, dass er Selbstmordgedanken hat – dabei ist er gerade mal elf Jahre alt! Es kam zur Gerichtsverhandlung über das Sorgerecht und er lebt jetzt dauerhaft bei mir. Die Familien-Therapeutin von CHIMPs hat uns sehr dabei geholfen. Sie hat für das Gericht Berichte über die Gespräche mit meinem Sohn geschrieben. Schon als N. drei, vier Jahre alt war, hat er versucht, von seiner Mutter wegzulaufen. Ich habe von diesem Zeitpunkt an versucht, das Sorgerecht zu bekommen, aber erst die Einschätzung von der CHIMPS-Therapeutin hat den entscheidenden Ausschlag gegeben!*
*Ich hatte eigentlich gar nicht so große Erwartungen an CHIMPS. Aber es hat bewirkt, dass ich jetzt das alleinige Sorgerecht habe! Man kann also durchaus sagen, dass ich etwas aus CHIMPS mitgenommen habe: meinen Sohn! Die größten Herausforderungen vor CHIMPS waren die Wutausbrüche von N. Er war sehr aggressiv, hat sich selbst gebissen und hat zu L. gesagt, dass er sie töten will. Er hat zehn Jahre lang nachts eingenässt. Seit er fest bei mir ist, ist das kein einziges Mal mehr vorgekommen – das zeigt doch, was er für einen psychischen Druck hatte, oder? Trotzdem habe ich noch immer Angst, dass er seine Zukunft nicht auf die Reihe bekommt. Wir versuchen, ihm hier bei uns eine möglichst normale Kindheit zu ermöglichen. Wir sind vor CHIMPS von unserer Kinderpsychiaterin für eine stationäre Behandlung angemeldet worden. Aber seit N. bei uns ist, hat er sich so verbessert, dass das nun nicht mehr nötig ist.“*

#### *6.4.2.3 Change-Story 3: CHIMPS-P aus der Perspektive eines Vaters*

***Schon fast erwachsen – Unseren Sohn mit anderen Augen sehen***

*„Wir haben bei CHIMPS mitgemacht, weil wir als Familie lernen wollten, noch besser aufeinander einzugehen und weil meine Partnerin und ich beide immer gute Erfahrungen mit Gesprächstherapien hatten […]. Für unseren jüngsten Sohn (13 Jahre, zwei volljährige Geschwister) haben wir uns erhofft, dass er durch CHIMPS ein Stück besser gerüstet ist für die Belastungen, die das Leben nun mal mit sich bringt und vielleicht auch die Erfahrung macht, dass es gut ist, sich mit sich selbst und seinen Problemen offen auseinanderzusetzen.*
*Eher als die ‚eine große Veränderung‘ gab es in und durch CHIMPS einige kleinere Veränderungen, z. B. Momente, in denen ich überhaupt erst gemerkt habe, wie viel mein Sohn*


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*zu Hause so mitbekommt, und dass er sich durchaus seine eigenen Gedanken macht. Auch im Verlauf von CHIMPS hatte ich immer wieder mal den Eindruck, dass bei ihm im Kopf etwas durch die Gespräche in Bewegung gerät. CHIMPS hat damit auch sehr gut in die aktuelle Entwicklungsphase von ihm gepasst: Er ist gerade auf dem Sprung dazu, dass wir Erwachsenen ihn nicht mehr als Kind wahrnehmen, sondern dass er sozusagen ‚in den Rat der Erwachsenen' aufgenommen wird. Ich hoffe und glaube, dass er das durch CHIMPS noch einmal mehr gespürt hat und ihm CHIMPS damit bei diesem Entwicklungssprung hilft. In der Summe denke ich, dass meine Frau und ich durch CHIMPS unseren Sohn noch einmal besser kennenlernen durften."*

#### *6.4.2.4 Change-Story 4: CHIMPS-P aus der Perspektive eines zwölfjährigen Jungen*

***Mehr Zeit zusammen verbringen***

*„Ich wollte in erster Linie mitmachen, um meine Mutter zu unterstützen. Bei den CHIMPS-Treffen habe ich gelernt, wie es sich für Mama anfühlt, wenn sie krank ist. Und ich habe noch mehr über ihre Krankheit erfahren. Wenn man Depressionen hat, dann denkt man nur an die schlechten Dinge. Auch über sich selbst denkt man schlecht, obwohl das gar nicht stimmt. Man denkt eher an die schlechten Erinnerungen und fühlt sich dann noch schlechter. Und es ist wichtig, dass einem das manchmal jemand sagt, wenn man wieder alles zu schwarzsieht. Mir ist bewusstgeworden, wie wichtig es für Mama ist, dass wir Zeit zusammen verbringen und auch mal zusammen rausgehen. Das gilt für kranke Phasen, aber natürlich auch für gesunde. Ich merke, dass sie glücklicher ist, wenn wir etwas zusammen unternehmen und ich möchte, dass sie glücklich bleibt. Vielleicht verbessert sich ihre Krankheit ja auch eines Tages, ich habe jedenfalls die Hoffnung."*

Über eine Typisierung der generierten Change-Stories nach der Ideal-Type Methodology ist es in einem abschließenden Bearbeitungsschritt möglich, Aussagen darüber zu treffen, welche Art von Veränderungen charakteristisch für die Intervention und ggf. für die einzelnen Interventionsarme oder Teilnehmendengruppen ist. Die differenzierten Typen von Change-Stories können dann auf Zusammenhänge mit bestimmten Variablen befragt werden (z. B.: Wer hat teilgenommen? Mit welcher Motivation erfolgte die Teilnahme? Welche Prozesserfahrung wurde gemacht?). Dies gibt Aufschluss darüber, was typische Konstellationen für ein bestimmtes Ergebnis sind und ermöglicht die Hypothesenbildung zu wesentlichen Wirkfaktoren der Intervention.

## 7. Diskussion der Projektergebnisse

### 7.1 Diskussion der Effektevaluation der NVF

Zunächst ist festzuhalten, dass die Evaluation der drei Studien mit maßgeschneiderten NVF für Therapie oder Prävention (CHIMPS-T, CHIMPS-MFT und CHIMPS-P), welche KJPKE adressieren, erfolgreich vorgenommen werden konnte.
Es sind dabei eine Vielzahl positiver Aspekte zu benennen:

- Die Studie wurde vor Beginn der Datenerhebung in einem internationalen Register (ClinicalTrials.gov) und einem deutschen Register (https://drks.de) registriert. Ein statistischer Analyseplan für die Auswertung der Effektevaluation wurde vom auswertenden IMBE vor Erhalt der Daten erstellt.
- Es wurden mit erheblichem Aufwand randomisierte, kontrollierte Studien mit einer ausreichend hohen Zahl eingeschlossener Familien durchgeführt, wodurch erreicht wurde, dass strukturgleiche Gruppen hinsichtlich bekannter, aber vor allem auch nicht bekannter, möglicher Confounder-Variablen entstanden sind. Dadurch ist sichergestellt, dass keine Faktoren den Vergleich der NVF stören.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Es wurde jeweils ein Vergleich mit einer KG vorgenommen, d. h. der klinischen Routine. Damit sinkt die Wahrscheinlichkeit deutlich, große Unterschiede in den untersuchten Endpunkten nachweisen zu können. Allerdings wird es hierdurch möglich, im Falle hypothesenkonformer Ergebnisse eine hohe Relevanz für die Versorgung aufzuzeigen.
- Trotz der schwierigen Bedingungen durch die Covid-19-Pandemie ist es gelungen, eine ausreichend große Stichprobe von Familien in die CHIMPS-T-Studie und die CHIMPS-MFT-Studie einzuschließen.
- Die vorliegende Evaluation der Versorgungsmodelle wurde mit sehr hohen methodischen Anforderungen durchgeführt, bspw. die Einhaltung des Evaluationskonzepts und der Randomisierung. Dies wird in einer Reihe weiterer Merkmale deutlich:
  - Es konnte eine Verblindung der Interviewer*innen in allen Phasen der Erhebung realisiert werden.
  - Alle Erhebungen und damit auch alle Fremdeinschätzungen erfolgten durch ein Team von qualifizierten Mitarbeitenden.
  - Das auswertende, biometrische Institut hat die Programmierung bezüglich der Gruppenzugehörigkeit verblindet vorgenommen und wurde erst nach dem Data-Base-Lock entblindet.
  - Es wurden Sensitivitätsanalysen durchgeführt, um die Robustheit der Ergebnisse zu prüfen.

Als mögliche Einschränkungen sind folgende Aspekte zu diskutieren:

- Für die CHIMPS-P-Studie konnte die geplante Anzahl an einzuschließenden Familien nicht erreicht werden.
- Die Analysen wurden durch die hohe Rate an Drop-Outs und weiteren fehlenden Werten erschwert und war teilweise nicht (valide) möglich.

Zusammenfassend lassen sich für die vorformulierten Hypothesen folgende Schlussfolgerungen ziehen:

### 7.1.1 CHIMPS-T

#### *7.1.1.1. Primärer Endpunkt*

Die primäre Nullhypothese konnte nicht widerlegt werden. Damit konnte nicht gezeigt werden, dass die CHIMPS-T Intervention den CBCL-Wert für die Gesamtauffälligkeit der KJ aus Sicht der Eltern zu T3 im Vergleich zur KG mehr verbessern konnte. Zusätzlich ist zu erwähnen, dass der Effekt über die Zeit nicht konstant war. Auch die Nullhypothesen bei den anderen beiden Messzeitpunkten konnten nicht widerlegt werden. Der Behandlungseffekt war nicht konstant über die Zeit. Dies sind sekundäre Aspekte des primären Analysemodells.

#### *7.1.1.2 Sekundäre Endpunkte*

Über die Analyseergebnisse der Subskalen der CBCL lässt sich kein einheitliches Bild über den Einfluss der CHIMPS-T-Intervention ableiten.
Außerdem gab es zu wenige Diagnosen, die über den K-SADS-PL dokumentiert wurden, um eine eindeutige Aussage treffen zu können.

### 7.1.2 CHIMPS-MFT


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

#### *7.1.2.1 Primärer Endpunkt*

Die primäre Nullhypothese konnte nicht widerlegt werden. Damit konnte nicht gezeigt werden, dass die CHIMPS-MFT-Intervention den CBCL-Wert für die Gesamtauffälligkeit der KJ aus Sicht der Eltern zu T3 im Vergleich zur KG mehr verbessern konnte. Auch die Nullhypothesen bei den anderen beiden Messzeitpunkten konnten nicht widerlegt werden. Der Behandlungseffekt war nicht konstant über die Zeit. Dies sind sekundäre Aspekte des primären Analysemodells.

#### *7.1.2.2 Sekundäre Endpunkte*

Über die Analyseergebnisse der Subskalen der CBCL lässt sich kein einheitliches Bild über den Einfluss der CHIMPS-MFT-Intervention ableiten. Es gab wenige Diagnosen, die über den K-SADS-PL dokumentiert wurden, sodass die Schätzungen aus den Modellen ungenau sind. Es scheint auch nicht zu allen Zeitpunkten eine geringere Rate in der IG zu geben: bei der Elternaussage nur zu T3 und T4 und bei der Kinderaussage über alle Zeitpunkte.

### 7.1.3 CHIMPS-P

#### 7.1.3.1 Primärer Endpunkt

Es konnte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der CHIMPS-P-IG und der CHIMPS-P-KG im Vorteil für die CHIMPS-P-IG gezeigt werden. Dieser Behandlungseffekt blieb konstant über die Zeit.

#### *7.1.3.2 Sekundäre Endpunkte*

Für die Subskalen scheint zwar meist ein Behandlungseffekt im Vorteil für die IG vorzuliegen, allerdings sind Schätzungen auf Grund der wenigen Beobachtungen sehr ungenau und müssen mit Vorsicht bedacht werden.
KIDSCREEN-27: Über die Analyseergebnisse der Skalen des KIDSCREEN-27 lässt sich kein einheitliches Bild über den Einfluss der CHIMPS-P Intervention ableiten.

### 7.1.4 Fazit

Aus Sicht der Effektevaluation kann keine Empfehlung für die Etablierung der Interventionen CHIMPS-T oder CHIMPS-MFT ausgesprochen werden. Für die CHIMPS-P-Studie zeigte sich im primären Endpunkt ein Vorteil für die IG CHIMPS-P. Bei weiteren sekundären Endpunkten war auch ein Vorteil für CHIMPS-P zu erkennen. Somit wird eine Empfehlung für die Etablierung der Intervention CHIMPS-P aus Sicht der Effektevaluation ausgesprochen.

### 7.1.5 iCHIMPS

Die vorliegenden Ergebnisse erlauben keine Schlussfolgerung über eine potentielle Integration der NVF iCHIMPS in die RV. Diese Schlussfolgerung bedarf einer Überprüfung in einer konfirmatorischen Studie mit ausreichender Power.
Die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Teilnehmenden unterstreicht die Notwendigkeit einer gründlichen Vorbereitung und Testung der Rekrutierungswege vor der Implementierung einer Studie. Durch die Verlängerung der Rekrutierung musste der ursprüngliche Plan, für iCHIMPS nach Abschluss der Face-to-face-Interventionen unter Nutzung der vorhandenen Rekrutierungswege zu rekrutieren, verändert werden – die Rekrutierung musste für alle Interventionen gleichzeitig erfolgen. Dies stellte eine mögliche Hürde für eine erfolgreiche Rekrutierung dar, da nun die Umsetzung vier separater Interventionen/Arme im Studiendesign des gesamten Projekts gleichzeitig erfolgen musste. In der Realität führte dies zu einem Wettbewerb um begrenzte Rekrutierungsressourcen der gleichen Rekrutierungszentren, die für die Rekrutierung aus derselben oder zumindest ähnlichen Population verantwortlich waren. Eine aufeinanderfolgende Rekrutierung war geplant, konnte aber aufgrund eines offensichtlichen allgemeinen Mangels an potenziellen


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Teilnehmenden nicht realisiert werden. Ein weiterer Grund, der den Rekrutierungsprozess vermutlich behinderte, war die oft schwierige Zusammenarbeit zwischen KPP und KJP. Für die vorliegende Studie wurde eine Rekrutierungsstrategie implementiert, die hauptsächlich auf einer festen Anzahl von KPP beruhte, da die Familiencluster zunächst einen psychisch kranken Elternteil haben mussten. Manchmal stammte das Studienpersonal aus den KPP, an anderen Standorten aus den KJP, und die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen war nicht immer einfach. Die Covid-19-Epidemie während der Rekrutierung verschloss die wenigen bestehenden durchlässigen Kooperationsmöglichkeiten noch weiter. Leider änderte selbst die Ausweitung der Rekrutierungsstrategie auf eine breitere und vielfältigere Auswahl an Rekrutierungspfaden in unserem Fall nicht das Ergebnis.
Die vorliegenden Geschehnisse unterstreichen die Herausforderungen, die bei der Implementierung von NVF entstehen können. Insbesondere verdeutlichen die Rekrutierungsschwierigkeiten und Probleme in der intersektoralen Kommunikation, dass Strukturen für neue Versorgungsmodelle vor ihrer Einführung eingehend entwickelt und in Pilotprojekten erprobt werden müssen.

## 7.2 Diskussion der gesundheitsökonomischen Evaluation (Primärdaten)

### 7.2.1 CHIMPS-T

Für die CHIMPS-T-Intervention ergibt sich ab einer MZB von 0€ eine Akzeptanzwahrscheinlichkeit für die Kosteneffektivität von 85%. Bei einer Erhöhung der MZB auf Schwellenwerte zwischen 25.000€ und 50.000€, wie sie im Rahmen aktueller Publikationen für das deutsche Gesundheitssystem vorgeschlagen werden (Pichon-Rivière et al., 2023; Santos et al., 2018) steigt die Akzeptanzwahrscheinlichkeit auf 91%. Damit wird zwar eine in Anlehnung an statistische Richtwerte für einen zweiseitigen Signifikanztest anzustrebende Akzeptanzwahrscheinlichkeit von 97,5% verfehlt, auf der Basis der aktuellen Diskussion zur Relevanz klassischer statistischer Kennwerte für die Interpretation von Ergebnissen gesundheitsökonomischer Analysen (Drummond et al., 2015) bieten die vorliegenden Akzeptanzraten jedoch eine ausreichende Grundlage für die Erwartung, dass eine Implementierung der CHIMPS-T-Intervention eine kosteneffektive Alternative zur RV im deutschen Gesundheitssystem darstellen würde.

**Empfehlung der evaluierenden Einrichtung zur Finanzierung der CHIMPS-T-Intervention:**
Die Ergebnisse der primärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation unterstützen die Hypothese, dass durch die CHIMPS-T-Intervention im Vergleich zur KG die Lebensqualität der teilnehmenden KJ verbessert und die Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem reduziert werden können. Allerdings ließe sich aus dieser Interpretation der vorliegenden Ergebnisse nur dann eine Empfehlung zur Finanzierung der CHIMPS-T-Intervention über die GKV ableiten, wenn die Intervention eine entsprechende klinische Wirksamkeit zur Verbesserung des primären Ergebnisparameters zeigen würde. Da diese Wirkung im Rahmen der Primäranalsen jedoch nicht gezeigt werden konnte, lässt sich aus den Ergebnissen der primärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation allein keine Empfehlung für eine entsprechende Finanzierung durch die GKV ableiten.

### 7.2.2 CHIMPS-MFT

Die Ergebnisse der primärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation der CHIMPS-MFT-Intervention zeigen, dass die CHIMPS-MFT-Intervention im Vergleich zur KG mit höheren Kosten und einem schlechteren Ergebnis in Bezug auf den Gewinn qualitätsadjustierter Lebensjahre verbunden ist. Wegen der großen Streuung, insbesondere der Verteilung der Kostendaten und der damit verbundenen statistischen Unsicherheit der Ergebnisse, lassen sich jedoch keine eindeutigen inferenzstatistischen Aussagen machen.
**Empfehlung der evaluierenden Einrichtung zur Finanzierung der CHIMPS-MFT-Intervention:**


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Aus gesundheitsökonomischer Sicht liefern die Ergebnisse keine ausreichende Grundlage für eine Empfehlung der Finanzierung der CHIMPS-MFT-Intervention durch das deutsche Gesundheits- bzw. Sozialsystem.

#### 7.2.3 CHIMPS-P

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation zeigen, dass die CHIMPS-P-Intervention im Vergleich zur KG mit höheren Kosten und einem besseren Ergebnis im Hinblick auf den Gewinn qualitätsadjustierter Lebensjahre verbunden ist. Wegen der großen Streuung und der damit verbundenen statistischen Unsicherheit sind jedoch keine eindeutigen inferenzstatistischen Aussagen möglich.

**Empfehlung der evaluierenden Einrichtung zur Finanzierung der CHIMPS-P-Intervention:**
Auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse ergibt sich aus gesundheitsökonomischer Sicht keine Empfehlung für eine Finanzierung der CHIMPS-P-Intervention über das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem.

### 7.3 Diskussion der gesundheitsökonomischen Evaluation (Sekundärdaten)

#### 7.3.1 CHIMPS-T

Die Ergebnisse der sekundärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation der KJ zeigen, dass in der IG im Vergleich zur KG ein Gewinn an Lebensqualität zu höheren Kosten erreicht werden kann. Die Unsicherheit aufgrund der geringen Fallzahl und des hohen Anteils imputierter Werte ist jedoch zu groß, um eine Empfehlung für die Etablierung der CHIMPS-T-Intervention zu geben.

**Empfehlung der evaluierenden Einrichtung zur Finanzierung der CHIMPS-T-Intervention:**
Auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse kann keine Empfehlung für die Etablierung der CHIMPS-T-Intervention gegeben werden.

#### 7.3.2 CHIMPS-MFT

Die Ergebnisse der sekundärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation der KJ zeigen, dass die KG die IG im Hinblick auf die ICER (Punktschätzer) dominiert. Aufgrund des großen Anteils imputierter Werte sind die Ergebnisse mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

**Empfehlung der evaluierenden Einrichtung zur Finanzierung der CHIMPS-MFT-Intervention:**
Die Ergebnisse aus Sicht der sekundärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation lassen keine Empfehlung zur Etablierung der CHIMPS-MFT-Intervention zu.

#### 7.3.3 CHIMPS-P

Die Ergebnisse der sekundärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation der KJ zeigen, dass die KG im Vergleich zur IG einen größeren Wert an QALYs zu höheren Kosten generiert hat. Die Unsicherheit aufgrund der geringen Fallzahl und des hohen Anteils imputierter Werte ist sehr groß.

**Empfehlung der evaluierenden Einrichtung zur Finanzierung der CHIMPS-P-Intervention:**
Aus sekundärdatenbasierter gesundheitsökonomischer Sicht kann keine Empfehlung zur Etablierung der CHIMPS-P-Intervention ausgesprochen werden.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

## 7.4 Diskussion der qualitativen Evaluation

### 7.4.1 Limitationen

Da die qualitative Evaluation um einige Monate zeitversetzt zum Abschluss der Interventionsteilnahme erfolgen musste und die Gesamtrekrutierung durch die bekannten Komplikationen unter den Erwartungen blieb, ließ sich das Ziel-*N* erst 08/2023 erreichen. Die äußerst zeitaufwendige Auswertung des qualitativen Materials mit zwei unterschiedlichen Methoden ist daher zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Noch in Bearbeitung sind derzeit insbesondere finale Schritte der Theoriebildung gemäß GTM sowie die Typisierung und endgültige Interpretation der Change-Stories.

In Bezug auf die Teilnahme lässt sich als Limitation bereits jetzt festhalten, dass die Bereitschaft zur Teilnahme an den Interviews sehr wahrscheinlich stark mit einer Gesamtzufriedenheit mit der Interventionsteilnahme korrelierte. Familien, die an den Interviews teilnahmen, berichteten in der Regel von einer positiven Gesamterfahrung. So wurde z. B. die Frage, ob die Familie mit dem aktuellen Wissen über Wesen und Ablauf von CHIMPS-NET rückblickend gesehen noch einmal teilnehmen würde, fast ausnahmslos klar bejaht. Einzelne Versuche, gezielt die Intervention abbrechende Familien von einer Interviewteilnahme zu überzeugen, blieben erfolglos.

Familien, die die Intervention abschlossen, aber tendenziell unzufrieden waren, erlaubten in der Regel gar nicht die Weitergabe der Kontaktdaten durch die einzelnen Zentren an unser TP. In der Summe ist durch diese kaum vermeidbare Selektion bereits vor der Interviewteilnahme davon auszugehen, dass die Ergebnisse eine gewisse Zufriedenheits-Bias beinhalten.

Darüber hinaus fiel auf, dass in unserem Sample unter den teilnehmenden Eltern hohe Bildungsabschlüsse (Abitur oder Hochschulabschluss) überrepräsentiert waren, gemessen an der Gesamtbevölkerung. Ohne Einblick in die Gesamtheit der demographischen Daten von CHIMPS-NET ist dabei nicht ersichtlich, ob diese Selektion erst vor der Interviewteilnahme stattgefunden hat (d. h., eher bildungsferne Familien lassen sich tendenziell seltener interviewen) oder bereits bei der Teilnahme an der Gesamtstudie (d. h., eher bildungsferne Familien haben tendenziell seltener an CHIMPS-NET teilgenommen).

### 7.4.2 Ausblick

Die Ergebnisse des TP sollen in zwei Einzelpublikationen in englischer Sprache und vorzugsweise als Open Access veröffentlicht werden. Als Zeitpunkt für die erste Veröffentlichung zu den Ergebnissen der GTM wird Quartal 1/2025 angestrebt, die zweite Publikation zum MSC-Verfahren soll im Quartal 2/2025 folgen. Zudem sind Kontakte zu anderen TP angebahnt, die auch gemeinsame, noch nicht genau definierte Publikationsprojekte zum Ziel haben. So eignet sich der in diesem TP gewonnene und durchkategorisierte Fundus an thematischen Aussagen zu CHIMPS-NET grundsätzlich gut dazu, Erklärungsansätze aus der Teilnehmendenperspektive zu besonders auffälligen Befunden anderer Teilprojekte beizusteuern.

# 8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

## 8.1 Ausgangslage der Versorgungssituation

Im Fokus unserer Versorgung der individuumszentrierten Behandlung steht der psychisch erkrankte Mensch, in diesem Fall erwachsene Patient*innen. Bestehende psychotherapeutische Versorgungsangebote adressieren diese Patient*innen, in diesem Fall die jeweiligen Elternteile, nicht aber die Angehörigen. Die Familienmitglieder, hier insbesondere die KJPKE, werden in der Regel nicht bei der Behandlung berücksichtigt, erhalten in der RV keine Angebote, weder präventiv noch behandelnd. Ihr Bedarf wird nicht erfasst. Sie


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

werden schlicht komplett ignoriert/sie kommen nicht vor. In der RV ist die Versorgung von Angehörigen schwer psychisch kranker Menschen (Kinder oder Erwachsene) nicht gut abgebildet. Selbst bei hohen Belastungen und schweren psychischen Erkrankungen gelangen die Angehörigen (Kinder der erkrankten Eltern ebenso wie Eltern schwer psychisch kranker Kinder, und oft sind diese beide Ebenen transgenerational miteinander verbunden) nicht in die psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen (Wiegand-Grefe & Taczkowski, 2021). Die notwendige und häufig indizierte Behandlung wäre in der RV beispielsweise eine ambulante Psychotherapie für das in etwa in 50% der Fälle bereits psychisch selbst erkrankte Kind eines psychisch kranken Elternteiles. Die psychotherapeutischen Versorgungsangebote sind jedoch kaum familienorientiert und werden dem Bedarf vieler betroffener Familien daher oftmals nicht gerecht. Psychisch kranke Eltern sind häufig zu beeinträchtigt und oft auch zu ängstlich, die indizierte Prävention oder Behandlung für ihr Kind wahrzunehmen. Sie fürchten, ihre Erziehungsfähigkeit würde infrage gestellt, möchten die Kinder nicht in die Versorgungsstrukturen einbinden, fürchten deren Pathologisierung. Die Zugangswege in die ambulante Psychotherapie sind trotz Psychotherapie-Richtlinien immer noch schwer erreichbar (z. B. lange Wartelisten), so dass die Eltern bestehende Versorgungsangebote für ihre Kinder häufig nicht in Anspruch nehmen, weil sie zu viele zeitliche und emotionale Ressourcen und eine hohe eigene psychische Struktur erfordern würden, die notwendig wäre, um solche Angebote zu nutzen. Schwer psychisch kranke Eltern verfügen häufig nicht über die psychische Struktur und Stabilität, die es braucht, eine ambulante Psychotherapie (sei es für sich selbst oder das Kind) aufzunehmen und diese konsequent und regelmäßig wahrzunehmen. In der RV arbeitende ambulante Psychotherapeut*innen arbeiten nicht familienorientiert und sind für die spezifischen Situationen und Bedarfe von Familien, in diesem Fall von KJPKE, nicht ausgebildet (Wiegand-Grefe, 2022; Wiegand-Grefe & Taczkowski, 2021). In der RV der Behandlung psychisch kranker Kinder werden die Eltern zur Fremdanamneseerhebung herangezogen, sind jedoch selbst mit eigenen Bedarfen nicht Gegenstand der Behandlung.

Im Ergebnis verbleibt eine psychotherapeutische, familienorientierte Versorgung dieser Familien in der medizinischen RV nicht zufriedenstellend berücksichtigt. Häufig verbleibt die aktuelle Versorgungspraxis für KJPKE– sofern es sie in Form von einzelnen Projekten und Initiativen überhaupt gibt – aufgrund der Tradition von Prävention im Bereich der Jugendhilfe im Bereich von präventiven Interventionen. Unberücksichtigt bleibt dabei oft, dass ein großer Teil der KJPKE nicht nur belastet ist, sondern bereits selbst psychisch erkrankt ist und dabei dennoch unbehandelt bleibt. Diese Kinder bedürfen nicht nur einer Prävention, sondern einer psychotherapeutischen (familienorientierten) Behandlung (Wiegand-Grefe, 2022; Wiegand-Grefe & Taczkowski, 2021). In der CHIMPS-T-Studie kamen biometrisch errechnet 0,21 psychische Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen auf ein Kind, in der CHIMPS-MFT-Studie 0,24 und in der CHIMPS-P-Studie 0,02 (mehrere Diagnosen pro Kind waren möglich).

Screening-Instrumente, die bei der Entscheidung, ob es für angehörige KJPKE einer kurzen Prävention, eines intensiveren Prozesses über zwei Quartale (sechs Monate) oder einer anderen Behandlung bedarf, liegen in der RV nicht vor. Sie werden mit diesem Verbund CHIMPS-NET vorgelegt. Eine der Innovationen dieses Projektes ist es, dass nicht nur die Interventionen evaluiert wurden (wie sonst in diesem Themenfeld), sondern der Bedarf der KJ und der Familie unter Berücksichtigung der psychischen Gesundheit der KJ und der Funktionalität der Familie vorab erfasst/gescreent wurde, so dass bedarfsorientiert eine der drei NVF angeboten werden konnte, auch wenn dies (durch mehrere NVF, Implementierungsprojekte inklusive Screening) den Verbund und damit alle TP sehr viel komplexer gemacht hat. Die heterogene Zielgruppe von Familien und die gesundheitlich im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit sehr unterschiedlich aufgestellte Zielgruppe der betroffenen KJ erfordert unter der Perspektive, Ressourcen kostenökonomisch und indikationsgeleitet einzusetzen, genau dies.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

## 8.2 Verwendung der Ergebnisse der NVF

Der Verbund CHIMPS-NET adressierte in einem komplexen Vorhaben (mit mehreren bedarfsorientierten NVF) eine sehr schwer erreichbare Zielgruppe unter extrem erschwerten Bedingungen der Covid-19-Pandemie. Die Covid-19-Pandemie machte die Implementierung der Studie in 2020 unmöglich und erschwerte sie durchgehend erheblich. Im Lockdown 2020 waren Kliniken auf Notfallversorgung umgestellt, klinische Studien wurden an vielen Universitäten gestoppt, die Kontaktbeschränkungen ließen die Familien zu Hause bleiben und Kontakte meiden. Es war unmöglich, eine klinische Studie mit einer Versorgungsinnovation, die durch den psychotherapeutischen Charakter auf Kontakt und Beziehung angewiesen war, zu implementieren und durchzuführen. Die Arbeitsbelastung der Kliniker*innen war aus der Perspektive der Kliniker*innen durch die Covid-19-Pandemie erheblich gestiegen, weil bei gleichbleibender Anzahl Betten eher die schwer kranken Patient*innen in den Kliniken behandelt wurden. So haben es die Kliniker*innen relativ einhellig beobachtet und uns berichtet. Die Zielgruppe der Familien mit psychisch kranken Eltern ist ohnehin (auch ohne Lockdown) schwer erreichbar, weil die Eltern in Sorge sind, ihre Erziehungsfähigkeit könnte in Frage gestellt und die Kinder pathologisiert werden, wenn sie Unterstützungsangebote für die Kinder wahrnehmen. Zudem gibt es manchmal ähnliche Bedenken der Kliniker*innen. Unser Eindruck war, dass dies vor allem der Fall ist, wenn die Kliniker*innen – vor allem aus den Kliniken für Psychiatrie – mit ihren Patient*innen-Eltern und deren Sorgen in hohem Maße identifiziert sind. Insgesamt ist bekannt, dass die Erreichbarkeit dieser Familien ohnehin sehr schwierig ist, unter Covid-19-Pandemie-Bedingungen war die Erreichbarkeit dieser Zielgruppe über alle Interventionen hinweg nahezu unmöglich. Vor allem war aber die Zielgruppe der schwer kranken Patient*innen, deren Familienfunktionalität oftmals sehr beeinträchtigt und deren Kinder die Intervention am dringendsten benötigten, schwer erreichbar. Die Bedenken einiger Kliniker*innen haben sogar die Umsetzung des Screenings erschwert und an einigen Standorten gänzlich verhindert. Im Hinblick auf die Verwendung der Ergebnisse sind vor allen Dingen die drei Face-to-face-NVF CHIMPS-T, CHIMPS-MFT und CHIMPS-P relevant, aber auch die Ergebnisse der Implementierungsprojekte. Unter der Implementierungsperspektive vor allem die Überlegungen zum Transfer des aQua-Institutes (**Anlage Nr. 12**), die Screening-Instrumente (Kinderscreening und Familienscreening zum Kinderschutz) gemäß **Anlagen Nr. 9, Nr. 10 und Nr. 11** des TP Systematisches Screening.
Die Ergebnisse der NVF stellen sich unterschiedlich dar und werden unter der Perspektive der Überführung in die RV getrennt betrachtet.

## 8.3 Die Face-to-face-NVF

### 8.3.1 CHIMPS-T

Die NVF **CHIMPS-T** richtet sich an Familien mit oft schwer psychisch kranken Eltern. Familien, die aus Sicht der Therapeut*innen, die in der Einschätzung der Familienfunktionalität (GARF) als für eine Gruppenintervention zu beeinträchtigt und strukturell gestört waren, bei denen die Therapeut*innen eine sehr kurze Intervention wie CHIMPS-P mit nur drei Sitzungen nicht als ausreichend betrachteten. Die psychisch kranken Elternteile dieser Familien müssen meist in hoher Frequenz stationär behandelt werden (sog. „Psychiatrie-Drehtürpatient*innen“).
In den **primären Analysen der biometrischen Evaluation** wurde als **primärer Endpunkt** die psychische Gesundheit der KJ adressiert, und zwar aus der Perspektive des erkrankten Elternteils über das Kind (1,5 Jahre bis 5 Jahre; 6 Jahre und älter) und aus der Perspektive des zweiten Elternteils über das Kind. In den Ergebnissen zur CHIMPS-T-Intervention zeigte sich im Verlauf der Studie eine sehr hohe Drop-Out-Rate, die zu T4 bei über 50% lag. Angesichts der Zielgruppe der Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen (Patient*innen mit Borderline-Störungen, schweren Depressionen, psychotischen Erkrankungen) erscheint das jedoch nicht verwunderlich. Diese Patient*innen erschienen häufig zu beeinträchtigt und ihre Struktur zu schwach ausgebildet, um für längere Prozesse – auch in Form von Fragebögen-


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Messungen – verfügbar zu sein. Zur Baseline gab es keine wesentlichen Unterschiede zwischen der IG und der KG, d. h., die Gruppen waren vergleichbar. In den Modellergebnissen des primären Endpunktes zeigte sich, dass die CBCL-Werte von T1 zu T2 sanken, was als positiv zu bewerten ist. Signifikante Veränderungen zwischen T3 und T1 blieben jedoch aus, obwohl eine Tendenz zur ausgeprägteren Verbesserung in der IG zu erkennen war. Das heißt, in den biometrischen Ergebnissen zeichnete sich in der primären Analyse eine leichte Tendenz in die gewünschte Richtung einer verbesserten psychischen Gesundheit der KJ im Vergleich zu den KJ in der KG ab, die aber nicht signifikant war.
In der **sekundärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation** mit dem Ziel der Bewertung der CHIMPS-NET-Interventionen aus der Kostenträgerperspektive war das primäre Outcome das ICER (Kosten für den Gewinn eines QALY). Die Kosten wurden mittels Routinedaten vom 01.01.2019 bis zum 30.06.2023 erhoben, Messungen der Lebensqualität mittels EQ-5D-3L-Y erfolgten über vier Messzeitpunkte: T1 (Baseline), T2 (6 Monate nach Randomisierung), T3 (12 Monate nach Randomisierung), T4 (18 Monate nach Randomisierung). Als Imputationsmethode wurde LOCF verwendet, zur Abbildung der Unsicherheit des ICER wurde nicht-parametrisches Bootstrapping verwendet. In den Ergebnissen zeigte CHIMPS-T in 85% der Replikationen eine positive Effektdifferenz. Die erheblich höheren Kosten der IG führten jedoch zu einer geringen Wahrscheinlichkeit der Kosten-Effektivität von 27% bei einer Zahlungsbereitschaft von 50.000€. In den Schlussfolgerungen zu CHIMPS-T aus der Perspektive der Sekundärdaten wird ein Gewinn an Lebensqualität erreicht, aber zu höheren Kosten. Insgesamt ist die Unsicherheit aufgrund der geringen Fallzahlen zu groß, um eine Empfehlung für die Etablierung abzugeben.
In der **primärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation** ging es um die Erfassung der Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Leistungen aus der Perspektive aller Kostenträger, auch des Jugendhilfesystems. Die Messungen erfolgten mit dem CAMHSRI-DE in Form eines standardisierten Interviews mit den Betroffenen. Es erfolgte eine retrospektive Befragung für den Zeitraum von sechs Monaten zu vier Messzeitpunkten und eine Berechnung der halbjährlichen Krankheitskosten zu vier Zeitpunkten über Kostenliste sowie die Berechnung der 12-Monats-Kosten aus den Daten der Befragungen zu T2, T3 und T4. Eine Imputation fehlender Werte wurde durch die LOCF-Methode unter Verwendung von T1-Daten vorgenommen. Die Erhebung von Gesundheitszuständen erfolgte mit dem EQ-5D-Y zu vier Messzeitpunkten. Es erfolgte eine Generierung von Nutzwerten mittels deutschen Nutzwertesets und eine Berechnung von QALYs für zwölf Monate mittels der AUC-Methode sowie die Berechnung der ICER und eine Simulation der stochastischen Unsicherheit durch nicht-parametrisches Bootstrapping mit 10.000 Replikationen. Es wurden SUREG-Modelle zur Adjustierung bei Verdacht auf Selektionsbias gerechnet und es erfolgte die Berechnung der Kosteneffektivitätsakzeptanzkurve für eine Range der maximalen Zahlungsbereitschaft von 0-125.000€. In den primärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Ergebnissen erwies sich CHIMPS-T als kosteneffektiv zwischen 25.000€ (bei 89% Akzeptanz) und 50.000€ (bei 95% Akzeptanz) und erhält eine Empfehlung für die Übernahme in die RV. Als Limitationen der Primärdatenanalyse muss ebenfalls die schlechte Datenlage aufgrund hoher Stichprobenausfälle und ein Erinnerungsbias aufgrund der retrospektiven Erfassung von Kosten diskutiert werden.
**Die qualitative Evaluation aller Interventionen** erbrachte wertvolle Einblicke in das Erleben der Familien. Methodisch wurden Interviews in allen beteiligten Zentren mit Erwachsenen und Kindern geführt. Über 1.000 Seiten Transkriptmaterial wurden produziert. Die Auswertung der Ergebnisse ist noch nicht vollständig abgeschlossen. In den Ergebnissen der qualitativen Evaluation konnten Familien differenziert positive Veränderungen durch die Teilnahme am CHIMPS-NET-Projekt beschreiben. Diese Veränderungen wurden von den Familien subjektiv als bedeutsam wahrgenommen. Besonders deutliche subjektiv bedeutsame Veränderungen wurden im Rahmen der CHIMPS-T-Intervention berichtet. Die Veränderungen zeigten sich auf verschiedenen Ebenen. Veränderungen bezogen sich auf die Familie als Ganzes, insbesondere in den Bereichen Kommunikation, Rücksichtnahme,


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

familiäre Atmosphäre und gemeinsame Aktivitäten. Individuelle Fortschritte wurden ebenfalls berichtet. Ein Beispiel hierfür war eine Familie, in der das Sorgerecht durch die Intervention wechselte, woraufhin das Kind deutlich weniger psychische Auffälligkeiten zeigte und laut Vater sogar eine zunächst indizierte stationäre Behandlung verhindert werden konnte. In einer weiteren Familie, in der bisher Russisch gesprochen wurde, zeigte sich nach der Intervention, dass das Kind durch die Sprachbarriere in der Schule beeinträchtigt war. Im Verlauf der Intervention änderten die Eltern ihre Kommunikation zu Hause, um das Kind zu unterstützen. In einer weiteren Familie wurden die Kommunikation und Interaktion verbessert: Die Kinder dieser Familie entwickelten ein kognitives und emotionales Verständnis dafür, dass der Vater, wenn er sich in einer depressiven Phase befand, wenig Einfluss auf seine Handlungen hatte. Als Fazit der qualitativen Forschung ergab sich: Qualitative Forschung ist in der Lage, Veränderungen zu erfassen, die sich schwer standardisiert messen lassen, aber dennoch von großer Bedeutung sind. Die Wirkungen von CHIMPS-NET waren oft zu individuell und subtil, um in standardisierten Symptombewertungen unmittelbar widergespiegelt zu werden. Die Wirksamkeit der Interventionen zeigte sich eher mittel- bis langfristig. Ein begrenzter Beobachtungszeitraum stellt dabei ein Problem dar. Subjektiv bedeutsame Veränderungen, die sowohl individuell als auch kollektiv nachvollziehbar waren, waren oftmals überraschend groß, gemessen am Umfang der Behandlung.

**Fazit unter Berücksichtigung der Durchführbarkeit:** In den Ergebnissen der primärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation zeichnete sich am Ende im Bootstrapping-Verfahren für diese Intervention eine höhere Lebensqualität im Vergleich zur KG bei signifikant geringeren Kosten ab (**Abbildung 14** und **Tabelle 55**), woraus die Gesundheitsökonom*innen auf der Grundlage der Primärdaten eine Empfehlung für den Transfer in die RV für CHIMPS-T ableiteten. Die Kostenunterschiede ergaben sich vor allem aus den deutlich höheren Kosten für eine stationäre Behandlung in der KG, und zwar insbesondere im Zeitraum zwischen den ersten beiden Messzeitpunkten, also während der Laufzeit der Intervention. Wenn die – sicher vorsichtig und unter Berücksichtigung aller Limitationen zu ziehende – Schlussfolgerung aber zutreffend wäre, dann wäre denkbar, dass in den Familien der IG durch die Intervention einer potentiellen stationären Behandlung des erkrankten Elternteiles begegnet werden konnte. Und dies hätte eine nicht unerhebliche gesundheitsökonomische Relevanz. Die qualitative Evaluation schildert eindrucksvolle Veränderungen im Erleben der Familien selbst.
Darüber hinaus zeigt die Intervention klinisch eine sehr gute Durchführbarkeit – sie lässt sich aufgrund der überschaubaren Beteiligten (Familie – Therapeut) gut in den Alltag der Familie integrieren und es ist dadurch möglich, sich inhaltlich bedarfsorientiert auf die Themen der Familie und flexibel auch auf die zeitlichen Verfügbarkeiten der Familien einzustellen.

Ferner weist diese Intervention die beste bundesweite Transfermöglichkeit dadurch auf, dass sie in einem Manual (Wiegand-Grefe et al., 2011) ausführlich und anschaulich beschrieben wurde und dieses Manual im Hogrefe Verlag bereits früh nach der Pilotierung in 2011 publiziert wurde. Das Manual enthält Leitfäden für die Gespräche, wodurch eine hohe Standardisierung gegeben ist.

### 8.3.2 CHIMPS-MFT

In den **biometrischen Analysen** für CHIMPS-MFT zum primären Endpunkt zeigte sich, dass die Gruppenunterschiede geringer waren als bei CHIMPS-T. Es konnte kein signifikanter Effekt der Intervention nachgewiesen werden. Es zeigte sich ein leichter Vorteil für die IG.
In der **sekundärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation** für CHIMPS-MFT glichen sich die Kostenunterschiede zwischen den Gruppen im Verlauf aus und die KEAK lag nur bei 40% Wahrscheinlichkeit. Für CHIMPS-MFT ergab sich – basierend auf den Ergebnissen


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

der sekundärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation – keine Empfehlung für die Etablierung in der RV.
CHIMPS-MFT erwies sich auch in der **primärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Evaluation** als teurer und weniger wirksam, mit einer Akzeptanzrate deutlich unter 50%, konnte also nicht empfohlen werden. Als Limitationen müssen zudem der Verdacht auf Selektionsbias und ein Erinnerungsbias aufgrund der retrospektiven Erfassung von Kosten aus der Perspektive der Eltern diskutiert werden. **Fazit unter Berücksichtigung der Durchführbarkeit: CHIMPS-MFT** hat sich nicht bewährt. Die biometrischen Analysen zeigten keine statistisch signifikante Effektivität der Intervention im Vergleich zur RV. Die gesundheitsökonomischen Analysen zeigten das Gegenteil eines wünschenswerten Effektes (weniger Wirksamkeit bei höheren Kosten). Hinzu kam eine erschwerte Durchführbarkeit. Die Intervention im Gruppenformat durchzuführen, war mit erhöhtem Aufwand und Ressourcen verbunden (größere Räume, mehrere Therapeut*innen). Diese Intervention zeigte trotz des hohen Aufwandes (Motivation für eine Gruppe, Schwierigkeiten in der Terminfindung wegen der vielen Beteiligten) keine Wirksamkeit, die gesundheitsökonomischen Analysen zeigten eine geringere Wirkung bei mehr Kosten. Im Ergebnis erscheint es uns zumindest für diese Zielgruppe der psychisch schwer kranken Eltern aus der Psychiatrie und ihrer Kinder in der vorliegenden Form wenig zielführend, diese Intervention weiter zu verfolgen.

### 8.3.3 CHIMPS-P

In der **CHIMPS-P-Studie** konnten leider nur wenige Familien randomisiert werden. In den **biometrischen Analysen** war der positive Behandlungseffekt in der IG signifikant stärker ausgeprägt als in der KG; diese Gruppenunterschiede waren deutlicher als bei den NVF CHIMPS-T und CHIMPS-MFT. In den sekundären Outcomes zeigten sich keine Effekte bei CHIMPS-T und -MFT, bei CHIMPS-P zeigten sich einige Tendenzen.
Im Fazit des biometrischen Teams kann die CHIMPS-P-Intervention – basierend auf den statistischen Ergebnissen – eine Empfehlung erhalten.
In den **sekundärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Ergebnissen für CHIMPS-P** zeigten sich signifikante Kostenunterschiede zur Baseline. Die KEAK lag mit einer moderaten Kosteneffektivität bei ca. 50%.
Aus der **primärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Perspektive** ergab sich für CHIMPS-P – basierend auf den Ergebnissen der gesundheitsökonomischen Evaluation – keine Empfehlung für die Etablierung. CHIMPS-P war wirksamer, aber auch teurer, und die Akzeptanzrate lag unter 50%.

**Fazit unter Berücksichtigung der Durchführbarkeit:** Trotz kleiner Stichprobe zeigten sich in der biometrischen Analyse Effekte in die gewünschte Richtung, Gruppenunterschiede waren in dieser NVF am deutlichsten. Die kleine Stichprobe kann damit zusammenhängen (Rückmeldungen von Therapeut*innen bestätigen dies), dass die Indikation für diese Intervention bei der Zielgruppe der Familien mit schwer psychisch kranken Eltern aus der Psychiatrie oft nicht gegeben war. Die beurteilenden Therapeut*innen befanden die Familien und KJ in der Regel für zu beeinträchtigt, als dass sie mit einer kurzen Intervention von drei Sitzungen angemessen versorgt werden könnten. Die psychisch kranken Eltern, die in CHIMPS-NET überwiegend über den Zugangsweg KPP erreicht wurden, waren möglicherweise für diese Intervention zu krank, ihre Familienangehörigen zu beeinträchtigt oder ebenfalls krank.
Die primärdatenbasierten gesundheitsökonomischen Analysen (geringe Stichprobe) zeigten jedoch immerhin eine Wirksamkeit zugunsten besserer Lebensqualität im Vergleich zur KG, die allerdings nur durch höhere Kosten erzielt werden konnte. Es wäre daher abzuwägen, ob die Kosten langfristig diese kurze Intervention rechtfertigen würden.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hinzu kommt eine andere Art der Kostenüberlegung, denn frühzeitige Prävention könnte sich – zumindest in konkreten Fällen, wie die qualitative Evaluation zeigte, langfristig positiv auswirken. Vielleicht auch in anderen Anwendungsfeldern, in denen psychisch erkrankte Eltern gesehen werden, z. B. in der Psychosomatik, im niedergelassenen Sektor, also überall, wo im weitesten Sinne psychisch kranke Menschen gesehen und behandelt werden, könnte möglicherweise diese sehr kurze Intervention gute Dienste leisten. Vor allem wäre der Präventionscharakter in dieser sehr kurzen Intervention am besten erhalten, weil sie direkt vor Ort auch während der stationären Behandlung oder direkt im Anschluss an eine solche angeboten werden kann und da sie dort ansetzt, wo KJ noch keine eigenen psychischen Auffälligkeiten oder psychischen Diagnosen haben, was sich langfristig (auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive) auszahlen würde. Die Durchführbarkeit der Intervention war ebenfalls sehr gut. Die Intervention ist als Modul aus CHIMPS-T anwendbar, daher ebenfalls im Manual (Wiegand-Grefe et al., 2011) beschrieben.

## 8.4 Realisierbarkeit der Implementierung in die RV

Im Projekt sind die Voraussetzungen für eine Implementierung dieser NVF in die RV geschaffen worden. Für alle drei Face-to-face-NVF stehen Manuale (Anlagen Nr. 1 und Nr. 4) und Schulungen (Anlage Nr. 2) sowie ein detailliert ausgearbeiteter Selektivvertrag mit den beteiligten Krankenkassen (Anlage Nr. 6) zur Verfügung. In den beteiligten Zentren wurden viele Erfahrungen in der Kooperation und Vernetzung der Fachdisziplinen und Kliniken und in der Arbeit mit den Familien gesammelt, die wegweisend auch für andere Regionen übertragbar wären.
Die beteiligten, bestehenden 20 Zentren und alle geschulten Therapeut*innen könnten als Multiplikator*innen fungieren und weitere Zentren und weitere (Familien-)Therapeut*innen in ihren Regionen schulen und so die Versorgung der Familien langfristig gewährleisten. Die im Projekt geschaffenen Erfahrungen und Ressourcen könnten für den Transfer in die RV genutzt werden. In den NVF CHIMPS-NET wurden für das Projekt 47 Studientherapeut*innen bundesweit geschult, die eine zweitägige CHIMPS-NET-Interventionsschulung absolvierten. Hierfür liegen sowohl ein Schulungskonzept (Anlage Nr. 2) sowie dessen Adaption auf ein breit und leicht anwendbares Onlineformat vor. Insgesamt bestünde so die Möglichkeit, die NVF aus CHIMPS-NET in die RV zu überführen und z. B. an PIA zu implementieren.
In CHIMPS-NET hat sich fortlaufend begleitend ein eigenes TP (Qualitätssicherung und Implementierung) mit dem Thema des Transfers in die RV beschäftigt. Die ausführlichen Ergebnisse dieses TP finden sich in Anlage Nr. 12.
Auch das Webportal CHIMPS-NET könnte weiter zur Verfügung stehen, wobei dessen Finanzierung zur fortlaufenden Pflege und Aktualisierung geklärt werden müsste.

Dieses Konzept und die Intervention kann auf Familien mit Eltern mit chronischer somatischer Erkrankung und deren KJ leicht übertragen werden. Dies liegt darin begründet, dass auch diese Familien hoch belastet sind und sich in den Familien vergleichbare Themen (Umgang mit der Erkrankung, Krankheitsverarbeitung, Familienbeziehungen, soziale Beziehungen) finden
.
Im Ergebnis erscheint uns die NVF CHIMPS-T, aber auch die NVF CHIMPS-P, zukunftsweisend für eine Implementierung in die RV, vor allem auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive. Dafür wären die Interventionen und alle im Projekt entwickelten Manuale, Schulungen, Interviewleitfäden und Fragebögen als Ergebnisse der beiden NVF und ihrer Implementierung prinzipiell gut auf andere Zielgruppen (wie schon beschrieben vor allem auf Eltern mit chronischer somatischer Erkrankung und deren KJ oder auch auf psychisch kranke KJ und deren Eltern), aber auch auf andere Regionen, Indikationen oder Versorgungszenarien sehr gut übertragbar.


Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Das zentrale Ziel von CHIMPS-NET einer bundesweit verbesserten Versorgung betroffener Familien wäre realisierbar.

## 9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

**Originalarbeiten (alphabetisch):**

AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. Neue Versorgungsformen (CHIMPS) für Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil (face to face und online) – Teilnehmer gesucht. Dialog Erziehungshilfe 2022, 2, 7. https://afet-ev.de/assets/publikationen/AFET-Dialog-Erziehungshilfe-2-2022.pdf

AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. Neue Versorgungsformen (CHIMPS) für Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil (face to face und online) – Teilnehmer gesucht. Newsletter 4-2022: https://sh1.sendinblue.com/ahlpnlrkhxpfe.html?t=1728992927141#repu06

Dülsen, P., Barck, K., Daubmann, A., Höller, A., Zeidler, J., Kilian, R., ... & Baumeister, H. (2022). Clinical-and cost effectiveness of a guided internet-based intervention for children (12–18 years) of parents with mental disorders (iCHIMPS): study protocol of a multicentered cluster-randomized controlled trial. *Frontiers in Digital Health*, *4*, 816412.

Dülsen, P., Barck, K., ... & Baumeister, H. (geplant). Lessons to be learned from an attempted RCT – iCHIMPS an Online Intervention for Children and Adolescents with Mentally Ill Parents.

Friedrich, W., Volkwein, J.N., Geissler, M., Wiegand-Grefe, S., Heinze, M., von Peter, S. & Beeker, T. Systemic and individual effects of a family therapeutic intervention for children of mentally ill parents (CHIMPS-NET): A typology of most significant changes. (Q2/2025).

Holl-Etten, A. K., Bentz, L., Calvano, C., & Winter, S. M. (2022). Screening zur frühen Identifizierung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. *Psychotherapeut*, *67*(1), 42–49. https://doi.org/10.1007/s00278-021-00561-y.

Laser, C., Pawils, S., Daubmann, A., Zapf, A. & Wiegand-Grefe, S. Different perspectives in psychiatry: how family-oriented are professionals in Germany? 20.02.2024, in: *BMC PSYCHIATRY* 24, 1, S. 142

Laser, C., Modarressi, A., Skogøy, B.E., Reupert, A., Daubmann, A., Höller, A., Zapf, A., Pawils, S., Taubner, S., Winter, S., Darryl Maybery, D., Wiegand-Grefe, S. (2022). Clinical Implementation and Evaluation of Three Implementation Interventions for a Family-Oriented Care for Children of Mentally Ill Parents (ci-chimps): Study Protocol for a Randomized Controlled Multicenter Trial. Front. Psychiatry, 13, https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.823186

Paumen, T., Leidger, A., Ralfs, J., Modarressi, A., Ozga, A.-K., Möhl, A., Daubmann, A.,… & Wiegand-Grefe, S. (2026) Implementation and evaluation of family-based interventions within the Germany-wide Children of Mentally Ill Parents-network: study



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

protocol for three prospective, rater-blinded, cluster-randomized controlled multicenter trials. Front. Psychiatry 16:1735421. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1735421

Piwkowska, O., Holl-Etten, A. K., Daubmann, A., Wiegand-Grefe, S., Winter, S. M. (geplant). Ear-ly Identification of Psychosocial Support Needs in Children of Mentally Ill Parents: Chil-dren-Screening and Family-Screening.

Taubner, S., Kasper, L., Hauschild, S. Wiegand-Grefe S, Georg A. (2022). Bifokale Perspektive in der Arbeit mit Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Training zur Verbesserung von Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten für medizinische Fachkräfte. Psychotherapeut 67, 50–57 (2022).https://doi.org/10.1007/s00278-021-00557-8

Volkwein, J.N., Friedrich, W., Geissler, M., Wiegand-Grefe, S., Heinze, M., von Peter, S. & Beeker, T. Qualitative evaluation of a family therapeutic intervention for children of mentally ill parents (CHIMPS-NET): A grounded theory approach. (Q2/2025)

Wiegand-Grefe, S. (2022). Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern im „Children of mentally ill parents –network“: Bundesweites Forschungs-, Versorgungs- und Implementierungsmodell. PSYCHOTHERAPEUT. 67, S. 34 – 41. (2022). https://doi.org/10.1007/s00278-021-00565-8

Wiegand-Grefe, S, Taczkowski, J. (2021). Familie mitdenken – Plädoyer für eine Reform zur Familienmedizin und –psychologie. PiD - Psychotherapie im Dialog 2021; 19-24. DOI: 10.1055/a-1215-0584

Wiegand-Grefe, S, Paumen, T, Leidger, A, Baumeister, H, Kilian, R, Zeidler, J, Modarressi, A, Görres, B, Sekler, K, Heinze, M, Beeker, T, von Peter, S, Burkhardt, R, Dirmeier, J, Pawils, S, Taubner, S, Correll, C, Winter, S, Bermpohl, F, Kölch, M, Bender, S, Jessen F, Möhler, E, Seidl, U, Siniatchkin, M, Drießen, M, Klein, F, Kronmüller, K-T, Holtmann, M, Rummel-Kluge, C, Flechtner, HH, Frodl, T, Reif, A, Fleischhaker, C, Domschke, K, In-Albon, T, Claus, S, Englert, E, Schlösser, R, Haase, C, Schulte-Körne, G, Platt, B, Born, S, Berner, MM, Bottlender, M, Renner, T, Fallgatter, A, Becker, K, Kirchner, T, Noterdaeme, M, Guderian, F, Jarczok, TA, Jäger, M, Willms, G, Schäfer, L, Rocabado, S, Krull, T, Marschall, U, Hölscher, A, Fritz, N, Henkel, M, Brinkmann, A, Lübke, J, Treffert, S, Plachetka, H, Hüttmann, S, Warkentin, S, Brandt, F, Daubmann, A, Ozga, A-K, Wegscheider, K, Zapf A. (in prep.). Mental Health for children and adolescents (3 to 18 years) with mentally ill and addicted parents: a prospective randomized controlled blinded clinical trial study design with 4 randomized controlled studies in the “Children of mentally ill parents – network” (CHIMPS-NET) – study protocol.

Weitere Publikationen sind geplant.

**Kongressbeiträge:**

Paumen, T., Leidger, A., Modarressi, A., Daubmann, A., Zapf, A., Ozga, A.-K., Möhl, A., Kilian, R., Zeidler, J., Wiegand-Grefe, S. (2024, 18.09.). Das deutsche Forschungs- und Versorgungsnetzwerk CHIMPS-NET (Children of mentally ill parents-Network). Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Wien.

Paumen, T., Wiegand-Grefe, S. (2024, 13.04.). The German Research and Care Network CHIMPS-NET (Children of Mentally Ill Parents). International Family Therapy Association Congress (IFTA), Toyama, Japan.



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Paumen, T., Wiegand-Grefe, S. (2024, 20.09.) Kinder psychisch kranker Eltern – Ergebnisse aus zwei großen multizentrischen Studien (CHIMPS-NET und COMPARE). Das deutsche Forschungs- und Versorgungsnetzwerk CHIMPS-NET (Children of mentally ill parents-Network). Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP), Rostock.

Paumen, T., Wiegand-Grefe, S. (2024, 25.09.) Wirksamkeitsevaluation vier neuer familienorientierter Versorgungsformen im Rahmen des deutschlandweiten CHIMPS(Children of mentally ill parents)-Networks. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Potsdam.

Paumen, T., Reinsberg, N., Wiegand-Grefe, S. (2023, 01.04.). Physical or mental illness in the family – research networks CHIMPs-NET and CARE-FAM-NET. International Family Therapy Association Congress (IFTA), Málaga, Spain.

Paumen, T., Wiegand-Grefe, S. (2022, 09.09.). A Long-Forgotten Risk Group: Children of Mentally ill Parents (CHIMPS). Conference of the European Family Therapy Association (EFTA), Ljubljana, Slovenien.

Reinsberg, N., Paumen, T., Wiegand-Grefe, S. (2022, 24.09.). Schwere körperliche oder psychische Krankheit in der Familie – Die Forschungs- und Versorgungsverbünde CARE-FAM-NET und CHIMPS-NET. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Lindau.

Weitere Kongressbeiträge sind geplant.

## 10. Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles – Manual. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Al, M.J. (2013) Cost-effectiveness acceptability curves revisited. Pharmacoeconomics 31:93–100. https://doi.org/10.1007/s40273-012-0011-8

Anderson, J., Andreadis, I., Dumont, P., De Angelis, A., Fivas, J., Fossen, T., . . . Krouwel, A. (2014). Matching Voters with Parties and Candidates: Voting Advice Applications in Comparative Perspective: Ecpr Press.

Arbeitsgruppe, G. (2016). Gute Praxis Gesundheitsinformation. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 110-111, 85-92. doi:https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.11.005

Beardslee, W. (2003): When A Parent Is Depressed. Little, Brown & Company, New York. 2003.

Briggs, A.H. (2000) Handling uncertainty in cost-effectiveness models. Pharmacoeconomics 17:479–500. https://doi.org/10.2165/00019053-200017050-00006

Briggs, A.H., Mooney, C.Z., Wonderling, D.E. (1999) Constructing confidence intervals for cost-effectiveness ratios: an evaluation of parametric and non-parametric techniques using Monte



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Car-lo simulation. Statist Med 18:3245–3262. https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0258(19991215)18:23<3245:aid-sim314>3.0.co;2-2

Brooks, R., Rabin, R., and Charro, F. (2003). The measurement and valuation of health status using EQ-5D. A European perspective. Evidence from the EuroQol BIO MED Research program. New York: Springer.

Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Manual. Göttingen: Hogrefe. (enthält auch die Kurzversion SF-12).

Campbell, M.K., Torgerson, D.J. (1999) Bootstrapping: estimating confidence intervals for cost-effectiveness ratios. QJM 92:177–182. https://doi.org/10.1093/qjmed/92.3.177

Canaway, A. G., Frew, E. J. (2013): Measuring preference-based quality of life in children aged 6-7 years: A comparison of the performance of the CHU-9D and EQ-5D-Y-The WAVES Pilot Study. In: Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation 22 (1), S. 173–183. Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1007/s11136-012-0119-5.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol is too long: Consider the brief cope. International journal of behavioral medicine, 4(1), 92-100

Cierpka, M. & Frevert, G. (1994). Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Göttingen: Hogrefe.

Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Thomsen, A. H., Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68 (6): 976-92.

Dalgard, O.S., et al. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression – A multinational community survey with data from the ODIN study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41: p. 444-451.

Delmo, C., Weiffenbach,O., Gabriel, M., Stadler, C. & Poustka, F. (2001). Diagnostisches Interview. Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Frankfurt am Main: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.

Derogatis, L.R. (1993). BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual 4th ed., Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W., Lehmkuhl, G. & Poutska, F. (1994). Reliability and factorial validity of the Child Behavior Checklist--an analysis of a clinical and field sample. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 22 (3), 189-205.

Döpfner, M., Pflück, J., Kinnen, C. & Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist (2014). Deutsche Schulalter-Formen der child behavior checklist von Thomas M. Achenbach: CBCL 6-18R, TRF 6-18R, YSR 11-18r; Elternfragebogen über Das Verhalten von Kindern U. Jugendlichen (CBCL. Göttingen: Hogrefe.

Drummond, M. F., Sculpher, M., Claxton, K., Stoddart, G. L.. Torrance, G.W. (2015): Methods for the economic evaluation of health care programmes. Fourth edition. Oxford: Oxford University Press. Online verfügbar unter http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4605509.

Fenwick, E., O'Brien, B.J., Briggs, A. (2004) Cost-effectiveness acceptability curves--facts, fallacies and frequently asked questions. Health Econ 13:405–415. https://doi.org/10.1002/hec.903

Fieller, E. C. (1954): Some Problems in Interval Estimation. In: Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological) 16 (2), S. 175–185. DOI: 10.1111/j.2517-6161.1954.tb00159.x.



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Fitch, K., Bernstein, S.J., Aguilar, M.D., Burnand, B. et al. (2001). The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: RAND.

Fischer, K. I., Barthel, D., Otto, C., Thyen, U., Klein, M., Walter, O. et al. (2015): Application of the EQ-5D-Y in a clinical study: how children and adolescents with chronic conditions assess health-related quality of life. In: QUALITY OF LIFE RESEARCH 24, S. 168–169.

Foster, K., McCloughen, A., Delgado, C., Kefalas, C., Harkness, E. (2015). Emotional intelligence education in pre-registration nursing programmes: an integrative review. Nurse Educ Today 35(3):510–517

Franke, G.H., Mähner, N., Reimer, N., Spangemacher, B. & Esser, J. (2010). EFK. Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. In: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.), Elektronisches Testarchiv. Trier: ZPID. https://doi.org/10.23668/psycharchives.343

Franke, H. (2000). BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz.

Franz, M., Kettemann, B., Jäger, K., Hanewald, B., Gallhofer, B. (2012). Was wissen Psychiater über die Kinder ihrer Patienten? Online-Publikation: 14.5.2012 Psychiat Prax 2012; 39: 211–216, Georg Thieme Verlag. DOI http://dx.doi.org/ 10.1055/s-0032-1305011

Glick, H., Doshi, J. A., Sonnad, S. S. (2014): Economic evaluation in clinical trials. 2 edition. Hg. v. Daniel Polsky. Oxford: Oxford University Press (Handbooks in Health Economic Evaluation Series).

Group for the Advancement of Psychiatry Committee on the Family (1996). Global Assessment of Relational Functioning scale (GARF): I. Background and rationale. Family Process, 35 (2), 155-172.

Grant, A., Goodyear, M., Maybery, D., Reupert, A. (2016). Differences between Irish and Australian psychiatric nurses' family-focused practice in adult mental health services. Arch Psychiatr Nurs, 30(2):132–7. doi: 10.1016/j. apnu.2015.07.005

Grube, M., & Dorn, A. (2007). Elternschaft bei psychisch Kranken [Parenthood and mental illness]. *Psychiatrische Praxis, 34*(2), 66–71. https://doi.org/10.1055/s-2005-915394

Helfferich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N., Blasius, J. (eds) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_55

Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42(3), 340–356. https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.340

Hinz, A. et al. (2006). Der Lebensqualitätsfragebogen EQ-5D: Modelle und Normwerte für die Allgemeinbevölkerung. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 56(02), 42-48. Englische, frühere Fassung des EQ-5D: Brooks, R., Rabin, R., Charro, F. de. (2003). The measurement and valuation of health status using EQ-5D. A European perspective. Evidence from the EuroQol BIO MED Research program. New York: Springer.

Holl-Etten, A. K., Bentz, L., Calvano, C., & Winter, S. M. (2022). Screening zur frühen Identifizierung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Psychotherapeut, 67(1), 42–49. https://doi.org/10.1007/s00278-021-00561-y

Hübner-Liebermann, B., Spießl, H., Cording, C. (2005). Wer kommt woher, wer geht wohin? Behandlungswege stationär -psychiatrischer Patienten, Nervenarzt, 76, 856-864

IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Kilian, R., Losert, C., McDaid, D., Park, A., Knapp, M., Beecham, J., et al. (2009). The health economic evaluation of children and adolescent mental health services across the enlarged Europe. (CAMHSRI, deutsche Version) Ulm: Ulm University, Department of Psychiatry and Psychotherapy II.

Klecha, D., Borchardt, D. (2007). Psychiatrische Versorgung und Rehabilitation. Lambertus, Freiburg.

Kreimeier, S., Greiner, W. (2019): EQ-5D-Y as a Health-Related Quality of Life Instrument for Children and Adolescents: The Instrument's Characteristics, Development, Current Use, and Challenges of Developing Its Value Set. In: Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 22 (1), S. 31–37. DOI: 10.1016/j.jval.2018.11.001.

Kreimeier, S., Mott, D., Ludwig, K. Greiner, W. (2022): EQ-5D-Y Value Set for Germany. In: Pharmacoeconomics 40 (Suppl 2), S. 217–229. DOI: 10.1007/s40273-022-01143-9.

Kreimeier, S., Oppe, M., Ramos-Goñi, J. M., Cole, A., Devlin, N., Herdman, M. et al. (2018): Valuation of EuroQol Five-Dimensional Questionnaire, Youth Version (EQ-5D-Y) and EuroQol Five-Dimensional Questionnaire, Three-Level Version (EQ-5D-3L) Health States: The Impact of Wording and Perspective. In: Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 21 (11), S. 1291–1298. DOI: 10.1016/j.jval.2018.05.002.

Kreis, K., Gothe, H., Swart, E. et al. (2021) Routinedaten im Innovationsfonds – Relevanz und prozess-orientierte Handlungsempfehlungen. Gesundheits- und Sozialpolitik 75:40–47

Krohne, H., Pulsack, A. (1990). Das Erziehungsstil-Inventar ESI. Beltz Test: Weinheim.

Laser, C., Modarressi, A., Skogøy, B.E., Reupert, A., Daubmann, A., Höller, A., Zapf, A., Pawils, S., Taubner, S., Winter, S., Darryl Maybery, D., Wiegand-Grefe, S. (2022). Clinical Implementation and Evaluation of Three Implementation Interventions for a Family-Oriented Care for Children of Mentally Ill Parents (ci-chimps): Study Protocol for a Randomized Controlled Multicenter Trial. Front. Psychiatry, 13, https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.823186.

Laser C, Wiegand-Grefe S. (2020). Deutsche Übersetzung des Family-focused Mental Health Practice Questionnaire, unveröffentlicht.

Lauritzen C, Reedtz C, Van Doesum KTM, Martinussen M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. BMC Health Services Research 2014, 14:58 http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/58

Lauritzen, C., Reedtz, C., Rognmo, K., Nilsen, M.A., Walstad, A. (2018). Identification o fand Support for Children of Mentally Ill Parents: A 5 Year Follow-Up Study of Adult Mental Health Services. Front. Psychiatry 9:507. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00507

Leiner, D. J. (2021). SoSci Survey (Version 3.2.31) [Computer software]. Available at https://www.soscisurvey.de

Lenz, A., Wiegand-Grefe, S. (2017). Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe Verlag, Göttingen.

LimeSurvey GmbH. (o. J.). LimeSurvey: An open source survey tool. LimeSurvey GmbH. https://www.limesurvey.org

Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., Herzog, W. (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. 2. Auflage. Pfizer, Karlsruhe.



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1999). Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung. In. Göttingen: Hogrefe.

Maybery, D., Goodyear, M., Reupert, A. (2011). The family-focused mental health practice questionnaire. Arch Psychiatr Nurs. 2012 Apr;26(2):135-44. doi: 10.1016/j.apnu.2011.09.001. Epub, Nov 12. PMID: 22449561.

Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis [28 paragraphs]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(2), Art. 20. DOI: http://nbn-resolving.de(urn:nbn:de:0114-fqs0002204.

Morris, E., Hioppman, C., Murray, G., Michalak, E.E., Boyd, J.E., Livingston, J., Inglis, A., Carrion, P. & Austin, J. (2018). Self-Stigma in Relatives of people with Mental Illness scale: development and validation. BJ Psychiatry, 212: 169.

Mutubuki, E.N., El Alili, M., Bosmans, J.E. et al. (2021) The statistical approach in trial-based economic evaluations matters: get your statistics together! BMC Health Serv Res 21:475. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06513-1

PASS 15 Power Analysis and Sample Size Software (2017). NCSS, LLC. Kaysville, Utah, USA, ncss.com/software/pass.

Pichon-Rivière, A., Drummond, M., Palacios, A., Garcia-Marti, S., Augustovski, F. (2023): Determining the efficiency path to universal health coverage: cost-effectiveness thresholds for 174 countries based on growth in life expectancy and health expenditures. In: The Lancet Global Health 11 (6), e833-e842. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00162-6.

Polsky, D., Glick, H.A., Willke, R. et al. (1997) Confidence Intervals for Cost-Effectiveness Ratios: A Comparison of Four Methods. Health Econ 6:243–252. https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1050(199705)6:3<243:aid-hec269>3.0.co;2-z

R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL https://www.R-project.org/

Ravens-Sieberer, U., et al. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 5(3): p. 353-364.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Badia, X., Bonsel, G., Burstrom, K., Cavrini, G. et al. (2010): Feasibility, reliability, and validity of the EQ-5D-Y: results from a multinational study. In: QUALITY OF LIFE RESEARCH 19 (6), S. 887–897. DOI: 10.1007/s11136-010-9649-x.

Roick, C., Kilian, R., Matschinger, H., Bernert, S., Mory, C., Angermeyer, M.C. (2001). Die Deutsche Version des Client Sociodemographic Service Receipt Inventory (CSSRI-EU). (German adaptation of the Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory). Psychiat Prax, 28 (Sonderheft 2): S84-S90.

Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. PLoS One, 11(6), e0157503.

Salize, H.J., Kilian, R. (2010) Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie: Konzepte, Methoden, Analysen. Konzepte und Methoden der Klinischen Psychiatrie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Santos, A.S., Guerra-Junior, A.A., Godman, B., Morton, A., Ruas, C.M. (2018): Cost-effectiveness thresholds: methods for setting and examples from around the world. In: Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research 18 (3), S. 277–288. DOI: 10.1080/14737167.2018.1443810.

SAS Institute Inc. 2023. SAS/STAT® 15.3 User's Guide. Cary, NC: SAS Institute Inc.



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W.W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 39, 248-255.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Herguta, T., Baker, R., Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. Suppl 20:22-33;quiz 34-57. PMID: 9881538.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). *Self-Efficacy Scale* [Database record]. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t01119-000

Solantaus, T. and Toikka, S. (2006). The effective family programme: Preventative Services for the children of mentally ill parents in Finland. International Journal of Mental Health Promotion, 8(3), pp. 37–44. doi:10.1080/14623730.2006.9721744.

Spitzer, R.L., et al. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166: p. 1092-1097.

StataCorp. 2020. Stata Statistical Software: Release 16.1. College Station, TX: StataCorp LLC.

StataCorp. 2021. Stata Statistical Software: Release 17. College Station, TX: StataCorp LLC.

Szende, A., Oppe, M., Devlin, N. (2007) EQ-5D value sets. EuroQol Group Monographs. Springer, [New York]

van Doesum, K., Maia, T., Pereira, C., Loureiro, M., Marau, J., Toscano, L., Lauritzen, C. and Reedtz, C. (2019) The Impact of the "Semente" Program on the Family Focused Practice of Mental Health Professionals in Portugal. Front. Psychiatry 10:305. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00305.

Waldmann, T., Schaible, J., Stiawa, M., Becker, T., Wegscheider, K., Adema, B. et al. (2023): The cost-utility of an intervention for children and adolescents with a parent having a mental illness in the framework of the German health and social care system: a health economic evaluation of a randomized controlled trial. In: Child and adolescent psychiatry and mental health 17 (1), S. 141. DOI: 10.1186/s13034-023-00693-w.

Waldmann, T., Stiawa, M., Dinc, Ü., Saglam, G., Busmann, M., Daubmann, A. et al. (2021): Costs of health and social services use in children of parents with mental illness. In: Child and adolescent psychiatry and mental health 15 (1). DOI: 10.1186/s13034-021-00360-y.

WHO. (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.

Wiegand-Grefe, S. (2017). Psychodynamische Interventionen in Familien mit chronischer Krankheit. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1.Aufl.

Wiegand-Grefe, S., Halverscheid S., Plass-Christl A. (2011). Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Der CHIMPS-Ansatz. Hogrefe.

Willan, A. R.; Briggs, A. H. (2006): Statistical analysis of cost-effectiveness data. Hg. v. Wiley & Sons. Chichester.

Willan, A. R.; Briggs, A. H.; Hoch, J. S. (2004): Regression methods for covariate adjustment and subgroup analysis for non-censored cost-effectiveness data. In: Health Econ 13 (5), S. 461–475. Online verfügbar unter PM:15127426.

Wille, N., Badia, X., Bonsel, G., Burstrom, K., Cavrini, G., Devlin, N. et al. (2010): Development of the EQ-5D-Y: A child-friendly version of the EQ-5D. In: Quality of Life Research: An



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation 19 (6), S. 875–886. Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1007/s11136-010-9648-y.

Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J., Linster, H.W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. Klin. Diagnostik u. Evaluation, 1. Jg., 343–358.

Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. (2014): Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. American Psychiatric Association Publishing, 2014

Zellner, A. (1962): An Efficient Method of Estimating Seemingly Unrelated Regressions and Tests for Aggregation Bias. In: Journal of the American Statistical Association 57 (298), S. 348. DOI: 10.2307/2281644.

Ziereis, M., Günther, S., Baghai, T.C., Rupprecht, R. (2020). Regionale Pflichtversorgung in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie. In: Nervenheilkunde; 39: 167-174. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York. DOI: https://doi.org/10.1055/a-0952-7171

## 11. Anhang

Anhang Nr. 1: Abweichungen vom ursprünglich geplanten Studiendesign: Face-to-face-NVF

Anhang Nr. 2: Abweichungen vom ursprünglich geplanten Studiendesign: iCHIMPS

Anhang Nr. 3: Quantitative Bedarfsevaluation: Soziodemografische Angaben zur Stichprobe

Anhang Nr. 4: Quantitative Bedarfsevaluation: Geschlecht und Wohnsituation der Kinder 1-3

Anhang Nr. 5: Quantitative Bedarfsevaluation: Deskriptive Auswertung der 5 Skalen

Anhang Nr. 6: Quantitative Bedarfsevaluation: Antworten der Freitextfelder

Anhang Nr. 7: Qualitative Bedarfsevaluation: Expert*innen – bekannte Internetangebote

Anhang Nr. 8: Quantitative Bedarfsevaluation: Deskriptive Beschreibung der 2 KJ-Skalen

Anhang Nr. 9: Quantitative Prozessevaluation: Ergebnisse des Freitextfeldes

Anhang Nr. 10: Qualitative Bedarfsevaluation: Bewertung der Themenbereiche - Betroffene

Anhang Nr. 11: Quantitative Prozessevaluation: Soziodemografische Angaben

Anhang Nr. 12: Quantitative Prozessevaluation: Nutzungsverhalten der Website

Anhang Nr. 13: Quantitative Prozessevaluation: Fragebogen zur Nutzung der Website

Anhang Nr. 14: Qualitätskriterien der NVF: TP Implementierung und Qualitätssicherung

## 12. Anlagen

Anlage 1: Textauszug aus CHIMPS-Manual (eBook)

Anlage 2: Selektivvertrag Anlage 2a (Schulungskonzept)

Anlage 3: CHIMPS-MFT-Manual

Anlage 4. Schulung zu den Interventionen CHIMPS-T, CHIMPS-MFT und CHIMPS-P

Anlage 5: Selektivvertrag Anlage 1a (Leistungsbeschreibung)

Anlage 6: Export der Intervention iCHIMPS mit Text- und Bildinhalten



Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 7: Leitfaden E-Coaches iCHIMPS

Anlage 8: Selektivvertrag mit Unterschriften und mit Anhang (komplett)

Anlage 9: E-Coach-Plattform

Anlage 10: Fragebogen Zuweiser*innen TP Optimale Zugangswege (Pathway to Care)

Anlage 11: Methodik, Ergebnisse und Diskussion TP Optimale Zugangswege (Pathway to Care)

Anlage 12: Methodik, Ergebnisse und Diskussion TP Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten der Fachkräfte

Anlage 13: Kinder-Screening 3-5 + Auswertungsschablone

Anlage 14: Kinder-Screening 6-18 + Auswertungsschablone

Anlage 15: Familien-Screening + Auswertungsschablone

Anlage 16: Methodik, Ergebnisse und Diskussion TP Systematisches Screening, Früherkennung und Inanspruchnahme

Anlage 17: Methodik, Ergebnisse und Diskussion TP Evaluiertes Webportal

Anlage 18: Abschlussbericht TP Implementierung und Qualitätssicherung

Anlage 19: Methodik, Ergebnisse und Diskussion TP Implementierung und Qualitätssicherung



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anhang Nr. 1: Abweichungen vom ursprünglich geplanten Studiendesign: CHIMPS-NET NVF-Face-to-face

| Ursprüngliche Planung | Änderungen |
|---|---|
| Rekrutierungszeitraum bzw. -dauer:<br>01.04.2020-30.03.2021, 12 Monate | Rekrutierungszeitraum bzw. -dauer aufgrund von nicht ausreichender Fallzahlen verlängert:<br>Für CHIMPS-T und CHIMPS-MFT:<br>01.06.2020-30.11.2022 (30 Monate)<br>Für CHIMPS-P:<br>01.06.2020-31.03.2023 (34 Monate) |
| Nachbeobachtungszeitraum:<br>Q4 2020-Q4 2022. | Nachbeobachtungszeitraum aufgrund des verlängerten Rekrutierungszeitraums bzw. der verlängerten Rekrutierungsdauer verlängert:<br>Q4 2020-Q4 2023. |
| Messzeitpunkte:<br>Die Erhebung der Endpunkte wurde zu vier Messzeitpunkten durchgeführt, vor der Randomisierung (T1) sowie 6 (T2), 12 (T3) und 18 (T4) Monate nach der Randomisierung. | Messzeitpunkte:<br>Um für alle CHIMPS-P-Familien trotz verlängerter Rekrutierung für CHIMPS-P mindestens drei Messungen durchführen zu können, wurde der Nachbeobachtungszeitraum von 6 auf 5 bzw. 4 Monate gekürzt und bei den ab Dezember 2022 randomisierten Familien auf die T4-Messung verzichtet.<br>Folgende Messzeitpunkte veränderten sich:<br>Randomisierung im Juni 2022 -> T4 Oktober 2023<br>Randomisierung im Juli 2022 -> T3 Juni 2023; T4 Oktober 2023<br>Randomisierung August 2022 -> T3 Juni 2023; T4 Oktober 2023<br>Randomisierung September 2022 -> T3 Juli 2023; T4 November 2023<br>Randomisierung Dezember 2022 -> T2 Mai 2023; T3 November 2023<br>Randomisierung Januar 2023 -> T2 Juni 2023; T3 Oktober 2023<br>Randomisierung Februar 2023 -> T2 Juli 2023; T3 November 2023<br>Randomisierung März 2023 -> T2 Juli 2023; T3 November 2023 |
| Primärer Messzeitpunkt:<br>4. Messzeitpunkt (18 Monate nach Baseline). | Primärer Messzeitpunkt:<br>3. Messzeitpunkt (12 Monate nach Baseline). Aufgrund der verlängerten Rekrutierungsphase kann die T4-Messung nur bei einer Teilstichprobe innerhalb der Projektlaufzeit beobachtet werden. |
| Fragebögen und diagnostische Interviews:<br>Ad-hoc-Items, BSI, CAMHSRI, CBCL/1½–5, CBCL/6-18R, CPPS, CSSRI, EBI, EFK, ESI, EQ- | Fragebögen und diagnostische Interviews (im Austausch mit Konsortium angepasst):<br>Zusätzlich M.I.N.I., NEQ, SSRMI-short. |

Anhang Nr. 1: Abweichungen vom ursprünglich geplanten Studiendesign: CHIMPS-NET NVF-Face-to-face

| | |
|---|---|
| 5D, EQ-5D-Y, EQ-5D-Y Proxy, FB-A, FBB, GAD-7, GAF, GARF, KIDSCREEN-27, K-SADS-PL, OSSQ, PHQ, RSQ, SF-12, WAI-SR, YSR/-6-18R, ZUF-8 | EBI entfällt. |
| Stichprobe:<br>Wir gehen davon aus, dass eine Familie im Mittel zwei Kinder hat, dabei unterstellen wir, dass 25%/55%/15%/5% der Familien ein/zwei/drei/vier oder mehr Kinder haben. Daraus ergibt sich ein Variationskoeffizient der Familiengröße von 39%. Um einen kleinen bis mittleren Effekt (Cohens *d* = 0,29) beim Gruppenvergleich zwischen der IG und der KG nach der 12-Monats-Katamnese nachweisen zu können, werden insgesamt 200 Familien (100 Familien pro Gruppe), also insgesamt 400 KJ (200 KJ pro Gruppe) benötigt. Dabei wurde eine Power von 80%, ein Fehler 1. Art von 5% (zweiseitig) und ein Intraklassenkorrelationskoeffizient Korrelationskoeffizient (Intracluster Correlation Coefficient [ICC]) von 5% angenommen. Bei einem angenommenen Drop-Out von 30% der Familien müssen insgesamt 286 Familien (143 Familien pro Gruppe), also insgesamt 572 KJ (286 KJ pro Gruppe) rekrutiert werden. Diese Fallzahl ist ausreichend, um in der Subgruppe der KJ mit einer Diagnose nach K-SADS-PL zu Beginn der Studie einen Unterschied hinsichtlich des Anteils der Kinder ohne Diagnose in der 12-Monats-Katamnese (also zwischen T1 und T4, ein Jahr nach Beendigung der Intervention) zwischen der IG und der KG von 24% nachzuweisen. Dabei wird davon ausgegangen, dass in der IG 44% der Kinder nun ohne Diagnose sind und in der KG 20%. Die Power für diesen Vergleich beträgt 81%, wenn der Fehler 1. Art auf 5% (zweiseitig) und der ICC auf 5% gesetzt werden. Die Annahmen für die Fallzahlberechnung sind für die drei Face-to-face-NVF gleich, so müssen für diese drei NVF insgesamt 858 Familien in die Berechnungen am Ende bei T4 eingehen. Unseren Erfahrungen zufolge gibt es bei dieser spezifischen Klientel von Eltern mit | Stichprobe (angepasste Berechnungen, da zunächst angestrebte Fallzahl nicht realistischerweise erreichbar):<br>Wir gehen davon aus, dass eine Familie im Mittel zwei Kinder hat, dabei unterstellen wir, dass 25%/55%/15%/5% der Familien ein/zwei/drei/vier oder mehr Kinder haben. Daraus ergibt sich ein Variationskoeffizient der Familiengröße von 39%. Um einen kleinen bis mittleren Effekt (Cohens *d* = 0,49) beim Gruppenvergleich zwischen der IG und der KG nach der 6-Monats-Katamnese nachweisen zu können, werden insgesamt 70 Familien (35 Familien pro Gruppe), also insgesamt 140 KJ (70 KJ pro Gruppe) benötigt. Dabei wurde eine Power von 80%, ein Fehler 1. Art von 5% (zweiseitig) und ein ICC von 5% angenommen. Bei einem angenommenen Drop-Out von 30% der Familien müssen insgesamt 100 Familien (50 Familien pro Gruppe), also insgesamt 200 KJ (100 KJ pro Gruppe) rekrutiert werden. Die Annahmen für die Fallzahlberechnung sind für die beiden NVF gleich, so müssen für diese beiden NVF insgesamt 200 Familien in die Berechnungen am Ende bei T3 eingehen. Für CHIMPS-P werden voraussichtlich insgesamt 34 Familien (17 Familien pro Gruppe) rekrutiert werden können. Beim angenommenen Drop-Out von 30% der Familien werden am Ende der Studie die Daten von insgesamt 22 auswertbaren Familien (11 Familien pro Gruppe) vorliegen. Mit dieser Stichprobe können wir eine standardisierte Mittelwertsdifferenz (= Cohens *d*) von 0,886 nachweisen können. Die notwendigen Annahmen für die Berechnung wurden wie bei den Berechnungen für CHIMPS-T und CHIMPS-MFT getroffen. |

Anhang Nr. 1: Abweichungen vom ursprünglich geplanten Studiendesign: CHIMPS-NET NVF-Face-to-face

| | |
|---|---|
| großen Ängsten, die Kinder in ein Versorgungssystem zu bringen, einen weiteren Teil von Familien, die trotz zunächst gegebener Zustimmung nach der Randomisierung (und damit Baseline-Erhebung) am Ende nicht in der Versorgung mit einem RCT-Design landen, aus verschiedenen Gründen: weil die Randomisierung nicht den erwünschten Behandlungsarm erbracht hat, weil der Aufwand für die Teilnahme an der Beratung mit persönlichen Face-to-face-Sitzungen dann doch zu angstbesetzt ist, gescheut wird, Termine mit der ganzen Familie nicht realisiert werden können etc. Daher wird in diesem Verbund eine weitere Drop-out-Rate von knapp 30% eingerechnet und es werden zunächst über alle Gruppen insgesamt 1200 Familien in die Studie eingeschlossen. | |
| Rechtsgrundlage:<br>Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über die psychosoziale Versorgung von KJPKE (Selektivvertrag). | Rechtsgrundlage:<br>Wurde um den §630a BGB erweitert, um auch Familien einschließen zu können, die bei nicht am Selektivvertrag beteiligten Krankenkassen versichert sind. |
| Interventionszeitraum:<br>Die letzte Intervention soll im Q2 2021 beginnen und 6 Monate später, im Q4 2021, enden. | Interventionszeitraum aufgrund des verlängerten Rekrutierungszeitraums bzw. der verlängerten Rekrutierungsdauer verlängert:<br>Die letzte Intervention soll im Q4 2022 beginnen und 6 Monate später, im Q2 2023, enden. |
| Format der Interventionen:<br>CHIMPS-T und CHIMPS-MFT sind Face-to-face- Interventionen aus durchschnittlich acht Gesprächen, CHIMPS-P ist eine Face-to-face-Intervention aus durchschnittlich drei Gesprächen. | Format der Interventionen:<br>Covid-19-Pandemie-bedingte Einschränkungen im Präsenzformat. Einrichtungen wählen – abhängig von regionalen Bestimmungen und technischen Voraussetzungen – das jeweils bestmögliche alternative Format für Interventionen, z. B. Videokonferenz. Dokumentation des verwendeten Formats für jede Interventionseinheit (Präsenz, Video, Telefon).<br>Wir erwarten, dass die beobachteten Effekte unabhängig vom Format sind. Aus diesem Grund wird es an der geplanten primären Analyse keine Veränderung |

| | |
|---|---|
| | geben. In einer Subgruppenanalyse werden wir diese Annahme überprüfen. |

*Anmerkungen*. BSI = Brief Symptom Inventory, CAMHSRI = Child and Adolescent Service Receipt Inventory, CBCL = Child Behavior Checklist, CPPS = Comparative Psychotherapy Process Scale, CSSRI = Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory, EBI = Eltern-Belastungs-Inventar, EFK = Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, ESI = Erziehungsstil-Inventar, FB-A = Die Familienbögen-A, FBB = Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung, GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder, GAF = Global Assessment of Functioning, GARF = Global Assessment of Relational Functioning, K-SADS-PL = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, M.I.N.I. = Mini-International Neuropsychiatric Interview, NEQ = Negative Effects Questionnaire, OSSQ = Oslo Social Support Questionnaire, PHQ = Patient Health Questionnaire, RSQ = Responses to Stress Questionnaire, SF-12 = Short Form-12, SSRMI-short Self-Stigma in Relatives of people with Mental Illness scale-short, WAI-SR = Working Alliance Inventory-Short Revised, YSR = Youth Self Report, ZUF-8 = Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Anhang Nr. 2: Abweichungen vom ursprünglich geplanten Studiendesign – iCHIMPS

| Ursprüngliche Planung | Änderungen |
|---|---|
| Rekrutierungsdauer:<br>Die Rekrutierung erfolgt über neun Monate. | Rekrutierungsdauer:<br>Die Rekrutierung erfolgt aufgrund von nicht ausreichender Fallzahlen über 23 Monate. |
| Rekrutierungswege:<br>Die Rekrutierung erfolgt über die teilnehmenden Zentren. | Rekrutierungswege:<br>Es wird aufgrund von Schwierigkeiten bei der Rekrutierung zusätzlich der Rekrutierungsweg Onlinerekrutierung ermöglicht. Wir erwarten, dass die beobachteten Effekte unabhängig vom Rekrutierungsweg sein werden. Aus diesem Grund wird es an der geplanten primären Analyse keine Änderungen geben. In dieser Analyse wird der Rekrutierungsweg ignoriert und implizit angenommen, dass der beobachtete Effekt zwischen den beiden Gruppen unabhängig vom Rekrutierungsweg ist. In einer Subgruppenanalyse werden wir diese Annahme überprüfen. |
| Stichprobe:<br>Für die Verbesserung der psychischen Gesundheit sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Jugendlichen wurde ein mittlerer Effekt von Cohens *d* = 0,5 angenommen und eine Power von 80% bei einem Signifikanzniveau von 5% bei einem zweiseitigen Test zugrunde gelegt. Davon ausgehend, dass eine Familie im Mittel zwei Kinder hat und unter der Annahme, dass 25%/55%/15%/5% der Familien ein/zwei/drei/vier oder mehr Kinder haben, ergab sich ein Variationskoeffizient der Familiengröße von 39%. Der ICC wurde auf Basis von Vorstudien (Campbell, 2009) auf 5% geschätzt, was zu einem Designfaktor von 1,64 und damit zu einer benötigten Stichprobengröße von insgesamt 210 Jugendlichen (105 Jugendlichen pro Gruppe) führte. Unter Berücksichtigung einer Drop-out-Rate bei Onlineinterventionen zwischen 25% und 35% der Jugendlichen wurde die Stichprobe final mit insgesamt 306 Jugendlichen (153 Jugendlichen pro Gruppe) festgelegt. | Stichprobe (angepasste Berechnungen, da zunächst angestrebte Fallzahl nicht realistischerweise erreichbar):<br>Für iCHIMPS werden voraussichtlich insgesamt 40 Jugendliche (20 Jugendliche pro Gruppe) rekrutiert werden können. Beim angenommenen Drop-Out von 57% der Jugendlichen werden am Ende der Studie die Daten von insgesamt 22 auswertbaren Jugendlichen in 18 Familien (elf Jugendlichen in neun Familien pro Gruppe) vorliegen. Mit dieser Stichprobe können wir eine standardisierte Mittelwertsdifferenz (= Cohens *d*) von 1,21 mit einer Power von 80% bei einem Fehler 1. Art von 5 % (zweiseitige Hypothese) nachweisen. |

Anhang Nr. 3: Quantitative Bedarfsevaluation: Soziodemografische Charakteristika der Stichprobe

| | n | % |
|---|---|---|
| **Familienstand** | | |
| Ledig | 52 | 28,9% |
| In einer Partnerschaft | 46 | 25,6% |
| Verheiratet | 39 | 21,7% |
| In einer eingetragenen Lebenspartnerschaft | 1 | 0,6% |
| Getrennt/Geschieden | 25 | 13,9% |
| Keine Angabe | 17 | 9,4% |
| **Wohnort** | | |
| Deutschland | 149 | 82,2% |
| Österreich | 7 | 3,9% |
| Schweiz | 6 | 3,3% |
| Sonstiges | 1 | 0,6% |
| Keine Angabe | 17 | 9,4% |
| **Höchster Bildungsgrad** | | |
| Noch in der Schule | 5 | 2,8% |
| Ohne Schulabschluss abgegangen | 1 | 0,6% |
| Haupt-/Volksschulabschluss | 4 | 2,2% |
| Realschulabschluss/Mittlere Reife | 20 | 11,1% |
| Abschluss der Polytechnischen Oberschule [a] | 2 | 1,1% |

| | | |
|---|---|---|
| Fachhochschulreife | 17 | 9,4% |
| Erweiterte Oberschule/Abitur/Hochschulreife | 39 | 21,7% |
| Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss | 72 | 40,0% |
| Keine Angabe/Antwort | 20 | 11,1% |
| Sonstiges | 2 | 1,1% |
| **Beschäftigungsstatus** | | |
| Angestellt - Vollzeit | 46 | 25,6% |
| Angestellt - Teilzeit | 33 | 18,3% |
| Schüler:in/Student:in | 38 | 21,1% |
| Berentet | 10 | 5,6% |
| Hausmann/Hausfrau | 5 | 2,8% |
| Arbeitslos | 6 | 3,3% |
| Keine Antwort | 2 | 1,1% |
| Sonstiges | 23 | 12,8% |
| Keine Angabe | 40 | 22,2% |

Anhang Nr. 4: Quantitative Bedarfsevaluation: Geschlecht und Wohnsituation des 1., 2. und 3. Kindes der Eltern mit psychischer Erkrankung

| | **1. Kind (n = 58)** | **2. Kind (n = 28)** | **3. Kind (n = 7)** |
|---|---|---|---|
| **Geschlecht** | | | |
| Männlich | 26 (44,8%) | 12 (42,9%) | 5 (71,4%) |
| Weiblich | 31 (53,4%) | 16 (57,1%) | 2 (28,6) |
| Divers | 1 (1,7%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| **Wohnsituation** | | | |
| Mutter | 19 (33,3%) | 4 (14,3%) | 1 (16,7%) |
| Vater | 1 (1,8%) | 2 (7,1%) | 2 (33,3%) |
| beiden Elternteilen | 29 (50,9%) | 14 (50,0%) | 3 (50,0%) |
| gleichgeschlechtliche Elternteile | 1 (1,8%) | 1 (3,6%) | – |
| Großeltern | – | – | – |
| Pflegefamilie | – | – | – |
| alleine | 6 (10,5%) | 5 (17,9%) | – |
| Institution | – | 2 (7,1%) | – |
| Sonstiges | 1 (1,8%) | – | – |

*Anmerkungen*. Die Daten reflektieren alle getätigten Angaben bezüglich der einzelnen Merkmalsausprägungen. Fehlende Angaben werden nicht extra als solche aufgeführt.

Anhang Nr. 5: Quantitative Bedarfsevaluation: Deskriptive Auswertung der 5 Skalen: Psychische Erkrankungen verstehen, Auswirkungen der Erkrankungen auf die Familie, die Familie stärken, für mich Hilfe finden, für meine Kinder Hilfe finden

| Nr. | Item | M(SD) |
|---|---|---|
| 1 | [... darüber, was man unter dem Konzept ,,psychische Gesundheit" versteht.] | 3,15(1,47) |
| 2 | [... darüber, ab wann man von einer psychischen Erkrankung spricht.] | 3,60(1,36) |
| 3 | [... darüber, wie häufig psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung auftreten.] | 3,00(1,38) |
| 4 | [... darüber, wie viele Kinder ein Elternteil mit einer psychischen Erkrankung in Deutschland haben.] | 3,77(1,32) |
| 5 | [... darüber, wie psychische Belastungen/Erkrankungen erkannt werden können.] | 4,02(1,23) |
| 6 | [... darüber, wie psychische Erkrankungen entstehen können.] | 3,75 (1,28) |
| 7 | [... darüber, welche verschiedenen psychischen Erkrankungen es gibt.] | 3,58(1,37) |
| 8 | [... darüber, wo man verlässliche Informationen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen finden kann.] | 3,93(1,35) |
| 9 | [... darüber, wie man psychischen Erkrankungen vorbeugen kann.] | 3,97(1,31) |
| 10 | [... darüber, wie man psychische Erkrankungen frühzeitig erkennen kann.] | 3,97(1,40) |
| 11 | [... darüber, wie man psychische Erkrankungen behandeln kann (z.B. mithilfe von Psychotherapie, Medikamente etc.).] | 3,98(1,37) |
| 12 | [... darüber, welche Berufsgruppen bei der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen unterstützen können.] | 3,65(1,34) |

7) Skala Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Familie

| Nr. | Item | M(SD) |
|---|---|---|
| 1 | [... darüber, wie sich eine psychische Erkrankung allgemein auf das Umfeld der betreffenden Person auswirken kann.] | 4,42(1,03) |
| 2 | [... darüber, welche Auswirkungen psychische Erkrankungen der Eltern auf die Kinder haben können.] | 4,73(0,71) |
| 3 | [... darüber, welche Auswirkungen die psychische Erkrankung eines Elternteils auf den gesunden Elternteil haben kann.] | 4,10(1,27) |
| 4 | [... darüber, welche Faktoren das Risiko der Kinder für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung erhöhen bzw. reduzieren und inwiefern sich diese Faktoren verändern lassen.] | 4,57(0,91) |
| 5 | [... darüber, ob psychische Erkrankungen genetisch weitergegeben bzw. vererbt werden können.] | 3,88(1,14) |

Anhang Nr. 5: Quantitative Bedarfsevaluation: Deskriptive Auswertung der 5 Skalen: Psychische Erkrankungen verstehen, Auswirkungen der Erkrankungen auf die Familie, die Familie stärken, für mich Hilfe finden, für meine Kinder Hilfe finden

| | | |
|---|---|---|
| 6 | [... darüber, wie andere Eltern mit einer psychischen Erkrankung ihre Situation erleben und damit umgehen.] | 4,17(1,01) |
| 7 | [... darüber, wie die Kinder auf die elterliche psychische Erkrankung reagieren können.] | 4,60(0,81) |
| 8 | [... darüber, wie sich psychische Belastungen bei Kindern erkennen lassen bzw. äußern.] | 4,62(0,94) |

8) Skala Die Familie stärken

| **Nr.** | **Item** | **M(SD)** |
|---|---|---|
| 1 | [... darüber, wie ich mit meinen Kindern und der gesamten Familie in Beziehung/Kontakt bleiben kann, wenn es mir nicht gut geht.] | 4,33(1,08) |
| 2 | [... darüber, wie ich mit meinen Kindern und der gesamten Familie in Beziehung/Kontakt bleiben kann, wenn es mir nicht gut geht und ich im Krankenhaus bin.] | 3,90(1,32) |
| 3 | [... darüber, wie ich mit meinen Kindern altersgerecht über meine psychische Erkrankung sprechen kann.] | 4,32(1,19) |
| 4 | [... darüber, ob und wie ich das Gespräch mit der Schule suchen sollte.] | 3,82(1,27) |
| 5 | [... darüber, wie ich Tagesstruktur und Routinen in der Familie beibehalten kann.] | 3,82(1,37) |
| 6 | [... darüber, wie ich den Haushalt bewältigen kann.] | 3,57(1,37) |
| 7 | [... darüber, wie ich gut mit Konflikten innerhalb der Familie umgehen kann.] | 4,50(0,89) |
| 8 | [... darüber, wie ich meine Kinder und ihre sozialen Beziehungen stärken kann.] | 4,45(1,14) |
| 9 | [... darüber, wie ich Krisenpläne für den Notfall entwickeln und anwenden kann.] | 4,05(1,21) |

9) Für mich Hilfe finden

| **Nr.** | **Item** | **M(SD)** |
|---|---|---|
| 1 | [... darüber, wie die deutsche Gesundheitsversorgung in Bezug auf psychische Erkrankung strukturiert/organisiert ist.] | 3,32(1,31) |
| 2 | [... darüber, an wen ich mich wenden kann, wenn ich mich in einer psychischen Krise befinde und schnell Hilfe benötige.] | 3,93(1,35) |
| 3 | [... darüber, an wen ich mich außerhalb von psychischen Krisen wenden kann.] | 3,70(1,29) |
| 4 | [... darüber, wie ich psychologische Beratungsangebote/Therapien finden und in Anspruch nehmen kann.] | 4,08(1,15) |

Anhang Nr. 5: Quantitative Bedarfsevaluation: Deskriptive Auswertung der 5 Skalen: Psychische Erkrankungen verstehen, Auswirkungen der Erkrankungen auf die Familie, die Familie stärken, für mich Hilfe finden, für meine Kinder Hilfe finden

| | | |
|---|---|---|
| 5 | [... darüber, welche psychologischen Fernbehandlungsangebote (z.B. Videobehandlungen etc.) es gibt und wie ich Zugang zu diesen bekomme.] | 3,80(1,29) |
| 6 | [... über weitere Hilfsangebote (z.B. Beratungsstellen, sozialarbeiterische Unterstützung, Familienberatung, Erziehungsberatung).] | 3,97(1,27) |
| 7 | [... über Selbsthilfegruppen und mögliche Anlaufstellen.] | 3,72(1,33) |
| 8 | [... über Online-Hilfsangebote.] | 3,57(1,33) |
| 9 | [... über Internetseiten, die ich gezielt nach Hilfen in der Nähe des eigenen Wohnortes durchsuchen kann.] | 4,02(1,31) |
| 10 | [... darüber, wie ich in der Nähe meines Wohnorts nach Hilfe suchen kann.] | 3,92(1,29) |
| 11 | [... über anonyme Hilfsangebote.] | 3,55(1,41) |
| 12 | [... zu juristischen Problemen (z.B. Sorgerecht).] | 3,22(1,40) |

10) Für meine Kinder Hilfe finden

| **Nr.** | **Item** | **M(SD)** |
|---|---|---|
| 1 | [... darüber, an wen ich mich wenden kann, wenn ich mir Sorgen um die psychische Gesundheit meiner Kinder mache.] | 4,45(1,16) |
| 2 | [... darüber, welche Hilfsangebote für meine Kinder zur Verfügung stehen.] | 4,48(1,11) |
| 3 | [... darüber, wie ich Hilfsangebote für meine Kinder finde.] | 4,43(1,09) |

Gibt es noch weitere Informationen, die Sie sich für betroffene Eltern wünschen?

- alle Informationen auch in anderen Sprachen - Englisch, Arabisch. Dari, Farsi, Russisch, Kurdisch etc.

- Dass ggf. noch mehr auf die Situation von Alleinerziehenden (bzw. dann mit dem anderen Elternteilt, dass unter einer psychischen Erkrankung leidet) eingegangen wird. Die Hilfe, die sich das 'gesunde' Elternteil für sich selbst und das Kind holen kann, wie das Kind auf die psychische Erkrankung vorbereitet werden kann (da es ja durchaus merkt, dass mit dem anderen 'etwas nicht stimmt'), stärken des Kindes im Umgang mit der psychischen Problematik des anderen Elternteils, da Kinder auch bei psychisch kranken Elternteilen Umgang haben.

- Eigene Biografiearbeit, da eigener Vater krank.

- Elternbegleitung, Erziehungstipps nach Alter und Erkrankung, wie kann ich trotz meiner Erkrankung mein Kind stärken, sozialpsychiatrische Familienhilfe ist sehr rar...Möglichkeiten der gemeinsamen Therapie, Eltern-Kind...

- Informationen zur eigenen Prävention /Selbstschutz /Vorbeugung von eigenen psychischen Erkrankungen aufgrund von Problemen und Schwierigkeiten als Angehöriger, die sich im Laufe der Zeit durch die Erkrankung des/der Elternteile ergeben können, z. bsp aufgrund von unbewusst übernommenen Verhaltensmustern, oder gesellschaftlicher Meidung /Ausgrenzung durch Dritte, Überlastung, etc. Wichtig wäre hier auch eine sehr gute und sachliche allgemeine Aufklärung und Sensibilisierung des Umfeldes zum Umgang mit betroffenen Angehörigen, da hier häufig eine Ausgrenzung, Stigmatisierung und Gleichstellung mit dem/n Erkrankten durch das Umfeld erfolgt, was wiederum zur Entwicklung einer eigenen Erkrankung beiträgt. Ich halte es aus sozialer Sicht für extrem wichtig, dass gerade hier zwischenmenschlicher Kontakt für Betroffene so gut wie möglich gefördert wird, zum Ausbau der eigenen Zwischenmenschlichen Kompetenzen, welche oft aufgrund der Erkrankung der Eltern, und der dadurch fehlenden bzw. gestörten Vorbildfunktionen der prägenden Personen, und der daraus resultierenden Verkettungen mit Ausgrenzungen, Meidung, etc. starke Def

- Literaturverweis

- Netzwerkarbeit unter Betroffenen

- strukturierte Hilfe beim Jugendamt, langfristige stabile Unterstützung im ambulanten als auch stationären Bereich ( zu wenig Therapiestunden durch zwangspause der Krankenkasse oder beispielsweise nach 1 1/2 Jahren Erziehungsbeistandschaft ein Wechsel angestrebt wird obwohl erst da Vertrauen aufgebaut wurde - komplexe PTBS - und/ oder überlappende Hilfen im betreutem Wohnen (ambulant) so das Familien zusammenbleiben können, da das Problem nicht weg ist durch zereissen der Familie sondern gemeinsam (solange keine Gefährdung besteht) eine handlungsfähige schrittweise Lösungswege erarbeitet werden kann. Schön das es diese Umfrage gibt und ein großes Danke dafür.

- Über mögliche weitere Entlastungsinstrumente für Familien, wie kostengünstige oder kostenfreie Freizeitgestaltung (Reisen, Gruppen für Kinder mit anderen betroffenen Kindern, Stammtische o.ä. für Eltern mit Kindern, etc..)
- welche alternativen Behandlungsmethoden/Ansätze bei psychischen Erkrankungen gibt es (außer immer nur Psychopharmaka, die abhängig machen--> und tlw. alles noch schlimmer machen)z.B. gibt es Neurofeedback, Lichttherapie, welchen Einfluss spielt Ernährung (Omega, Mit.D) für das Gehirn u.s.w
- Wie soll ich mit meinem Umfeld über meine Erkrankung reden? Soll ich darüber reden? Was soll mein Kind sagen, warum seine Mutter nicht arbeitet oder z.b. keinen besuch von anderen Kindern Zuhause aushalten kann? Vielleicht ein Forum für betroffene Eltern? Wie soll man allgemein in der öffentlichkeit damit umgehen und was sagt man seinen Kindern zu seiner Erkrankung?
- Wo finde ich Hilfe, wenn ich aufgrund schlechter Erfahrungen das Vertrauen in Hilfe-Syste verloren habe?Wo finde ich Hilfe, wenn die "Familie" an meinen Kindern herum manipuliert?

Kennen Sie bereits Internetseiten, die sich mit dem Thema Elternschaft und psychische Erkrankungen befassen?

- Bücher: über Narzissmus bei der Mutter
- Depressionshilfe
- Narzismus
- Psychenet, dt. Gesellschaft für Psychologie, Researchgate
- Selfapy
- Stadt und Gemeinde
- Sunny Side Up Berlin
- weißer ring, kinderschutzbund seite ansonsten nur allgemeingehaltene Broschüren nichts konkretes für hilfe zur erziehung bei kindern oder auswirkungen und auch nicht zb für PTBS sondern nur Deppression bzw belastungssyndrom

Gibt es noch weitere Informationen, die Sie sich für betroffene Kinder wünschen?

- Alle Informationen in anderen Sprachen
- aufklärung bei polizei, gerichte, verurteilung von priestern und nonnen in jeder religion, abschaffung des kokordats, vollständige aufklärung über sexualität ( homo- trans- bi- lesbien. bin wegwn übergriffen von priestern als homosexuell veruteilt 1970 zu 2monaten schweren kerker, bedingt 3 jahre, durch falschintepredation und reinwaschung der kirche.

- Aus eigener Erfahrung wäre es wichtig, dass sich die Infomrationen auch von Kindern finden lassen bzw. sich an diese richten, in deren Familie die psychische Erkrankung des Elternteils nie so benannt oder gar totgeschwiegen wird. Ich glaube, um dann dennoch an die (richtigen) Informationen zu kommen oder sich bestärkt zu fühlen, in dem was man selbst wahrnimmt aber eigentlich nicht wahrnehmen darf, braucht es noch einmal andere Informationen. Und vielleicht auch gezielt Angebote der Hilfe/Information/Unterstützung..., die man in Anspruch nehmen kann, wenn keiner die Bezeichnung "psychisch krank" benutzt und man das selbst auch auf keinen Fall darf.

- Austausch mit anderen Betroffenen, Erfahrungsberichte, das Gefühl, nicht alleine zu sein. Ideal wären auch Gesichter von Betroffenen plus deren Geschichte oder prominente Personen, die von ihren Erfahrungen erzählen.

- beratungsstellen

- Das es in Ordnung ist, ein Elternteil zu kritisieren und sich Hilfe zu holen.

- Eine der allerwichtigsten Informationen ist, dass man als Kind (und auch als erwachsenes Kind) weder schuld noch verantwortlich ist für die psychische Erkrankung eines Elternteils. Und dass man - gerade als Kind - keine Möglichkeit hat, den Elternteil zu "heilen" durch Brav-Sein, gute Noten, sich unsichtbar und bloß keine zusätzlichen Probleme machen etc. Und dass man ein Recht darauf hat, Kind zu sein (zu spielen, sich mit Freunden treffen, ...) und dass man Spaß haben darf ohne schlechtes Gewissen, auch wenn es dem Elternteil schlecht geht. Dass man sich (wenn man denn schon alt genug ist und es kann) um sich selber kümmern darf, darauf achten, dass es einem selbst möglichst gut geht und dass man ein Recht darauf hat, sich selber Hilfe zu suchen und zu holen - gerade auch für den Fall, dass der erkrankte Elternteil sich nicht helfen lassen will.

- Ich wurde als Kind und auch bis heute ins erwachsenenalter nie über die Krankheit meines Vaters aufgeklärt. Es hieß immer Papa sei im Krankenhaus, weil es ihm nicht so gut geht, aber der Name der Krankheit wurde nie in den Mund genommen. Ich hab immer nur mitbekommen, wie er nicht mehr wollte, wie lustlos er war und auch, wie er versucht hat sich umzubringen. Und selbst nach dieser Situation wurde mir nur gesagt, dass es Papa jetzt wieder gut geht und das wars dann. Wieso Papa sich selbst verletzt hat wurde mir nie erklärt, genau so wie irgendetwas über die Krankheit erzählt. Erst im Jugendalter bin ich selbst dahinter gekommen und da haben mich meine Gedanken sehr überwältig. Es wäre somit wichtig auch Kindern Hilfe bieten zu können, die von ihren Eltern keine genaue Diagnose gesagt bekommen... die nicht wissen, wieso eins der Elternteile so drauf ist und was dahinter steckt. Die also nicht gezielt nach einer Erkrankung googlen können. Des Weiteren ist es wichtig den Kindern näher zu bringen, wie sie mit dem betroffenem Elternteil umgehen können. Ich saß mit meinem Vater im Auto und er hat mir die ganze Zeit gesagt, dass er sich nicht konzentrieren kann und denkt jeden Moment einen Unfall zu bauen. Ich bin morgens aus dem Haus gegangen mit seinen Worten im Ohr, dass er hofft den Tag irgendwie zu überstehen. Ich wusste nicht wie ich auf solche Situationen reagieren soll und wie ich selbst damit umgehen sollte. Ich hatte immer das Gefühl er ist bald nicht mehr da, weil er bei der erstbesten Gelegenheit gegen einen Baum fährt, oder er sich was angetan hat, wenn ich Mittags als erste wieder von der Schule nach Hause komme. Und das alles

ohne jegliches Wissen über seine Krankheit. Es ist also sehr wichtig auch Kindern Hilfe anbieten zu können, die nicht von ihren Eltern aufgeklärt werden und nicht die Namen der Krankheit wissen, oder überhaupt wissen, dass es eine Krankheit ist. Außerdem ist es wichtig betroffenen Eltern zu erklären, dass eine Aufklärung so früh wie möglich nützlich ist, damit das Kind versteht, was und wieso das alles passiert. Auf keinen Fall sollte man wie in meinem Fall das ganze Thema totschweigen! Also bitte bitte ganz viel Wert darauf legen, dass Eltern es bei den Kindern ansprechen, Kinder psychologische Betreuung erhalten und auch Kindern, deren Eltern über die Krankheiten schweigen H

- Infos über Ettiketierung (und "Nicht- Schuld" sein an Erkrankung (weder Elternteil noch Kind)

- Kinder suchen den Grund oft bei sich selbst und fühlen sich deshalb schuldig. Solche Themen werden in den Schulen zwar (nur sehr) oberflächlich angeschnitten, aber nicht vertieft und wenn tatsächlich dann jemand in dieser Schule diese Probleme hat, wird oft weggeschaut oder wo anders hinverwiesen. Als Kind ist man hilflos, wenn man nicht weiß, wo man bei diversen Problemen hingehen kann, was durch durch ein psychisch erkranktes Elternteil dann noch verstärkt wird.

- Können Kinder von narzisstischen Eltern an einer borderline Störung erkranken? Wie können sich die mittlerweile erwachsenen Kinder von psychisch erkrankten Eltern gegenseitig „heilen „ bzw. wieder Kontakt zueinander aufnehmen wenn sie bereits als Kinder gegeneinander aufgehetzt wurden ….

- Leicht zugängliche Beratungs- und Hilfsangebote für Eltern.Infos an allgemeine Anlaufstellen (Schulen, Kitas usw.)

- Mehr Mittel für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen.

- Meiner Meinung nach liegt grundsätzlich das Problem darin, dass die Kinder zwar merken, dass etwas nicht stimmt, aber es lange nicht zuordnen können. Ich bin mit einer narzisstischen Mutter aufgewachsen und habe 35 Jahre benötigt (es gab dazumal auch noch kein Internet mit all den Informationen...), dies zu realisieren. Wenn aus dem Umfeld keine Hilfe kommt, dann hat man als Kind das Gefühl, man selbst ist falsch und alle Anderen haben recht. Eine Plattform, bei der man gezielt z.B. die schwierige Situationen, die Verhaltensweisen der Mutter, etc. eingeben kann bzw. abgefragt wird, damit man besser Einschätzen kann, ob es sich überhaupt um eine psychische Krankheit handelt und falls ja, um welche. Ich denke das würde vielen Kindern helfen, da sie ja doch oft auf sich alleine gestellt sind.

- Neben den Informationen wo die Kinder Hilfe bekommen können, finde ich es sehr wichtig, ihnen zu vermitteln, dass sie mit der Situation NICHT ALLEINE sind und es in Ordnung ist mit Erwachsenen darüber zu REDEN. Solange die Kinder dies nicht wissen und auch daran glauben, nützen ihnen die Informationen nur sehr wenig.

- niedrigschwellige dauerhafte Angebote für Hilfe und Begleitung (gerade freier Platz, unabhängig von Krankenkassen-Zusagen über Eltern, emotionale Unterstützung durch Freizeitprogramme)

- siehe vorherige Erläuterungen zusätzlicher Informationsbedarf.
- Unterscheiden lernen zwischen eigener evtl. falscher Wahrnehmung und Wirklichkeit.
- Unterstützung im alltäglichen Leben mit erkrankten.
- Vorgreifende Informationen: Nicht nur WO man als Kind Kontakt zu Fachpersonen aufnehmen kann, sondern WAS Kinder ihnen schreiben/sagen können und wie es mit der Schweigepflicht aussieht. Quasi Unterstützung für die erste Kontaktaufnahme.
- Was können Kinder tun, wenn der erkrankte Elternteil ihnen aufgrund der eigenen psychischen Erkrankung, und mit dem daraus resultierendem, vielleicht dysfunktionalen Verhalten, schadet. (Zum Beispiel Unwahrheiten über das Kind erzählt, sich herrschsüchtig oder manipulativ dem Kind gegenüber verhält)oder was auch immer. Wo können Kinder und Jugendliche Hilfe finden?
- Wer erklärt einem Pubertier, welches total dicht macht, daß es gut wäre, eine Familientherapie zu machen?Wer erklärt dem 16jährigen Kind, daß auch ein halbes Jahr noch viel helfen kann, damit es trotz psychischer Erkrankung der Mutter noch Einiges geben kann, wenn die Mutter BEREIT ist, an sich zu arbeiten und nicht will, daß man im Groll auseinandergeht.
- Wie die Kinder damit selbständig lernen können umzugehen, damit es erst gar nicht dazu kommt dass sie eine schwerwiegende Erkrankung entwickeln.
- Wie kann das Kind damit umgehen, wenn die psychische Erkrankung des Elternteils in der Familie ein Tabu ist / negiert wird?
- Wie Kinder ihre Sorgen ggf. in der Schule kommunizieren können, damit die Lehrer nachsichtig sind, wenn es bei den Kindern zu Hause nicht so gut läuft.
- Wie Kinder überhaupt erkennen können, dass sie mit (undiagnostiziert) psychisch kranken Eltern zusammenleben.
- Wie man ein klärendes Gespräch mit einem psychisch kranken Elternteil führt
- Wo sie sich selbst in Akuten Situationen Hilfe rufen bzw. holen können, und wo sie auch Hilfe bekommen für Ihre Eltern wenn sie feststellen, dass es diesen akut schlecht geht. Beispielsweise in Situationen wie Selbstmordversuchen der Eltern, Selbstverletzung, Aggression, Psychose und ähnliches.
- Wo und wer therapiert mich jetzt

Kennen Sie bereits Internetseiten, die sich mit dem Thema Kinder psychisch erkrankter Eltern befassen?

- a: aufklaren
- Caritas

- chimpsnet.org
- compare
- google.de
- Grüttefin - sehr stark auf Verarbeitung durch Erwachsene zugeschnitten, Kinder im Alter zwischen 10 und 18 finden kaum geeignete Seiten für sich selb
- https://www.buendnis-depression.at/Fuer-Angehoerige/Kinder-von-psychisch-Kranken/Vergessen-und-ueberfordert
- https://www.narzissmus.org/
- https://www.netz-und-boden.de/
- https://www.netz-und-boden.de/deutschland/
- Ich selbst
- kidkit.de
- Kinder psychisch kranker ElternFrühe Hilfen
- Kinder- und Jugendtelefon
- Leuchtturm bei Suizid eines Elternteils
- Mehrere verschiedene Seitfn
- NACOA
- nacoa (insb. nacoa-Deutschland)kidkit(online Beratungsseite der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung)
- psychenet, dt. Gesellschaft für Psychologieresearchgate
- selbsthilfe.de
- Sunny side up Berlin
- Therapiemöglichkeiten? Was muss man machen? Wann merkt man das man Hilfe braucht?
- Verschiedene
- WellengangLapk
- www.borderline-muetter.de

Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten bzw. haben Sie weiter Anmerkungen?

- Alles, was für betroffene Kinder getan werden kann, sollte noch im Kindesalter getan werden, jeglicher lang fortschreitende seelische Mißbrauch hinterläßt Narben die in

mühevoller Arbeit im Erwachsenenalter aufgearbeitet werden müssen (körperliche & seelische Erkrankungen)

- Als betroffenes (mittlerweile erwachsenes) Kind einer depressiven Mutter habe ich erst sehr spät verstanden, dass es nicht normal ist wenn ich nicht nach den eigenen Bedürfnissen gefragt wird. Wir drei Töchter haben unsere Kindheit komplett der Krankheit unserer Mutter untergeordnet und es schien damals niemanden zu interessieren, was das alles mit uns macht. Ein Suizidversuch, den wir vereiteln konnten, wurde einfach totgeschwiegen. So werden natürlich die nächsten psychischen Erkrankungen vorprogrammiert. Ich finde es sehr sehr wichtig, dass Ihre Plattform diese Lücke und damit auch diesen Teufelskreis endlich schließen möchte. Wichtig wäre sicherlich, auch Therapeut*innen und Psycholog*innen dafür zu sensibilisieren, die Kinder ihrer Klient*innen mitzudenken und evtl. entsprechende Mitbehandlungen anzuregen. Das könnte evtl. auch zur Entlastung des betroffenen Elternteils führen.

- bin hier in Stadt Hannover wo ja relevant bekannt ist wass dafür zustände herrschenhier : die limmerstrasse ,kuechengarten die selbst ernannte Party Szene mit voller unkontrollierte gewalt anwendung unter den jugendlichen.

- dachte eigentlich es geht um PTBS

- Danke für eure Arbeit!Und alles Gute!

- Danke, dass Sie sich diesem wichtigen und in meiner Kindheit/Jugend leider nicht beachteten Thema annehmen!

- Danke.

- das Kinder Rechte haben miteinbezogen zu werden wie sie ihre Kindheit mitgestalten können und dürfendas Eltern Rechte wie Pflichten haben. Pflicht alles mögliche zu ermöglichen damit Kindern nie ihre ureigene Handlungsfähigkeit geraubt wird und Hilfen zur Unterstützung zu holen wenn sie merken das sie es nicht allein hinbekommen ohne das die Wertesystementwicklung der Kinder gefährdet wird, weil sie nicht frei zu bewerten lernen können.Rechte das man gezielte Hilfe/ Unterstützung/ Begleitung bekommen kann, wo auch wichtig ist wie es bewertet wird. z.B. du kriegst Hilfe weil notwendig, aber bei nicht schaffen der Ziele nicht die ultimo Konsequenzen kommt sondern sofern keine reale Gefährdung und in enger Absprache auch Zielvereinbarungen verändert bzw angepasst werden können um zu erreichen das das Kind nicht die Wertung übernimmt wenn ich etwas nicht schaffe ist die Konsequenz ich werde weggetan oder aussortiert....

- Das wichtigste wäre, sofortige niedrigschwellige Hilfsangebote für Kinder beim Erkennen der Krankheit.

- Das wird hier den Rahmen sprengen, aber mir ist es ein Anliegen, dass insbesondere die narzisstische Persönlichkeitsstörung und ihre Auswirkung auf Kinder mehr in die Öffentlichkeit gelangt und vor allem auch in den Familiengerichten und Jugendämtern viel mehr Sensibilität für diese Problematik entsteht. Kindeswohl setzt auch bei seelischen Verletzungen an - das ist aber im Gericht nur in der Theorie der Fall. Vor dem Familiengericht haben seelische Verletzungen kaum einen Stellenwert. Weiterhin benötigt es mehr

Hilfsangebote für Betroffene, z.B. auch für getrennt lebende Elternteile, die für ihr Kind eine Unterstützung im Umgang mit dem narzisstischen Elternteil suchen.

- Der Bedarf ist riesig, allgemeine Infos bzw. Hilfsangebote dagegen nur schwer zu finden.Auch einschlägige Institutionen wie Psychiater, Psychiatrien, Psychotherapeuten u.ä. vernachlässigen das Thema (mangels Angebote?)für Grundkenntnisse (z.B. über Psychopathologien und ihre Erscheinungsformen und Bedeutung) gehörten zwingend in die Pädagogische Ausbildung v.a. für Lehrer)

- die gesamte öffentlichkeit, weltweit, informieren, gesetze ändern, kindern und erwachsenen besser helfen und nicht verurteilen, vorurteile abschaffen durch aufklärung.

- Die Informationen für Kinder sollten in Schulen sichtbar und verständlich für alle Kinder in verschiedenen Sprachen ausliegen.

- Direkt auf der Webseite sollte gleichzeitig individuell auf die Stärken und Interessen/Leidenschaften der Kinder eingegangen werden , da dies wie ich finde extrem mit der Prävention und Bekämpfung Psychischer Erkrankungen zusammenhängt. Dennoch sind die Aussagen bzw. Informationen schon ziemlich genau auf den Punkt gebracht, deshalb denke ich es kann mit dieser Art von Webseite vielen Kindern/Jugendlichen geholfen werden.

- Es geht um ein 18 jähriges Mädchen, kurz vor dem Abitur, selbst schwer erkrankt an einer ungeklärten Autoimmunerkrankung die ihr Leben zusätzlich erschwert ,da es keine eindeutige Diagnose gibt .Sie lebt bei ihrer an Narzissmus und Borderline diagnostizierten Mutter . Die Ehe wurde geschieden als das Mädchen 5 Jahre alt war . Zum Vater besteht kaum Kontakt . Die Mutter verliert immer wieder ihren Arbeitsplatz und ist nun auch wieder lange Zeit arbeitslos . Die Mutter besucht eine Tagesklinik. Die Tochter steht nun kurz vor der großen Anstrengung der Abiturprüfung die durch ihre starke körperliche Erkrankung besonders belastend ist. Sie leidet unter rheumatischen Schmerzen ( in allen Gliedmaßen , die das Schreiben bei Klausuren extrem erschweren ). Sie braucht dringend Unterstützung um das Abitur zu bestehen .Danach möchte sie möglichst das Elternhaus verlassen aber weiß nicht wo sie wohnen könnte . Ich, Christine Ursinus , habe das Mädchen durch eine Naturheilpraxis kennengelernt und biete ihr kostenlos Gespräche ( habe eine umfangreiche Coachingausbildung) an . Ich habe den Fragebogen für die junge Marie ( nun kein Kind mehr da 18 Jahre) da sie zur Zeit völlig überfordert ist und Hilfe benötigt . Wie können wir mit Ihnen in Kontakt kommen ? Sie erreichen mich unter meiner Mail Adresse Christine@Ursinus.de.

- Es ist aus meiner Sicht sehr wichtig u d erfreulich, dassdas UKE zu diesem Thema eine Studie durchführen möchte. Ich hätte insbesondere. als Kind/Jugendlicher,aber auch heute noch sehr von diesen schnell zugänglichen Informationen profitiert und mir unglaublich viel Leid erspart. Die psychische Erkrankung meiner Mutter begleitet mich leidvoll in meinem gesamten Leben. DasThema scheint in der Gesellschaft nicht existent, tabuisiert, auch mit Vorurteilen behaftet (Weitergabe der psych. Erkrankung). Bis heute bin ich ratlos, schwanke von hoffnungsvoll bis komplett hoffnungslos, weiß nicht, wie ich mit der Situation umgehen sollte, ohne selbst eine Therapie zu machen. Dabei braucht/bräuchte ich vielmehr konkrete Tipps im Umgang mit meiner Mutter. Aufklärung damit, was in ihr und mit ihr in manischen

und depressiven Episoden vorgeht. Wie geht es ihr dabei? Was fühlt sie? Was passiert mit ihr klinisch? Als Kind dachte ich, ihre Wesensveränderungen lägen an mir. Habe mir die Schuld gegeben, dachte etwas falschgemacht zu haben. Bis heute habe ich glücklicherweise meine Freunde, die mir immerhin bereitwillig zuhören. Anlaufstellen, die unkompliziert erreichbar sind habe ich noch nicht gefunden. Das hätte mir persönlich sehr geholfen und die Beziehung zu meiner Mutter als ihr einziges Kind gerettet. Ich würde mir sehr wünschen, dass insbesondere Kinder und Jugendliche mit einem leicht aufzufindenden Portal Hilfe finden. Viel Erfolg wünsche ich Ihnen bei Ihrer Studie, mit herzlichem Dank für die Möglichkeit meine Gedanken hier aufs

- Es ist so ein schreckliches Thema und ich würde mir wünschen, dass Kinder von narzisstischen Eltern dem so früh wie nur möglich auf die Schliche kommen, denn als Kind ist man Hilf-/Wehrlos und vor allem Abhängig. Je früher man die Erkenntnis hat, desto besser. Danke, dass Sie sich diesem Thema widmen!

- Es müsste niedrigschwellige Entlastungen geben durch gute niedrigschwellige Kinderbetreuung, damit Eltern mal ein paar Stunden entlastetbwerden, damit es nicht zu Krisen kommt.

- Es müsste obligatorische Angebote der Erwachsenenpsychiatrie auch für Kinder geben. Oder andere niedrigschwellige Angebote, die auf die Kinder zu gehen und somit nicht von den Kindern initiiert werde müssen.

- Es wäre toll, wenn Kinder von psychisch kranken Eltern mehr gesehen würden - dazu müsste man an die Schulen gehen und dort niederschwellig ein Angebot unterbreiten (Gespräche/Vorträge, Poster etc.).Reine Information ist denke ich nicht das allerwichtigste (obwohl auch wichtig), sondern das Gefühl gesehen zu werden, nicht egal zu sein, nicht alleine zu sein. Vielen Dank!

- Gibt es vielleicht die Möglichkeit, ihr wertvolles Unterstützungsangebot auszuweiten auf inzwischen erwachsene Kinder von psychisch kranken Eltern, die damals als Kind keine Unterstützung / keinen Zugang zu einem solchen Hilfsangebot hatten?

- Ich bin dankbar für die Idee und das Bestreben sich der Problematik anzunehmen!

- Ich fände es gut, bei den Informationen für Kinder darauf zu achten, dass Kinder nicht zu sehr in die Lösungssuche für ihre Eltern gehen. Aus meiner Sicht sollte es auf der an Kinder gerichteten Seite bei den Lösungsansätzen vor allem um kindzentrierte Lösungen gehen (wie gehe ich damit um, mit wem kann ich sprechen, ich bin nicht allein betroffen etc.), damit die Kinder nicht noch mehr in eine Parentifizierung gedrängt werden.

- Ich fände es überaus hilfreich Tipps zu bekommen, wie man den Teufelskreislauf zwischen dem Erkennen, dass man selbst Betroffene ist, dass die eigene Mutter betroffen ist (und zwar im Rückblick seit man denken kann) und dass man es bereits an sein eigenes Kind weitergegeben hat, durchbrechen kann.Seit Jahren stecken wir in einem "Hamsterrad" gefühlt fest und trotz mehrjähriger Therapien von mir selbst und unserer mittlerweile 15 jährigen Tochter. Sogar eine Paartherapie haben mein Mann und ich jetzt begonnen... Ich wünsche mir Hoffnung, dass es für alle, v.a. für unsere Tochter ein Happy-End geben wird....

- Ich finde es äußerst wichtig, diesbezüglich auch sehr große Anstrengungen, in der dringend nötigen Antistigma-Arbeit, zu leisten. z.B.: Schulprojekte, Begegnungsprojekte, etc.

- Ich finde es ganz super klasse, dass dieses Thema endlich mit einer hohen Bandbreite angegangen wird, und ein entsprechender Beitrag zur Aufklärung auf diese Weise entstehen kann. Ich selbst habe durch die Erkrankungen der Eltern falsche und für mich schädliche Verhaltensmuster unbewußt übernommen, die mir später im Zuge der Partnersuche zum Verhängnis wurden, und schließlich in einer durch den (leider selbst vorgeschädigten) Ehe-Partner im Zuge der Scheidung vorsätzlich provozierten komplexen Traumafolgestörung. (schwer nachweisbar! vorsätzlich, da vorab erst entsprechend nötige Intimste Daten und Fakten weitgehend unauffällig erfragt und ausgehorcht wurden, später darauf basierend mit physischer, psychischer und finanzieller Zerstörung und Kindesentzug gedroht wurde, wenn nicht nach seinem Willen "gespurt" wird, und dies dann im Zuge der Scheidung detailiert vorbereitet, entsprechend gehandelt und schrittweise umgesetzt wurde über einen Zeitraum von mehr als 7 Jahren! Die Hölle existiert, der Weg zurück ist sehr steinig und schwer!) Wenn man die Tragweite die sich daraus ergibt bzw. ergeben kann versteht, versteht man auch die Menschen dahinter und die extreme Wichtigkeit in dieser Arbeit. Tausend Dank.

- Ich finde es sehr wichtig das psychische Erkrankungen besser aufgeklärt werden. Meines Erachtens ist es zwar wichtig Kindern von Elten in dieser Situation zu helfen, aber für die psychisch Erkrankten ist es noch viel schwerer. Hilfestellungen und mehr Therapien wären super.

- Ich finde es wichtig, den Kindern zu vermitteln, dass sie aktiv auf Ihre Lage aufmerksam machen sollten, wenn sie sich belastet fühlen. Ich selbst habe die Situation damals "hingenommen", weil ich gar nicht auf die Idee gekommen bin, dass mir vielleicht jemand helfen könnte. Ich hätte jemanden gebraucht, der mich gefragt hätte, wie es mir wirklich geht, statt mir zu sagen, wie stark und vernünftig ich doch wäre und wie toll ich mich um meine Mutter kümmere. Meine Erfahrung ist, dass Kinder sich schnell für ihre erkrankten Eltern verantwortlich fühlen, sich für sie aufopfern und dabei gar nicht hinterfragen, ob es nicht andere Instanzen gibt, die dies übernehmen sollten. Meine Kindheit wäre vermutlich unbeschwerter gewesen, wenn ich nach der Erkrankung meiner Mutter zu meinem Vater umgezogen wäre, der mir ein stabiles Umfeld gegeben hätte. Auf diese Idee bin ich aber in der damaligen Situation gar nicht gekommen - hier hätte ich den Anstoß von außen gebraucht. Der Wunsch nach Entlastung ist sicherlich bei vielen Kindern gegeben, doch es fehlen oft die konkreten Hilfsangebote, die sich nicht nur auf das Wohl der Kinder selbst, sondern auch auf die Versorgung des Elternteils beziehen. Es müsste auch von ärztlicher bzw. therapeutischer Seite an die Kinder eines erkrankten Elternteils herangetreten werden, um zu erfassen, wie es dem Kind geht und ob es möglicherweise Unterstützung braucht. Meiner Meinung nach sollte dieser Aspekt auch mit dem erkrankten Elternteil thematisiert werden, insbesondere wenn dieser alleinerziehend ist

- Ich kannte als Kind damals schon Anlaufstellen, an die ich mich wenden könnte - etwa ein Schulpädagoge, ein Lehrer, oder etwa die anonyme Nummer gegen Kummer (sogar ohne Internetzugang, solche Ratschläge fand ich häufig auch in Kinder-/Jugendzeitschriften), doch bes. Lehrer haben mir nicht geholfen. Lehrer haben weggeschaut trotz Anti-Mobbing Schulmotto, extremes Mobbing wurde als Streit abgetan, den ich mit den Schülern bei der

Schülermitverantwortung (SMV) klären sollte... Wenn man als Kind das Gefühl hat, dass alle Erwachsenen einen sowieso nicht nur nicht beachten, sondern auch nicht wertschätzen und helfen wollen, gibt man irgendwann auf, selbst wenn man noch eine Person finden könnte, die einem tatsächlich weiterhelfen könnte. Heute ist es immerhin schon "normal", dass man bereits mit 8 ein Smartphone in der Tasche hat. Der Vorteil davon ist, dass man so wenigstens schon mit jungen Jahren nach Hilfe suchen kann. Ich finde es gut, dass psychische Gesundheit immer weniger Tabuthema wird, und in vielleicht einem Jahrzehnt sind wir dann vielleicht auch so weit, dass es komplett normal ist, mit dem Chef oder Kollegen über Depressionen, Ängste oder Persönlichkeitsstörungen reden zu können, ohne direkt stigmatisiert zu sein. Es ist toll, dass dafür immer mehr getan wird.

- Ich stieß gerade zufällig auf diese Studie und bin sehr dankbar für die Arbeit, die Sie machen! Ich selbst bin 29 Jahre alt und habe sowohl seit etwa 14 Jahren mit einer Angsterkrankung, als auch mit diversen kleinen und größeren weiteren Aspekten des Lebens und Erwachsen werdens/seins sehr zu kämpfen. Erst seit Kurzem kam ich aufgrund eines Hinweises auf die Idee mich näher mit den Auswirkungen eines psychisch erkrankten Elternteils auf das Kind zu beschäftigen, da die psychische Erkrankung meiner Mutter bei uns sehr tabuisiert wurde und sie ja "auf keinen Fall etwas anderes hat als eine körperliche Erkrankung". Ich glaube, es hätte mir enorm geholfen, wenn schon in jüngeren Jahren zumindest an anderer Stelle die Erkrankung beim Namen genannt worden wäre und man mir geholfen hätte zu verstehen, dass ich an vielen Schwierigkeiten die ich hatte, nicht "selbst schuld" bin, sondern andere Kinder in dieser Konstellation sie auch haben und wie man damit umgehen kann. Deshalb halte ich das für ein enorm wichtiges Thema und hoffe, andere Kinder kommen, auch dank Ihrer Arbeit leichter an Informationen als ich.

- Ich würde mir nicht nur mehr Informationen zur Thematik wünschen, sondern auch eine größere Informationsverbreitung dieser Thematik über verschiedene Werbemöglichkeiten. Denn nicht nur die Existenz der Informationen ist aus meiner Sicht wichtig, auch eine (niederschwellige) Zugänglichkeit spielt eine bedeutende Rolle.

- Im Moment nicht.

- Kinder psychisch Kranker Eltern brauchen dringend Hilfe um nicht selbst später psychisch zu erkranken, weil sie nicht gelernt haben, mit der Situation gut umgehen zu können. Sonst ist die Gefahr eines traumatischen Erlebens gegeben. Es ist wichtig, dass sie sich verstanden fühlen, mit anderen Kindern in ähnlichen Situation Kontakt und Austausch finden. Ganz wichtig im Fall alleinerziehender Eltern.Meine eigene Psychische Erkrankung ist letztlich der traumatischen Erfahrung mit psychisch kranken Eltern geschuldet.Suizid des Vaters mit 4 Jhr. , Schizophrene Psychose der Mutter mit 16 Jahren. Der kompletten Tabuisierung des Suizids als auch der Schizophrenie. Niemand da mit dem man reden konnte und alles aufarbeiten.Erst die eigene Erkrankung Depression mit akuter vorübergehenden Psychose hat dies letztlich ermöglicht.Es ist dringend nötig die erlebten Traumata zu verarbeiten

- Kinder sollten gezielt geschützt werden. Es sollte ihnen vermittelt werden, dass sie niemals, an dem Zustand oder dem Handeln ihrer Eltern, Schuld sind oder dafür Verantwortung tragen. Auch sollte Kindern deutlich gemacht werden, dass sie Liebe,

Zuwendung und Schutz verdienen und das Eltern, nur weil sie die Eltern sind, nicht alles tun dürfen und es auch in Ordnung ist etwas gegen die Eltern auszusagen.

- Kinder vorbereiten/unterstützen, dass ihnen nicht das selbe passiert.
- nein
- Nein
- Nein, danke
- Nein, im Moment nicht
- Nein.
- Soll ich als mit kptbs (nach ICD11 pDIS) diagnostizierte Mutter "einfach so" meine Tochter los- und nach Berlin zur hochgradig dysfunktionalen Familie ziehen lassen, die lügt und manipuliert, daß sich die Balken biegen?Muß ich mir gefallen lassen, daß ich abgestempelt werde und meinem Kind auch noch vom Jugendamt eingeredet wird, es sei hoffnungslos mit der Mutter?
- Tolle Sache mit der Webseite!!!
- Versorgung ist ein riesiger WITZaktive Studienteilnahmen als betroffene Eltern in Kliniken und Institutsambulanzen sind ein WITZ, man wird fertig gemacht , ausgenutzt für das eigene Prestige der Studienleiter, keine Hilfe, nur Verturteilung und Auslösen vcon Schuld,- Scham,- Insuffizienzgefühlen. Ihre Webseite ist schön und gut, umfassend gestaltet, aber am Ende hilft niemand. man ist und bleibt allein mit seinen Problemen. Von Therapeuten wird man noch verhöhnt und verlacht. Therapeuten und Ärzte , die selbst keine Kinder haben, können sich nicht emphatisch einfühlen und eigentlich ist man ihnen auch egal. Das ist keine Hilfe in Dtl. , sondern nur ein System in das man als Betroffener gepresst werden soll. Wehrt man sich und hat ggf andere Ansichten, darf man gerne gehen. Man wird als dumm, krank und unwert hingestellt. EinWunder, das eigene Kind ist bislang ohne Therapeutische und ärztliche Hilfe von aussen 7 Jahre ( Beginn der Hilfesuche), jetzt 10 Jahre alt geworden (endgültige Aufgabe der Suche nach Hilfe, weil es eh nichts bringt).
- Vielen Dank, dass Sie sich um dieses Thema kümmern!!!
- Wenn ein Kind psychisch erkrankt, muss man als Eltern soviel Energie aufbringen, damit einem geholfen wird,Therapieplätze ambulant nicht unter 1 Jahr!Krisen muss man alleine durchstehen, da es nur ab und an Gespräche in der Ambulanz gibtWartezeiten bis zur Tagesklinik 8-10 Wochen! Stationär.6-8 Wochen! Wenn die Schule nicht möglich ist, muss man sich mit dem Kinderarzt streiten bezüglich Krankmeldung und es kommen immer wieder Vorwürfe, als hätte man bishernichts unternommen. Wir stehen nun mal leider immer auf Wartelisten und die Kinder leiden weiter. DieseZeit ist so schwierig, gerade wenn man selbst betroffen ist.Hier braucht es dringend schnellere Hilfen und ein Konzept zur Vermittlung von Hilfen und Familienbetreuung zur Entlastung oder alternative Angebote für die Kinder.
- Wie gehe ich als Erwachsene Tochter und Enkeltochter mit der narzisstischen Mutter/Oma um?

Anhang Nr. 7: Qualitative Bedarfsevaluation – Expert*innen-Interviews: Liste der bereits bekannten Internetangebote

Bereits bekannte Internetangebote waren die folgenden:

- Expertise der Bundes-AG für Kinder psychisch kranker Eltern
  - o http://bag-kipe.de/
  - o http://bag-kipe.de/eltern-und-kinder/
- https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/fachthemen/kinder-psychisch-kranker-eltern/
- https://www.aufklaren-hamburg.de/
- NACAO (auch mit Chatfunktion), deckt auch den Bereich Suchterkrankungen ab
  - o Noch mal prüfen, wer das gesagt hat und ob das richtig geschrieben wurde
- Verrückt, na und?
  - o https://www.irrsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-lernen/
- Trampolino
  - o https://www.diakonisches-werk-hannover.de/beratung-leistung/menschen-in-jungen-jahren/trampolino-fuer-kinder-psychisch-erkrankter-eltern/
- https://prodo-group.com/ => Verweis auf psychotherapeutische Angebote, Webseiten, Bücher
- Münchner Bündnis gegen Depression (Aufklärungsmaterial, aber eher aus Perspektive der Erwachsenen)
  - o https://www.muenchen-depression.de/news/gruppe-power4you-fuer-kinder-psychisch-erkrankter-eltern/index.html
  - o https://www.muenchen-depression.de/
    - Keine spezifischen Infos gefunden
- DGPs
  - o Kleine Videos zu Umgang mir Corona-Krise für Kinder und Familien
    - https://www.youtube.com/watch?v=KfSQjA0wpVE
- Projektatlas (auf der Homepage des Fachverbandes Gemeindepsychiatrie)
  - o Evtl. CHIMPS-NET dort aufnehmen?
  - o http://kinder.mapcms.de
  - o https://www.dvgp.org/themen-engagement/kinder-psychisch-erkrankter-eltern.html
- App „Krisenkompass“ (Telefonseelsorge)
  - o https://www.telefonseelsorge.de/krisenkompass/
- Guttempler

o Keine Informationen gefunden

- Aktionsbündnis seelische Gesundheit (Pressedosier)

o http://fairmedia.seelischegesundheit.net/index.php?Itemid=298

o https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/news-archiv/meldung/article/kinder-psychisch-erkrankter-eltern-brauchen-hilfe-empfehlungen-fuer-betroffene-familien/

- AFET: https://www.afet-ev.de/

- Institut für soziale Arbeit in Münster

o Hinweis auf interessante Veranstaltung:

 https://www.fh-muenster.de/sw/termine/weiterbildungskatalog.php?wkid=12528&year=2020

- Weiteres:

https://www.bzga.de/infomaterialien/fruehe-hilfen/materialien-zu-fruehen-hilfen/eltern-mit-psychischen-erkrankungen-in-den-fruehe-hilfen/

Die Betroffenen kannten folgende Offline-Angebote:

- Film „Wir sind hier“ : Film von Rothenburger (selbst betroffen), dieser darf komplett genutzt werden; MK: Silke kann Kontakt für uns herstellen

o https://www.psychiatrie.de/filme/dvds/wir-sind-hier.html

- Website Aladin:

o https://www.aladin-hamburg.de/

- Warum ist Mama so traurig?

o Buch: https://www.amazon.de/Vorlesebuch-psychisch-erkrankten-Elternteil-Ratgeberteil/dp/3940529613

- Mamas Monster

o Buch: https://balance-verlag.de/product/mamas-monster/

- Was ist bloß mit Mama los? – Wenn Eltern in seelische Krisen geraten

o Buch: https://www.amazon.de/seelische-geraten-Kindern-Depression-sprechen/dp/3466310202

Anhang Nr. 8: Quantitative Bedarfsevaluation der KJ: Deskriptive Beschreibung der Skala Psychische Erkrankungen der Eltern verstehen und der Skala Hilfe finden

| Nr. | Item | M(SD) |
|---|---|---|
| 1 | [... darüber, was man unter dem Konzept psychische Erkrankung versteht.] | 3,64(1,28) |
| 2 | [... darüber, was psychische Erkrankungen sind.] | 3,91(1,24) |
| 3 | [... darüber, wie häufig psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung auftreten.] | 3,46(1,23) |
| 4 | [... darüber, wie viele Kinder ein Elternteil mit einer psychischen Erkrankung in Deutschland haben.] | 3,79(1,22) |
| 5 | [... darüber, wie psychische Erkrankungen entstehen können.] | 4,01(1,13) |
| 6 | [... darüber, was die psychische Erkrankung mit dem erkranktem Elternteil macht.] | 4,54(0,83) |
| 7 | [... darüber, wenn sich betroffene Kinder Sorgen machen aufgrund der elterlichen Erkrankung selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln.] | 4,46(0,91) |
| 8 | [... darüber, welche Alltagstipps es gibt, die das psychische Gleichgewicht fördern.] | 4,24(1,08) |
| 9 | [... darüber, welche verschiedenen psychischen Erkrankungen es gibt.] | 3,60(1,16) |
| 10 | [... darüber, wo man verlässliche Informationen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen finden kann.] | 4,06(1,14) |
| 11 | [... darüber, welche weitverbreiteten Irrglauben es über psychische Erkrankungen gibt.] | 3,87(1,25) |
| 12 | [... darüber, wie die elterliche psychische Erkrankung behandelt werden kann.] | 4,01(1,19) |
| 13 | [... darüber, wenn das erkrankte Elternteil im Krankenhaus behandelt werden muss.] | 3,70(1,23) |
| 14 | [... darüber, wie Medikamente wirken und welchen Einfluss sie haben können.] | 3,65(1,25) |
| 15 | [... darüber, ob dem erkranktem Elternteil geholfen werden kann.] | 4,25(1,12) |
| 16 | [... darüber, welche emotionalen Belastungen und Probleme bei den Kindern auftreten können.] | 4,70(0,65) |
| 17 | [... darüber, wie andere Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil ihre Situation erleben (Erfahrungsberichte).] | 4,61(0,65) |

Anhang Nr. 8: Quantitative Bedarfsevaluation der KJ: Deskriptive Beschreibung der Skala Psychische Erkrankungen der Eltern verstehen und der Skala Hilfe finden

Skala Hilfe finden

| Nr. | Item | M(SD) |
|---|---|---|
| 1 | [... darüber, was Kinder für sich selbst tun können, um mit ihrer Situation und Belastung umgehen zu können.] | 4,62(0,87) |
| 2 | [... darüber, mit wem und wie Kinder über ihre Situation sprechen können, um Entlastung zu erfahren.] | 4,64(0,85) |
| 3 | [... darüber, an wen sich Kinder wenden können, wenn sie dringend Hilfe benötigen.] | 4,72(0,78) |
| 4 | [... darüber, an wen sich Kinder noch wenden können, wenn sie Hilfe benötigen.] | 4,51(0,95) |
| 5 | [… darüber, mit welchen Fachpersonen (Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen) betroffene Kinder über ihre Situation sprechen können.] | 4,36(1,04) |
| 6 | [... darüber, wie Kinder selbstständig Kontakt zu unterstützenden Fachpersonen herstellen können.] | 4,46(0,96) |
| 7 | [... über Online-Hilfsangebote für Kinder.] | 4,21(1,13) |
| 8 | [... darüber, welche anonyme Hilfsangebote es für Kinder gibt.] | 4,27(1,09) |
| 9 | [... darüber, wie Kinder Hilfsangebote in der Nähe ihres Wohnortes suchen können.] | 4,45(0,99) |
| 10 | [... über Selbsthilfegruppen und mögliche Anlaufstellen für Kinder.] | 4,19(1,17) |
| 11 | [... über Internetseiten, die gezielt nach Hilfsangeboten in der Nähe des eigenen Wohnortes der Kinder durchsucht werden können.] | 4,31(1,04) |
| 12 | [... zu weiteren Informationsangeboten, die sich mit dem Thema Kinder psychisch erkrankter Eltern auseinandersetzen (Broschüren etc.).] | 3,95(1,21) |

Haben Sie Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge für die Webseite www.chimpsnet.org? Gibt es noch weitere Themen, zu denen Sie sich Informationen auf der Website wünschen? Dann tragen Sie diese bitte hier ein.

- Ich nutze zum ersten Mal diese Seite, vernünftige Einschätzungen sind daher schwierig bis eher unmöglich!

- Hilfreiche Hinweise für Jugendliche, deren Eltern psychisch auffällig sind, aber jegliche Hilfe verweigern. Es ist vielleicht nicht Ihr Anliegen, aber mich interessieren Informationen für erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern.

- Schriftfarbe ist nicht ansprechend. Rosa eher wie eine Warnfarbe. Wo finden die erwachsenen Kinder Rat und Unterstützung? Vielleicht unter Kinder und Jugendliche einen extra Reiter für die erwachsenen Kinder erstellen. Bspw. mit Hinweis auf den Verein Seelenerbe, Selbsthilfegruppe und/oder entsprechende Literatur wie z.B. 'Unsichtbare Narben etc. …Insgesamt ein super Projekt!

- - es fehlen Literaturtipps -es fehlen die Zielgruppen: Verwandte, Nachbarn, Erzieher:innen, Lehrer:innen etc, die feststellen, das Kinder bei psychisch kranken Elternteilen leben und die Kinder und deren Eltern ggbf. unterstützen möchten -es fehlen Aufklärungstexte/didakt. Material für pädagogische Einrichtungen, Schulen etc. -mehr eigene Inhalte reinstellen statt nur Links

- Ich wünsche mit ausführlichere Informationen zu den verschiedenen psychischen Erkrankungen und eventuell Literaturhinweise (die habe ich gegebenenfalls übersehen beim Stöbern auf der Website. Die Farbkombination pink/ dunkelblau finde ich etwas grell und würde mich mit dezenteren Farben wohler fühlen. Ich fände noch die Kategorie "für den selbst nicht betroffenen Elternteil" hilfreich. Dann würde ich die Seite auch meinem Partner weiterempfehlen.

- Spontan habe ich den Eindruck, die entworfenen Angebote entsprechen dem vielschichtigen Bedarf! Jedoch die Bezeichnungen sind mit ihren knappen Kurzformen so gar nicht anschaulich, erst die Beschreibgen ermöglichen Rückschluss auf Inhalt des Angebots. VIELEN DANK! Ein Hinweis auf den Verein Seelenerbe für erwachsene Kinder psychisch veränderter Elternteile könnte ein weiterer interessanter Hinweis sein...

- Ich wünsche mir Tipps (von Psychologe, Therapeut) bzw. Hintergrundwissen, damit ich Zusammenhänge besser verstehen kann. Warum es mir geht, wie es mir geht bzw. warum ich so fühle, wie z.B. unter folgendem Link: https://www.spektrum.de/news/narzisstische-eltern-kein-herz-fuer-die-eigenen-kinder/1870531 Dieser Link hat mir sehr geholfen einiges besser zu verstehen. Auch bin ich auf keine Selbsthilfegruppen für Erwachsene (von narzisstischen Eltern) fündig geworden. Zwar fand ich einen Link, aber die Auflistung von Selbsthilfegruppen/-blogs samt Kontaktdaten wäre für mich wünschenswert.

- Für mich ist die Farbgestaltung gruselig (pink-dunkelblau). Ich kannte die Website nicht sondern war über www.psychenet.de auf die Studie gekommen. Deshalb habe ich die Frage erst beantworten können, als ich parallel mir die Website anschaute.

- Leider kaum nützliche Infos für erwachsene Kinder

- Texte müssen viel kürzer sein und mehr in Absätzen untergliedert - Vorschlag: Kurs zum Internet texten besuchen. Entweder Fotos oder Grafiken. Fotos bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern wirkt ja sehr verzweifelt und auch nur ein weißer junger Mann...Diversität berücksichtigen. Bei der Navigation gehen manche Seiten nicht. Bei den Eltern gibt es wieder keine Fotos....einheitliches Design überdenken. Das Thema finde ich zu wichtig, als dass es so stiefmütterlich aufbereitet wird. Es wäre gut, wenn das UKE dort bisschen Geld in die Hand nimmt und das noch überarbeiten lässt.

- Ich finde es wichtig zu berücksichtigen, dass man als auch z.B. mit 50 Jahren noch ein "Kind "von psychisch kranken Eltern sein kann. Das ist ein großes Feld von BürgerInen, die Sie mit Ihrer Seite gar nicht abbilden.

- Eine stärkere optische Gliederung würde das Lesen der langen Texte vereinfachen - mehr Icons/Kacheln, Dropdown-Menüs; eine optische Trennung der verschiedenen Unterkategorien könnte helfen z B durch farbliche Gestaltung; Unterüberschriften mit einklappbaren Texten statt "Umleitung" nach unten auf der Seite beim Anklicken

- Nein

- Das Thema der Tabuisierung wird zu wenig angesprochen, Wenn die Eltern nicht krankheitseinsichtig sind, ist die Auseinandersetzung der Kinder mit diesem Thema ja auch sozusagen ein Vertrauensbruch u. da ist der Punkt: „Was passiert in der Familie/Tabuisierung“ zu wenig erörtert. Für jüngere Kinder (unter ca. 12Jahre) ist diese Seite zu schwer verständlich, einige etwas kindgerechtere Erklärungen zusätzlich wären hilfreich. Wie schafft man es, daß Kinder diese Seite finden?

- https://www.chimpsnet.org/?page_id=824 es gibt keine Information hier. Habe die Webseite heute zum ersten Mal gesehen. Ich habe selbst Psychose gehabt (20-25 Jahre) und kenne erst jetzt, wo meine Tochter eine Psychose entwickelt hat, das es so etwas wie Eltern und Kinder mit Psychosen gibt.

- Ads

- Leider fehlen Hinweise zu Leistungen der Teilhabe in Form von Elternassistenz (§ 78 Abs 3 SGB IX) sowohl auf der Seite für Eltern als auch für Kinder. Es wird mehr auf medizinische Behandlung und Hilfe durch die Jugendhilfe verwiesen. Der gesamte Bereich Teilhabe (BTHG) fehlt allerdings. Dieser ist aber gerade bei chronisch psychisch erkrankten Eltern der wichtigere Teil, der Eltern entlasten und Kinder aus der Parentifizierung ebnen kann. Und die Jugendhilfe kennt diesen Teil der ambulanten Hilfen auch noch viel zu selten.

- Essstörungen sind umfangreich - hier zu wenig differenzierte Fragen

- "Da ich zum allerersten Mal auf dieser Webseite bin, musste ich logischerweise alle Fragen zur Webseite mit ""stimme nicht zu"" bewerten. Ich weiß es noch nicht und kann daher nicht zustimmen oder auch nur eine objektive Bewertung abgeben. Diesen Zwischenpunkt habt ihr in der Programmierung dieser Seite schlicht vergessen."

- Ads

Sie haben angegeben, dass Sie über eine Suchmaschine auf die Webseite www.chimpsnet.org gekommen sind. Welche Suchbegriffe haben Sie hierfür verwendet? (n=10)

- Bipolare Störung (3)
- Selbstmordgedanken (2)
- Depression (1)
- Posttraumatische Belastungsstörung (1)
- Anpassungsstörung (1)
- Konzentration nach Drogenpsychose (1)
- Mutter psychisch krank (1)

Sie haben angegeben, dass Sie über über einen Link auf einer anderen Webseite zu www.chimpsnet.org gekommen sind. Welche Webseite war dies? (n=4)

- www.dgbs.de
- psgn.ch
- https://www.spektrum.de/news/narzisstische-eltern-kein-herz-fuer-die-eigenen-kinder/1870531
- Spektrum

Anhang Nr. 10: Qualitative Bedarfsevaluation: Bewertung der Themenbereiche im Rahmen der Betroffenen-Interviews

| **Themenbereiche** | **Bewertung** |
|---|---|
| Themenbereich 1: Allgemeine Informationen zu psychischen Erkrankungen und psychischer Gesundheit, um zunächst ein Verständnis der eigenen Erkrankung zu bekommen | 8,9 |
| Themenbereich 2: Informationen speziell für Eltern | |
| - Wie kann ich für mich sorgen und trotzdem ein gutes Elternteil sein (z.B. während eines Klinikaufenthaltes)? | 9,6 |
| - Wie kann ich Konflikte und den Alltag managen, speziell wenn es mir nicht gut geht? | 8,0 |
| - Informationen speziell für Mütter und Väter getrennt darstellen, da in manchen Bereichen Rollenunterschiede bestehen | 5,7 |
| - Wie kann ich meinem Kind helfen, z.B. psychische Erkrankung kindgerecht erklären oder Kommunikation in der Schule/Kindergarten unterstützen | 8,4 |
| Themenbereich 3: Informationen speziell für Kinder und Jugendliche | |
| - Informationen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen | |
| - Warum ist mein Elternteil krank und kann ich selbst erkranken? | 7,7 |
| - Wie gehe ich in der Schule mit familiären Problemen um? Wo kann ich mir (ggfs. anonyme) Hilfe suchen? | 8,4<br>8,3 |
| - Wie kann ich mein Elternteil auf seine psychische Erkrankung ansprechen? | 7,9 |
| Themenbereich 4: Hilfe finden | 8,1 |
| Themenbereich 5: Erfahrungsberichte/ Zitate von betroffenen Kindern/ Eltern (jeweils zu den spezifischen Themen) | 9,6 |

Anhang Nr. 11: Quantitative Prozessevaluation: Soziodemografische Angaben

| | N | % |
|---|---|---|
| **Höchster Bildungsabschluss** | | |
| noch in der Schule | 3 | 3,9% |
| Haupt-/Volksschulabschluss | 3 | 3,9% |
| Realschulabschluss/Mittlere Reife | 16 | 20,8% |
| Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse | 2 | 2,6% |
| Fachhochschulreife | 9 | 11,7% |
| erweiterte Oberschule/ allgemeine/ fachgebundene Hochschulreife/ Abitur | 9 | 11,7% |
| Fachhochschulabschluss/ Hochschulabschluss | 32 | 41,6% |
| Sonstiges | 3 | 2,9% |
| **Herkunftsland** | | |
| Deutschland | 74 | 96,1% |
| Österreich | 1 | 1,3% |
| Schweiz | 1 | 1,3% |
| Sonstiges [a] | 1 | 1,3% |
| **Beschäftigungsstatus** | | |
| Angestellt – Vollzeit | 21 | 27,3% |
| Angestellt – Teilzeit | 14 | 18,2% |
| Ehrenamtliche Anstellung | 2 | 2,6% |
| Schüler:in/Student:in | 15 | 19,5% |
| Berentet | 6 | 7,8% |
| Arbeitslos | 5 | 6,5% |
| Sonstiges [b] | 14 | 18,2% |

a Spanien (*n* = 1)

b Selbstständig (*n* = 6), Freiberuflich (*n* = 3), Zeitarbeit (*n* = 1), Krank (*n* = 1), Erwerbsminderungsrente (*n* = 1), Pflege eines Angehörigen (*n* = 1)

Anhang Nr. 12: Quantitative Prozessevaluation: Angaben zur Internetnutzung und Nutzungsverhalten der Website

| | N | % |
|---|---|---|
| **Endgerät** | | |
| Smartphone | 34 | 44,2% |
| Tablet/ Phablet | 11 | 14,3% |
| Laptop/ Desktop-Computer | 48 | 62,3% |
| **Nutzungsverhalten** | | |
| heute zum ersten Mal | 64 | 83,1% |
| bis zu 5 mal | 9 | 11,7% |
| bis zu 10 mal | 4 | 5,2% |
| **Auffinden der Webseite** | | |
| UKE-Homepage | 5 | 6,49% |
| Internetseiten von zugehörigen Partnerkliniken | 0 | 0% |
| psychenet.de | 26 | 33,77% |
| Bekannte | 11 | 14,29% |
| über eine Suchmaschine | 16 | 20,78% |
| über einen Link auf einer anderen Website | 6 | 7,79% |
| Sonstiges [a] | 19 | 24,68% |

a Seelenerbe (n = 5), Netzwerk Kinder psychisch kranker Elternteile (n = 1), Fachtagung (n = 1), Facebook (n = 1), Verteiler (n = 1), Selbsthilfegruppe (n = 4), Freunde/Bekannte (n = 2), ApK (n = 1), Radio (n = 1), Uni (n = 1), Beruf n = (1)

Anhang Nr. 13: Quantitative Prozessevaluation: Fragebogen zur Nutzung der Website

| Nr. | Item | M | SD |
|---|---|---|---|
| 1 | Ich kann alle Informationen, die für mich wichtig sind, schnell auf der Webseite finden. | 2,99 | 0,79 |
| 2 | Die Darstellung der Informationen auf der Webseite ist übersichtlich. | 3,19 | 0,83 |
| 3 | Die Informationen auf der Webseite sind leicht zu verstehen. | 3,31 | 0,85 |
| 4 | Die Schriftart auf der Webseite ist gut lesbar. | 3,39 | 0,86 |
| 5 | Die optische Gestaltung/ das Design der Webseite ist ansprechend. | 3,01 | 0,88 |
| 6 | Die Bilder auf der Webseite sind passend. | 3,09 | 0,86 |
| 7 | Die Farben der Webseite sind angenehm. | 3,10 | 1,01 |
| 8 | Die Webseite ist einfach zu benutzen. | 3,19 | 0,87 |
| 9 | Die Informationen auf der Webseite sind vertrauenswürdig. | 3,32 | 0,75 |
| 10 | Die Informationen auf der Webseite sind aktuell. | 3,19 | 0,76 |
| 11 | Der Umfang der auf der Webseite dargestellten Informationen ist angemessen. | 3,09 | 0,80 |
| 12 | Alles in allem ist die Webseite für mich nützlich. | 3,00 | 0,83 |
| 13 | Ich würde die Webseite anderen weiterempfehlen. | 3,08 | 0,82 |
| 14 | Ich werde die Webseite bei Bedarf wieder besuchen. | 3,26 | 0,89 |
| 15 | Die Inhalte der Webseite sind interessant. | 3,32 | 0,82 |
| 16 | Die Webseite enthält Informationen, die ich brauche. | 2,99 | 0,94 |
| 17 | Die Informationen auf der Webseite haben mir bei meinem Anliegen weitergeholfen. | 2,84 | 0,96 |
| 18 | Durch die Webseite habe ich Hinweise auf weitere Informationsquellen erhalten. | 2,92 | 0,94 |
| 19 | Die Informationen auf der Webseite verwirren mich. | 1,97 | 1,06 |
| 20 | Die Webseite hinterlässt bei mir unbeantwortete Fragen. | 2,30 | 1,15 |
| 21 | Durch die Nutzung der Webseite habe ich etwas Neues erfahren. | 2,84 | 0,89 |

Anhang Nr. 14: Qualitätskriterien der CHIMPS-NET-Interventionen TP Implementierung und Qualitätssicherung (aQua)

| Nr. | Titel | Beschreibung |
|---|---|---|
| 1 | Verfügbarkeit der CHIMPS-Intervention | Die CHIMPS-Intervention sollte für alle Kinder, deren Eltern an einer psychischen Erkrankung leiden, verfügbar sein. |
| 2 | Inanspruchnahme der CHIMPS-Intervention | Die CHIMPS-Intervention sollte nur von Familienmitgliedern in Anspruch genommen werden, die nicht an schweren psychischen Erkrankungen mit akuten behandlungsbedürftigen Symptomen (z.B. Psychosen, Fremd- und Eigengefährdung) leiden. |
| 3 | Informationen zur CHIMPS-Intervention | Alle Akteurinnen / Akteure des Netzwerkes informieren die betroffenen Eltern sowie weitere Akteurinnen / Akteure aus dem ambulanten Bereich wie Sozialpädiatrische Dienste, niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten, Jugendämter usw. über die CHIMPS-Intervention und unterstützen geeignete Maßnahmen zur Information der Familien (z.B. durch Aushänge, Flyer, Webseiten). |
| 4 | Zugang zur CHIMPS-Intervention | Der Zugang zur CHIMPS-Intervention erfolgt über:<br>• die EWP<br>• die ambulanten Therapeutinnen / Therapeuten der Eltern<br>• die sozialpädiatrischen Dienste oder Beratungsstellen<br>• die KJP<br>• die Jugendämter |
| 5 | Ersteinschätzung des Therapiebedarfs | Erwachsene mit psychischer Erkrankung werden im Netzwerk standardmäßig nach ihren Kindern, deren Alter und potenziellem Therapiebedarf gefragt. |
| 6 | Psychosoziale Diagnostik | Bei Familien mit Therapie-/Beratungsbedarf findet eine psychosoziale Diagnostik statt. Die Durchführungsverantwortung dieser psychosozialen Diagnostik wird von den entsprechend qualifizierten Akteurinnen / Akteuren des Netzwerkes festgelegt. |
| 7 | Mindestanforderungen der Zusammenarbeit | Die CHIMPS-Intervention wird nur dort durchgeführt, wo bestimmte Mindestanforderungen bezüglich der Zusammenarbeit erfüllt sind (z.B. mindestens Zusammenarbeit / Kommunikation KJP und EWP, ggf. weitere Akteurinnen / Akteure). |
| 8 | Formaler Austausch im Netzwerk (Vernetzung KJP und EWP) | Die CHIMPS-Intervention wird nur dort durchgeführt, wo ein regelmäßiger formaler Austausch zwischen den Akteurinnen / Akteuren des Netzwerkes stattfindet. |
| 9 | Setting der CHIMPS-Intervention | Die Durchführungsverantwortung der CHIMPS-Intervention wird von den Akteurinnen / Akteuren des Netzwerkes selbst festgelegt. |
| 10 | Informationsfluss | Interventionsrelevante Informationen über Kinder betroffener Eltern werden von den Akteurinnen / Akteuren des Netzwerkes standardisiert an die |

Anhang Nr. 14: Qualitätskriterien der CHIMPS-NET-Interventionen TP Implementierung und Qualitätssicherung (aQua)

| Nr. | Titel | Beschreibung |
|---|---|---|
| | | durchführungsverantwortliche Einrichtung weitergegeben. |
| 11 | Netzwerkstrukturen | Die Durchführungsverantwortlichen der CHIMPS-Intervention informieren alle anderen Akteurinnen / Akteure des Netzwerkes in regelmäßigen Abständen über die CHIMPS-Intervention. |
| 12 | Gemeinsame Dokumentation | Alle Netzwerkpartnerinnen / -partner führen und verwalten interventionsrelevante Informationen in einem gemeinsamen Dokumentationssystem. |
| 13 | Mindestanforderungen an das Netzwerk | Das CHIMPS-Netzwerk erfüllt bestimmte Mindestanforderungen bezüglich seiner Strukturen und Prozesse (z.B. wie viel und welches Personal mindestens im Netzwerk vertreten sein muss). |
| 14 | Umsetzung der Bestandteile | CHIMPS sollte nur dort angeboten werden, wo alle wirksamen Interventionen (CHIMPS-P, CHIMPS-T, CHIMPS-T-Gruppe, iCHIMPS) durchgeführt werden können. |
| 15 | Fachliche Anforderungen an die Therapeutinnen / Therapeuten | Die CHIMPS-Intervention darf ausschließlich von Personen mit den folgenden fachlichen (Mindest-)Qualifikationen durchgeführt werden:<br>• CHIMPS-P: Sozialarbeiter(in)/-therapeut(in) (Qualifikation/ Weiterbildung für Familientherapie)<br>• CHIMPS-T: Approbierte(r) Psychotherapeut(in) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)<br>• CHIMPS-MFT: Familientherapeut(in) oder Sozialarbeiter(in) mit familientherapeutischer Qualifikation |
| 16 | Teilnahme an einer CHIMPS-Schulung | Die CHIMPS-Intervention darf nur von nachweislich für diese Intervention mittels Schulung qualifiziertem Personal durchgeführt werden. |
| 17 | Teilnahmebescheinigung CHIMPS-Schulung | Die Befähigung zur Durchführung der CHIMPS-Intervention ist durch das Vorliegen der Teilnahmebescheinigung an einer CHIMPS-Schulung nachzuweisen. |
| 18 | Konzept der Schulung | Die Schulung zur CHIMPS-Intervention erfolgt regulär als Gruppenschulung anhand eines verbindlich anzuwendenden Schulungskonzepts, das mindestens die folgenden Themenblöcke enthalten sollte:<br>• theoretischer Hintergrund<br>• Grundlagen der psychodynamischen familienorientierten Arbeitsweise<br>• Setting der Intervention (Aufbau, Struktur & Varianten) |

Anhang Nr. 14: Qualitätskriterien der CHIMPS-NET-Interventionen TP Implementierung und Qualitätssicherung (aQua)

| Nr. | Titel | Beschreibung |
|---|---|---|
| | | • Herausforderungen der familienorientierten Arbeit / Familiendynamiken<br>• Fallarbeit |
| 19 | Patientensicherheit (Umgang mit Krisen) | Für den Fall von Krisen (der Kinder oder Erwachsenen) existieren konkrete Vorgaben während der CHIMPS-Intervention zum Umgang und weiteren Vorgehen. |
| 20 | Vorgaben zum Ablauf der Intervention / Manualtreue | Grundlage der CHIMPS-Intervention ist das für diesen Zweck spezifizierte Manual, dessen Beachtung für Therapeutinnen / Therapeuten verpflichtend sein sollte. Dies ist jedoch nicht im Sinne einer Einschränkung der Therapiefreiheit zu verstehen, sondern als therapeutisch-methodisches Rahmenkonzept, das wesentliche Elemente einer wissenschaftlich erprobten und wirksamen Vorgehensweise beschreibt. |
| 21 | Angebot der aufsuchenden Therapie | Die CHIMPS-Intervention bietet die Möglichkeit einer aufsuchenden Therapie, wenn diese indiziert ist. |
| 22 | Weiterer Unterstützungsbedarf | Im Verlauf der CHIMPS-Intervention wird der weitere Unterstützungsbedarf abgeklärt. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf ergänzend zu der CHIMPS-Intervention notwendig, erfolgt eine Vermittlung an weitere Stellen im Rahmen der Regelversorgung. |
| 23 | Evaluation der Therapie | Die durchführenden Therapeutinnen / Therapeuten erheben und dokumentieren nach Abschluss der CHIMPS-Intervention als Qualitätssicherungsmaßnahme die Zufriedenheit der Familien mit einem standardisierten Instrument. |
| 24 | Möglichkeit einer online-basierten CHIMPS-Intervention | Neben der CHIMPS-Intervention gibt es die Möglichkeit einer begleitenden online-basierten CHIMPS-Intervention, über die betroffene Familien standardmäßig informiert werden. |
| 25 | Durchführung der online-basierten CHIMPS-Intervention | Eine online-basierte CHIMPS-Intervention sollte für Jugendliche auch die Möglichkeit bieten, diese ohne Beteiligung der Eltern durchzuführen. |

## Ziele der CHIMPS-Beratung (Textauszug aus dem Manual)

Die wesentlichen Inhalte und Ziele der Beratung orientieren sich an dem beschriebenen Modell der Entwicklungsbedingungen und der Arbeit von Beardslee und Mitarbeitern. Ein wesentliches Ziel der Arbeit sollte in der Information und Aufklärung beider Elternteile über die Erkrankung und einer altersadäquaten Information und Aufklärung der Kinder bestehen, sofern die Notwendigkeit und der Bedarf der Familie hierfür vorhanden sind (…). Außerdem kann es darum gehen, die Informationen zur Erkrankung mit lebens- und familiengeschichtlichen Erfahrungen zu verknüpfen. Die den Problemen und Symptomen zugrunde liegende Paar- und Familiendynamik kann zumindest ansatzweise aus einer psychodynamischen, mehrgenerationalen Perspektive verstanden werden. Konkret sollte die Beratung auch eine Verbesserung der Kommunikation über die Erkrankung und damit verbundene Probleme in der Familie beinhalten. Dies hat zum Ziel, eine Stärkung der Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung in der Familie und im Umgang miteinander herbeizuführen. Außerdem sollte die Arbeit auf eine Stärkung der innerfamiliären und außerfamiliären Beziehungen unter dem Fokus von kompensierenden Beziehungserfahrungen des Kindes abzielen. Idealerweise kann dies mit einer Überwindung einer bestehenden Isolation des erkrankten Elternteiles, des Partners, der Kinder oder der ganzen Familie verbunden sein. Im aktuellen Geschehen steht oft auch die Besprechung von bedeutsamen, konfliktaktualisierenden Ereignissen für die Familie, wie Klinikaufenthalte, Stellenverluste, Wohnungswechsel u. Ä. auf der Tagesordnung. Es kann hilfreich sein, den Eltern ein Verständnis von Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung zu vermitteln und diese für das Kind zu konkretisieren. Im Bedarfsfall kann ein Gespräch über Stärken und Schwächen des Kindes sowie über Fördermöglichkeiten angeboten werden. Eine ausführliche Aufklärung über weitere Hilfsangebote für alle Familienmitglieder bei Bedarf und eine Erhöhung der Motivation über die vermehrte Nutzung dieser Angebote bildet einen zentralen Baustein der Beratung. Dafür ist eine ausführliche Diagnostik aller Familienmitglieder unerlässlich (…).

## Schulungsinhalte aller 3 CHIMPS-Interventionen: CHIMPS-T; CHIMPS-MFT; CHIMPS-P

Die Schulung für alle 3 Interventionsmodule CHIMPS besteht aus einem 2-tägigen Grundkurs und einem 2-tägigen Aufbaukurs sowie regelmäßiger, einmal im Monat stattfindender Supervision per face-to-face, online oder Telefon.

Die Schulungsinhalte richten sich nach dem Manual der Intervention für Kinder psychisch kranker Eltern (CHIMPS-Ansatz) (Wiegand-Grefe et al. 2011).

Der Grundkurs besteht aus folgenden 5 Themenblöcken:

- Theoretischer Hintergrund
- Grundlagen der psychodynamischen familienorientierten Arbeit
- Setting und Inhalte der Interventionen
- Besondere Herausforderungen dieser familienorientierten Arbeit mit betroffenen Familien und häufige Familiendynamiken
- Fallarbeit

Das Theoriemodell für die Interventionen CHIMPS (Children of mentally ill parents) basiert auf den Annahmen, dass die Krankheitsbewältigung des erkrankten Elternteils im Kreise seiner Angehörigen, die Familienbeziehungen in der Familie, das soziale Netzwerk und die soziale Unterstützung der Familie und die Inanspruchnahme von professionellen Hilfen wesentlich zum psychischen Wohlbefinden aller Kinder und Jugendlichen beitragen können und der Entwicklung psychischer Begleitsymptome und Erkrankungen entgegenwirken können. Entsprechend sind diese Konstrukte aus diesem Modell als theoretische Grundlagen Gegenstand der Schulung.

Gegenstand der Schulung sind außerdem einige wesentliche Grundlagen der psychodynamischen Arbeitsweise.

Gegenstand sind weiterhin das Setting der Intervention mit ca. 8 Sitzungen bzw. 3 Sitzungen (Vorgespräch, 2-3 Elterngespräche, 1-2 Gespräche pro Kind, 3 Familiengespräche). Außerdem werden die Inhalte der Interventionen mit beispielhaften Illustrationen (typische Fragen, typische Interventionen) besprochen. Ein weiterer Themenblock sind die besonderen Herausforderungen dieser familienorientierten Arbeit im Umgang mit den betroffenen Familien und häufig anzutreffende Familiendynamiken dieser Zielgruppe.

Ein letzter Themenblock ist die Fallarbeit.

Der Aufbaukurs wird durchgeführt, wenn der Therapeut mit den ersten beiden Behandlungen begonnen hat und besteht aus Supervision bzw. Intervision.

Begleitend zur Arbeit findet ein monatlicher Kontakt mit der Studienzentrale zum Zwecke der Supervision statt.

Literatur:

Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S. & Plass, A. (2011). Familien mit psychisch kranken Eltern. Der CHIMPs-Beratungsansatz. Hogrefe Verlag, 2011

# MANUAL FÜR DIE MULTIFAMILIENARBEIT (MFT) NACH DEM CHIMPS-ANSATZ

im Verbund CHIMPS-NET

CHIMPSNET

MFT Manual im Verbund CHIMPS-NET – nur für den internen Gebrauch

Silke Wiegand-Grefe, Marlit Sell und Angela Plass-Christl

# Inhalt

Einleitung ..... 2
Theoretische Grundlagen ..... 2
Epidemiologie ..... 2
Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern 2
Interventionsthemen, die sich aus dem Modell ableiten ..... 5
Thema 1: Elterliche Erkrankung ..... 5
Thema 2: Krankheitsverarbeitung ..... 6
Thema 3: Unsere Familie – Familienbeziehungen ..... 7
Thema 4: soziales Umfeld ..... 9
Thema 5: Schutzfaktoren ..... 9
Grundüberlegungen aller Konzepte der CHIMPs-Gruppenarbeit ..... 11
Grundsätze der Gruppeninterventionen nach dem CHIMPS-Modell ..... 11
Ziele der Gruppenintervention ..... 11
Multifamilientherapiegruppen nach dem CHIMPS-Modell ..... 13
Indikation und Kontraindikation ..... 13
Ablauf der Multifamiliengruppen ..... 14
Das Erstgespräch ..... 14
Die Multifamiliengruppe ..... 14
Das Abschlussgespräch ..... 26
Literatur ..... 26

# Einleitung

# Theoretische Grundlagen

## Epidemiologie

Kinder psychisch erkrankter Eltern können aufgrund umfangreicher Forschungsergebnisse als Risikogruppe bezeichnet werden. Ihr Risiko für eigene psychische Auffälligkeiten und Entwicklungsprobleme ist gegenüber Kindern von psychisch gesunden Eltern deutlich erhöht. In aktuellen Metaanalysen wird ihr Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen auf etwa 50% geschätzt (E. Siegenthaler, T. Munder, & M. Egger, 2012; Thanhauser, Lemmer, de Girolamo, & Christiansen, 2017). Demgegenüber liegt in der Gesamtbevölkerung das Risiko für Kinder, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, laut internationalen Studien bei etwa 20% (Costello, Copeland, & Angold, 2011), auch für Deutschland wurde eine Prävalenz von 17,6% ermittelt (Barkmann & Schulte-Markwort, 2012). Das Risiko für eine psychische Erkrankung ist für die Kinder 1,8-2,9 mal höher, wenn ein Elternteil psychisch krank ist, 2,2-4,6 mal höher bei zwei psychisch kranken Eltern, verglichen mit der Gesamtbevölkerung (McLaughlin et al., 2012). In der epidemiologischen, für Deutschland repräsentativen BELLA-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2015) beschrieben sich 18,6% der befragten Eltern als psychisch belastet, die Kinder dieser psychisch belasteten Eltern (11-17 Jahre) gaben selbst in 19,1% eigene psychische Auffälligkeiten an, verglichen mit den Kindern von Eltern ohne psychische Belastung fast drei Mal häufiger (OR = 2.86). Außerdem waren in Familien mit psychisch belasteten Eltern Risikofaktoren für psychische Erkrankungen, wie ein niedriger sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit eines Elternteils, belastende Lebensereignisse, Belastungen im Alltag und chronische Erkrankung eines Elternteils signifikant häufiger als in Familien ohne elterliche psychische Belastung (Plass-Christl et al., 2017).

## Modell der psychosozialen Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern

Das „Modell für psychische Gesundheit bei Kindern psychisch erkrankter Eltern“ (Wiegand-Grefe, 2007) (vgl. Abbildung 1) veranschaulicht die Einflussfaktoren, die für die psychische Gesundheit und Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern relevant sind. Es wurde in Anlehnung an das „Rahmenmodell zu den psychosozialen Vermittlungsprozessen bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern“ (S.168) von Mattejat et al. (2000) entwickelt. Das Modell beschreibt die Beziehungsqualität und die Krankheitsbewältigung als zentrale Faktoren der Bewältigung einer elterlichen Erkrankung für das Wohlbefinden der Kinder. Diese beiden zentralen Faktoren werden vor dem Hintergrund der Paardynamik und der Familiendynamik verstanden. Diese Konstrukte bilden gleichzeitig Ansatzpunkte für therapeutische und präventive Interventionen bei Kindern und Familie mit psychisch kranken Eltern.

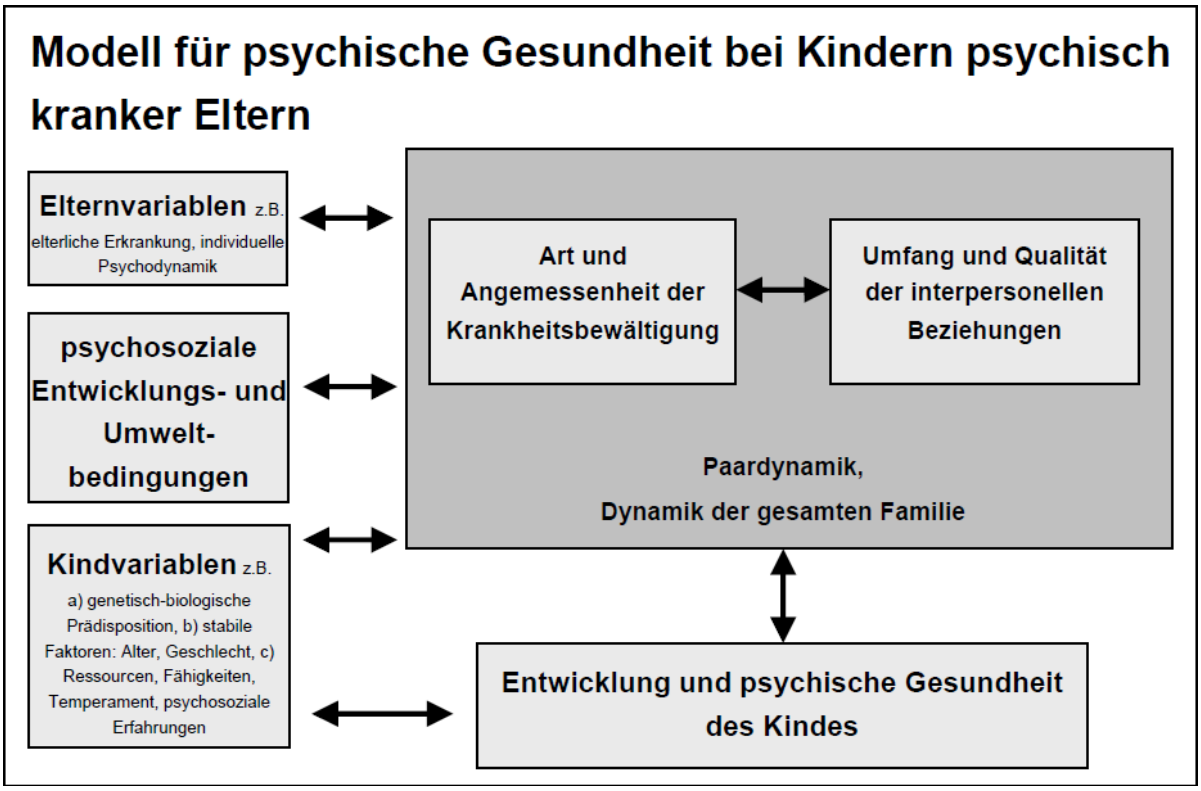



*Abbildung 1: Modell der psychischen Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern aus Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass (2011, S.28)*

Für die Abschätzung der Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsrisiken spielen Faktoren auf Seiten der Eltern, psychosoziale Entwicklungsbedingungen und Faktoren auf Seiten der Kinder eine wichtige Rolle. Auf Seite der Eltern sind als Faktoren die primären Beziehungserfahrungen und die individuelle Psychodynamik beider Elternteile, Eigenschaften der Erkrankung des erkrankten Elternteiles, wie auslösende Ereignisse, Schwergrad und Dauer der Erkrankung sowie die individuelle Krankheitsbewältigung relevant. Psychosoziale Entwicklungsbedingungen, wie zum Beispiel die ökonomischen Verhältnisse, in denen das Kind aufwächst, und das soziale Umfeld, das den Kindergarten, die Schule, die Nachbarschaft und andere Bereiche umfasst, sind weitere wichtige Einflussgrößen. Als *Faktoren auf Seiten der Kinder* unterscheiden wir zwischen einer genetisch-biologischen Prädisposition, demographischen Variablen wie Alter und Geschlecht, aber auch psychosozialen Erfahrungen in der Entwicklung der Kinder, wie z.B. die erlebte elterliche Aufmerksamkeit und Unterstützung, primäre (Objekt-)Beziehungserfahrungen, Trennungserlebnisse, den elterlichen Erziehungsstil, die erlebte Parentifizierung. Außerdem spielen individuelle Fähigkeiten und Ressourcen des Kindes, sein Temperament, seine sozialen Kompetenzen etc. eine Rolle.

Als besonders relevante Einflussfaktoren für die psychisch gesunde Entwicklung von Kindern psychisch erkrankter Eltern stehen die Krankheitsbewältigung und die Qualität der Beziehungen im Zentrum des Modells. *Erstens* ist eine hinreichende und adäquate, individuelle und familiäre **Krankheitsbewältigung oder Krankheitsverarbeitung** für eine gesunde Entwicklung der Kinder bedeutsam. Zur Krankheitsbewältigung gehören die innere Einstellung zur Erkrankung und auftretende Bewältigungsformen, wie Verleugnung, Verdrängung, Tabuisierung oder Überbewertung und Fixierung auf die Krankheit, aber auch krankheitsbedingte Überforderung oder Unterforderung im beruflichen und familiären Alltag. Eine für die Entwicklung der Kinder günstige Krankheitsbewältigung ist gekennzeichnet durch die Einsicht in das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung. Sie ist charakterisiert durch die Akzeptanz der Störung zwischen den Polen Verleugnung und Überbewertung sowie die aktive Auseinandersetzung mit der Störung zwischen den Polen Überforderung und Unterforderung. Die Akzeptanz der Erkrankung geht einher mit der Kooperation bezüglich der medikamentösen Behandlung sowie der Einsicht in präventive Maßnahmen für die eigene Rückfallprophylaxe aber auch der Förderung der kindlichen Entwicklung. Auch die lebenspraktische familiäre Organisation und die Flexibilität der Familiensituation, z.B. die Anpassung der beruflichen Situation an die Erkrankung, sowie die Nutzung von Hilfsangeboten und die Zusammenarbeit mit den Fachinstanzen zählen dazu.

*Zweitens* ist die Qualität der innerfamiliären und außerfamiliären **Beziehungen** für die psychisch gesunde Entwicklung von Kindern psychisch erkrankter Eltern bedeutsam. Es geht hier um die Frage, ob sich der erkrankte Elternteil und das betroffene Kind auf stabile, tragfähige und Sicherheit vermittelnde interpersonelle Beziehungen stützen können. Zum einen sind die Beziehungen innerhalb der Familie relevant, zum anderen die außerfamiliären Beziehungen, wie beispielsweise Beziehungen zu Freunden oder Nachbarn. Tragfähige Beziehungen sind für Mattejat (2001) emotional, kognitiv und im praktischen Handeln unterstützend, wobei sowohl Bindung als auch Eigenständigkeit möglich sind. Hierbei ist relevant, ob und inwieweit die Beziehung zwischen dem psychisch erkrankten Elternteil und dem Kind mit positiven, wertschätzenden und unterstützenden Emotionen einhergeht. Auch die Unterstützung durch das nicht erkrankte Elternteil kann eine wichtige Rolle für die Entwicklung des Kindes spielen. Außerdem. Die zentralen Annahmen und den aktuellen Forschungsstand dieser beiden protektiven Faktoren resümiert Mattejat (2001) so: „Kinder von psychisch kranken Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können“ (S.71)(F. Mattejat, 2001).

Die elterliche **Paar- und Familiendynamik** ist für die psychisch gesunde Entwicklung von Kindern psychisch erkrankter Eltern ein weiterer relevanter Einflussfaktor. Dies stellt eine Erweiterung der Überlegungen von Mattejat, Wüthrich & Remschmidt (2000) dar. Die Paar- und Familiendynamik kann auf der gesamtfamiliären Ebene als „Hintergrundfolie“ betrachtet werden, auf der sich die beiden anderen Einflussfaktoren – die Qualität der Beziehungen und die Krankheitsbewältigung - besser verstehen lassen (Fritz Mattejat, Wüthrich, & Remschmidt, 2000). Wir orientieren uns am Familienmodell von Cierpka und Frevert (M. Cierpka & Frevert, 1994). Dieses Modell teilt die familiäre Dynamik und Funktionalität in sieben Dimensionen ein. Diese Dimensionen sollen beschreiben, wie eine Familie funktioniert. Als Dimensionen werden beschrieben: Affektive Beziehungsaufnahme, Emotionalität, Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Kontrolle, Werte und Normen (Wiegand-Grefe, 2002). Wenn sich z.B. eine depressive Mutter in depressiv-narzisstischer Kollusion einen narzisstisch-zwanghaften Partner sucht, dann beeinflusst dies alle Ebenen der Familiendynamik: in die Kommunikation, die Rollenverteilung in der Familie, die emotionale Beziehung des Paares und die Beziehung zwischen den Eltern und Kindern etc. Dabei gibt es zwischen dem Faktor der Qualität der Beziehungen und der dahinterliegenden Paar- und Familiendynamik inhaltliche Überschneidungen. Allerdings sind mit dem Faktor „Beziehungen“ nicht nur familiäre Beziehungen, gemeint, sondern auch außerfamiliäre Beziehungen, die Beziehungen zu Nachbarn, Freunden, Kollegen etc. Gleichzeitig umfasst der Bereich Paar- und Familiendynamik mehr als nur die familiären Beziehungen, dazu gehören auch die anderen Dimensionen der Familien-Funktionalität.Schließlich sind die wesentlichen Elemente der Beziehungsgestaltung in den Interaktionen des Menschen mit seiner Umwelt beobachtbar, während die Paar- und Familiendynamik zunächst weitgehend unbewusster Natur ist.

## Interventionsthemen, die sich aus dem Modell ableiten

### Thema 1: Elterliche Erkrankung

Die elterliche Erkrankung kann für die Entwicklung der Kinder eine wichtige Rolle spielen. Elterliche psychische Erkrankungen können sich sowohl direkt, z.B. durch Störungen der Eltern-Kind-Interaktion, als auch indirekt, z.B. durch Arbeitslosigkeit des erkrankten Elternteils, auf das Familienleben und die Entwicklung der Kinder auswirken. Zum einen können die direkten Auswirkungen der Erkrankung eine Belastung für die Familie und die Kinder darstellen. Die Tatsache, bei einem psychisch kranken Elternteil aufzuwachsen, stellt einen Risikofaktor für das seelische Befinden der betroffenen Kinder dar. Die elterliche Erkrankung kann mit direkten Belastungsfaktoren für die Kinder einhergehen. Diese Belastungsfaktoren umfassen z.B. die Beeinträchtigung der Kinderbetreuung und des Erziehungsverhaltens oder

die Trennung vom psychisch erkrankten Elternteil während stationärer Aufenthalte. Zum anderen können durch Häufung psychosozialer Belastungsfaktoren indirekte Auswirkungen der psychischen Erkrankung eines Elternteils auftreten. Diese Belastungsfaktoren umfassen beispielsweise Arbeitslosigkeit, ein ungünstigeres sozioökonomisches Niveau oder auch soziale Isolierung. In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil treten oft zusätzliche Faktoren auf, die das Risiko für eine psychische Störung bei Kindern erhöhen. Der Grund könnte darin liegen, dass psychosoziale Belastungen miteinander in Wechselwirkung stehen und das Auftreten eines Faktors die Wahrscheinlichkeit für weitere Faktoren erhöht, z.B. führen psychische Probleme oder Symptome eines Partners (z.B. depressive Symptome, wie Antriebslosigkeit, Verlust von Vitalität und Freude, sexuelle Inappetenz etc.) zu Ehekonflikten, die wiederum die psychische Erkrankung verstärken. Drittens wird auf eine Verstärkung der ungünstigen Effekte bei multiplen psychosozialen Belastungen hingewiesen. Psychosoziale Risikofaktoren, die auch unabhängig von der elterlichen Erkrankung auftreten können, wie z.B. soziale Benachteiligung bei Kindern von psychotischen Eltern, wirken sich besonders schwerwiegend auf die kindliche Entwicklung aus, da sich die Effekte dieser Faktoren nicht nur einfach addieren, sondern sich gleichsam multiplizierend verstärken.

## Thema 2: Krankheitsverarbeitung

Für den Begriff Krankheitsverarbeitung existiert keine einheitlich Definition. In der Literatur wird die Krankheitsverarbeitung häufig in emotionale, kognitive und handlungsorientierte Strategien unterteilt. Als effektiv werden diejenigen Strategien betrachtet, die eine direkte Veränderung der belastenden Situation und/oder die Regulation der dadurch ausgelösten negativen Emotionen bewirken (Fortune, Smith, & Garvey, 2005). In Familien mit psychisch erkrankten Eltern ist das nähere und weitere soziale Umfeld des Patienten nicht selten unsicher und irritiert über Verhaltensveränderungen des Betroffenen. Häufig führt dies zu zurückweisenden und ablehnenden oder überfürsorglichen und entmündigenden Reaktionen (Knutsson-Medin, Edlund, & Ramklint, 2007). Insbesondere die Tabuisierung und Verleugnung der Erkrankung gegenüber den betroffenen Kindern gilt als folgenreiches Risiko für die emotionale Befindlichkeit der Kinder (Beardslee, Gladstone, Wright, & Cooper, 2003; Singleton, 2007). Demgegenüber zeigen die betroffenen Kinder ein großes Informationsbedürfnis hinsichtlich der Erkrankung ihrer Eltern. Die altersangemessene Information über die elterliche Erkrankung stellt für die betroffenen Kinder eine Entlastung von häufig vorhandenen Schuldgefühlen dar und gibt den Kindern die Möglichkeit, selbst ein effektives Krankheitsverständnis und eigene Copingstrategien entwickeln zu können. Verschiedenen Studien weisen nach, dass die Widerstandskraft (Resilienz) von Kindern psychisch kranker Eltern dann besonders gut ist, wenn sie die Erkrankung der Eltern gut verstehen und einordnen können (Beardslee et al., 2003; Pölkki, Ervast, & Huppoonen, 2004).

Die Teilnehmer eines „Informationsprojekt für psychisch kranke Eltern“ (schizophrene Psychosen, Depression, Angst, Essstörungen und Sucht) in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in der Ostschweiz (Kühnel & Bilke, 2004) berichten, dass als erste Bewältigungsstrategie in der Anfangsphase der Erkrankung die Hoffnung auf baldige Gesundung im Vordergrund stehe. In dieser Phase würde die Belastung der Kinder zwar wahrgenommen, aber die elterlichen Partner seien von der Partnerdynamik eingenommen, so dass die Kinder aus dem Blickfeld beider Eltern gerieten. Erst im weiter fortgeschrittenen Erkrankungsverlauf stellten sich die Eltern Fragen zum Umgang mit den Kindern und den Belastungen, die für die Kinder durch die veränderte Situation entstehen.

Die Krankheitsverarbeitung der Eltern mit der psychischen Erkrankung gilt als wichtiger Faktor für die psychische Gesundheit der betroffenen Kinder (Fritz Mattejat et al., 2000) und wird daher auch in unserem Modell benannt. Zu einer aktiven Auseinandersetzung mit der Erkrankung gehören nach Fudge und Mason (2004) vor allem die praktische familiäre Organisation, die Flexibilität der Aufgabenverteilung, die Anpassung der beruflichen bzw. schulischen Situation an die Erkrankung sowie die Nutzung von informellen Hilfsangeboten und Fachinstanzen wie Psychiatrie, Jugendhilfe etc. (Fudge & Mason, 2004). Kühnel und Bilke (2004) betonen zudem die protektive Wirkung eines hohen Informationsgrades des Kindes über die elterliche Störung für die psychische Gesundheit der Kinder (Kühnel & Bilke, 2004). Darüber hinaus empfiehlt sich generell eine genauere Analyse kindlicher Sichtweisen im Zusammenhang mit der Bewältigung der psychischen Erkrankung der Eltern (Foster, O´Brian, & McAllister, 2004). Insbesondere die Tabuisierung der elterlichen Erkrankung stellt einen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar Kinder (Kühnel & Bilke, 2004).

Im Ergebnis kann man resümieren, dass über die Auswirkungen und Mechanismen der Krankheitsbewältigung auf die Gesundheit der Kinder noch wenig bekannt ist, vermutlich auch, weil die Beantwortung dieser Fragen Langzeitstudien erfordern würde.

### Thema 3: Unsere Familie – Familienbeziehungen

Familienbeziehungen spielen eine sehr wichtige Rolle für die Entwicklung der Kinder in einer Familie. Eine Vielzahl von Studien untersucht den Zusammenhang von Familienbeziehungen und Eltern-Kind-Interaktionen in Risikofamilien mit elterlichen psychischen Störungen im Hinblick auf ihr Gefährdungspotenzial für die psychische Gesundheit der Kinder. Dabei stellen chronische Eheschwierigkeiten und ein negatives familiäres Klima generell und unabhängig von psychischen Störungen der Eltern einen Belastungsfaktor für die Entwicklung der Kinder dar und erhöhen damit das Risiko für psychische Störungen bei den Kindern (F. Petermann, Niebank, & Scheithauer, 2004).

Die Interaktion zwischen psychisch auffälligem Elternteil und dem jeweiligen Kind hat eine wichtige Vermittlungsfunktion zwischen den elterlichen Auffälligkeiten und den kindlichen „Outcome“-Variablen. Die Beeinflussung erfolgt bidirektional: nicht nur die Auffälligkeiten der Eltern beeinträchtigen die kindliche Entwicklung, sondern auch die Erfahrungen im Umgang mit dem Kind beeinflussen die psychische Gesundheit der Eltern (Chronis et al., 2003). Dabei zeigen sich übergreifende Störungsmuster in der beobachteten Interaktionzwischen Eltern mit stationär behandelten psychischen Störungen und ihren Säuglingen und Kleinkindern (Deneke & Lüders, 2003). Der elterliche Beitrag zur Interaktion lässt sich in zwei diagnoseübergreifenden Störungsmustern charakterisieren (Deneke & Lüders, 2003; Wiefel & Lehmkuhl, 2004). Zum einen kann eine „emotionale Unerreichbarkeit“ bestehen. Dies ist insbesondere bei Müttern mit Depressionen, Schizophrenien v.a. mit Negativsymptomatik, Suchtstörungen, geistiger Behinderung, schweren körperlichen und psychischen Erschöpfungszuständen zu beobachten. Die emotionale Unerreichbarkeit ist durch verlangsamte Interaktionen und verminderte Zuwendung zum Kind gekennzeichnet. Zum anderen kann die gestörte Interaktion durch chronische Überstimulation und Überforderung des Kindes gekennzeichnet sein. Diese Form der Interaktionsstörung tritt besonders bei Müttern mit agitierter Depression, Manie, Angststörungen, teilweise mit Borderline Persönlichkeitsstörungen und schizophrenen Störungen auf.

Außerdem weisen Befunde darauf hin, dass Mütter mit schizophrenen Störungen in ihrem Interaktionsverhalten stärker beeinträchtigt sind als Mütter mit bipolar affektiven Störungen und diese wiederum stärker als Mütter mit unipolar depressiven Störungen (Deneke, Beckmann, & Dierks, 2008). Mütter mit unterschiedlicher schizophrener Symptomatik zeigen bei florider Plus- und bei ausgeprägter Minus-Symptomatik die schwersten Interaktionsstörungen. Die Veränderungen der Interaktion können die Genesung der Mütter überdauern und chronifizieren. Die Interaktionsstörungen von Müttern mit schizophrenen Störungen überdauern nach Abklingen der akuten Phase stärker als die der Mütter mit affektiven Störungen. Die frühen Eltern-Kind-Interaktionen sind Prädiktoren für die spätere Bindungsqualität und die kognitiven Fähigkeiten der Kinder.

Welche Mediatorwirkung fehlangepasstes elterliches Verhalten auf den Zusammenhang von elterlichen psychischen Störungen und der Entwicklung von psychischen Störungen bei den betroffenen Kindern hat, untersucht eine Längsschnittstudie. (Johnson, Cohen, Kasen, Smailes, & Brook, 2001). Dabei umfasste fehlangepasstes elterliches Verhalten („maladaptive parenting“) z.B. inkonsistentes Erziehungsverhalten und unangemessene Bestrafungen. Die Autoren untersuchten 593 Familien aus der Allgemeinbevölkerung der USA mit Kindern im Alter von durchschnittlich 6, 14, 16 und 22 Jahren. Die Mütter und Väter mit psychischen Störungen (23% und 25% der Stichprobe) nach DSM-IV-Kriterien (APA, 1996) wiesen im Vergleich zu den psychisch gesunden Eltern ein höheres Niveau an fehlangepassten

elterlichen Verhaltensmustern auf. Das fehlangepasste elterliche Verhalten wiederum war signifikant mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen (Angst-, depressive, Verhaltens-, Persönlichkeits- und Störungen durch Substanzkonsum) während des Jugend- und frühen Erwachsenenalters der Nachkommen verbunden. Die meisten Jugendlichen, die fehlangepasstes elterliches Verhalten im Verlauf ihrer Kindheit erlebten, entwickelten im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter psychische Störungen. Zudem wies der Nachwuchs von Eltern mit psychischen Störungen kein erhöhtes Risiko für eine eigene psychopathologische Entwicklung auf, wenn in der Familiengeschichte kein fehlangepasstes elterliches Verhalten vorlag (Johnson et al., 2001).

### Thema 4: soziales Umfeld

Studien belegen, dass beispielsweise ein als unterstützend wahrgenommenes schulisches Umfeld einen Schutzfaktor für Kinder psychisch kranker Eltern darstellt. Den Schutzfaktoren wird aufgrund ihrer Bedeutung ein eigenes Thema gewidmet, auf das an dieser Stelle nur verwiesen wird (vgl. Thema 5).

Eine regelmäßige sportliche Betätigung wird für Kinder psychisch kranker Eltern ebenfalls als ein relevanter Schutzfaktor beschrieben.

### Thema 5: Schutzfaktoren

Während Risikofaktoren mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeiten einhergehen, sind Schutzfaktoren mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeiten verbunden (Wille, Bettge, Ravens-Sieberer, & group, 2008). In der Literatur werden Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern eingeteilt in personale, familiäre und soziale Faktoren.

Als personale Schutzfaktoren gelten spezifische Eigenschaften des Kindes wie eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus und gute soziale Kompetenzen. In Risikopopulationen von Kindern depressiver Eltern waren sie mit einer unauffälligen psychischen Entwicklung der Kinder verbunden (Pargas, Brennan, Hammen, & Le Brocque, 2010). Je besser die jeweiligen Schutzfaktoren ausgeprägt waren, desto höher war die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder sich psychisch gesund entwickeln konnten. Während Selbstwirksamkeitserwartung als stabiles Persönlichkeitsmerkmal die Überzeugung charakterisiert, schwierigen Anforderungen adäquat gewachsen zu sein (R. Schwarzer, 1994), beschreibt Optimismus eine generelle positive Zukunftserwartung, die unabhängig von der Bewertung eigener Fähigkeiten besteht (Schleier & Carver, 1985). Soziale Kompetenz bezeichnet Empathie und Problemlösestrategien im Umgang mit Menschen des sozialen

Umfeldes sowie die soziale Ausdrucksfähigkeit (F. Petermann, 2002). Die beschriebenen Schutzfaktoren sind auch deshalb von hoher Relevanz, weil sie in gezielten Trainings und Übungen mit den betroffenen Kindern gefördert werden können und damit die Prognose letztendlich verbessert werden kann.

Als familiäre Schutzfaktoren gelten ein hohes Maß an familiärer Unterstützung und ein gutes Familienklima (Lewandowski et al., 2014). Die familiäre Unterstützung beschreibt die Zuwendung, Fürsorglichkeit und Kontrolle, die Eltern ihren Kindern entgegenbringen (Parker, Tulping, & Brown, 1979). Demgegenüber wird mit dem Familienklima der familiäre Zusammenhalt und das elterliche Erziehungsverhalten beschrieben (Schneewind, Beckmann & Hecht-Jackl, 1985). Auch familiäre Schutzfaktoren können in Eltern- und Familieninterventionen gezielt gefördert werden, um die Prognose der betroffenen Kinder zu verbessern.

Soziale Schutzfaktoren in Form von sozialer Unterstützung und positivem Schulklima, sind ebenfalls mit einer gesunden psychischen Entwicklung des Kindes assoziiert (Boyd & Waanders, 2013). Soziale Unterstützung (Ralf Schwarzer & Knoll, 2007) stellt eine wichtige Ressource dar. Sie dient als Voraussetzung, um psychosoziale Bedürfnisse, wie z.B. das Bedürfnis nach Anerkennung und Zugehörigkeit und instrumentelle Bedürfnisse, wie z.B. Informationsbedarf und materiellen Hilfebedarf außerhalb der Familie zu befriedigen. Dies stärkt Kompetenzen und trägt zur Optimierung von Bewältigungsstrategien von Kindern bei. Das Schulklima erfasst, wie akzeptiert sich Kinder und Jugendliche in der Schule in der Beziehung zu Lehrkräften und Mitschülern sowie hinsichtlich der geforderten Leistungen fühlen.

Die beschriebenen Schutzfaktoren wurden in verschiedenen Studien in Hinblick auf ihre Relevanz für Kinder psychisch erkrankter Eltern untersucht. In der deutschen BELLA-Studie werden als wichtige Resilienzfaktoren für Kinder psychisch belasteter Eltern eine gute soziale Kompetenz, familiäre Unterstützung sowie ein günstiges Schulklima identifiziert (Plass et al., 2016). In einer aktuellen britischen Studie erwiesen sich für Kinder depressiver Eltern positive Emotionen von Seiten des erkrankten Elternteils, Unterstützung durch das nicht erkrankte Elternteil, eine gute Qualität der sozialen Beziehungen, eine ausgeprägte Selbstwirksamkeit sowie regelmäßiger Sport, der häufiger als einmal pro Woche ausgeübt wird, als maßgebliche Schutzfaktoren. Außerdem korrelierte in dieser Studie die psychisch gesunde Entwicklung der Kinder depressiver Eltern mit der Anzahl vorhandener Resilienzfaktoren, die Kinder mit einem depressiven Elternteil entwickelten sich häufiger dann psychisch gesund, wenn mehr Resilienzfaktoren vorlagen (Collishaw et al., 2016).

# Grundüberlegungen aller Konzepte der CHIMPs-Gruppenarbeit

## Grundsätze der Gruppeninterventionen nach dem CHIMPS-Modell

Eine wichtige Grundlage der Gruppenarbeit bildet das „Modell für psychische Gesundheit für Kinder psychisch kranker Eltern“. Dieses Modell ist eine Erweiterung des Modells von Fritz Mattejat et al. (2000) (Wiegand-Grefe, Halverscheid, & Plass, 2011). In Zentrum des Modells stellen die Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung sowie inner- und außerfamiliäre Beziehungen relevante Themen im Rahmen der Gruppenintervention dar.

Der Gruppenansatz weist sowohl präventiven als auch therapeutischen Charakter auf. Im Sinne präventiver Maßnahmen wird eine Stärkung protektiver Faktoren angestrebt, wie z.B. Krankheitsbewältigung, Erziehungskompetenzen etc. (Wiegand-Grefe et al., 2011). Therapeutisch ist der Ansatz vor allem durch die klinische Diagnostik und die Arbeit an einer Symptomverbesserung, sowohl bei den psychisch erkrankten Eltern als auch bei Kindern mit psychischen Auffälligkeiten. Dies ist besonders deshalb relevant, da etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern eigene psychische Auffälligkeiten aufweisen (Wiegand-Grefe, Geers, Rosenthal, & Plass, 2009).

Es handelt sich um ein psychodynamisches Konzept. Im Einklang damit geht es um das Verständnis der Hintergründe der Symptome und Probleme. Auch die am häufigsten eingesetzten Interventionstechniken (klären, konfrontieren und deuten) entstammen der psychodynamischen Arbeit. Darüber hinaus werden aber bei Bedarf auch verhaltensorientierte, psychoedukative Elemente integriert; vor allem beim Thema der Krankheitsaufklärung.

Als wesentlicher von Therapieschulen unabhängiger Wirkfaktor der Gruppenintervention wird die Möglichkeit angesehen, sich mit anderen Gruppenteilnehmern in einer ähnlichen Situation auszutauschen (Christiansen, Anding, Schrott, & Röhrle, 2015; Yalom, 1970). Als gemeinsame Erfahrung verbindet die elterliche psychische Erkrankung alle Gruppenteilnehmer, wobei sich die Gruppen unabhängig von der jeweiligen elterlichen Diagnose zusammensetzen. Die Arbeit in den Gruppen erfolgt krankheitsunspezifisch und diagnoseübergreifend.

## Ziele der Gruppenintervention

- Einführung einer mehrgenerationalen Perspektive
  Ein Ziel dieser Gruppenarbeit ist es, dass sich die Kinder und Jugendlichen als Nachfolgegeneration ihrer Eltern erleben.

- Reflektion der Beziehungen
  In den Gruppensitzungen werden die Beziehungen der Kinder und Jugendlichen untereinander und zum Gruppenleiter erlebt, reflektiert und bearbeitet.

- Förderung von Bewältigungsmöglichkeiten
  In der Gruppenarbeit stellen die Bewältigungsmöglichkeiten einen weiteren wichtigen Fokus der Arbeit dar. Mit den Gruppenteilnehmern werden die bisherigen Erfahrungen in der Bewältigung psychischer Erkrankungen erarbeitet, die sich sowohl auf elterliche psychische Erkrankungen als auch auf psychische Erkrankungen oder Auffälligkeiten der Kinder beziehen können. Sowohl positive Erfahrungen als auch ungünstige Bewältigungsversuche können in der Gruppe reflektiert werden. Anregungen für erfolgversprechende Bewältigungsversuche sollten bei Bedarf von den Therapeuten eingebracht werden.

- Verbesserung der Kommunikation über psychische Erkrankungen in der Familie
  Die Gruppensitzungen bilden ein günstiges Übungsfeld für eine offene Kommunikation über psychische Erkrankungen in der Familie, hier können die Teilnehmer in der geschützten und therapeutisch unterstützten Gruppenarbeit Ausdrucksmöglichkeiten für ein Thema finden, das in vielen Familien tabuisiert wird. Die Gruppensitzungen sollten auch dazu anregen, die Kommunikation in der Familie über psychische Erkrankungen zu fördern und ihr einen akzeptierten Platz im familiären Alltag einzuräumen.

- Stärkung der sozialen Unterstützung/des sozialen Netzwerkes
  Prognostisch günstig für den Verlauf psychischer Erkrankungen ist nachweislich ein gutes soziales Netzwerk. Die jeweiligen sozialen Netzwerke der Teilnehmer werden in den Gruppensitzungen erarbeitet und es findet ein Austausch darüber statt, wie das jeweilige soziale Netzwerk bei Bedarf gestärkt werden kann. Bei Bedarf findet Psychoedukation zum Thema soziales Netzwerk in den Gruppensitzungen statt.

- Information und Aufklärung (bei Bedarf)
  Aufgrund der klinischen Erfahrung, dass psychische Erkrankungen häufig mit ausgeprägter Tabuisierung sowie Scham- und Schuldgefühlen einhergehen und dass in diesem Zusammenhang häufig Informationen über psychische Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend vorhanden sind, stellen Information und Aufklärung äußerst relevante Ziele der Gruppenarbeit dar. Die psychoedukative Informations- und Aufklärungsarbeit knüpft an den vorhandenen Informationsstand in der jeweiligen Gruppe an und ermöglicht den Austausch über den jeweiligen Kenntnisstand

der Teilnehmer. Sowohl elterliche psychische Erkrankungen als auch psychische Erkrankungen und psychische Auffälligkeiten der Kinder werden thematisiert, Fragen dazu beantwortet und die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten dargestellt.

- Klärung und Vermittlung von weitergehenden Hilfs- und Unterstützungsangeboten für das Kind oder den Jugendlichen und die Familie
  Die meisten psychiatrischen Erkrankungen verlaufen chronisch und erfordern eine langfristige, immer wieder neu an die aktuelle Situation angepasste Behandlung. Dies gilt es, in den Gruppensitzungen zu erarbeiten. Auch die Bereitschaft, eine indizierte Behandlung anzunehmen ist ein wichtiges Thema der Gruppensitzungen.

## Multifamilientherapiegruppen nach dem CHIMPS-Modell

Diese Multifamilientherapie (MFT) ist für Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil und mindestens einem minderjährigen Kind von 3 bis 18 Jahren konzipiert. Auch Alleinerziehende können teilnehmen. Geschwisterkinder außerhalb der Zielgruppe (Säuglinge, junge Erwachsene) können auf Wunsch der Familie ebenfalls teilnehmen, stehen aber nicht im Fokus der multifamilientherapeutischen Arbeit. Mindestens ein Elternteil sollte eine nachgewiesene, diagnostizierte psychische Störung haben und bereits einmal in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen sein. Kinder und Jugendliche sind häufig belastet. Sollten die Belastungen bereits ein klinisches Ausmaß erreicht haben und das Kind bzw. der Jugendliche eine behandlungsrelevante Symptomatik/Erkrankung aufweisen und die Diagnosekriterien nach ICD 10 für eine psychische Störung erfüllen, so muss im Verlauf geprüft werden, ob dem Kind oder Jugendlichen im Anschluss an die MFT ein weitergehendes Behandlungsangebot gemacht werden sollte, z.B. eine ambulante Psychotherapie.

### Indikation und Kontraindikation

Indikation besteht für Familien mit einer diagnostizierten elterlichen psychischen Erkrankung und mindestens einem minderjährigen Kind in der Familie.

Kontraindikationen bestehen, wenn die Erkrankung des Elternteils rezidiviert und eine akute Behandlung erfordert, z.B. im stationären Kontext und ein ambulantes Vorgehen nicht ausreichend erscheint. Wenn ein Kind in der Familie bereits eine behandlungsbedürftige eigene psychische Erkrankung aufweist und die Diagnosekriterien nach ICD-10 für eine psychische Störung erfüllt, sollte im Verlauf der hier beschriebenen Multifamilientherapie die Ergänzung einer psychotherapeutischen Behandlung geprüft werden. Notwendig ist außerdem die Bereitschaft der Familie, an der Multifamiliengruppe teilzunehmen.

## Ablauf der Multifamiliengruppen

Die Multifamilien-Gruppenintervention umfasst 8 Sitzungen. Sie setzt sich aus den folgenden 3 Bestandteilen zusammen: Erstgespräch, ein weiteres Familiengespräch (bei Bedarf), 5 Sitzungen Multifamiliengruppe, Abschlussgespräch.

### Das Erstgespräch

Mit jeder teilnehmenden Familie wird ein Erstgespräch im Einzelfamiliensetting durchgeführt, das 90 Minuten dauert und in dem die folgenden Themen besprochen werden:

- Kennenlernen der Familie und eingehende Exploration der aktuellen Familiensituation (wer gehört zur Familie, wo, wie und wovon lebt die Familie, Berufe der Eltern, Wohnort, Zimmer, Alter und Lebenssituation der Kinder)
- Exploration der elterlichen Erkrankung (welche Erkrankung, Verlauf der Erkrankung, welche Vorbehandlung etc.) sowie  Auswirkungen der und Umgang mit der Erkrankung in der Familie
- Exploration der Kinder
- Wahrnehmen der Familienbeziehungen
- Aufklärung und Information über die Gruppenarbeit: Regeln, Datenschutz, Ablauf der Sitzungen

Bei Bedarf kann ein 2. Familiengespräch erfolgen (wenn z.B. im 1. Gespräch noch nicht alle Familienmitglieder anwesend waren oder es noch Unsicherheiten der Familie oder offene Fragen gibt, die es vor der Teilnahme der Familie an der MFT Gruppe zunächst zu klären gilt). Dieses Familiengespräch kann auch begleitend zu den MFT-Sitzungen bei Bedarf angeboten werden.

Anschließend nimmt die Familie an der Multi-Familiengruppe teil.

### Die Multifamiliengruppe

Die Multifamiliengruppe findet in der Regel mit 3-4 Familien statt. Es finden fünf Multifamiliengruppensitzungen im 14-tägigen Abstand über jeweils 120 min (2 Stunden) statt. Die Familiengruppensitzungen folgen in ihrem Ablauf einem immer wiederkehrenden Muster und setzen sich aus den folgenden vier Bestandteilen zusammen:

20 min: Ankommen in der Multifamiliengruppe (Blitzlicht: wie geht es jeder Familie aktuell?)
60 min: Thema der Sitzung bearbeiten
20 min: Pause mit Getränken (Wasser) und wenn möglich Obst und/oder Keksen

20 min: Abschluss in der Multifamiliengruppe (Reflektion/Zusammenfassung der Therapeuten aus Kinder- und Elternsicht)

1. In den fünf aufeinanderfolgenden Multifamiliensitzungen werden in einem sich wiederholenden Zyklus die folgenden fünf Themen bearbeitet (damit wird der Einstieg einer Familie in die laufende Arbeit zu unterschiedlichen Zeitpunkten ermöglicht). Die elterliche Krankheit (wie sieht sie aus, mit welchen Anforderungen/Einschränkungen geht sie einher, welche Konsequenzen hat sie für mich/meine Kinder/unsere Familie)
2. Umgang mit der Erkrankung (wie ist die Krankheitsverarbeitung, das Störungsverständnis)
3. Meine Familie – Familienbeziehungen (Paarebene, wir als Paar – meine Eltern, wir als Kinder/Geschwister, unsere Beziehungen zu dem Kind/zu den Kindern, unsere Beziehungen zu unseren Eltern)
4. Meine Freunde - soziales Umfeld (Kinder: Kita, Schule, peers, Eltern: Nachbarn, Kollegen, Freunde) – es wird die Bedeutung eines guten sozialen Netzwerkes herausgearbeitet
5. Schutzfaktoren/Resilienz (was hilft mir/uns, als Kind/Elternteil/Familie, was stärkt mich/uns?)

In den MFT-Sitzungen können bei Bedarf auch die Materialien aus unserer Kindergruppenarbeit verwendet werden, die sich im Anhang A bis E befinden.

Die folgende Tabelle fasst die Themen der MFT Sitzungen noch einmal zusammen:

*Tabelle 1.* Themen der einzelnen Sitzungen.

| Sitzung | Thema |
|---|---|
| **1** | Kennenlernen, Elterliche Erkrankung |
| **2** | Elterliche Erkrankung |
| **3** | Krankheitsbewältigung/Coping |
| **4** | Krankheitsbewältigung/Coping |
| **5** | Familienbeziehungen |
| **6** | Familienbeziehungen |
| **7** | Soziales Netzwerk |
| **8** | Soziales Netzwerk |
| **9** | Schutzfaktoren |
| **10** | Schutzfaktoren, Abschluss |

## Beschreibung der Multifamiliengruppensitzungen

Bereits in den Erstgesprächen können die Kinder die Erfahrung machen, dass ihre Eltern eine vertrauensvolle Beziehung zu den Therapeuten entwickeln. Damit wird den Kindern ein Signal gegeben, dass sie sich in den Multifamiliengruppensitzungen anvertrauen dürfen. Die Multifamiliengruppensitzungen bieten Eltern und Kindern die Möglichkeit, ihre Sichtweise auf die Situation der Familie darzustellen. Sie erhalten Raum für ihre Probleme und Nöte und können die Erfahrung machen, dass andere Familien ähnlich schwierige Konstellationen erleben. Grundsätzlich sollten die Familien in den Gruppensitzungen die Möglichkeit erhalten, über schwierige und eventuell sogar bedrohlich erlebte Situationen und Konstellationen zu sprechen. Gleichzeitig sollte immer wieder der Versuch gemacht werden, Stärken der Familien, ihre Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen zu thematisieren. Dabei kann es sinnvoll sein, für die Bearbeitung einzelner Themen Kleingruppen zu bilden, die eine getrennte Bearbeitung der Kinder- und Elternperspektive ermöglichen.

Die fünf Multifamiliengruppensitzungen widmen sich in ihrem Ablauf zunächst der elterlichen Erkrankung, dann der familiären und individuellen Krankheitsverarbeitung. Im Fokus der dritten Sitzung stehen die Familienbeziehungen, die vierte Sitzung thematisiert das weitere soziale Umfeld mit relevanten Beziehungen und in der fünften Sitzung stehen Schutzfaktoren im Vordergrund.

Wichtig ist es, in jeder Multifamiliensitzung immer gleichermaßen der Elternperspektive und auch der Kinderperspektive einen Raum zu geben. Dabei ist zu beachten, dass nicht nur die Perspektiven einzelner Personen, z.B. Mütter oder Väter, Kind 1 und Geschwisterkind 2, sehr unterschiedlich sind, sondern dass grundlegende Unterschiede der Perspektive aufgrund der Generationengrenzen entstehen. Das bedeutet, dass Eltern ganz grundsätzlich eine andere Perspektive auf eine Situation/ein Problem haben als Kinder und umgekehrt. So ist es wichtig, neben der Erwachsenenperspektive immer auch der Wahrnehmung und Schilderung der kindlichen Sichtweise Raum zu geben und die Sorgen und Nöte anzuerkennen.

Im Folgenden werden die fünf Multifamiliensitzungen einzeln beschrieben (jeweils der inhaltliche Arbeitsteil von 60 Minuten), der unter einem spezifischen Thema steht.

### 1. Multifamiliengruppensitzung: Elterliche Erkrankung

Hauptziel dieser Multifamiliengruppensitzung ist die Erarbeitung eines differenzierten bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses, das sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren für psychische Erkrankungen umfasst. Die Herausarbeitung von Risikofaktoren kann dazu beitragen, beeinflussbare Risiken zu vermeiden oder zu minimieren. (Beispielsweise finden in

der Interaktion zwischen einem psychisch kranken Elternteil und seinem Kind mitunter viele Konflikte statt. Dann kann es für das psychisch kranke Elternteil und das Kind gleichermaßen hilfreich sein, die gemeinsame Zeit zu reduzieren, wenn dadurch eine positive Interaktion zustande kommen kann, weil beide von zu hohen Anforderungen entlastet werden und realistischere Erwartungen an die gemeinsame Zeit entwickeln können.) Umgekehrt kann die umfassende Erarbeitung von möglichen Schutzfaktoren Familien darin unterstützen gezielt Schutzfaktoren in der Familie und für die jeweiligen Kinder zu fördern. (Beispielsweise sind wichtige Bezugspersonen für Kinder außerhalb der Familie eine wichtige Ressource. Dies mit der Familie zu erarbeiten, ohne dass Eltern Angst vor Konkurrenz entwickeln müssen, kann sehr hilfreich sein.) Auf diese Weise kann das erarbeitete Krankheitsverständnis dazu beitragen, die psychisch gesunde Entwicklung der Kinder zu unterstützen. In der Sitzung wird erfragt, was Kinder und Eltern über die jeweilige psychische Erkrankung bereits wissen und es werden Informationen angeboten, z.B. Kinderbücher, die der Therapeut empfehlen kann.

Nach dem Blitzlicht beginnt die thematische Arbeit. Eine einleitende Frage des Therapeuten eröffnet diesen ersten inhaltlichen Teil (ca. 20 min) der Sitzung (Die Erkrankung in Ihren Familien – was ist das? Was bedeutet das für Ihre Familie?). Die Multifamiliengruppe kommt ins Gespräch. Der Therapeut achtet darauf, dass alle gleichermaßen zu Wort kommen und macht durch Betonung der verschiedenen Perspektiven („Ah – das ist Ihre Perspektiv als Betroffene/r“ oder „Ich verstehe – so sehen Sie das als Angehörige/r“) deutlich, dass es verschiedene Perspektiven gibt. Die Eltern und die Kinder werden nach ihrer Sicht auf und nach ihren Erfahrungen mit dem Thema „Erkrankung in den Familien“ befragt. Jede Perspektive wird wertgeschätzt! Raumeinnehmende Menschen werden vorsichtig wertschätzend, freundlich begrenzt.

Im nächsten mittleren Teil der Sitzung (20 min) wird zur Verdeutlichung der Mehrgenerationen-Perspektive mit den Familien ein Genogramm angefertigt auf einem großen Flipchart-Papier. Jede Familie fertigt es in einer Ecke des Raumes für die eigene Familie an (vgl. Abbildungen 2 und 3). Der Therapeut begleitet die Arbeit, geht von Familie zu Familie und steht für Fragen zur Verfügung.

Dieses Genogramm verbleibt in der Institution, da es in den weiteren Sitzungen weiterentwickelt werden kann.

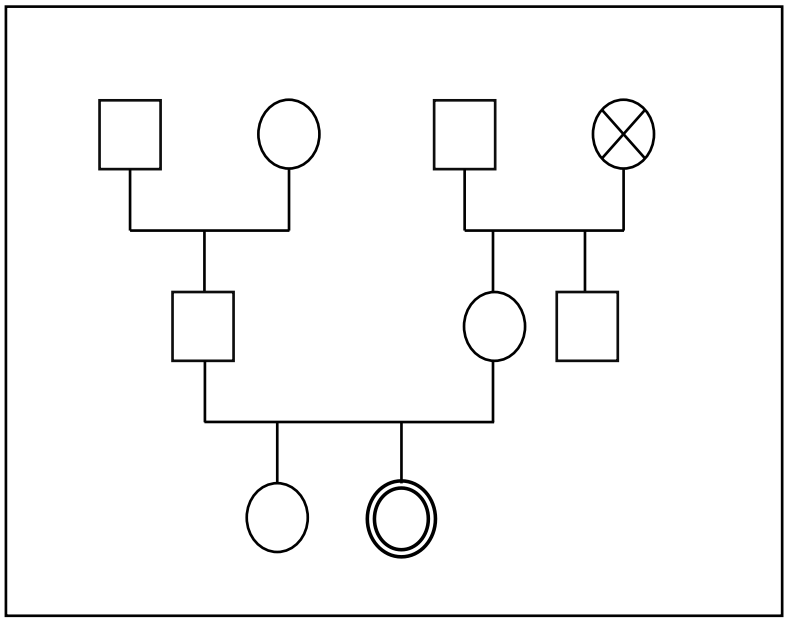


*Abbildung 2.* Beispieldarstellung eines Genogramms (adaptiert nach Cierpka, 2008)

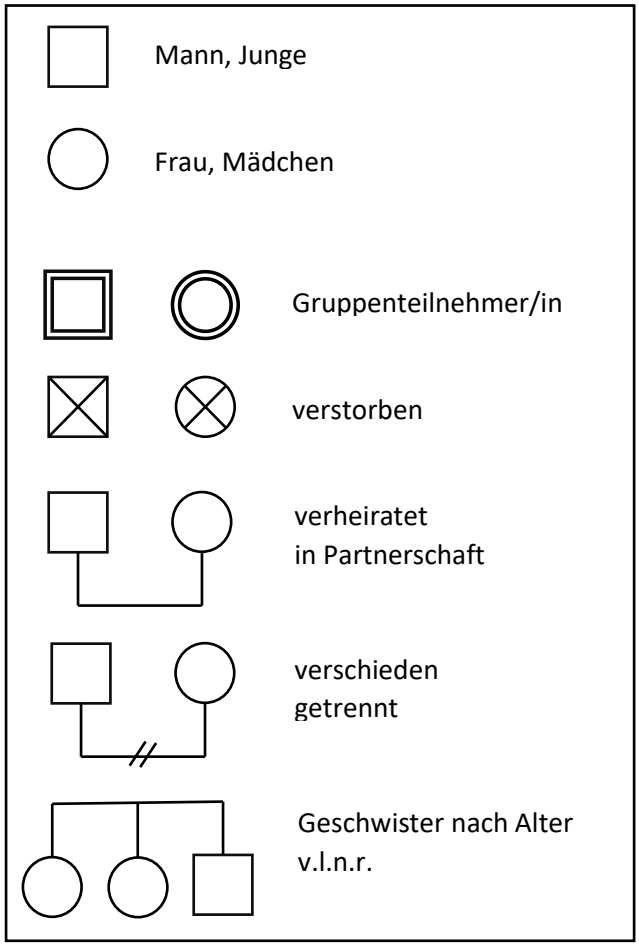



*Abbildung 3.* Zeichen zur Erstellung des Genogramms (modifiziert nach Cierpka, 2008)

Im letzten Teil (20 min) wird ein Austausch über die Erfahrungen mit der Genogrammarbeit moderiert (Wie ist es Ihnen ergangen, als Sie das Genogramm erstellt haben?). Es wird noch nicht über einzelne Familien eingehender gesprochen, einzelne Familien vorgestellt, sondern erst einmal nur Eindrücke aus den Erfahrungen mit dieser Aufgabe gesammelt. Wenn Familien bei der Sammlung von Erfahrungen bereits ihre eigenen Familienthemen zur Sprache bringen, wird dies zugelassen. Dies entspricht dem gruppendynamischen Arbeiten anderer Gruppentherapiekonzepte, wo Berichten des eigenen Erlebens Raum gegeben wird, dagegen aber Gespräche über äußere Geschehnisse oder andere, nicht anwesende Personen begrenzt werden, um die Fokussierung auf das eigene Erleben in der gruppendynamischen Arbeit zu nutzen.

Themen dieser Sitzung sind:

- Aufklärung/Informationsmaterialien (bei Bedarf)
- Mehrgenerationale Perspektive erarbeiten (Genogramm erstellen)

### 2. Multifamiliengruppensitzung: Krankheitsverarbeitung

In altersangemessener Weise geht es in der zweiten Multifamiliengruppensitzung konkret darum, wie über die elterliche Erkrankung in der Familie gesprochen wird und welche Vorstellungen und Phantasien die Kinder mit der elterlichen Erkrankung verbinden. Der Umgang mit der Erkrankung in der Familie spielt eine wichtige Rolle dabei, wie Kinder die elterliche Erkrankung bewältigen können. Wird in der Familie über die Erkrankung und die damit einhergehenden Gefühle gesprochen, erscheint die Erkrankung meist weniger bedrohlich. Ist sie hingegen ein Tabuthema, das hintergründig immer eine Rolle spielt aber nicht angesprochen werden kann, bleibt das Kind mit seinen Ängsten und Sorgen allein.

Eine wichtige Frage ist, wie die Kinder die elterliche Erkrankung bisher erlebt haben, was sie über die Erkrankung wissen und wie sie davon erfahren haben, wie im Manual des CHIMPS-Ansatzes beschrieben (Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass, 2011). Je nach Alter und Entwicklungsstand äußern Kinder sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie die Erkrankung entstanden ist und welche Gründe es für die Erkrankung gibt. Bei diesen subjektiven Krankheitstheorien ist es besonders wichtig, sehr aufmerksam dafür zu sein, ob Kinder Schuldgefühle haben und glauben, die Erkrankung selbst verursacht zu haben. Schuldgefühle sind in allen Altersgruppen sehr häufig und können dem psychodynamischen Mechanismus einer Umkehr vom Passiven ins Aktive entsprechen: Ein nicht zu beeinflussendes Geschehen ist beängstigender als ein Geschehen, für das man die Schuld trägt, da man meint, es selbst herbeigeführt zu haben. Solche Schuldgefühle gilt es zu bemerken und in dem Sinne zu thematisieren, dass die Kinder die elterliche Erkrankung nicht

verursacht haben. Bei der Bearbeitung von Schuldgefühlen ist es wichtig, ihnen zunächst Raum zu geben und sie anzuerkennen. Im weiteren Prozess kann es dann gelingen, Schuldgefühle in ihrem Ausmaß zu vermindern, häufig aber nicht, sie gänzlich aufzulösen (vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid, Plass, 2011).

Neben Schuldgefühlen, wie Wiegand-Grefe et al., 2011 weiterhin ausführen, spielen Gefühle wie die anhaltende Sorge um den erkrankten Elternteil, Angst vor einer plötzlichen Verschlechterung oder vor einem Krankenhausaufenthalt, Unsicherheit, wie es weiter gehen wird, eine wichtige Rolle. Mit zunehmendem Alter und besseren Reflexionsfähigkeiten tritt vermehrt die Angst auf, selbst zu erkranken. Die Vorstellungen und Fantasien der Kinder bezüglich der elterlichen Erkrankung, Ängste und Sorgen sollten ausreichend viel Raum erhalten. Außerdem geht es darum, zu erfahren, wie die Kinder mit der elterlichen Erkrankung bisher umgegangen sind, was im Umgang mit der elterlichen Erkrankung hilfreich aber auch, was besonders schwierig oder ängstigend gewesen ist. (vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid, Plass, 2011).

Nach dem Blitzlicht (20 min) wird wieder der inhaltliche einstündige Teil begonnen, der sich dem Thema „Umgang mit der Erkrankung“ widmet. Zunächst werden nach einer offenen Eingangsfrage wieder Eindrücke und Erfahrungen aus den Familien gesammelt. Eine Eingangsfrage könnte sein: Wir haben in der letzten Sitzung über die Erkrankungen in den Familien gesprochen (Bezug herstellen, Brücke bauen, damit Prozess verdeutlichen und fördern). Heute möchten wir mit Ihnen darüber sprechen, wie Sie es in Ihren Familien schaffen, mit dieser Herausforderung umzugehen. Dabei wird sprachlich deutlich gemacht, dass es eine Anforderung bedeutet, eine Herausforderung, eine Leistung! Uns würde interessieren, wie es jede Familie und auch jede/r Einzelne schafft. Eltern und Kinder. Dabei wird wieder verdeutlicht, dass es verschiedene Umgangsweisen gibt und jede/r seine/ihre eigene für sich stimmige Art und Weise finden muss! Und dass diese unterschiedlich sein kann, auch innerhalb der Familie. Wichtig ist ein transparenter Umgang, Offenheit in den eigenen Wünschen und Bedürfnissen, Kommunikation, um Missverständnissen vorzubeugen (Ich mach jetzt keinen Spaziergang, um Dich allein zu lassen, sondern weil ICH gerade mal etwas frische Luft für mich brauche). Kommunikation als wichtiges Stichwort. Was sind Ihre Erfahrungen? Womit haben Sie gute Erfahrungen gemacht? Was hilft Ihnen im Umgang mit der Erkrankung und miteinander? Aber auch: was können Sie tun, wenn es eine Krise gibt? Wenn jemand in der Familie den Eindruck hat, nicht mehr weiter zu wissen/zu können? Wohin können Sie sich wenden?

Eventuell kann das Genogramm weiter bearbeitet werden. Mögliche Fragen können sein: Welche Erkrankungen gibt es mehrgenerational in der Familie? Und wie war der Umgang damit in der jeweiligen Generation (z.B. der Großeltern-Generation, die meistens – geschwiegen hat!)

Themen sind:

- Kommunikation/Gespräch über die Erkrankung in den Familien, aber auch über Wünsche und Bedürfnisse
- Notfall- und Krisenplan
- Professionelle Hilfen und Behandlungen

### 3. Multifamiliengruppensitzung: Unsere Familie – Familienbeziehungen

In der dritten Multifamiliengruppensitzung stehen die Familienbeziehungen im Vordergrund. Durch eine psychische Erkrankung eines Elternteils können die familiären Beziehungen deutlich verändert werden. Verschiedene Studien belegen, dass für die Prognose der Kinder weniger die elterliche Erkrankung an sich, sondern vielmehr die Auswirkungen der Erkrankung auf das alltägliche Familienleben und die familiären Beziehungen relevant sind (Wiegand-Grefe et al., 2009, 2011).

Fällt beispielsweise ein Elternteil aufgrund einer depressiven Episode sowohl in der emotionalen Erreichbarkeit als auch der Versorgung der Kinder weitgehend aus, so stellt sich die Frage, ob der zweite Elternteil, andere Familienmitglieder oder Bezugspersonen des weiteren sozialen Umfelds eine Ersatzfunktion übernehmen können.

In der dritten Multifamiliengruppensitzung werden die Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Familienmitgliedern thematisiert. Hier ist die Frage, auf welche Familienmitglieder sich das Kind verlassen kann, wem es sich mit Ängsten, Sorgen und Nöten anvertrauen kann. Ebenso ist die Frage, für welche Familienmitglieder das Kind eventuell Verantwortung übernehmen muss, um wen es sich sorgt. Dies kann Hinweise auf eine Parentifizierung liefern, bei der die Rollen von Kind und Elternteil hinsichtlich der Verantwortungsübernahme umgekehrt werden und das Kind über das altersangemessene Maß hinaus Verantwortung für einen Elternteil übernimmt. Häufig zeigen sich die Sorgen eines Kindes beispielsweise darin, dass es nicht mehr in die Schule oder in den Kindergarten gehen möchte, dann können Ängste eine Rolle spielen, einen psychisch kranken Elternteil allein zu Hause zu wissen in dieser Zeit. In diesem Zusammenhang sollte auch erarbeitet werden, ob und inwiefern sich die Beziehungen in der Familie durch die psychische Erkrankung eines Elternteils eventuell verändert haben. Ein Hinweis darauf, ob von Seiten der Eltern die kindlichen Bedürfnisse angemessen wahrgenommen werden können, zeigt sich häufig im

Umgang mit akuten Erkrankungsphasen eines Elternteils: Gelingt es, auch bei Krisen wie einer notwendigen stationären Behandlung eines Elternteils eine altersentsprechende Versorgung der Kinder zu gewährleisten oder führen solche Belastungssituationen zu einer unzureichenden Versorgung der Kinder, die beispielsweise damit einhergeht, dass Kinder sich selbst überlassen sind und in einer Phase der besonderen psychischen Belastung durch altersunangemessene Anforderungen zusätzlich belastet werden.

Im weiteren Ablauf kann es dann auch sinnvoll sein, mit den Familien zu erarbeiten, ob zusätzliche Bezugspersonen aus der weiteren Familie oder dem sozialen Umfeld als emotionale oder auch alltagspraktische Unterstützung sowohl von Kindern als auch von Eltern akzeptiert werden können.

In der 3.Sitzung wird nach dem Blitzlicht im inhaltlichen Teil unter der Perspektive „Beziehungen“ das Genogramm weiter entwickelt und um die Beziehungen ergänzt (siehe Handbuch der Familiendiagnostik, Cierpka, zur Darstellung der Beziehungen). In diesem Teil ist es möglich, sich mit den Beziehungen der Familie eingehender zu beschäftigen und diese auch im Genogramm darzustellen. Oft ist über die Beschäftigung des Aufmalens, also eine Triangulierung, wie es im psychodynamischen Kontext heißt, eine weniger ängstigende Beschäftigung mit dem sensiblen Bereich der Beziehungen möglich.

Außerdem kann in dieser Stunde das Genogramm einmal vorgestellt werden.

Anmerkung: Bei der Vorstellung der Genogrammarbeit kann es sinnvoll sein, dass pro Sitzung eine Familie ihr Genogramm vorstellt, da der zeitliche Rahmen für die Vorstellung aller Genogramme nicht ausreicht.

### 4. Multifamiliengruppensitzung: soziales Umfeld und soziales Netzwerk

In der Multifamiliengruppensitzung sollte zunächst Thema sein, wie die Kinder und Eltern ihr soziales Umfeld erleben. Häufig geht mit einer elterlichen psychischen Erkrankung eine deutliche Verarmung des sozialen Umfelds einher bis hin zu einer sozialen Isolation. Häufig trauen sich Kinder beispielsweise nicht, Freunde mit nach Hause zu bringen, weil sich ein Elternteil „komisch“ verhält oder weil die Wohnung unordentlich ist. Oder Eltern erlauben soziale Kontakte nicht, aus Angst vor Stigmatisierung aufgrund einer psychischen Erkrankung.

Als hilfreich beschreiben Kinder oft außerfamiliäre Bereiche, in denen die elterliche Erkrankung keine Rolle spielt, wie zum Beispiel den Kindergarten, die Schule oder das berufliche Umfeld. Häufig erleben sie es als entlastend, wenn sie mit der Erkrankung des Elternteils in diesem Umfeld nicht konfrontiert werden und sorgen dafür, dass diese Bereiche vor der elterlichen Erkrankung geschützt bleiben. Die Wünsche und Erwartungen der Kinder an ihre Eltern,

inwiefern sich diese in diese außerfamiliären Bereiche einbringen sollten (Teilnahme an Elternabenden, Austausch mit anderen Eltern, aktive Mitarbeit in Gremien, wie Elternrat, Elternvertretung, Förderverein etc.) sollten in der Multifamilientherapiesitzung thematisiert werden. Wichtig ist für die Therapeuten immer wieder zu betonen, dass Kinder und Jugendliche sehr unterschiedlich sind und dass diese Wünsche und Erwartungen entsprechend sehr unterschiedlich sein können. Wichtig ist hier, die einzelnen Wünsche jedes Kindes zu erfragen und zu respektieren! Durch die Transparenz der Wünsche und Erwartungen der Kinder können die Eltern angeregt werden, diese Wünsche zu respektieren, sich also z.B. mehr oder weniger in der Elternarbeit der Kita, Schule oder auch des Sportvereins zu engagieren.

In der 4.Sitzung wird nach dem Blitzlicht im inhaltlichen Teil unter der Perspektive „soziales Umfeld/Netzwerk“ das Genogramm weiterentwickelt und um die Netzwerke jedes Familienangehörigen ergänzt. Wer gehört zu meinem Netzwerk? Wer ist mir wichtig?

### 5. Multifamiliengruppensitzung: Schutzfaktoren

Auch diese Sitzung beginnt mit einem Blitzlicht und Themen oder Fragen, die eventuell aus der zurückliegenden Multifamiliensitzung stammen. In dieser Multifamiliengruppensitzung werden die oben beschriebenen Schutzfaktoren bewusst aufgegriffen thematisiert und es werden mit der Familie Möglichkeiten erarbeitet, Schutzfaktoren in der Familie, z.B. soziale Kompetenz oder Selbstwirksamkeitserwartung trotz der psychischen Erkrankungen eines oder beider Elternteile zu fördern, oder hilfreiche begleitende Unterstützungssysteme zu installieren. Diese Multifamiliengruppensitzung greift zum einen gezielt die in den zurückliegenden Sitzungen beschriebenen Schutzfaktoren auf und erweitert das Thema bezogen auf Schutzfaktoren, die eher unabhängig von familiären und sozialen Beziehungen sind

Der inhaltliche Teil wird mit psychoedukativen Informationen eingeleitet: Hier werden die Ergebnisse der Resilienzforschung verständlich für Eltern und Kinder dargestellt: „Wir haben in den vorigen Sitzungen auch besprochen, dass für Kinder mit psychisch kranken Eltern das Risiko, selbst auch eine psychische Erkrankung zu bekommen, höher ist als für andere Kinder. Wir kennen aber aus der Forschung verschiedene Faktoren, die damit verbunden sind, dass sich auch diese Kinder möglichst gesund entwickeln können. Diese Faktoren, genannt Schutzfaktoren, sind heute unser Thema. Das kann z.B. eine gute soziale Kompetenz sein, also die Fähigkeit, sich in verschiedenen sozialen Situationen sicher zu fühlen und eine Vorstellung davon zu haben, wie man in einer Gruppe die eigene Position angemessen vertreten kann. Wenn man sich dabei nicht so sicher fühlt, kann man das z.B. in einem Training

für soziale Kompetenz in kleinen Gruppen üben und wird dann sicherer. Auch die Fähigkeit, davon überzeugt zu sein, dass man mit schwierigen Situationen oder Anforderungen zurechtkommen kann, genannt Selbstwirksamkeitserwartung, scheint für Kinder von psychisch kranken Eltern ein wichtiger Schutzfaktor zu sein. Andere Schutzfaktoren können beispielsweise eine gute familiäre Unterstützung sein, verbunden mit einer guten Beziehung zu den Eltern oder ein gutes Klima in der Schule, so dass man sich dort gut aufgehoben fühlt. In der Forschung hat sich auch herausgestellt, dass regelmäßiger Sport (<1/Woche) ein Schutzfaktor ist und vermutlich gilt das auch für andere Hobbies, wie in einem Chor zu singen, in einer Pfadfindergruppe mitzumachen, ein Instrument zu spielen oder ähnliches. Diese Dinge sind noch nicht untersucht worden. Es hat sich aber auch herausgestellt, dass es gut ist, nicht nur einen Schutzfaktor, sondern möglichst mehrere zu haben.

Im Anschluss werden alle Teilnehmer gefragt, welche Faktoren für sie hilfreich im Umgang mit der familiären Situation sind. Dieser Teil wird eingeleitet mit Fragen wie: „Was tut mir gut? Was macht mir Freude? Was hilft mir, wenn ich angespannt oder gestresst bin? Was hilft mir, wenn ich Angst habe“. Der Austausch in der Gruppe ermöglicht zum einen die bewusste Wahrnehmung der vorhandenen eigenen Schutzfaktoren und eröffnet die Möglichkeit, die Schutzfaktoren anderer Gruppenteilnehmer kennenzulernen, die man eventuell selbst anwenden oder ausprobieren kann. Im Anschluss an die Sammlung und den Austausch kann für jedes Familienmitglied eine „Netzwerkkarte der Schutzfaktoren“ erarbeitet werden, die aktiv umgesetzt werden können, und zwar hier die nicht unbedingt auf die bereits genannten Beziehungen bezogenen Schutzfaktoren. Das können Tätigkeiten sein, wie ein Spaziergang, das Spielen eines Gesellschaftsspiels, ein warmes Bad, die Zubereitung eines leckeren Essens, eine (regelmäßige) sportliche Aktivität, das Erlernen oder Praktizieren eines Musikinstruments, allein oder in einer Gruppe etc. Aber auch Angebote, wie ein soziales Kompetenztraining können hier thematisiert werden. Individuell wird festgehalten, welche Tätigkeiten und Beschäftigungen als hilfreich und unterstützend erlebt werden. Die Sammlung kann ergänzt werden durch Ideen für zusätzliche Aktivitäten, die sich Teilnehmer für die Zukunft wünschen. Dabei ist es wichtig darauf zu achten, dass die Empfehlung, mehrere Schutzfaktoren zu etablieren, nicht zu einer erhöhten Stressbelastung führt. Die erarbeitete Sammlung nehmen die Teilnehmer mit und können darauf zurückgreifen in Situationen, die sie als belastend erleben und in denen häufig die Ideen für entlastende Tätigkeiten verloren gehen.

Die Sitzung wird mit einem Blitzlicht abgeschlossen, in dem jeder Teilnehmer die Möglichkeit erhält, zu benennen, wie es ihm geht und was er aus der Sitzung mitnimmt.

## Zusammenfassung der Themenbereiche der Multifamilientherapiesitzungen

Zusammenfassend sollten die folgenden Aspekte in den fünf Multifamiliengruppensitzungen berücksichtigt werden. Die Reihenfolge und Gewichtung der einzelnen Punkte variiert und wird im Verlauf der Gruppensitzungen nicht zuletzt durch die Gruppenteilnehmer individuell bestimmt.

Elterliche Erkrankung:

- Hintergrundwissen der Eltern und Kinder über die elterliche Erkrankung
- Hintergrundwissen über Behandlung und Behandlungsmöglichkeiten
- Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf das Kind und auf die Familie, Gedanken, Gefühle, Ängste, Sorgen
- Austausch über die Erkrankung und die emotionale Befindlichkeit in der Familie und mit anderen wichtigen Bezugspersonen
- Krisenplan
- Subjektive Krankheitstheorien

Krankheitsbewältigung:

- Wie sind die Kinder über die elterliche Erkrankung informiert/aufgeklärt worden?
- Darf in der Familie über die elterliche Erkrankung gesprochen werden?
- Hilfreich erlebte Bewältigungsmechanismen
- Schwierigkeiten bei der Bewältigung
- Inanspruchnahme verschiedener Hilfsangebote
- Notfall/Krisenplan

Familiäre Beziehungen:

- Beziehungen des Kindes zu den einzelnen Familienmitgliedern
- Veränderung der Beziehung durch die Erkrankung bzw. in akuten Erkrankungsphasen
- Aufgaben und Rollenverteilung in der Familie aus Sicht des Kindes
- Beziehungen zu anderen wichtigen Bezugspersonen in der Familie (z. B. Großeltern, Pflegeeltern)

Soziales Umfeld:

- Bezugspersonen außerhalb der Familie
- Beziehungen zu Gleichaltrigen (Peer-group)
- Schulisches Umfeld: Lehrer, Klassenkameraden
- Weiteres Umfeld: z.B. Sportverein, Kirchengemeinde
- In welchem sozialen Umfeld soll die elterliche Erkrankung thematisiert werden?

Schutzfaktoren:

- Personelle Schutzfaktoren
- Familiäre Schutzfaktoren
- Soziale Schutzfaktoren
- Regelmäßiger Sport
- Anzahl der vorhandenen Schutzfaktoren

### Das Abschlussgespräch

Jede Familie erhält nach der Teilnahme an der Multifamiliengruppe ein Abschlussgespräch. Es dauert in der Regel 90 Minuten.
Im Gespräch wird ein Resümee über die Teilnahme an der Multifamilientherapiegruppe gezogen und die MFG reflektiert. Es wird darüber gesprochen, was als gut und hilfreich erlebt wurde und was als störend, beeinträchtigend, negativ, oder gar schädlich erlebt wurde.
Außerdem werden weitergehende Behandlungen und Vereinbarungen getroffen.
Explizit wird auf die Möglichkeit der Wiedervorstellung verwiesen.

## Literatur


Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of epidemiology and community health, 66*(3), 194-203. doi:10.1136/jech.2009.102467

Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics, 112*(2), E119-E131.

Boyd, R. C., & Waanders, C. (2013). Protective Factors for Depression Among African American Children of Predominantly Low-Income Mothers with Depression. *Journal of Child and Family Studies, 22*(1), 85-95. doi:10.1007/s10826-012-9588-y

Christiansen, H., Anding, J., Schrott, B., & Röhrle, B. (2015). Children of mentally ill parents—a pilot study of a group intervention program. *Frontiers in psychology, 6*.

Chronis, A., Lahey, B., Pelham, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-defizit/hyperactivity disorder *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1424-1432.

Cierpka, M. (2008). *Handbuch der Familiendiagnostik*. In (pp. Online-Ressource). Retrieved from https://kataloge.uni-hamburg.de:443/DB=1/PPNSET?PPN=601447573 doi:10.1007/978-3-540-78475-3

Cierpka, M., & Frevert, G. (1994). *Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*. Göttingen: Hogrefe.

Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M. J., Craddock, N., . . . Thapar, A. (2016). Mental health resilience in the adolescent off spring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *Lancet Psychiatry, 3*(1), 49-57. doi:10.1016/s2215-0366(15)00358-2

Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 52*(10), 1015-1025. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x

Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Stadler, C., & Poustka, F. (2001). *Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version. K-SADS-PL.* Retrieved from Frankfurt am Main:

Deneke, C., Beckmann, O., & Dierks, H. (2008). Präventive Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. In A. Lenz & J. Jungbauer (Eds.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (pp. 63-79). Tübingen: dgvt.

Deneke, C., & Lüders, B. (2003). Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52*(3), 172-181.

Engelmann, B. (2014). *Therapie-Tools Resilienz: mit E-Book inside und Arbeitsmaterial*: Beltz.

Fortune, D. G., Smith, J. V., & Garvey, K. (2005). Perceptions of psychosis, coping, appraisals, and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: an exploration using self-regulation theory. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 319-331.

Foster, K., O´Brian, L., & McAllister, M. (2004). Addressing the needs of children of parents with a mental illness: current approaches. *Contemporary Nurse, 18*, 67-80.

Fudge, E., & Mason, P. (2004). Consulting with young people about service guidelines relat-ing to parental mental illness *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health, 3*, 1-9.

Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation, 7*(4), 240-257.

Helle, M. (2019). Systemische Therapie. In J. Kriz (Ed.), *Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J. S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry, 58*(5), 453-460.

Kaluza, G. (2018). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (Vol. 4). Berlin: Springer-Verlag.

Knutsson-Medin, L., Edlund, B., & Ramklint, M. (2007). Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 744-752.

Krowatschek, D., & Hengst, U. (2006). *Mit dem Zauberteppich unterwegs. Entspannung in Schule, Gruppe und Therapie für Kinder und Jugendliche* Dortmund: Borgmann Media.

Kühnel, S., & Bilke, O. (2004). Kinder psychisch kranker Eltern. Ein interdisziplinäres Präventionsprojekt in der Ostschweiz. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 14*, 60-74.

Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern: Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*: Hogrefe Verlag.

Lewandowski, R. E., Verdeli, H., Wickramaratne, P., Warner, V., Mancini, A., & Weissman, M. (2014). Predictors of Positive Outcomes in Offspring of Depressed Parents and Non-depressed Parents Across 20 Years. *Journal of Child and Family Studies, 23*(5), 800-811. doi:10.1007/s10826-013-9732-3

Loechner, J., Starman, K., Galuschka, K., Tamm, J., Schulte-Körne, G., Rubel, J., & Platt, B. (2018). Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 60*, 1-14. doi:https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.009

Margraf, J., Cwik, J. C., Pflug, V., & Schneider, S. (2017). Structured clinical interviews for mental disorders across the lifespan: Psychometric quality and further developments of the DIPS Open Access interviews. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 46*(3), 176-186.

Mattejat, F. (2001). Kinder mit psychisch kranken Eltern. In F. Mattjet & B. Lisofsky (Eds.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Mattejat, F., Wüthrich, C., & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt, 71*, 164-172.

McGoldrick, M., Gerson, R., Petry, S., & Erckenbrecht, I. (2016). *Genogramme in der Familienberatung* (4., unveränderte Auflage ed.). Bern: Hogrefe.

McLaughlin, K. A., Gadermann, A. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., . . . Kessler, R. C. (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry, 200*(4), 290-299. doi:10.1192/bjp.bp.111.101253

Pargas, R. C. M., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocque, R. (2010). Resilience to Maternal Depression in Young Adulthood. *Developmental Psychology, 46*(4), 805-814. doi:10.1037/a0019817

Parker, G., Tulping, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology, 52*, 1-10.

Petermann, F. (2002). Clinical child psychology: the concept of social competence. *Zeitschrift Fur Psychologie, 210*(4), 175-185. doi:10.1026//0044-3409.210.4.175

Petermann, F., Niebank, K., & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie - Genetik - Neuropsychologie*. Berlin: Springer.

Petermann, U., & Schomaker, H. (2019). Entspannungsverfahren. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 249-260). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Plass-Christl, A., Haller, A. C., Otto, C., Barkmann, C., Wiegand-Grefe, S., Holling, H., . . . Klasen, F. (2017). Parents with mental health problems and their children in a German population based sample: Results of the BELLA study. *Plos One, 12*(7). doi:e0180410 10.1371/journal.pone.0180410

Plass, A., Haller, A.-C., Habermann, K., Petermann, F., Schipper, M., Wiegand-Grefe, S., . . . Klasen, F. (2016). Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern: Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. [Factors Promoting Mental Health in Children of Parents With Mental Health Problems: Results of the BELLA Cohort Study]. *Kindheit und Entwicklung, 25*(1). doi:10.1026/0942-5403/a000187

Pölkki, P., Ervast, S., & Huppoonen, M. (2004). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Society of Work Health Care, 39*, 151-163.

Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kriston, L., Rothenberger, A., Dopfner, M., Herpertz-Dahlmann, B., . . . Grp, B. S. (2015). The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *European child & adolescent psychiatry, 24*(6), 651-663. doi:10.1007/s00787-014-0638-4

Reupert, A. E., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., Van Doesum, K. T. M., & Van Santvoort, F. (2013). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. *Medical Journal of Australia, 199*(S3), S18-S22. doi:10.5694/mja11.11145

Reupert, A. E., & Maybery, D. (2010). “Knowledge is power”: Educating children about their parent's mental illness. *Social Work in Health Care, 49*(7), 630-646.

Schleier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.

Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2019). *Systemische Interventionen*. In *UTB Profile*.

Schneider, S., Pflug, V., In-Albon, T., & Margraf, J. (2017). *Kinder-DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Bochum: Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum.

Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica, 40*, 105-123.

Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology, 42*(4), 243-252.

Siegenthaler, E., Munder, T., & Egger, M. (2012). Effect of Preventive Interventions in Mentally Ill Parents on the Mental Health of the Offspring: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(1), 8-17. doi:10.1016/j.jaac.2011.10.018

Siegenthaler, E., Munder, T., & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(1), 8-17.

Singleton, L. (2007). Parental mental illness: the effects on children and their needs. *British Journal of Nursing, 16*, 847-850.

Staats, H., Dally, A., & Bolm, T. (Eds.). (2014). *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse: Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Stippel, A., & Lehmkuhl, G. (2018). Gruppen mit Kindern und Jugendlichen. In B. Strauß & D. Mattke (Eds.), *Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis* (pp. 371-380). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Thanhauser, M., Lemmer, G., de Girolamo, G., & Christiansen, H. (2017). Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry, 30*(4), 283-299. doi:10.1097/yco.0000000000000342

Thanhäuser, M., Lemmer, G., de Girolamo, G., & Christiansen, H. (2017). Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Current opinion in psychiatry, 30*(4), 283-299.

Wiefel, A., & Lehmkuhl, U. (2004). .„Schau mich bitte nicht so an …“. Besonderheiten in der frühkindlichen Bindungsentwicklung bei Säuglingen und Kleinkindern von psychisch kranken Eltern *Frühe Kindheit, 7*, 29-32.

Wiegand-Grefe, S. (2002). *Die präsentierten Probleme in der Familientherapie*. Kröning: Asanger.

Wiegand-Grefe, S. (2007). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine psychoanalytisch-familienorientierte Prävention für Familien mit psychisch kranken Eltern. In A. Springer, K. Münch, & D. Munz (Eds.), *Psychoanalyse heute?!* (pp. 439-459). Gießen: Psychosozial Verlag.

Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Rosenthal, S., & Plass, A. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern—Risiko, Resilienz und Prävention. *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde, 31*(4), 161.

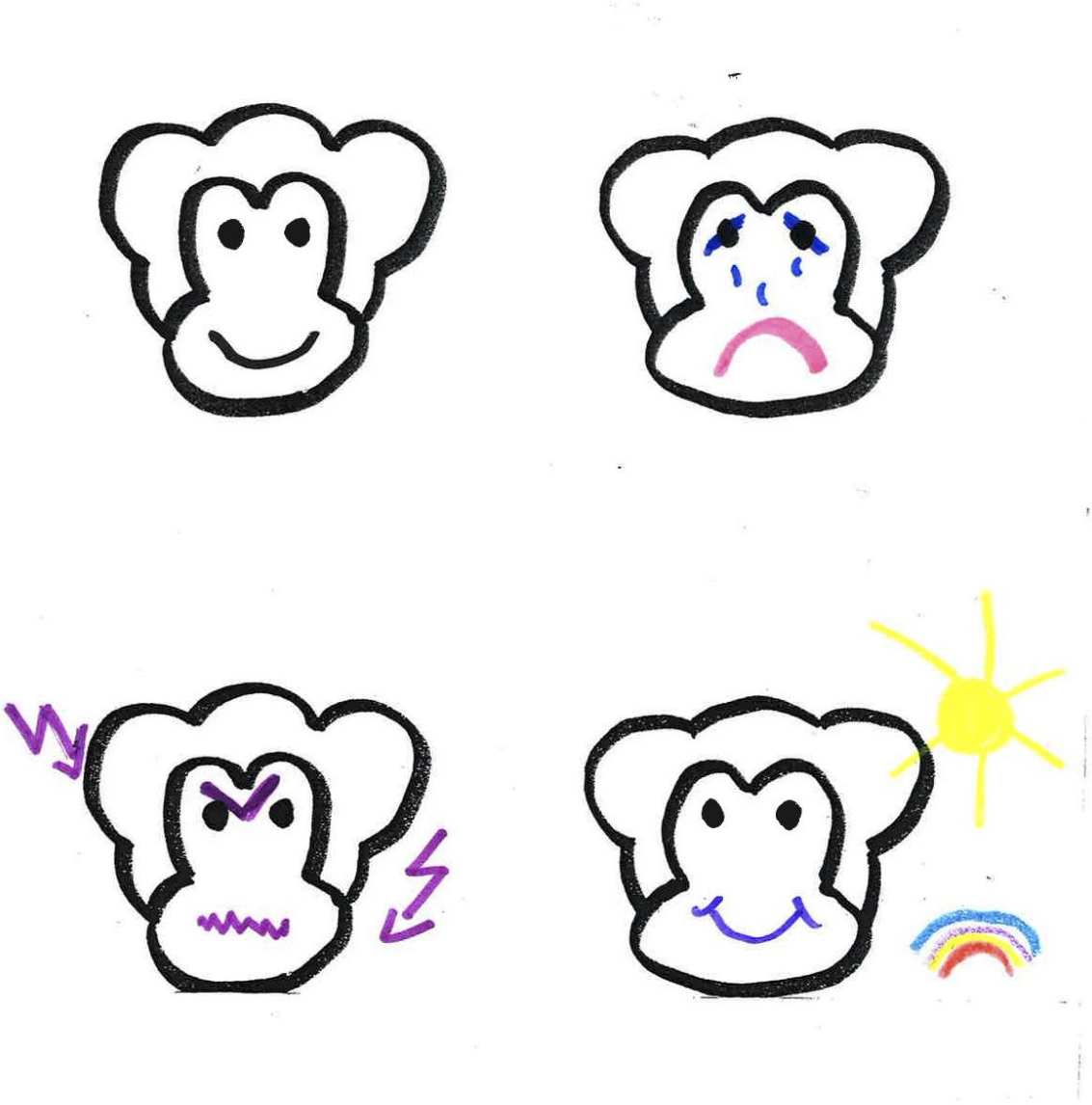
Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S., & Plass, A. (Eds.). (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention - der CHIMPs-Beratungsansatz*. Göttingen: Hogrefe.

Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & group, B. s. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry, 17*, 133-147.

Yalom, I. D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

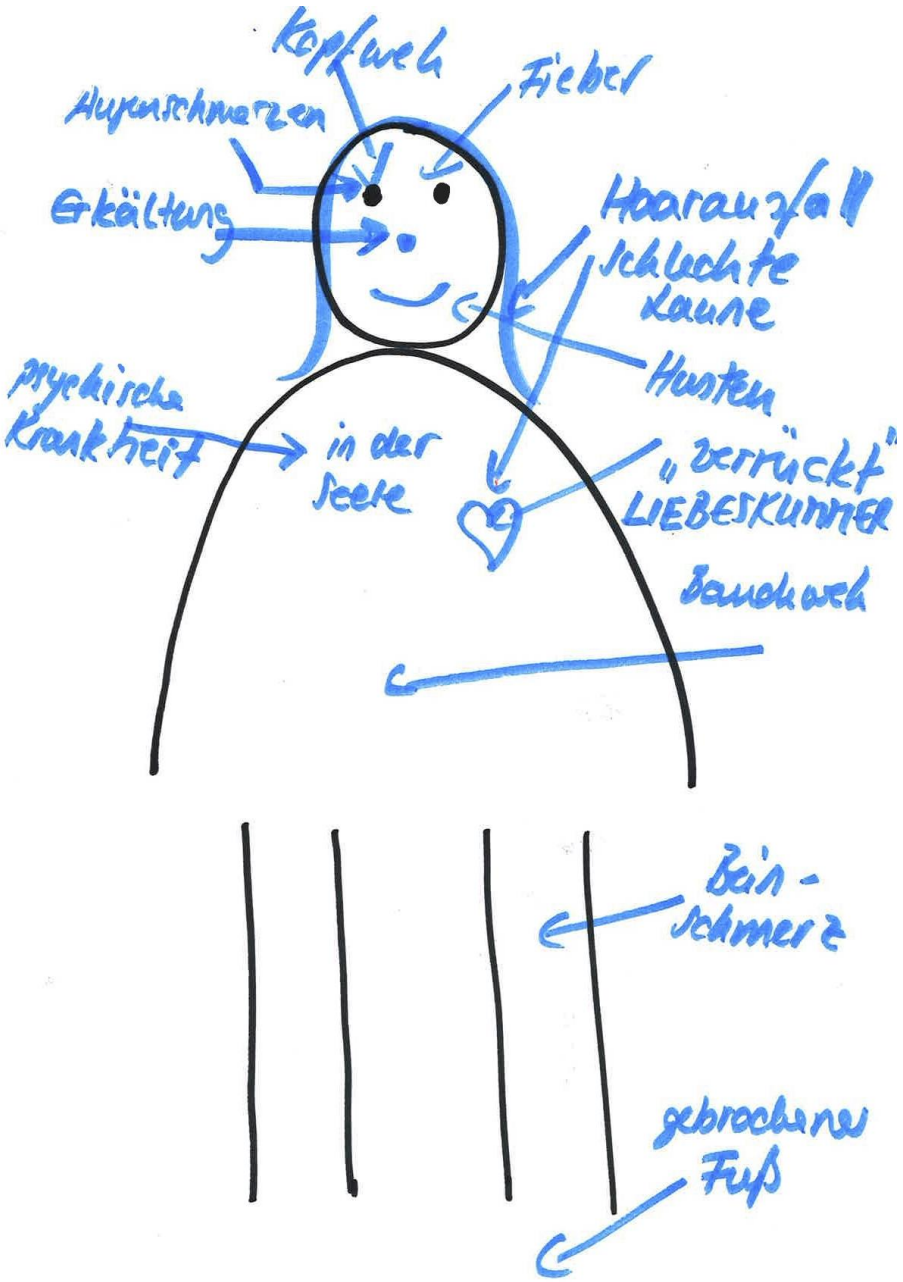
## Anhang A

Gefühlskarten



Anhang B

Körperübung



Anhang C

*Tabelle A2.* Bücher zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern.

| **Titel**<br>**Autor** | **Inhalt & Buchtyp** | **Zielgruppe** | **Störungsbilder** |
|---|---|---|---|
| **Der Beste Vater der Welt**<br>**Trostmann & Jahn (2009)** | • Geschichte über die seelische Veränderung eines Vaters und die Auswirkungen der Krankheit (Psychose) auf den Sohn<br>• Bilderbuch mit kleineren Textpassagen + Bildern | Kinder im Grundschulalter | Psychose |
| **Das Seelenentdecker Album**<br>**Deetjen & Stöckigt (2009)** | • Interaktives Buch zum Thema Seele<br>• Thematisiert werden Gefühlen, Gedanken, Wünsche, Pläne, Träume und Erinnerungen | Kinder im frühen Grundschulalter | Psyche im Allgemeinen, Krankheitsbezug nur ganz am Rande |
| **Bei mir zuhause ist was anders Was Kinder psychisch kranker Eltern erleben**<br>**Kühnel & Kolle (2012)** | • Erlebnisberichte von Kindern psychisch kranker Eltern<br>• Illustriert mit Bildern gemalt von Kindern (entstanden in der Kindersprechstunde) | Kinder im Grundschulalter | störungsübergreifend |
| **Fufu und der grüne Mantel**<br>**Eggermann & Janggen (2004)** | • Bilderbuchgeschichte zur Erklärung psychischer Erkrankungen (Psychose im Speziellen)<br>• Altersentsprechend Darstellung anhand einer Tierfamilie; Grüner Mantel dient als Symbol für die Erkrankung des Vaters | Kinder im Grundschulalter | Psychose |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Was keiner weiß**<br>**Deetjen & Stöckigt (2009)** | • Bilderbuch zur Erklärung von psychischen Erkrankungen<br>• Erklärung der häufigsten Störungsbilder in Gedichtform | Kinder im Grundschulalter | störungsübergreifend |
| **Der Seelenvogel**<br>**Snunit & Golomb (1984)** | • Bilderbuch zur Erklärung von Gefühlen mit Hilfe von Bildern und dem „Seelenvogel“ als Metapher | Kinder im Vorschul- und Grundschulalter | Psyche im Allgemeinen, Krankheitsbezug nur am Rande |
| **Alleskönner- sind wir das?**<br>**Skipsy Singen (2015)** | • Buch zur Erklärung psychischer Erkrankungen und damit verbundenen Themen<br>• Entstanden im Rahmen des Gruppenangebots („SKIPSY“) für Kinder psychisch kranker Eltern<br>• Themen sind im ABC-Format geordnet und enthalten Tipps und Erfahrungen von Kindern für andere Kinder in ähnlichen Situationen | Kinder im Alter von ca. 10-15 Jahren | störungsübergreifend |
| **Als Mama nur noch traurig war – Wenn ein Elternteil an Depression erkrankt**<br>**Anja Möbest (2017)** | • Illustrierte Geschichte mit Bildern zum Thema Depression der Eltern<br>• „Grummelgrame“ als Metapher, um Störung besser verstehen zu können<br>• Thematisiert werden u. a. Scham und Schuldgefühle der Kinder | Kinder im Vor- und Grundschulalter | Depression |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Annikas andere Welt**<br>**Eder, Rebhandl-Schartner & Gasser (2013)** | • Ratgeber mit Informationen rund um das Thema psychische Erkrankung<br>• Besteht aus 4 Teilen:<br>1. Beantwortung zentraler Fragen im Zusammenhang mit einer elterlichen psychischen Erkrankung<br>2. Interaktiver Teil für Kinder<br>3. Sachinformation für Erwachsene/Eltern<br>4. Sachinformationen für Psychologinnen & Psychotherapeutinnen | Kinder ab 5. Klasse, Eltern und Therapeutinnen | störungsübergreifend |
| **Sonnige Traurigtage**<br>**Schirin Homeier (2005)** | • Kindergeschichte und Ratgeber für betroffene Kinder und Eltern<br>• Anhand des Mädchens Mona wird dem Leserkind erklärt, was es mit psychischen Krankheiten auf sich hat.<br>• Besteht aus 3 Teilen:<br>1. Illustrierte kindgerechte Geschichte<br>2. Ratgeber für Kinder („Kinderfachbuch“)<br>3. Ratgeber für Eltern und Bezugspersonen | Kinder im späten Grundschulalter | Störungsübergreifend/Depression |
| **Mit Kindern redet ja keiner**<br>**Kirsten Boie (2005)** | • Kinderroman zum Thema Depression<br>• Geschichte über Charlotte, deren Mutter an einer Depression erkrankt; zunächst versteht Charlotte die Welt nicht mehr, doch nach und nach wird sie aufgeklärt<br>• Thematisierung typischer Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern; auch das Thema Suizid wird behandelt | Kinder ab dem Alter von 10-11 Jahren | Depression |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Der Schal, der immer länger wurde**<br>**Göschl & Wolf (2006)** | • Illustrierte Bilderbuchgeschichte zum Thema Alkoholabhängigkeit der Eltern<br>• Schal, der den Vater im Griff hat und ihn nicht loslässt als Metapher für Erkrankung | Kinder im Vor- und Grundschulalter | Alkoholabhängigkeit |
| **Katminka - Katzenglück und Katzenjammer**<br>**Grüttmüller & Linke (2007)** | • Illustrierte Geschichte zur kindgerechten Erklärung einer bipolaren Störung<br>• Katze als Hauptprotagonistin mit den typischen Verhaltensweisen einer Person mit bipolarer Störung | Kinder im Grundschulalter | Bipolare Störung |
| **Mama's Monster"**<br>**Erdmute v. Mosch (2008)** | • „Rikes Mama hat Depressionen…"<br>• Bestellung über den Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. https://www.dvgp.org/veroeffentlichungen/kinderbroschueren.html | Kinder zwischen 5 und 7 Jahren | Depression |

*Tabelle A3.* Broschüren zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern.

| Titel<br>Autor | Inhalt / Informationen | Zielgruppe | Störungsbilder |
|---|---|---|---|
| **It's my turn**<br>**Familien-Selbsthilfe Psychiatrie & BKK Bundesverband (2009)** | • Informationen für Jugendliche mit psychisch kranken Eltern<br>• Thematisiert werden diverse Störungsbilder, mögliche Behandlungsformen sowie weitere Ansprechpartner und Informationsquellen<br>• Broschüre kann online bestellt werden über www.bapk.de | Jugendliche ab ca. 11-12 Jahren | Störungsübergreifend (beschrieben werden Depression, Bipolare Störung, Angststörung, Psychose/Schizophrenie ) |
| **Jetzt bin ICH dran**<br>**Familien-Selbsthilfe Psychiatrie & BKK Bundesverband (2008)** | • Informationen für Kinder mit psychisch kranken Eltern<br>• allgemeine Informationen zum Thema psychische Erkrankung und Behandlung<br>• interaktiver Teil mit typischen Fragen, die sich Kinder psychisch kranker Eltern oft stellen<br>• Erklärung von „Fremdwörtern" wie depressiv, manisch, Psychiater, Psychotherapie<br>• Broschüre kann online bestellt werden über www.bapk.de | Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren | Störungsübergreifend |
| **Nicht von schlechten Eltern**<br>**Familien-Selbsthilfe Psychiatrie & BKK Bundesverband (2009)** | • Informationen für psychisch erkrankte Eltern | Psychisch erkrankte Eltern | störungsübergreifend |

Anhang D

# Mein Krisenplan

_____

Name

**An wen kann ich mich wenden, wenn Mamas/Papas Krankheit schlimmer wird?**

**In der Familie:**

| | |
|---|---|
| Name: | Name: |
| Telefon: | Telefon: |
| Adresse: | Adresse: |

**In der Klinik für Psychiatrie**

| | |
|---|---|
| Name: | Name: |
| Telefon: | Telefon: |
| Adresse: | Adresse: |

**Freunde/Bekannte/Nachbarn:**

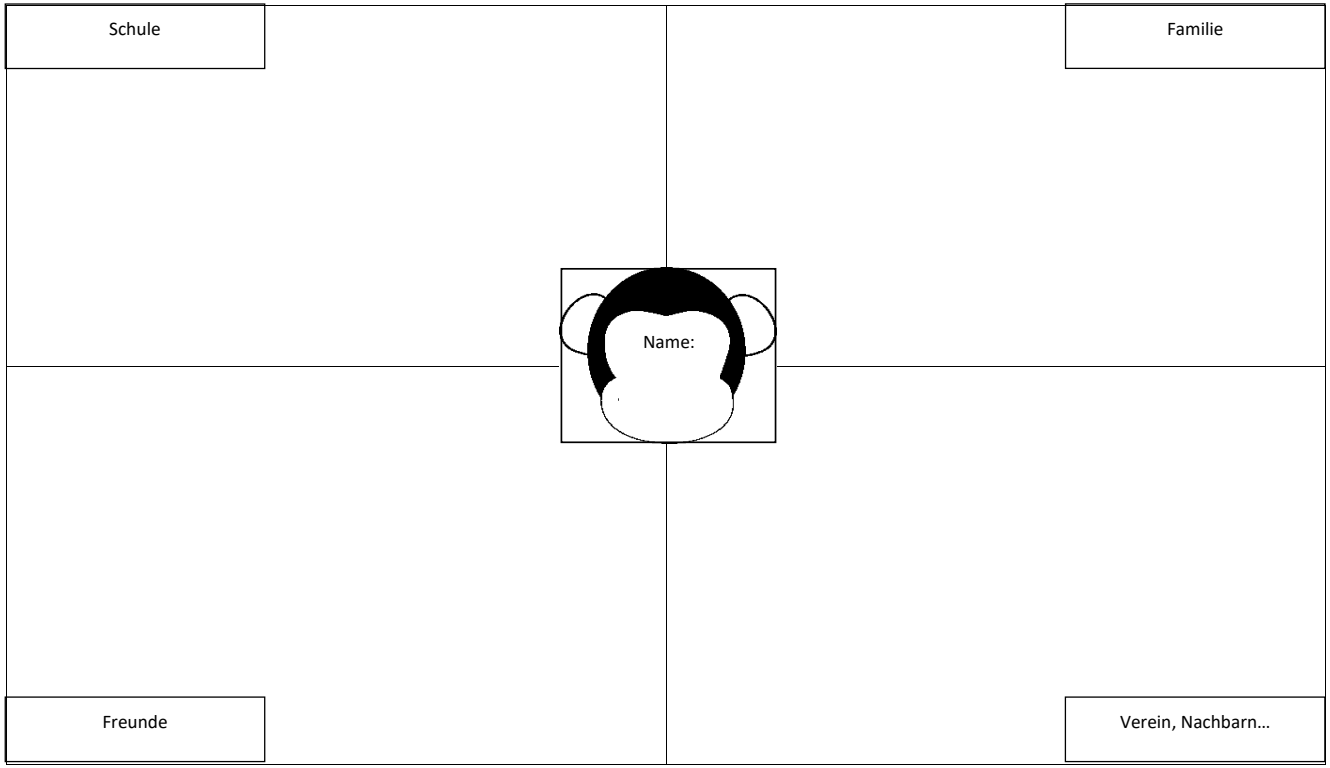
| | |
|---|---|
| Name: | Name: |
| Telefon: | Telefon: |
| Adresse: | Adresse: |

**Weitere Kontaktpersonen:**

| | |
|---|---|
| Name: | Name: |
| Telefon: | Telefon: |
| Adresse: | Adresse: |

| | |
|---|---|
| Name: | Name: |
| Telefon: | Telefon: |
| Adresse: | Adresse: |

Anhang E



# Schulung der Interventionen CHIMPS-T, CHIMPS-MFT und CHIMPS-P im Verbund CHIMPS-NET

Silke Wiegand-Grefe

Online Schulung 07.06.2022

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

# Grundlage für die Schulung für alle 3 Interventionen:

# Manual

# Gliederung

Einführung und theoretisches Modell der Interventionen

Klinischer CHIMPs-Beratungsansatz und seine Modifikationen, Herausforderungen dieser Arbeit

Fallarbeit: Supervisionen

Gliederung

Einführung und theoretisches Modell der Interventionen

Klinischer CHIMPs-Beratungsansatz und seine Modifikationen, Herausforderungen dieser Arbeit

Fallarbeit: Supervisionen

Children of mentally ill parents

# EINFÜHRUNG

## Die transgenerationale Perspektive

# Wir finden eine transgenerationale Weitergabe psychischer Erkrankungen!

## Das heißt:

Etwa 30 – 40 % der Patienten in der Psychiatrie haben minderjährige Kinder (Grube & Dorn, 2007)

Etwa 50% der Kinder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben ein psychisch erkranktes Elternteil

# Kinder psychisch kranker Eltern (in Deutschland):

- Etwa **3 Millionen** Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, Mattejat, 2007, 2014)
- Etwa **50%** dieser Kinder weisen eigene Auffälligkeiten auf (Wiegand-Grefe, Geers, Rosenthal & Plass, 2009)

- Diagnoseübergreifende Studien zeigen eine Auffälligkeitsrate von **3-7fach erhöhten Auffälligkeiten** gegenüber der Normpopulation (Wiegand-Grefe, Geers, Plass, Petermann & Riedesser, 2009)

Erhöhtes Risiko für die Entwicklung eigener psychischer Erkrankungen !

# Sehr heterogene Zielgruppe - komplexe Ausgangslage:

- Psychosoziale Probleme:  Armut, Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Unterstützung (Wiegand-Grefe, 2010)
- Zielgruppe sozioökonomischer Beeinträchtigungen (Kilian, Losert, Park, McDaid & Knapp, 2010, Bee et al. 2014, Wansink et al., 2018)

- Gesundheitliche Situation ebenfalls sehr komplex
- Interventionen brauchen die Einbeziehung der ganzen Familie!

**CHI**ldren of **M**entally ill **P**arent**S**
intervention program

# Komplexe Ausgangslage: psychosoziale komplexe Ausgangslage und medizinische komplexe Ausgangslage als besondere Herausforderungen der Arbeit

# Komplexe psychosoziale Ausgangslage der Familien

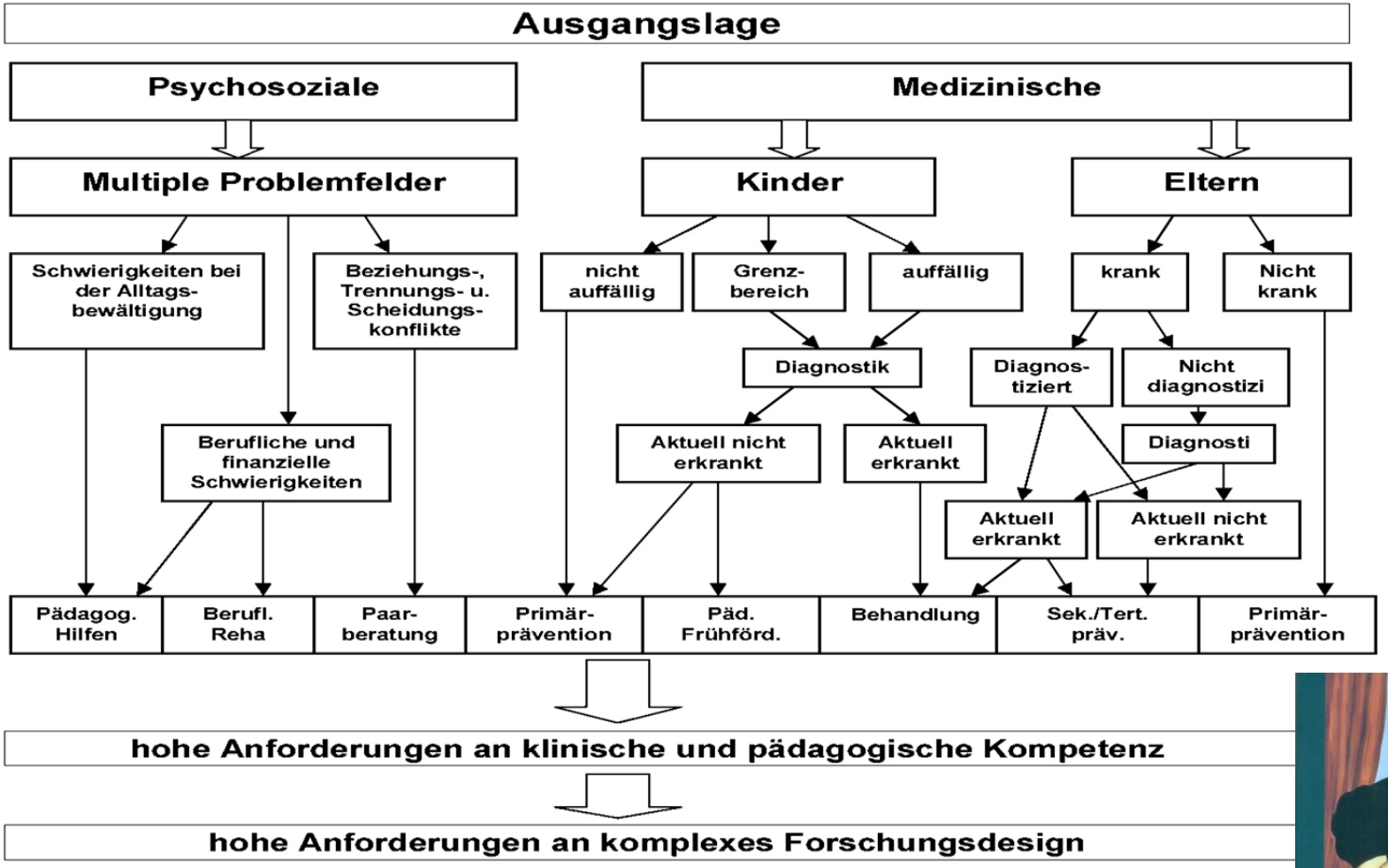
## Schnittstelle: Systeme Familie – Gesellschaft („äußere“ Faktoren)

- Arbeitslosigkeit, berufliche Schwierigkeiten
- Armut, soziale Benachteiligung
- Isolierung der Familie
- mangelndes soziales Unterstützungssystem für die Familie
- Abwertungen in der peer group
- oftmals keine kompensierenden Beziehungen für das Kind außerhalb der Familie

## System Familie („innere“ Faktoren)

- Erkrankungsfaktoren und familiäre Krankheitsbewältigung (keine Kommunikation, Tabuisierung, keine Aufklärung der Kinder etc.)
- konflikthafte Beziehung der Eltern, Trennungs- und Scheidungskonflikte, hoher Anteil alleinerziehender Elternteile
- Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, Bindungsstörungen
- geringe Verfügbarkeit und psychische Instabilität des anderen Elternteils
- Alltagsbewältigung: Elternkompetenz, Betreuungsdefizite bis hin zu Vernachlässigung, Kindeswohlgefährdung
- Parentifizierung, Kinder als „pflegende Angehörige“

# Komplexe medizinische Ausgangslage als Herausforderung




aus: Wiegand-Grefe, Ohntrup & Plass (2011). Grundlagen und Anforderungen an Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Wiegand-Grefe, Mattejat & Lenz

Children of mentally ill parents

# THEORETISCHE GRUNDLAGEN UND MODELLE DER INTERVENTIONEN

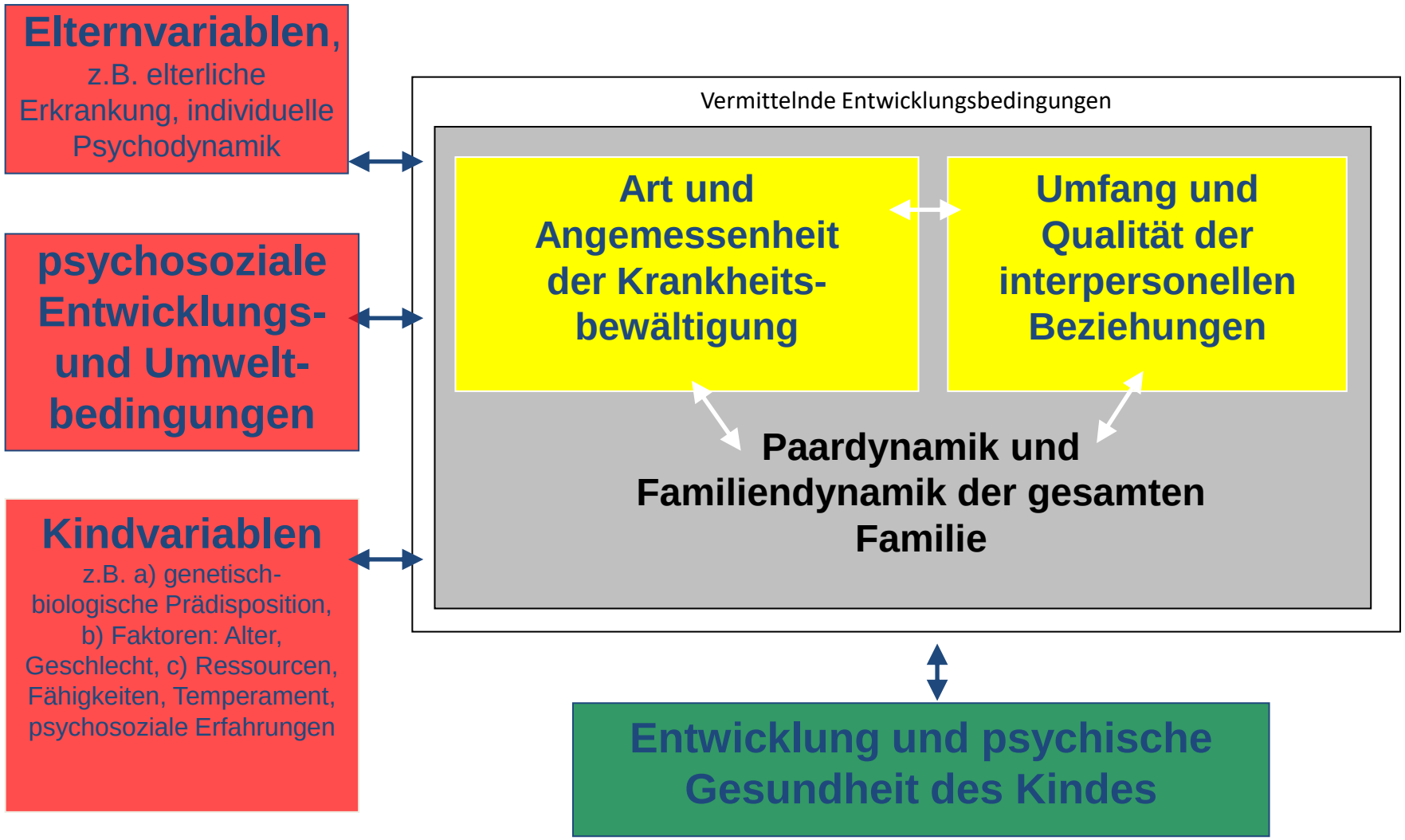
# Theoretische Basis der Familienintervention

## ➲ basiert auf 4 Säulen:

- Theorie: „Modell für psychische Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern“
- Empirie: Bedarfsanalyse/n
- Psychoanalytische Familientherapie mit verhaltensorientiert-psychoedukativ (bei Bedarf) und systemischen Elementen
- Arbeiten von William Beardslee mit Familien mit depressiven Eltern

Ausführlich und fallorientiert beschrieben im Manual
(Wiegand-Grefe, Halverscheid, Plass, 2011)

# Modell für psychische Gesundheit bei Kindern psychisch kranker Eltern (Wiegand-Grefe 2007, modifziert nach Mattejat et al. 2000)



CHIMPs-Net Schulung

# PSYCHOANALYSE UND PSYCHOANALYTISCHE FAMILIENTHERAPIE - DIE MEHRGENERATIONENPERSPEKTIVE UND DAS GENOGRAMM

# Setting, Rahmen und Grundsatz von (psychoanalytischer) Familientherapie

- optimalerweise 2 Therapeuten: Therapeutenpaar (Mann, Frau)
- 90 Minuten Dauer
- Prinzip der Allparteilichkeit (Loyalität gegenüber allen Familienmitgliedern)
- 14-tägig
- weniger Sitzungen als im Einzelsetting (5-10 Sitzungen, 20 Sitzungen schon Langzeittherapie, Chimps-Ansätze: 6-8 Sitzungen)

**Die Indikation zur Familientherapie besteht dann, wenn Interaktionsstörungen zwischen den Familienmitgliedern zur Entstehung oder Aufrechterhaltung des Problems/Symptoms beigetragen haben und die Familie motiviert werden kann, das Problem als gemeinsames Familienproblem zu sehen und behandeln zu lassen.“**

**Konzept des präsentierten Problems (Lymann Wynne, 1988):**

**„Ein Problem ist alles, was jemanden veranlasst, professionelle Hilfe zu suchen“.**

# Psychoanalytische Familientherapie: Die Mehrgenerationenperspektive

**Konflikte, Symptome, Störungen der Kindergeneration ergeben sich aus unbewussten (oder verheimlichten) Konflikten der Elterngeneration**

**Begründet in den 60er Jahren, Arbeitsgruppe psychoanaytischer Familientherapeuten um Eckard Sperling, Almut Massing, Günter Reich etc., (Sperling, 1969, Buch „Die Mehrgenerationenperspektive“, 1988)**

**Graphische Darstellung der Familienstruktur, ähnlich einem „Stammbaum“**

**Daten zu allen Familienmitgliedern über mind. 3 Generationen**

**Geburts- & Todesdaten , Krankheiten, Berufe**

**Beginn und Ende von Partnerschaften etc.**

# Genogramm

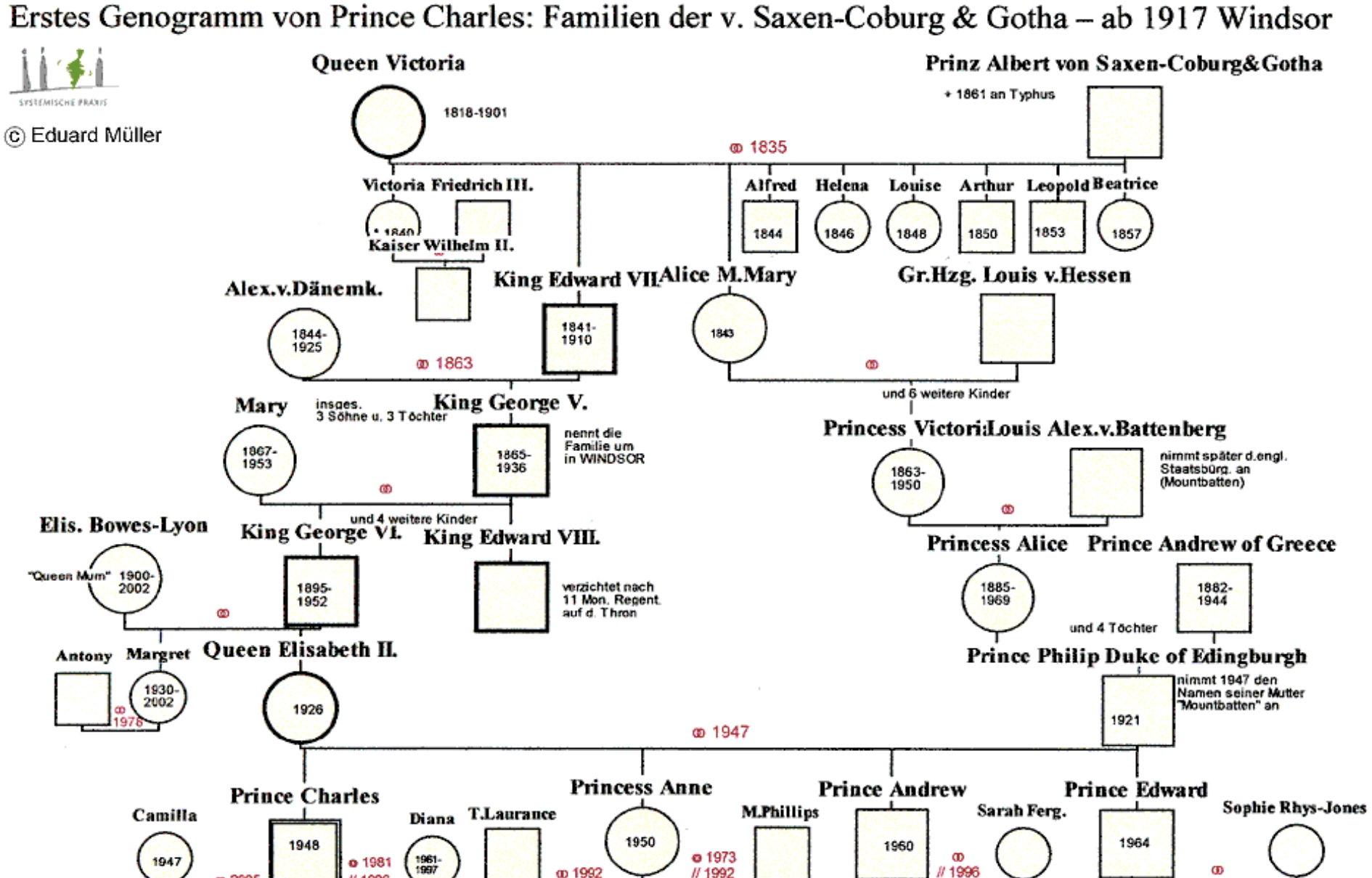
**Ziel: Erfassung strukturell bedeutsamer Merkmale von Familienanamnese**

**Untersuchte Bereiche: Tod, Krankheit, Trennung**

**Durchführung: nicht standardisiert – flexibel**

**Auswertung: Bezug zur Symptom/Leitfrage;**
**bindungsrelevante Erfahrungen**

*Genogramm Prince Charles*



Children of mentally ill parents

# PSYCHOANALYTISCHE ARBEIT

# Fritz Morgenthaler

## Psychoanalytische/ psychodynamische Haltung

Gliederung

Einführung und theoretische Modelle der Interventionen

Klinischer CHIMPs-Beratungsansatz und seine Modifikationen, Herausforderungen dieser Arbeit

Fallarbeit: Supervisionen

Children of mentally ill parents

# CHIMPS INTERVENTION

# CHIMPS-Intervention:

## 8 Sitzungen plus Diagnostik über 6 Monate, störungsübergreifend, Elterliche Bezugspersonen mit Kindern von 3 bis 18 Jahren

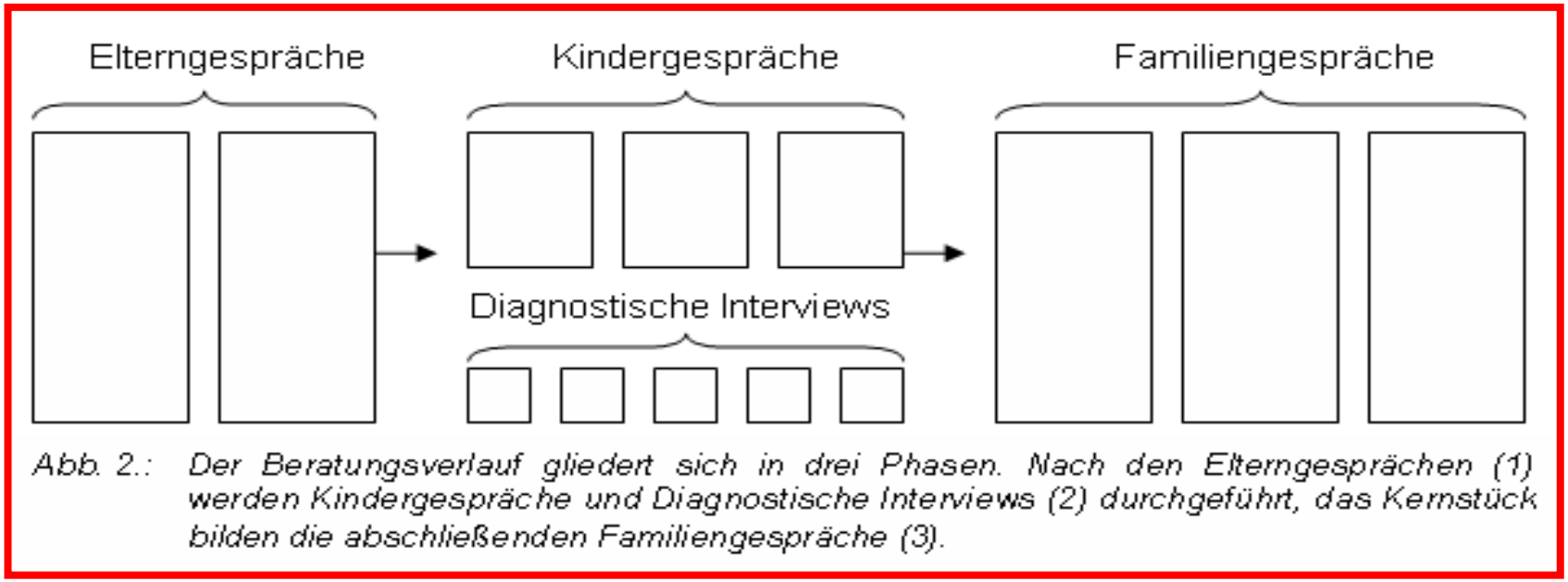



*Abb. 2.: Der Beratungsverlauf gliedert sich in drei Phasen. Nach den Elterngesprächen (1) werden Kindergespräche und Diagnostische Interviews (2) durchgeführt, das Kernstück bilden die abschließenden Familiengespräche (3).*

Abbildung aus dem Manual (Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass, 2011)

# Ziele der CHIMPs intervention:

- Einführung einer psychodynamischen mehrgenerationalen Perspektive auf die Erkrankung und die Familie
- Verbesserung der psychischen Gesundheit und Lebensqualität der ganzen Familie, vor allem aller Kinder (übergeordnet)
- Reflektion und Verbesserung der Krankheitsbewältigung (Aufklärung, Kommunikation)
- Reflektion und Verbesserung der Familienbeziehungen
- Überwindung der sozialen Isolation
- Verbesserung der sozialen Unterstützung
- Inanspruchnehme weitergehender Hilfen

# Themen in den Gesprächen

## Eltern:

Lebenssituation;

Erkrankung, Symptome, Behandlungen;

Umgang mit Erkrankung und Bewältigung;

Paarbeziehung: -geschichte, -konflikte, -ressourcen;

Herkunftsfamilien: Beziehungen, Genese;

Soziales Netzwerk;

Kind/-er: Stärken, Schwächen, Beziehungen

## Kind/Jugendlicher:

Erkrankung d. Eltern;

Subjektive Krankheitstheorien;

Bewältigung,

Beziehungen, soziale Unterstützung, peer group;

Stärken, Schwächen, Hobbys, Probleme;

Scham und Schuld;

Zukunftsvisionen, -wünsche

## Familie:

- Resümee u. Ausblick;
- Erkrankung und Umgang;
- Individuelle Familienthemen;
- Zukunft und Behandlungen;
- Abschied und Wiedervorstellung

Gliederung

Einführung und theoretisches Modell der Interventionen

Klinischer CHIMPs-Beratungsansatz und seine Modifikationen, Herausforderungen dieser Arbeit

Fallarbeit: Supervisionen

UKE HAMBURG

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

CHIMPSNET

**Children of mentally ill parents**

# CHIMPS-NET(WORK)

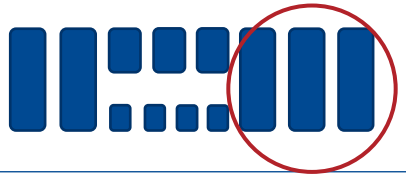
PI: Prof. Silke Wiegand-Grefe, Hamburg & Prof. Dr. Thomas Becker, Ulm (Co-PI)

# CHIMPS-Net - Überblick

- **Ziele:** Implementierung und Evaluation von 4 neuen Versorgungsformen für Kinder u. Jugendliche (3-18 J) mit psychisch kranken Eltern an 20 Standorten in 14 Bundesländern

**CHIMPS-T**

Psychodynamische, familienorientierte face-to-face Intervention über 8 Sitzungen (Psychotherapeut)



**CHIMPS-MFT**

Psychodynamische, familienorientierte face-to-face Intervention über 8 Sitzungen (Psychotherapeut)

**CHIMPS-P**

Familienorientierte face-to-face Intervention in 3 Sitzungen (Familientherapeut, Soz.päd, Psychotherapeut)

**i-CHIMPS**

Online intervention mit 8 Modulen, basierend auf dem CHIMPs Programm

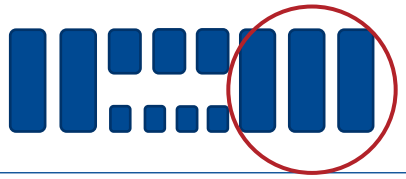
- **Laufzeit:** 3 Jahre (1.1.2020 – 31.12.2023)
- **Förderung:** Gemeinsamer Bundesausschuß (GB-A); 7 Mio €

# CHIMPS-Net - Interventionen

- 4 neue Versorgungsformen für Kinder u. Jugendliche (3-18 J) mit psychisch kranken Eltern an 20 klinischen Standorten in 14 Bundesländern

**CHIMPS-T**

Psychodynamische, familienorientierte face-to-face Intervention über 8 Sitzungen (Psychotherapeut)



**CHIMPS-MFT**

Psychodynamische, familienorientierte face-to-face Intervention über 8 Sitzungen (Psychotherapeut)

**CHIMPS-P**

Familienorientierte face-to-face Intervention in 3 Sitzungen (Familientherapeut, Soz.päd, Psychotherapeut)

**i-CHIMPS**

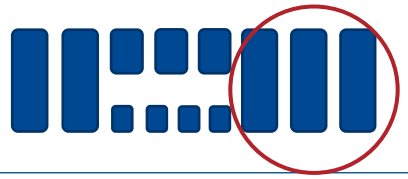
Online intervention mit 8 Modulen, basierend auf dem CHIMPs Program

- **Laufzeit:** 3 Jahre (1.1.2020 – 31.12.2023)
- **Förderung:** Gemeinsamer Bundesausschuß (GB-A); 7 Mio €

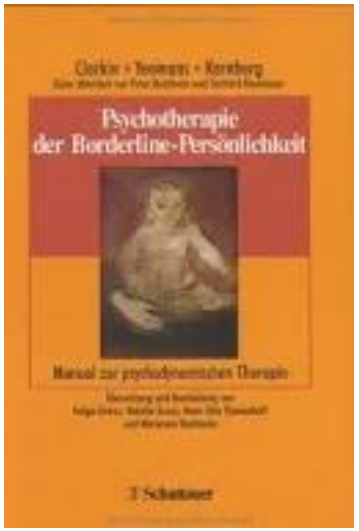
# CHIMPS-Net – Interventionen: CHIMPS-T

**CHIMPS-T**

Psychodynamische, familienorientierte face-to-face Intervention über 8 Sitzungen (Psychotherapeut)



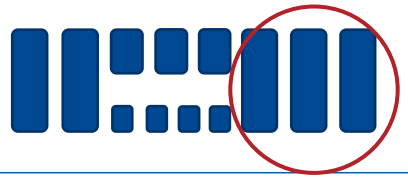
# Anregungen aus der TFP transfered fokussed psychotherapy



# CHIMPS-Net – Intervention: CHIMPS-P

**CHIMPS-T**

Psychodynamische, familienorientierte face-t-face Intervention über 8 Sitzungen (Psychotherapeut)



**CHIMPS-P**

Familienorientierte face-to-face Intervention in 3 Sitzungen (Familientherapeut, Soz.päd, Psychotherapeut)

# CHIMPS-Net – Intervention: CHIMPS-MFT

**CHIMPS-MFT**

Psychodynamische, familienorientierte face-to-face Intervention über 8 Sitzungen (Psychotherapeut)

# MFT (vgl. Manual)



**Erstgespräch** mit der Familie, bei Bedarf 2. Gespräch

**Multifamiliengruppe**, 3-4 Familien, 5 Sitzungen a 120 min

**Struktur jeder MFT-Sitzung:**

20 min Ankommen in der Gruppe, Blitzlicht

60 min Arbeit: 5 Themen: elterliche Erkrankung; Krankheitsbewältigung; meine Familie: Beziehungen; Netzwerk; Resilienzen (Genogrammarbeit)

20 min Pause (Wasser)

20 min Abschluss: Reflektion/Feedback der Therapeuten

**Abschlussgespräch** mit der Familie

Hilfe finden | Spenden | News | Kontakt | EN

CHIMPSNET

Der Verbund | Forschung | Zentren | Psychische Gesundheit | Studienteilnahme

CHIMPS-NET

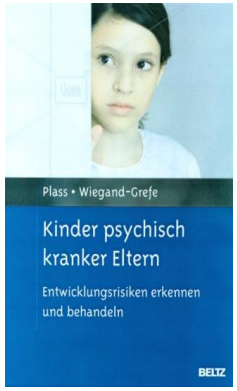
# Der Verbund für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern

# Monographien u. Herausgeberwerke aus dem CHIMPs-Projekt

Lenz & Wiegand-Grefe (2017). Leitfaden für Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe

Lenz & Wiegand-Grefe (2016). Ratgeber für Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe

Wiegand-Grefe, S. & Wagenblass, S. (2013). Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch kranken Eltern. Juventa.




Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2012). Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Beltz-Verlag.

Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S. & Plass, A. (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz.* Göttingen: Hogrefe.

Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F. & Lenz, A. (Hrsg.) (2011). *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht.

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Martinistraße 52
D-20246 Hamburg

Silke Wiegand-Grefe, Prof. Dr.
phone: +49 (0) 40 7410-53603
fax: +49 (0) 40 7410-55105
mail: S.Wiegand-grefe@uke.de
www.uke.de

## Leistungsbeschreibungen der Face-to-Face-Interventionen CHIMPS:

## CHIMPS-T(herapie); CHIMPS-MFT; CHIMPS-P(rävention)

Angepasst an den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen und dem daraus folgenden Bedarf der Familien werden 3 Face-to-Face-Interventionen realisiert: CHIMPS-T; CHIMPS-MFT und CHIMPS-P.

Alle Interventionen wurden als Face-to-face-Interventionen geplant, werden jedoch Covid-19-bedingt unter Beibehaltung der Inhalte teilweise online durchgeführt.

### CHIMPS-T(herapie)

**Durchführung:**

Bei der Face-to-face-Kurztherapie CHIMPS-T handelt es sich um eine familienorientierte psychotherapeutische Intervention. Die psychotherapeutische Vorgehensweise orientiert sich an der analytischen Psychotherapie und der psychoanalytischen Familientherapie. Es werden aber auch verhaltenstherapeutische und systemische Elemente integriert. Zugrunde liegen die psychotherapeutischen Richtlinienverfahren: analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie.

**Qualifizierung der Therapeuten:**

- Psychologischer Psychotherapeut oder
- Ärztlicher Psychotherapeut oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Mit vorliegender Approbation und mit Fachkunde in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren oder
- In laufender Weiterbildung in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren mit Behandlungen unter Supervision
- Absolvierung einer zweimal 2-tägigen Schulung (Grundkurs vor Beginn ~~der~~ Behandlungen, Aufbaukurs während laufender Behandlungen)
- 2 Beratungen unter Supervision

**Gesprächsinhalte:**

- Psychische Belastungen der Eltern und der Kinder
- Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden der Eltern und der Kinder
- Lebensqualität der ganzen Familie
- Krankheitsbewältigung und Krankheitsmanagement in der Familie im Umgang mit der psychischen Erkrankung oder der Suchterkrankung der elterlichen Bezugsperson
- Innerfamiliäre und außerfamiliäre Familienbeziehungen (Paarbeziehung der Eltern, Beziehungen beider Elternteile zu den Kindern, Beziehungen im familiären Umfeld, z.B. zu Freunden, Nachbarn, Kollegen).
- Soziale Unterstützungen und soziales Netzwerk der Eltern und Kinder
- Möglichkeiten der professionellen Unterstützungen der Familie
- Vernetzung mit allen anderen bisherigen und zukünftigen professionellen Hilfen im Netzwerk der Familie

**Häufigkeit und Dauer:**

- Je Familie 1 Erstgespräch à 90 Minuten
- 2 bis 3 Elterngespräche à 90 Minuten
- 1 bis 2 Gespräche mit jedem Kind à 50 Minuten
- 3 Familiengespräche à 90 Minuten
- Insgesamt in der Regel 8 Sitzungen
- Frequenz der Gespräche: alle 2 bis 3 Wochen
- Gesamtdauer der Intervention: 6 Monate

**Anzahl der Therapeuten:**

- Elterngespräch: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Familiensitzung: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Kindersitzungen: 1 Therapeut

**Ort der Sitzungen:**

- In den Räumen der beteiligten Leistungserbringer
- Bei Bedarf aufsuchend in den Familien zu Hause

**CHIMPS-MFT**

**Durchführung:**

Bei der Face-to-face-Intervention CHIMPS-MFT handelt es sich um eine familienorientierte multifamilientherapeutische Intervention. Die Vorgehensweise orientiert sich an der psychodynamischen Familienberatung. Verhaltensorientierte und systemische Elemente werden integriert.

**Qualifizierung der Therapeuten:**

- Psychologischer Psychotherapeut oder
- Ärztlicher Psychotherapeut oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Mit vorliegender Approbation und Fachkunde in einem Richtlinienverfahren oder
- In laufender Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren mit Behandlungen unter Supervision
- oder Pädagoge/-in, Sozialarbeiter/in, Sozialpädagoge/in, Psychologe/in mit familientherapeutischer Weiterbildung
- Absolvierung einer zweimal 2-tägigen Schulung (Grundkurs vor Beginn der Behandlungen, Aufbaukurs während laufender Behandlungen)
- 2 Beratungen unter Supervision

**Gesprächsinhalte:**

- Psychische Belastungen der Eltern und der Kinder
- Psychisches Wohlbefinden der Eltern und der Kinder
- Lebensqualität der ganzen Familie
- Krankheitsbewältigung und Krankheitsmanagement in der Familie im Umgang mit der psychischen Erkrankung oder der Suchterkrankung der elterlichen Bezugsperson

- Innerfamiliäre und außerfamiliäre Familienbeziehungen (Paarbeziehung der Eltern, Beziehungen beider Elternteile zum Kind/zu den Kindern, Beziehungen im familiären Umfeld, z.B. zu Freunden, Nachbarn, Kollegen).
- Soziale Unterstützungen, soziales Netzwerk der Eltern und Kinder
- Möglichkeiten der professionellen Unterstützungen der Familie
- Vernetzungsmöglichkeiten mit allen anderen bisherigen und zukünftigen professionellen Hilfen im Netzwerk der Familie

**Häufigkeit und Dauer:**

- Je Familie 1 Erstgespräch à 90 Minuten
- Bei Bedarf ein weiteres Familiengespräch à 90 Minuten
- Dann finden 5-6 Familiengruppengespräche (MFT) mit 4-5 Familien statt à 120 Minuten
- 1 Abschlussgespräch mit der Familie à 90 Minuten
- Insgesamt in der Regel 8 Sitzungen
- Frequenz der Gespräche: alle 2 Wochen
- Gesamtdauer der Intervention: 4-6 Monate

**Anzahl der Therapeuten:**

- Familiengruppengespräche: 2 Therapeuten
- Elterngespräche: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Familiensitzung: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Kindergespräche: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten

**Ort der Sitzungen:**

- In den Räumen der beteiligten Leistungserbringer

**CHIMPS-P (Prävention)**

**Durchführung:**

Bei der Face-to-face-Intervention CHIMPS-P handelt es sich um eine familienorientierte Intervention. Die präventive Vorgehensweise orientiert sich an der psychoanalytischen Familienberatung, es werden aber auch verhaltensorientierte und systemische Elemente integriert. Zugrunde liegt das psychotherapeutische Richtlinienverfahren der psychoanalytischen Therapie.

**Qualifizierung der Therapeuten:**

- Psychologischer Psychotherapeut oder
- Ärztlicher Psychotherapeut oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Mit vorliegender Approbation mit Fachkunde in einem Richtlinienverfahren oder
- In laufender Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren mit Behandlungen unter Supervision
- Oder Pädagoge/-in, Sozialarbeiter/in, Sozialpädagoge/in, Psychologe/in mit familientherapeutischer Weiterbildung

- Absolvierung einer zweimal 2-tägigen Schulung (Grundkurs vor Beginn der Behandlungen, Aufbaukurs während laufender Behandlungen)
- 2 Beratungen unter Supervision

**Gesprächsinhalte:**

- Psychische Belastungen der Eltern und der Kinder
- psychisches Wohlbefinden der Eltern und der Kinder
- Lebensqualität der ganzen Familie
- Krankheitsbewältigung und Krankheitsmanagement in der Familie im Umgang psychischen Erkrankung oder der Suchterkrankung der elterlichen Bezugsperson
- Innerfamiliäre und außerfamiliäre Familienbeziehungen (Paarbeziehung der Eltern, Beziehungen beider Elternteile zu den Kindern, Beziehungen im familiären Umfeld, z.B. zu Freunden, Nachbarn, Kollegen sowie die sozialen Unterstützungen der Familie).
- Soziale Unterstützungen, soziales Netzwerk der Eltern und Kinder
- Möglichkeiten der professionellen Unterstützungen der Familie
- Vernetzungsmöglichkeiten mit allen anderen bisherigen und zukünftigen professionellen Hilfen im Netzwerk der Familie

**Häufigkeit und Dauer:**

- 3 Familiengespräche à 90 Minuten
- Frequenz der Gespräche: alle 2 bis 3 Wochen
- Gesamtdauer der Intervention: 2-3 Monate

**Anzahl der Therapeuten:**

- Familiensitzung: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten

**Ort der Sitzungen:**

- In den Räumen der beteiligten Leistungserbringer
- Bei Bedarf aufsuchend zu Hause

**Studienname: iCHIMPS RCT**
Exportiert am: 2025-06-26 11:35:05
Exportiert von:

eSano online-trainings

## Inhaltsverzeichnis


Inhaltsverzeichnis 1
Me-Time 1 6
Deine iCHIMPS-Reise – das erwartet Dich! 6
Hallo und herzlich willkommen! 6
Heute erwarten Dich folgende Themen: 7
Die fьnf Sдulen von iCHIMPS 11
Was erwartet Dich bei iCHIMPS? 12
Deine Reiseziele 13
iCHIMPS besteht aus vielen spannenden Bausteinen 14
Zeit fьr eine Pause?! 15
Was erwartet Dich sonst noch alles? 17
Dein iCHIMPS-Reisetagebuch 17
Family- und Home-Challenges 18
Was hat es mit den Beispieljugendlichen auf sich? 20
Wie gehst Du richtig mit dem Online-Programm um? 24
Was gilt es unbedingt zu beachten? 28
Deine Reise - und Dein Erinnerungsbild 30
Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren? 31
Verabrede Dich! 32
Ciao! 34
Me-Time 2 35
Me-Time 2: Mach den ersten Schritt - lerne Dich und Deine Herausforderungen kennen 35
Hallo und herzlich willkommen! 35
Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise: 36
Du hast heute die Mцglichkeit, folgende Challenges anzugehen: 36
Dein aktueller Zwischenstand: 37
Du hast bisher folgendes Erinnerungsbild gesammelt: 37
Deine Stimmung – Wie fьhlst Du Dich heute? 38
Dein aktueller Zwischenstand 39
Deine verborgenen Eigenschaften - was ein Eisberg mit Dir zu tun hat 40
Deine Situation – was wьnschst Du Dir von Deiner Me-Time? 42
Dein aktueller Zwischenstand 44
Dein Leben und Du – was zeichnet Dich aus? 45
Wer bist DU? 47
Dein aktueller Zwischenstand 48
Dein aktueller Zwischenstand 50
Eine Pause?! 51
Deine Herausforderungen und Sorgen – Was belastet Dich? 53
Dein aktueller Zwischenstand 56
Viele Jugendliche im selben Boot - Du bist nicht allein! 57
Deine Ziele - was mцchtest Du verдndern? 62
Die SMART-Regel 63
Dein aktueller Zwischenstand 65
Deine Stдrken - was Dich stark macht! 66
Dein aktueller Zwischenstand 69
Geschafft! - Was ist der nдchste Schritt? 70
Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren? 71
Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen? 72
Deine Reise - und Dein zweites Erinnerungsbild! 73
Deine Me-Time zum Mitnehmen 73
Dein Kalender - unser nдchster Termin! 75
Bleib dran! - Deine Me-Time fьr die Woche: 76
See you later, aligator! - In a while, crocodile! 78
Me-Time 3 79
Me-Time 3: Wissen macht stark – erfahre mehr ьber die psychische Erkrankung Deines Elternteils
Hallo und herzlich willkommen! 7979
Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise: 80
Die Etappen Deines heutigen Reiseabschnitts: 81
Dein aktueller Zwischenstand: 82
Du hast in Deinem Fotoalbum bisher folgende Erinnerungsbilder gesammelt: 82
Deine Stimmung – Wie fьhlst Du Dich heute? 83
Dein aktueller Zwischenstand 85
Erstelle Deinen persцnlichen Reisefьhrer! - Warum es wichtig ist, informiert zu sein. 86
Was genau ist eigentlich die Psyche? 88

Kannst Du Wahrheit und Lьge unterscheiden? – Das Quiz zu psychischen Krankheiten! 90
Dein aktueller Zwischenstand 95
Warum hat mein Elternteil eine psychische Erkrankung? 97
Dein aktueller Zwischenstand 100
"Bekomme ich das auch?" - Die Frage nach der Vererbung von psychischen Krankheiten 104
Dein aktueller Zwischenstand 108
Eine Pause?! 110
Heilt die Zeit alle Wunden? - Junge Erwachsene erzдhlen Dir ihre Geschichte 112
Die Erkrankung Deines Elternteils – was hat das mit Dir und Deinem Leben zu tun? 117
Dein aktueller Zwischenstand 119
Die Erkrankung Deines Elternteils – was Du darьber denkst 120
Dein aktueller Zwischenstand 123
Die Erkrankung Deines Elternteils – auf welche Weise sie Dich stark macht 124
Dein aktueller Zwischenstand 126
Die Erkrankung Deines Elternteils – welche Gefьhle Du dazu hast 127
Dein aktueller Zwischenstand 134
Du mцchtest noch mehr wissen? 135
Was ist eigentlich… 135
weitere Fragen: 139
Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren? 142
Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen? 143
Deine Reise – und Dein Erinnerungsbild! 144
Deine Me-Time zum Mitnehmen 144
Dein Kalender - unser nдchster Termin! 146
Bleib dran! - Deine Me-Time fьr die Woche: 147
See you later, alligator! – In a while, crocodile! 148
Me-Time 4 149
Me-Time 4: Darьber reden - pflege Kontakte und lerne, ьber schwierige Themen zu sprechen 149
Herzlich Willkommen zu Deiner vierten Me-Time! 149
Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise: 150
Heute erwarten Dich spannende Challenges zu folgenden Themen: 151
Dein aktueller Zwischenstand: 152
Diese Erinnerungsbilder hast Du schon in Deinem Fotoalbum gesammelt: 152
Deine Stimmung – Wie fьhlst Du Dich heute? 153
Dein aktueller Zwischenstand 154
Warum ist es wichtig, dass wir miteinander reden? 155
Menschen sind Herdentiere und Einzelgдnger zugleich 155
Dein aktueller Zwischenstand 159
Wer sind Deine Wegbegleiter? – Erstelle eine Karte von Deinem persцnlichen sozialen Umfeld 160
Dein aktueller Zwischenstand 165
Lerne ein paar nьtzliche Tipps und Tricks, die Dir bei (schwierigen) Gesprдchen helfen kцnnen 166
Dein aktueller Zwischenstand 171
Let’s talk - Regeln fьr gelungene Kommunikation 172
Erste Regel 172
Zweite Regel 175
Dritte Regel 178
Vierte Regel 180
Dein aktueller Zwischenstand 182
Dein aktueller Zwischenstand 184
Zeit fьr eine Pause?! 185
Du mцchtest wissen, warum reden guttut? 187
Mit Deinen Eltern reden 189
Talk to your friends! 192
Wende Dich an andere Erwachsene 195
Suche Dir Unterstьtzung! 196
Dein aktueller Zwischenstand 197
Dein aktueller Zwischenstand 199
Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren? 200
Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen? 201
Deine Reise – und Dein Erinnerungsbild! 202
Die Me-Time zum Mitnehmen 202
Unser nдchster Termin! 203
Bleib dran! - Deine Me-Time fьr die Woche 204
Adios Amigos! 205
Me-Time 5 206
Me-Time 5: Finde innere Ruhe – lerne, wie Du mit Stress umgehen kannst! 206
Willkommen! 206

Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise: 207
Zu diesen Themen erwarten Dich heute spannende Challenges: 208
Dein aktueller Zwischenstand: 209
Du hast in Deinem Fotoalbum bisher folgende Erinnerungsbilder gesammelt: 209
Deine Stimmung 210
Dein aktueller Zwischenstand 211
Berge ьberwinden 212
Weiterlaufen trotz Stolpersteinen - warum es wichtig ist, auch in schwierigen Phasen aktiv zu bleiben 213
Aktivitдt und Stimmung hдngen sehr stark zusammen 216
Alltagsabenteuer - finde heraus, welche Aktivitдten Dir Freude bereiten 218
Finde Aktivitдten, die Dir SpaЯ machen kцnnten! 220
Dein aktueller Zwischenstand 222
Das magische Dreieck - Wie Dein Verhalten, Deine Gedanken und Deine Gefьhle zusammenhдngen 223
Zeit fьr eine Pause?! 224
Was ist Stress? 226
Lerne, was Dir helfen kann, die Hьgel und Berge Deines Lebens zu erklimmen 226
Es gibt manche Dinge im Leben, die Du nicht verдndern kannst! Aber was Du immer verдndern kannst, ist Deine Einstellung dazu! 230
Manche Dinge sind, wie sie sind! 233
Dein aktueller Zwischenstand 234
Strategien zum Umgang mit Stress 235
Radikales Akzeptieren der Realitдt 239
Dein aktueller Zwischenstand 241
Radikales Akzeptieren - wie funktioniert das? 242
Selbstfьrsorge – gib auf Dich Acht! 245
Dein aktueller Zwischenstand 247
Dein aktueller Zwischenstand 249
Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren? 250
Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen? 251
Deine Reise - und Dein Erinnerungsbild! 252
Deine Me-Time zum Mitnehmen 252
Unser nдchster Termin! 254
Bleib dran! - Deine Me-Time fьr die Woche: 255
Bis dann! 257
Me-Time 6 258
Me-Time 6: Welt der Gefьhle - lerne, wie Du mit starken Gefьhlen umgehen kannst 258
Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise: 259
Dich erwarten spannende Challenges zu folgenden Themen: 260
Dein aktueller Zwischenstand: 261
Diese Erinnerungsbilder hast Du in Deinem Fotoalbum schon gesammelt: 261
Deine Stimmung – Wie fьhlst Du Dich heute? 262
Dein aktueller Zwischenstand 263
Was sind Gefьhle? 267
Was nьtzen Gefьhle? 270
Dein aktueller Zwischenstand 272
Wie spьrt man ein Gefьhl? 273
Angenehme und unangenehme Gefьhle 275
Dein aktueller Zwischenstand 278
Wie beeinflussen Deine Gefьhle Dein Verhalten? 279
Werde zum Meister Deiner Gefьhle! 281
Steuerung von Gefьhlen 285
Gehe auf Gefьhlserforschung! 287
Dein aktueller Zwischenstand 289
Alle Gefьhle dьrfen da sein! 290
Gцnne Dir eine Pause! 291
Angenehme Erlebnisse und angenehme Gefьhle 293
Lerne, wie Du Dir ein angenehmes Gefьhl schaffen kannst 295
Unangenehme Emotionen 296
Dein aktueller Zwischenstand 298
Warum ist die Kontrolle von unangenehmen Gefьhlen wichtig? 299
Lerne, mit sehr starken Gefьhlen umzugehen! 301
Dein aktueller Zwischenstand 303
Wie kannst Du mit sehr starken Gefьhlen umgehen? - Entspannung 304
Wie kannst Du mit sehr starken Gefьhlen umgehen? - Skills 306
Dein aktueller Zwischenstand 310
Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren? 311

Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen? 312
Deine Reise - und Dein Erinnerungsbild! 313
Die Me-Time zum Mitnehmen 313
Unser nдchster Termin 315
Bleib dran! - Deine Me-Time fьr die Woche: 316
Ciao! 317
Me-Time 7 318
Me-Time 7: Dein Ich, Deine Ecken und Deine Kanten – lerne, wie Du Grenzen setzt 318
Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise: 319
Heute kannst Du Challenges zu folgenden Themen bearbeiten: 320
Dein aktueller Zwischenstand: 321
In Deinem Fotoalbum hast Du bisher folgende Erinnerungsbilder gesammelt: 321
Deine Stimmung - Wie fьhlst Du Dich heute? 322
Dein aktueller Zwischenstand 323
Grenzen setzen - Wie Du lernst, "Nein" zu sagen! 324
Lerne Deine Grenzen kennen! 328
"Nein" darf auch mal sein! 330
1) Mache einen Gegenvorschlag! 330
2) Du hast ein Recht darauf, Grenzen zu setzen. 331
3) Wenn jemand Deine Grenzen nicht akzeptiert, nimm es nicht persцnlich! 331
4) Bleib dabei! 331
Dein aktueller Zwischenstand 332
Gefьhle kцnnen anstecken! - Meine Gefьhle und die der anderen 333
Dein aktueller Zwischenstand 335
Abgrenzung - lerne, Dich nicht von anderen Gefьhlen anstecken zu lassen 336
Eine Pause?! 337
Dein Selbstwert 339
Dein Selbstwert - ein Puzzle aus vier Teilen 340
1. Liebe Deine Stдrken! Dich gibt es nur einmal - Du bist einzigartig! 341
Dein aktueller Zwischenstand 343
2. Versuche, Deine Schwдchen zu akzeptieren! 344
SchlieЯe Frieden mit weniger guten Seiten an Dir 345
Dein aktueller Zwischenstand 347
3. Sieh das Gute in anderen Menschen! 348
4. Sei mutig und wage neue Abenteuer! 349
Mache aus Dir einen "Ich kann!"-Denker 350
Dein aktueller Zwischenstand 354
Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren? 355
Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen? 356
Deine Reise - und Dein Erinnerungsbild! 357
Deine Me-Time zum Ausdrucken 357
Unser nдchster Termin! 359
Bleib dran! - Deine Me-Time  fьr die Woche: 360
Tschьss! 361
Me-Time 8 362
Me-Time 8: Endstation! – Und jetzt? 362
Willkommen! 362
Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise: 363
In Deiner heutigen Me-Time erwarten Dich spannende Challenges zu folgenden Themen: 364
Dein aktueller Zwischenstand: 365
Diese Erinnerungsbilder hast Du in Deinem Fotoalbum schon gesammelt: 365
Deine Stimmung - wie fьhlst Du Dich heute? 366
Dein aktueller Zwischenstand 367
Die iCHIMPS-Landschaften 368
Me-Time 2: Lerne Deine Herausforderungen und Stдrken kennen 371
1. Manche Dinge sind (noch) unbewusst 371
2. Du bist nicht allein 372
3. Deine Stдrken 373
Dein aktueller Zwischenstand 374
Me-Time 3: Wissen macht stark - erfahre mehr ьber die psychische Ekrankung Deines Elternteils 375
1. Psychische Erkrankungen sind niemals gleich 375
2. Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet 375
3. Deine besonderen Fдhigkeiten 376
Dein aktueller Zwischenstand 377
Me-Time 4: Darьber reden - pflege Kontakte und lerne, ьber schwierige Themen zu sprechen 378
1. Wegbegleiter 378
Dein aktueller Zwischenstand 379
2. Gute Gesprдche 380
3. Mit anderen sprechen 380
Me-Time 5: Finde innere Ruhe - lerne, wie Du mit Stress umgehen kannst 382
1. Positive Aktivitдten 382

Dein aktueller Zwischenstand 384
2. Stress 385
3. Mit Stress umgehen 386
Dein aktueller Zwischenstand 389
Zeit fьr eine Pause?! 390
Me-Time 6: Welt der Gefьhle - lerne, wie Du mit starken Gefьhlen umgehen kannst 391
1. Was Gefьhle sagen wollen 391
Dein aktueller Zwischenstand 393
2. Angenehme Gefьhle 394
3. Starke Gefьhle 394
Me-Time 7: Dein Ich, Deine Ecken, und Deine Kanten - lerne, wie Du Grenzen setzt 395
1. Grenzen setzen 395
2. Nein sagen 396
Dein aktueller Zwischenstand 397
3. Dein Selbstwert 398
Dein aktueller Zwischenstand 400
Wie Du zukьnftige Abenteuer meistern kannst 401
Dein aktueller Zwischenstand 406
Reise-Erinnerungen – Was nimmst Du aus iCHIMPS mit? 407
Dein aktueller Zwischenstand 409
Deine Ziele 410
Dein letzter Zwischenstand! 412
Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren? 413
Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen? 414
Dein Erinnerungsalbum 415
Auf Wiedersehen! 416

# Me-Time 1

Antwortbogen begonnen am 2025-06-26 11:35:05
Antwortbogen abgegeben am 2025-06-26 11:35:05
Die Intervention ist begleitet

## Deine iCHIMPS-Reise – das erwartet Dich!

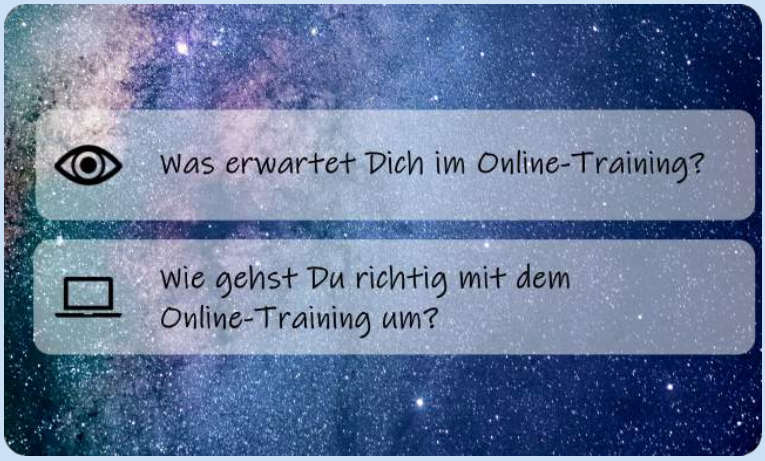
### Hallo und herzlich willkommen!

Wie schön, dass Du Dich bei iCHIMPS angemeldet hast! Ich freue mich, dass Du dabei bist. Während iCHIMPS werden wir zusammen auf eine Entdeckungsreise gehen. Bevor wir gemeinsam loslegen, zeige ich Dir, wie alles funktioniert. Du kannst die heutige Einheit immer wieder aufrufen, falls Du nochmal etwas nachschauen möchtest.

Wie ein Leuchtturm ist die heutige Einheit eine Orientierungshilfe und hilft Dir, auf dem richtigen Weg zu bleiben.

Damit alles reibungslos verläuft, ist es am besten, wenn Du die Lektionen an einem Computer/Laptop bearbeitest, da es mit der Bearbeitung am Handy manchmal Schwierigkeiten geben kann.

## Heute erwarten Dich folgende Themen:




Achtung!

Wenn Du ein kleines schwarzes Dreieck siehst, so wie direkt hier unten, handelt es sich um Textboxen zum Aufklappen. Klicke auf den Satz, um zu sehen, was sich dahinter verbirgt. Probiere es gleich aus!

▽ Hallo, wir sind das iCHIMPS-Studienteam!

Wir sind Mitarbeiter an der Universität Ulm und haben das iCHIMPS-Programm entwickelt.

Wir freuen uns, dass es nun von Dir genutzt wird!

▽ Hi, ich bin Dein E-Coach! Dich interessiert, wer ich bin? Dann klicke hier!

Schön, Dich kennenzulernen!

Ich freue mich sehr, dass Du Dich für eine Teilnahme entschieden hast. Ich werde Dich auf Deiner iCHIMPS-Reise begleiten und bin schon ganz gespannt, mehr von Dir zu erfahren. Ich werde Dir nach jedem Modul ein Feedback geben, um Dich zu unterstützen. Ich bin Psychologin und geschulter E-Coach.

Hier siehst Du, welche E-Coaches es in iCHIMPS gibt:

Dich interessiert, woher die Inhalte des Online-Trainings stammen? Dann klicke hier, um mehr zu erfahren.

Die Inhalte des Online-Programms iCHIMPS beruhen hauptsächlich auf dem Fachwissen erfahrener Psychologinnen und Psychologen. Unterstützend wurden bei der Entwicklung des Online-Programms Ideen und Inspirationen aus unterschiedlicher Literatur hinzugezogen. Solltest Du Dich für ein bestimmtes Thema besonders interessieren, kannst Du Dich gerne an mich, Deinen E-Coach, wenden, dann kann ich Dir Literaturempfehlungen zu diesem Thema geben.

Abel, U. & Hautzinger, M. (2013). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Bergmann, F. & Bergmann, D. (2017). Krimskrams und Co. Besondere und alltägliche Gegenstände in der Kindertherapie und Elternbeachtung. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Eismann, G. & Lammers, C.-H. (2017). Therapie-Tools Emotionsregulation. Basel: Beltz Verlag.

Junge, J., Neumer, S., Manz, R. & Margraf, J. (2002). Gesundheit und Optimismus Go Trainingsprogramm für Jugendliche. Berlin: Beltz Verlag.

Wiegand-Grefe, S. Halverscheid, S., & Plass, A. (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern.* Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz. Hogrefe Verlag.

**Wir sind ein Team aus Psychologinnen und Psychologen und haben die Inhalte aufgrund unserer Erfahrungen in der Arbeit mit Jugendlichen mit einem psychisch erkrankten und/oder suchtkranken Elternteil entwickelt. Außerdem haben wir betroffene Jugendliche in die Entwicklung von iCHIMPS einbezogen. Wissenschaftliche Grundlage für die Erstellung von iCHIMPS bilden folgende Veröffentlichungen:**

Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions – a systematic review. *Internet Interventions,* 1, 205–215. https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003 .

Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C., Brugnera, A., Overland, S., Trebbi,G., Jensen, K.L., Kaehlke, F., Baumeister, H., & Taylor, J. (2018). Internet- and mobile-based psychological interventions: Applications, efficacy, and potential for improving mental health: A report of the EFPA E-Health Taskforce. *European Psychologist,*

*23*(2), 167-187. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000318

Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Beltz Verlag.

Wiegand-Grefe, S. & Wagenblass, S. (2013). *Qualitative Forschungen in Familien mit psychisch kranken Eltern*. Juventa-Verlag.

Wiegand-Grefe, S. Halverscheid, S., & Plass, A. (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern.* Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz. Hogrefe Verlag.

Wiegand-Grefe, S., Mattejat, F., & Lenz, A. (2011). *Kinder mit psychisch kranken Eltern.* Klinik und Forschung. Verlag Vandenhoeck und Ruprecht.

Die Symbole, die in iCHIMPS verwendet werden, stammen von der Seite www.flaticon.com und die verwendeten Grafiken wurden mithilfe von www.canva.com erstellt.

∨ Für einen Hinweis zum verwendeten Sprachgebrauch, klicke hier.

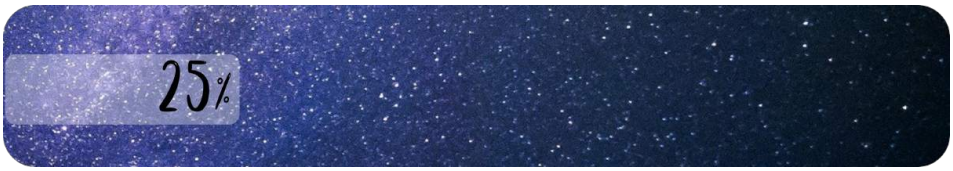
Wir haben im iCHIMPS-Programm versucht, eine geschlechtergerechte Sprache zu verwenden. Das bedeutet, dass alle Menschen gleichsam mit einbezogen werden sollen, ganz egal, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen, also ob männlich, weiblich oder queer. Gleichzeitig wollen wir, dass jeder Mensch unsere Texte gut lesen und verstehen kann. Deshalb haben wir uns für die Verwendung des generischen Maskulinums entschieden. Die verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

∨ Du möchtest mehr Infos zu den Begriffen "psychische Störung" und "Elternteil", die in iCHIMPS häufig verwendet werden? Klicke hier!

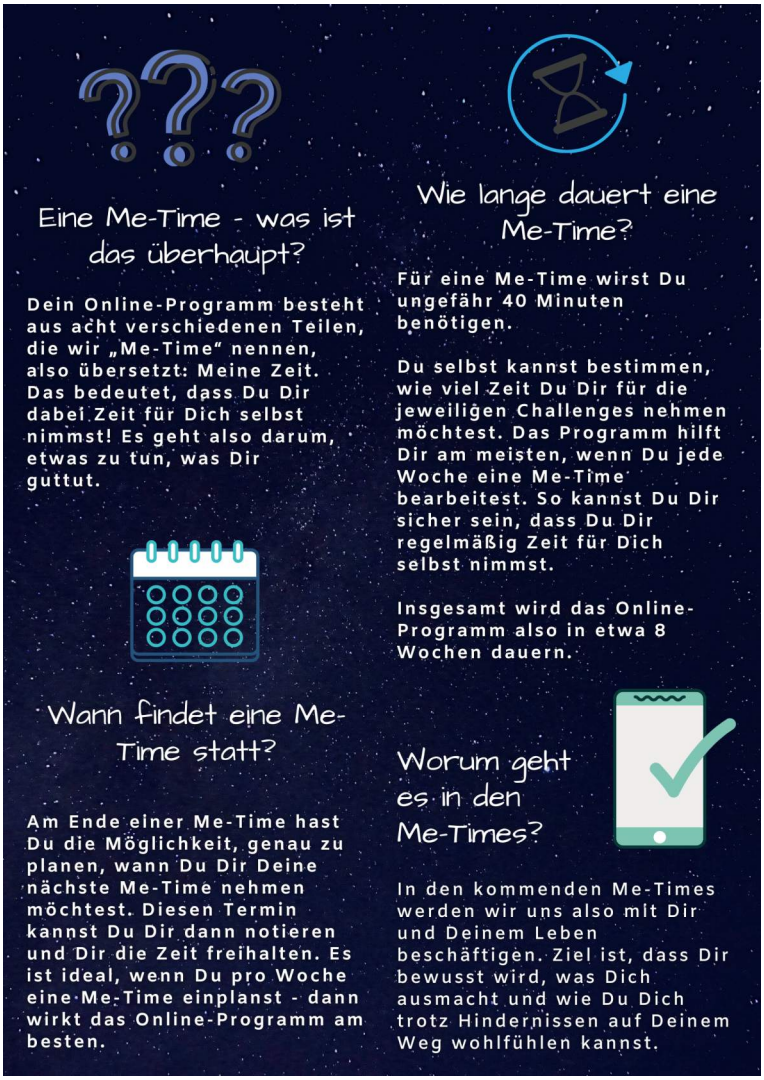
Während des Online-Programms sprechen wir öfter von einer 'psychischen Erkrankung'. Was das ganz genau bedeutet, wirst Du im nächsten Modul erfahren. Wenn von einer psychischen Erkrankung gesprochen wird, dann ist in iCHIMPS damit auch immer eine Suchterkrankung gemeint. Also wenn jemand sehr viel Alkohol trinkt oder von anderen Dingen, wie beispielsweise Drogen, abhängig ist.

Außerdem wird Dir öfter das Wort 'Elternteil' begegnen. Damit meinen wir Deine Mutter oder Deinen Vater.

## Die fünf Säulen von iCHIMPS




# Was erwartet Dich bei iCHIMPS?




Klicke hier, um mehr über Deine iCHIMPS-Reise zu erfahren.

Oft setzen wir uns im Alltag nicht bewusst mit unserem Leben auseinander. Es ist aber wichtig, dass Du weißt, wo Du herkommst und wo Du hin möchtest, damit Du den richtigen Weg finden kannst. Sonst kann es leicht passieren, dass Du Dich verläufst. Deshalb wollen wir gemeinsam eine Reise mit dem iCHIMPS-Programm unternehmen. Du hast die Möglichkeit, Neues zu erfahren und verschiedene Herausforderungen zu meistern. Beinahe so wie auf einer richtigen Reise!

## Deine Reiseziele

Hier siehst Du eine Übersicht über die verschiedenen Me-Times während Deiner iCHIMPS-Reise. Du kannst durch verschiedene Landschaften reisen. In jeder Me-Time werden wir uns mit einem anderen Thema beschäftigen.

## iCHIMPS besteht aus vielen spannenden Bausteinen

Verschiedene Symbole helfen Dir dabei, Dich in iCHIMPS zurechtzufinden. In der Tabelle kannst Du erfahren, welche Bedeutung ein Symbol hat.

# Zeit für eine Pause?!

Super! Du bist bei der Hälfte der heutigen Me-Time angelangt!

Die Me-Times enthalten teilweise viele Informationen. Manchmal musst Du Dich bei den Herausforderungen gut konzentrieren. Deshalb ist nach etwa der Hälfte jeder Me-Time eine Pause geplant.

Da die heutige Einheit relativ kurz ist, brauchst Du vielleicht gar keine Pause. Falls Du Dich aber danach fühlst, kannst Du an dieser Stelle eine kleine Pause von fünf bis zehn Minuten einlegen - die Entscheidung liegt bei Dir!

Bei einer Pause stelle Dir am besten einen Wecker und belohne Dich mit etwas, was Dir gerade guttut. Das kann zum Beispiel sein:

✓ Heute hast Du bereits gelernt, was eine Me-Time ist, aus welchen Bausteinen sie besteht und welche Themen Dir in den verschiedenen Me-Times begegnen werden.

Nach der Pause beschäftigen wir uns damit, was iCHIMPS noch alles zu bieten hat und worauf Du unbedingt achten solltest. Neugierig? Dann lass uns weiter machen!

## Was erwartet Dich sonst noch alles?

### Dein iCHIMPS-Reisetagebuch

Im Verlauf von iCHIMPS wirst Du sehr viel Neues erfahren. Damit Du dies immer wieder nachlesen kannst, hast Du am Ende einer jeden Me-Time die Möglichkeit, eine Zusammenfassung auszudrucken.

Was ist das iCHIMPS-Reisetagebuch? Klicke hier!

Wenn Du einmal in einer holprigen Etappe Deiner Reise angekommen bist und Unterstützung brauchst, ist es wichtig, dass Du weißt, wo Du Deine Zusammenfassungen und Tipps finden kannst. Daher ist es eine gute Idee, wenn Du Dir einen Ordner anlegst, in dem Du all die wichtigen Inhalte und Zusammenfassungen wie in einem Reisetagebuch sammeln kannst. So hast Du sie immer schnell parat und kannst auch nochmal etwas nachschauen.

## Family- und Home-Challenges

Am Ende jeder Me-Time erhältst Du eine kleine Challenge, die Du während der nächsten Woche zu Hause bearbeiten kannst.

In jeder Me-Time erwarten Dich zwei verschiedene Möglichkeiten:

eine Family-Challenge, die Du mit Deiner Familie zusammen meisterst oder

eine Home-Challenge, die Du alleine durchführst.

Wähle eine davon – je nachdem, ob Deine Eltern Zeit und Lust haben, mit Dir an iCHIMPS zu arbeiten. Wenn Deine Eltern mitmachen wollen, ist das super und wird dafür sorgen, dass sie auch etwas von iCHIMPS mitnehmen können.

Wenn nicht, ist das gar kein Problem! iCHIMPS ist so aufgebaut, dass Du für Dich selbst herausfinden kannst, wie Du Dich insgesamt wohler fühlst.

## Was hat es mit den Beispieljugendlichen auf sich?

Die drei Jugendlichen Jessi, Tamara und Phillip, die alle ein Elternteil mit einer psychischen Erkrankung/Suchterkrankung haben, werden Dir im Laufe des Online-Programms immer wieder begegnen. Sie berichten Dir von ihren Erfahrungen im Alltag. Außerdem zeigen sie Dir, wie Du manche Challenges bearbeiten kannst.

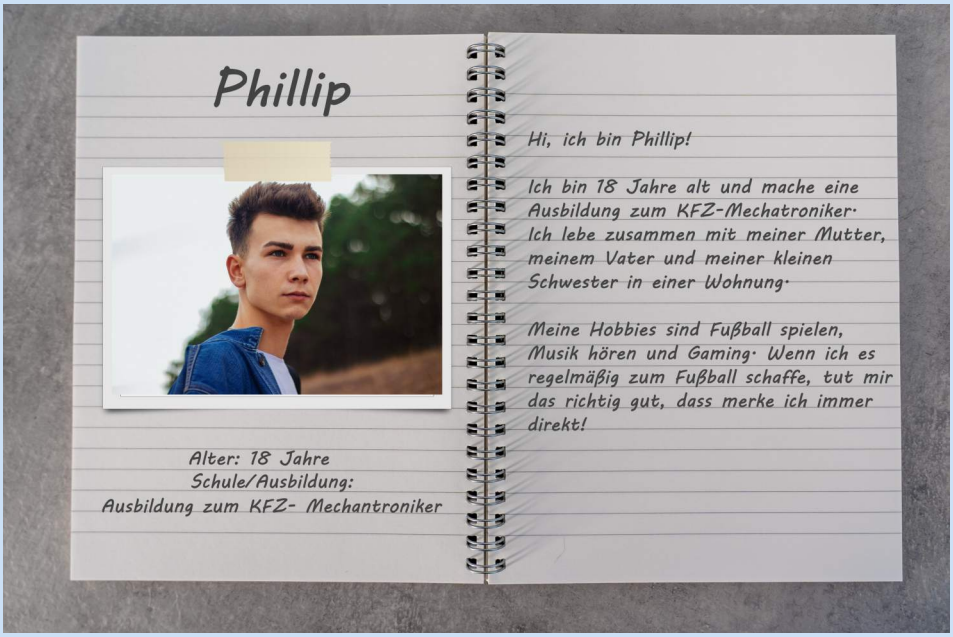
Die Geschichten der drei Beispieljugendlichen sind in der Zusammenarbeit mit Jugendlichen entstandene Fallgeschichten. Die Bilder dienen zur Verdeutlichung und stellen keine echten Personen dar. Du kannst Dir sie wie eine Person in einem Buch vorstellen, das auf einer wahren Geschichte basiert.

Vielleicht erkennst Du Dich in einem der drei wieder. Wenn dies nicht der Fall ist, ist das auch vollkommen in Ordnung. Die persönlichen Antworten der Beispieljugendlichen dienen dazu, bestimmte Themen besser zu verdeutlichen und können Dich unterstützen.

Du kannst in jeder Me-Time auswählen, von welchem der drei Du die Berichte und Antworten lesen möchtest. Du kannst Dir natürlich auch immer alle Podcasts und Geschichten anschauen. Du kannst selbst entscheiden, wie stark Du die Geschichten der Beispieljugendlichen verfolgen möchtest.

**Klicke auf die Namen, um Dir das Profil der Beispieljugendlichen anzuschauen!**

Hi, ich bin Phillip!




*Ich bin 18 Jahre alt und mache eine Ausbildung zum KFZ-Mechatroniker. Ich lebe zusammen mit meiner Mutter, meinem Vater und meiner kleinen Schwester in einer Wohnung.*

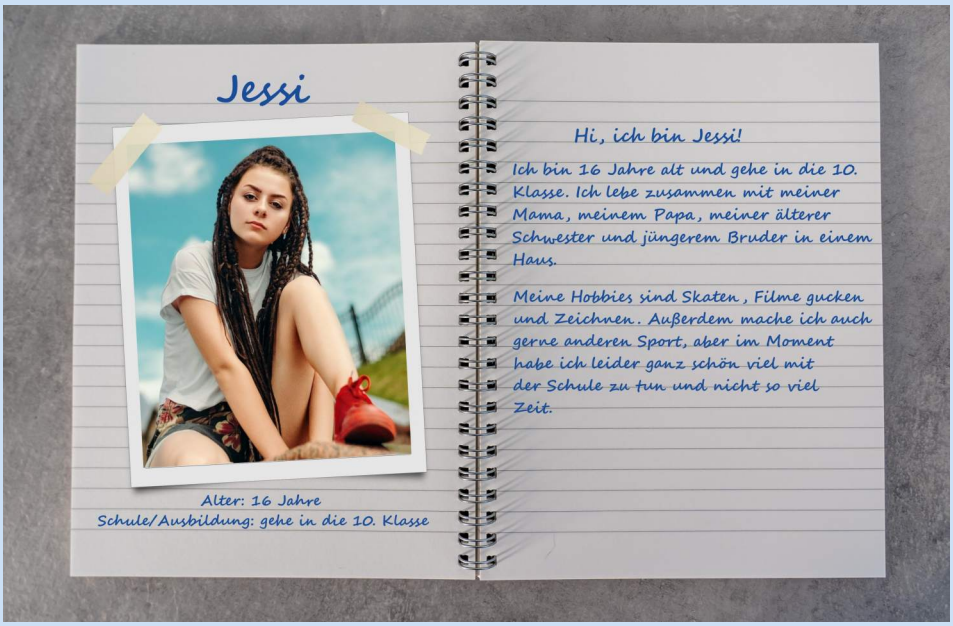
*Meine Hobbies sind Fußball spielen, Musik hören und Gaming. Wenn ich es regelmäßig zum Fußball schaffe, tut mir das richtig gut, das merke ich immer direkt.*

Hey! Mein Name ist Tamara.

*Ich bin 13 Jahre alt und gehe in die 7. Klasse. Ich wohne zusammen mit meiner Mum in einer Wohnung. Meinen Papa sehe ich leider eher selten und Geschwister habe ich keine.*

*Hobbies sind bei mir ein schwieriges Thema, da ich in letzter Zeit einfach nicht dazu komme. Ich spiele allerdings echt gerne Volleyball und treffe mich sonst auch gerne mit meiner besten Freundin.*

Hallo! Ich heiße Jessi!



*Ich bin 16 Jahre alt und gehe in die 10. Klasse. Ich lebe zusammen mit meiner Mama, meinem Papa, meiner älterer Schwester und jüngerem Bruder in einem Haus.*

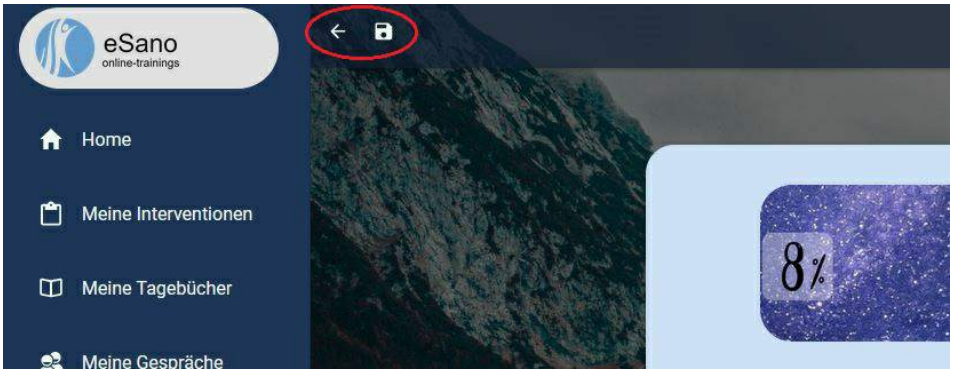
*Meine Hobbies sind Skaten, Filme gucken und Zeichnen. Außerdem mache ich auch gerne anderen Sport, aber im Moment habe ich leider ganz schön viel mit der Schule zu tun und nicht so viel Zeit.*

# Wie gehst Du richtig mit dem Online-Programm um?

Hier nochmal das Wichtigste zum Online-Programm in Kürze, damit Du Dich auf der Seite problemlos zurechtfindest.

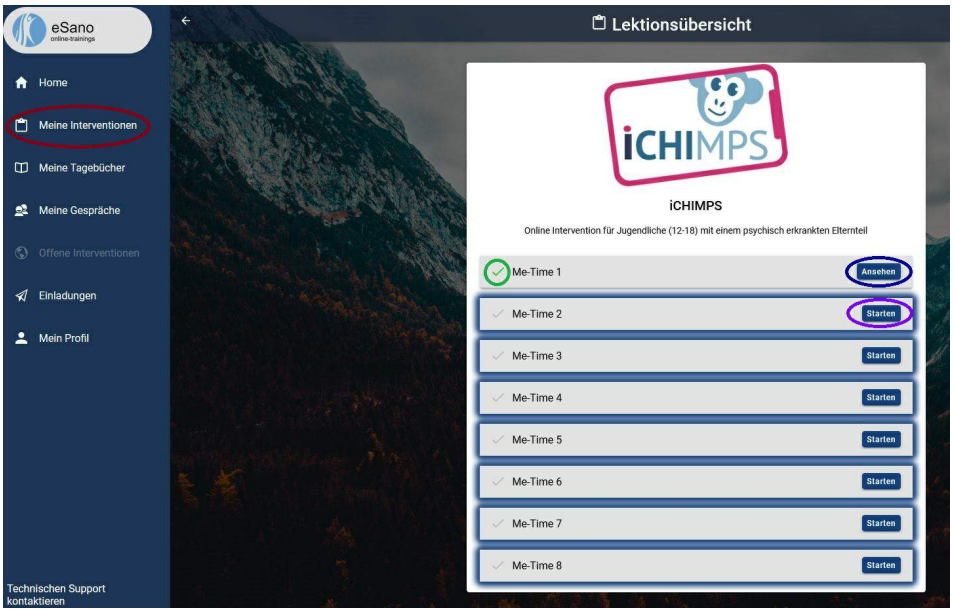
## Eine Lektion zwischenspeichern

Solltest Du beim Bearbeiten des Online-Moduls feststellen, dass Du gerade nicht weiter weißt, eine Pause machen möchtest oder aus sonstigen Gründen zu einem späteren Zeitpunkt weitermachen möchtest, ist das kein Problem. Dazu kannst Du auf das Symbol zum Zwischenspeichern klicken. So wird alles, was Du bis dahin bearbeitet hast, gespeichert und Du kannst zu einem späteren Zeitpunkt wieder zu diesem Punkt des Online-Moduls zurückkehren.




## Bereits abgeschlossene Me-Times nochmal ansehen

Du kannst Dir auch die Me-Times nochmal ansehen, die Du bereits abgeschlossen hast. Klicke hierzu auf den grauen Kasten im Menü **Meine Interventionen.** Dort siehst Du die Übersicht der Online-Module von iCHIMPS. Module mit einem **grünen Haken** hast Du bereits abgeschlossen. Du kannst sie mit einem Klick auf **Ansehen** noch einmal anschauen, zum Beispiel, wenn Du bestimmte Inhalte noch einmal wiederholen möchtest. Um das nächste freigeschaltete Modul zu beginnen, klicke auf **Starten.**



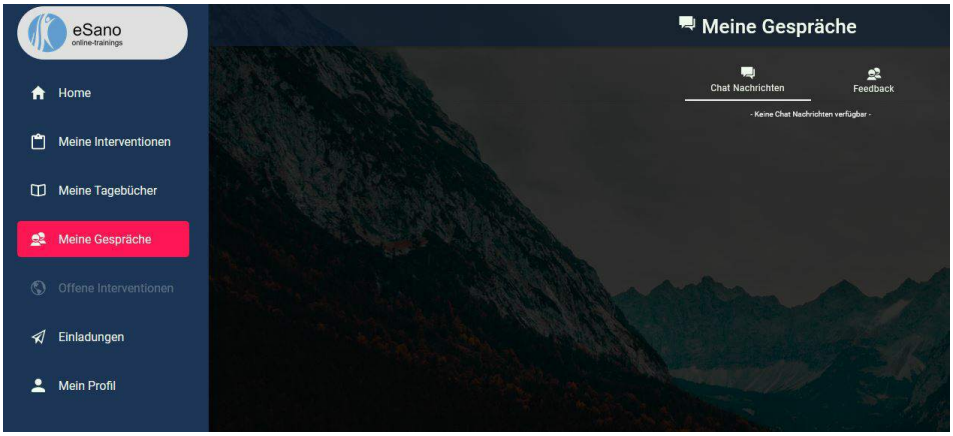

## Eine Me-Time abschließen

Wenn Du eine Me-Time beendet hast, kannst Du sie auf der letzten Seite abschicken. Klicke hierfür auf **Lektion abschließen.**

## Feedback erhalten

Wenn Du eine Me-Time beendet hast, lese ich, Dein E-Coach, zeitnah alles, was Du geschrieben und eingetragen hast und werde Dir anschließend eine Rückmeldung dazu senden. Diese soll Deine offenen Fragen beantworten und Dir helfen, am Ball zu bleiben. Selbstverständlich kannst Du mir auch zwischen zwei Me-Times Fragen über die Gesprächsfunktion senden. Ich werde mich bemühen, Deine Nachrichten bald möglichst zu beantworten.

Sobald ich Dein Feedback verfasst und versendet habe, erhältst Du eine E-Mail. Du findest Dein Feedback dann unter dem Menüpunkt **Meine Gespräche**.




### Technische Probleme

Bei technischen Problemen kannst Du Dich unter folgender E-Mail-Adresse melden: support@esano-trainings.de

### Noch Fragen?

Solltest Du noch mehr Fragen dazu haben, wie das Online-Programm funktioniert, kannst Du noch einmal im Dokument hier unten nachlesen. Du kannst mir, Deinem E-Coach, über die Kommunikationsfunktion auch eine Nachricht schreiben.

So gehst Du richtig mit dem Online-Programm um.pdf

## Umgang mit Deinen Daten

Alle Antworten, die Du während des Programmes schreibst, lese ich, Dein E-Coach, um Dir eine Rückmeldung geben zu können. So kann ich Dich bestmöglich unterstützen.

Außerdem besteht die Möglichkeit, dass das iCHIMPS-Studienteam in ihrer Leitungsfunktion als psychologische Betreuung und Studienkoordination einzelne Deiner Antworten liest. Wir sichern Dir selbstverständlich einen vertrauensvollen Umgang mit Deinen Daten zu.

Wenn Du jünger als 14 Jahre alt bist, besteht außerdem eine Offenbarungspflicht gegenüber Deinen Erziehungsberechtigten, sofern diese eine Einsichtnahme in die Daten verlangen. Wenn Du 14 Jahre oder älter bist, ist davon auszugehen, dass die Einsichts- und Urteilsfähigkeit vorliegt, so dass die Weitergabe von Informationen an Deine Erziehungsberechtigten dann Deine ausdrückliche Zustimmung erfordert.

Solltest Du weitere Fragen zum Thema Datenschutz haben, wende Dich an das Studienteam unter: ichimps-studie@uni-ulm.de

## Was gilt es unbedingt zu beachten?

### Besonderheiten des Online-Programmes

Es ist wichtig zu beachten, dass im Rahmen dieses Online-Programms die E-Coaches und Studienmitarbeitenden nicht direkt auf Deine Nachrichten als Studienteilnehmendem antworten können. Dies gilt sowohl für die Textnachrichten innerhalb des Online-Programms als auch für die Beantwortung von Fragen zu den verschiedenen Online-Umfragen. Der Austausch über Nachrichten erfolgt nicht direkt wie in einem Chat, sondern vielmehr wie bei einem E-Mail-Austausch, die Kommunikation ist also zeitversetzt.

### Umgang mit möglichen starken Belastungen oder Krisen

Solltest Du einmal unter einer starken psychischen Belastung oder Krise (bei der Du nicht mehr weiter weißt und die Belastung zu groß ist) leiden, so kannst Du jederzeit alle anderen Behandlungsmöglichkeiten nutzen, auch während der Teilnahme an diesem Online-Programm!

Du hast also jederzeit uneingeschränkten Zugang zu allen Behandlungsmöglichkeiten in Deiner Umgebung. Dies ist wichtig zu wissen, da es auch Situationen geben kann, bei denen die Teilnahme an einem Online-Programm alleine nicht ausreicht, eine starke psychische Belastung oder Krise zu bewältigen. Auch haben die E-Coaches und Studienmitarbeitenden von iCHIMPS nur begrenzte Möglichkeiten, Dich bei solch einer starken Krise zu unterstützen. Für eine mögliche Krise ist es uns deshalb sehr wichtig, dass Du über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gut informiert bist und Du im Falle einer Krise eine geeignete Weiterbehandlung aufnehmen kannst. Bei akuten Notfällen steht Dir immer rund um die Uhr die Notruf-Telefonnummer 112 zur Verfügung. Hier findest Du eine Übersicht zu weiteren Behandlungsangeboten für den Umgang mit starken psychischen Belastungen oder Krisen:

Umgang mit möglichen starken Belastungen und Krisen.pdf

## Deine Reise - und Dein Erinnerungsbild

Fotos und Bilder erinnern uns an bestimmte Situationen aus unserer Vergangenheit. Sie erinnern uns auch daran, wie wir uns währenddessen gefühlt haben. Vielleicht gibt es Fotos von Dir, wie Du Deinen Geburtstag oder Weihnachten gefeiert hast?

Jedes Mal, wenn Du eine Me-Time beendet hast, erhältst Du ein Erinnerungsbild für Dein Album! So kannst Du Dich daran erinnern, welche Orte Du auf Deiner Reise besucht hast und was Du dabei gelernt hast.

Du bist gespannt, wie Dein heutiges Erinnerungsbild aussieht? Dann klicke hier!

Dein heutiges Erinnerungsbild soll Dich bei dem Aufbruch in Deine Reise mit iCHIMPS unterstützen.

# Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren?

Du hast heute gelernt,

- welche Etappen Du auf Deiner iCHIMPS-Reise zurücklegen kannst.
- was eine Me-Time ist und wie diese aufgebaut ist.
- was Du tun kannst, wenn Du eine sehr starke Belastung oder Krise erlebst.

# Verabrede Dich!

Nachdem Du jetzt erste Einblicke in das Online-Programm iCHIMPS erhalten hast, kannst Du bereits Deinen Termin für Deine nächste Me-Time vereinbaren.

Warum brauche ich einen Termin?

Damit Deine Teilnahme an dem Online-Programm in Deinem Alltag nicht untergeht, ist es hilfreich, wenn Du einen festen Termin für Deine erste Me-Time vereinbarst. Du kannst Dir diesen Termin aufschreiben, sodass Du ihn nicht vergisst. Solltest Du ihn aus irgendwelchen Gründen doch vergessen oder keine Zeit haben, wirst Du von mir, Deinem E-Coach, erinnert. Es wäre gut, wenn Du Deinen Termin nicht allzu oft vergisst. Überlege Dir, wann Du die erste Trainingseinheit bearbeiten möchtest und trage den Termin ein.

In welchem Abstand soll ich meine Termine planen?

Damit iCHIMPS Dich bestmöglich unterstützen kann, empfehle ich Dir, eine Me-Time pro Woche zu bearbeiten. So stellst Du sicher, dass Du Dir in regelmäßigen Abständen Zeit für Dich selbst nimmst und kannst die Inhalte besser verarbeiten.

Wann möchtest Du die nächste Me-Time bearbeiten?

# Ciao!

Super! Ich freue mich, Dich näher kennenzulernen und unsere gemeinsame Reise zu beginnen.

Wenn Du Fragen bezüglich iCHIMPS hast, wende Dich an das Studienteam unter ichimps-studie@uni-ulm.de. Bei technischen Problemen wende Dich an support@esano-trainings.de Du kannst mir, Deinem E-Coach, jederzeit eine Nachricht über die Gesprächsfunktion senden.

Bis zur nächsten Me-Time!

Dein E-Coach

# Me-Time 2

Antwortbogen begonnen am 2025-06-26 11:35:05
Antwortbogen abgegeben am 2025-06-26 11:35:05
Die Intervention ist begleitet

## Me-Time 2: Mach den ersten Schritt - lerne Dich und Deine Herausforderungen kennen

### Hallo und herzlich willkommen!

Wie schön, dass Du Dich dazu entschieden hast, Dir Deine heutige Me-Time zu nehmen.

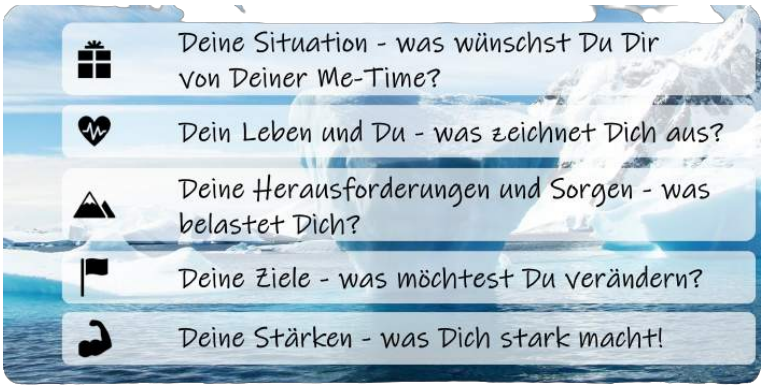
Womöglich bist Du gespannt, was Dich in Deiner zweiten Sitzung von iCHIMPS erwartet. Vielleicht gehst Du aber auch zögerlich an dieses Programm heran und fragst Dich, was alles auf Dich zukommt. Oder vielleicht ist es eine Mischung aus allem?

Umso mehr freue ich mich, dass Du Dich heute eingeloggt hast und Dir Zeit für Dich selbst nimmst!

Mich interessiert vor allem, wer Du eigentlich bist! Und genau darum dreht sich Deine heutige Me-Time.

## Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise:

## Du hast heute die Möglichkeit, folgende Challenges anzugehen:




## Dein aktueller Zwischenstand:

## Du hast bisher folgendes Erinnerungsbild gesammelt:

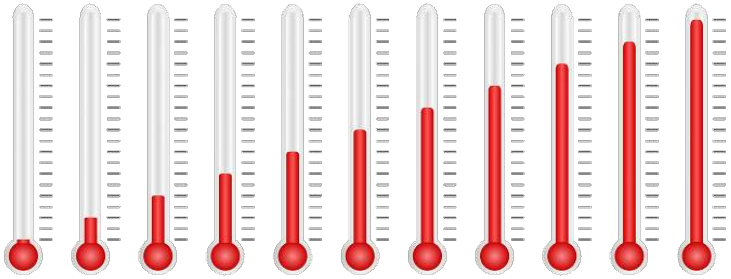
# Deine Stimmung – Wie fühlst Du Dich heute?

## Mini-Challenge:

Bevor wir mit den heutigen Themen beginnen, möchte ich Dich gerne fragen, wie Du Dich heute fühlst. Manchmal ist es gar nicht leicht, zu spüren, wie wir uns fühlen. Bist Du soweit? Dann lass uns loslegen!

Du kannst hier auf Deinem Stimmungs-Thermometer angeben, wie Du Dich heute fühlst.

Fühlst Du Dich gut oder geht es Dir heute eher schlecht? Schätze Deine Stimmung auf einer Skala von 1 bis 10 ein! 1 bedeutet, dass es Dir sehr schlecht geht und 10 heißt, dass Du Dich super gut fühlst!



Wie fühlst Du Dich heute?

Mir geht es sehr schlecht

Mir geht es sehr gut

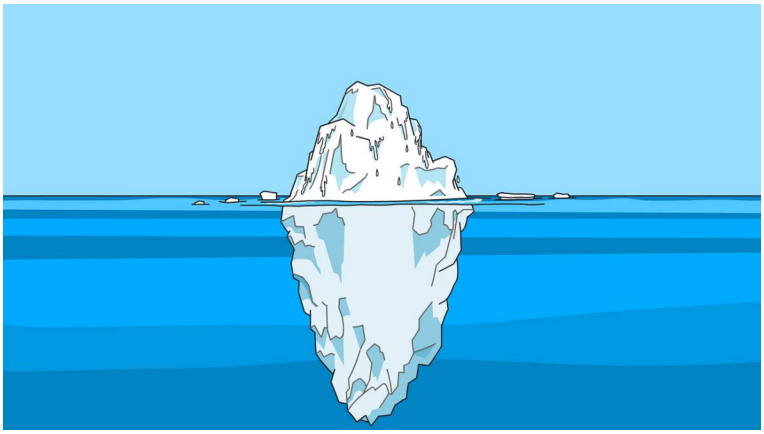
## Dein aktueller Zwischenstand

Super! Du hast Deine erste Mini-Challenge bereits geschafft. Dann kann die Entdeckungsreise über Dich selbst jetzt beginnen.

Für mehr Reiseinfos, klicke hier!

Ich möchte Dich einladen, auf eine Entdeckungsreise über Dich selbst zu gehen. Denn bevor wir uns gemeinsam auf Deine große Reise begeben können, ist es wichtig, sich einen Überblick über den Ausgangspunkt, das Reiseziel und wichtige Orientierungspunkte zu verschaffen. Ansonsten würden wir einfach blind loslaufen und uns womöglich unterwegs verirren.

## Deine verborgenen Eigenschaften - was ein Eisberg mit Dir zu tun hat



Vielleicht kennst Du ja das Sprichwort, dass etwas **„nur die Spitze des Eisberges“** ist. Das bedeutet, dass jener Teil des Eisbergs, der aus dem Wasser ragt, nur ein kleiner Teil des Ganzen ist: Die Spitze des Eisberges ist gut sichtbar. Aber ein Eisberg ist viel größer als die sichtbare Spitze - der überwiegende Anteil des Eisberges befindet sich unter der Wasseroberfläche. Diesen Teil kann man dann auf den ersten Blick gar nicht sehen. Dafür müsste man erst unter Wasser tauchen. So ist es auch mit Bereichen von uns, die uns selbst und anderen verborgen bleiben.

Heute wollen wir versuchen, ein Stück unter die Wasseroberfläche zu tauchen und einen Anteil Deines Eisberges sehen zu können. Du hast also die Möglichkeit, Dich selbst besser kennenzulernen.

Komm mit und schau nach!

Warum ist es wichtig, sich selbst besser kennenzulernen?

Wenn Du Dich selbst gut kennst, hat das viele Vorteile. Es ist hilfreich, sich mit seinen eigenen Gedanken und Gefühlen zu beschäftigen, weil Du dadurch stärker und entspannter wirst und mehr Selbstvertrauen entwickelst. Außerdem hilft Dir Wissen über Dich selbst, besser zu erkennen, in welchen Situationen Du Dich wohl fühlst – dann kannst Du diese noch besser genießen! Und es fällt Dir leichter, Kraft zu tanken für solche Situationen, die eher belastend für Dich sind. Dadurch kannst Du schwierigen Situationen gelassener begegnen und Herausforderungen noch besser meistern! Dich selbst gut zu kennen, mit allen Ecken und Kanten, kann Dir auch helfen, unsere Mitmenschen besser zu verstehen.

Kann es mir schlechter gehen, wenn ich versuche, mich selbst besser kennenzulernen?

Sich selbst besser kennen und verstehen zu lernen, kann manchmal anstrengend und ermüdend sein. Es kann auch ganz überraschend und aufregend sein. Dabei kann es sein, dass Du Seiten entdeckst, die Du mehr und andere, die Du weniger gut leiden kannst. Das ist ganz normal. Jedoch kann man einige der Seiten, die man an sich selbst nicht so gerne mag, verändern. Manches muss man aber auch hinnehmen, wie es ist - denn wir können nicht alles beeinflussen. Dies anzuerkennen, gibt Dir die nötige Kraft, Dich auf die Dinge zu konzentrieren, die Du selbst anpacken und verändern kannst.

Dazu gibt es einen schönen Spruch. Vielleicht kennst Du ihn ja schon: Ich wünsche Dir

die Gelassenheit, alles das hinzunehmen, was nicht zu ändern ist,

den Mut, Dinge zu ändern, die Du ändern kannst,

die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.

# Deine Situation – was wünschst Du Dir von Deiner Me-Time?

**Mini-Challenge:**

Lass uns herausfinden, was genau der Ausgangspunkt Deiner Reise ist! Fällt Dir vielleicht schon etwas ein, was Du gerne mit iCHIMPS an Deiner aktuellen Situation verändern möchtest?

Hier in den Kasten kannst Du Deine Idee eintragen!

**Mini-Challenge:**

Wie wichtig ist es für Dich, dass sich genau diese Sache verändert? Schätze dies auf einer Skala von 1 bis 10 ein.

1 bedeutet, dass es Dir gar nicht wichtig ist, dass sich genau diese Sache verändert und 10 heißt, dass es Dir sehr wichtig ist.

Gar nicht wichtig Sehr wichtig

**Mini-Challenge:**

Wie zuversichtlich bist Du, dass Du dieses Ziel erreichen wirst? Schätze Deine Zuversichtlichkeit auf dieser Skala von 1 bis 10 ein.

1 bedeutet, dass Du gar nicht zuversichtlich bist und 10 heißt, dass Du sehr zuversichtlich bist!

Gar nicht zuversichtlich

Sehr zuversichtlich

Okay! Du möchtest Deine Situation zwar gerne verändern, aber Du bist Dir nicht sicher, ob Du das schaffen kannst. Manche Ziele sind schwierig umzusetzen und am Anfang braucht man oft eine Portion Mut! Im Verlauf von iCHIMPS kannst Du lernen, wie es Dir gelingen kann, mit Herausforderungen umzugehen. Den ersten Schritt machst Du gerade bereits: Du hast Dich heute angemeldet und nimmst Dir Zeit für Dich!

Prima! Du möchtest Deine Situation verändern! Aber es scheint etwas zu geben, was Dich noch zurück hält. Das schauen wir uns später genauer an.

Super! Du möchtest Deine Situation verändern und fühlst Dich sehr zuversichtlich, dass Du das schaffen wirst! Also worauf wartest Du noch? Mach den ersten Schritt mit dem iCHIMPS-Programm!

Hast Du noch weitere Idee, was sich ändern soll?

Trage sie hier ein.

## Dein aktueller Zwischenstand

Klasse! Du hast schon alle vier Mini-Challenges gemeistert! Weiter so!

# Dein Leben und Du – was zeichnet Dich aus?

Jetzt weiß ich auf jeden Fall schon mal, was Du Dir von Deiner Me-Time wünschst. Abgesehen davon weiß ich bisher aber nur, dass zumindest entweder Deine Mutter oder Dein Vater erkrankt ist.

Was ich noch nicht weiß, und was mich brennend interessiert, ist: **Wer bist DU eigentlich?**

**Pro-Challenge:**

Ich lade Dich ein, mir auf der folgenden Seite mehr über Dich zu erzählen – vielleicht lernst Du dabei auch etwas Neues über Dich und über den Anteil Deines Eisberges unter der Wasseroberfläche?

*Hinweis! Dies ist eine Pro-Challenge! Das heißt, die folgende Herausforderung ist ein bisschen anspruchsvoller und Du benötigst vermutlich etwas mehr Zeit dafür.*

Ich habe für Dich ein paar Fragen zu verschiedenen Themenbereichen vorbereitet. Wähle mindestens drei der Fragen aus.

Vielleicht kommen Dir die Fragen am Anfang etwas ungewöhnlich vor, und vermutlich brauchst Du etwas Fantasie, um sie zu beantworten. Es gibt dabei kein richtig oder falsch – Du kannst ganz frei heraus antworten mit allem, was Dir gerade in den Sinn kommt.

## Wer bist DU?

Stell Dir vor, Du wärst ein Superheld. Welche Superkräfte hättest Du? Was würdest Du für immer verändern?

Du sitzt abends draußen und schaust in den Himmel. Plötzlich siehst Du eine Sternschnuppe. Was wünschst Du Dir?

Ein unbekanntes Wesen steht vor Dir und lächelt Dich an. Dann zwinkert es mit einem Auge. Was will es von Dir?

Stelle Dir eine Situation vor, die für Dich nur ganz schwierig auszuhalten ist. Was für eine Situation wäre das?

Was darf sich in Deinem Leben nicht verändern? Worauf könntest Du niemals verzichten? Warum?

Welche drei Dinge sollte man unbedingt über Dich wissen? Wie würde Dich eine Person beschreiben, die Dich gut kennt und mag?

# Dein aktueller Zwischenstand

Super! Vielen Dank für Deine Offenheit. Jetzt konnte ich schon einiges über Dich erfahren.

## Pro-Challenge:

In der nächsten Pro-Challenge siehst Du einige Satzanfänge. Ich bitte Dich, diese zu beenden. Vielleicht lernen wir beide ja noch etwas über Dich, was weder Du noch ich bisher wissen? Lass uns starten!

Das Wichtigste in meinem Leben ist .....

Es fällt mir leicht, .....

Mein Lebensziel ist .....

Ich genieße es, wenn .....

Ich möchte nicht mehr .....

Meine Eltern sind für mich .....

## Dein aktueller Zwischenstand

Klasse! Jetzt habe ich schon eine ganze Menge Neues über Dich gelernt – und vielleicht hast Du ja auch eine Seite an Dir und Deinem Eisberg kennengelernt, die Dir vorher noch gar nicht so bewusst war?

# Eine Pause?!

Die Hälfte Deiner heutigen Me-Time liegt bereits hinter Dir! Wenn Du möchtest, kannst Du an dieser Stelle eine kleine Pause von circa zehn Minuten einlegen. Oder Du machst direkt weiter – die Entscheidung liegt bei Dir! Entscheide so, wie Du Dich gerade fühlst.

Bei einer Pause stelle Dir am besten einen Wecker und belohne Dich mit etwas, was Dir gerade gut tut. Das kann zum Beispiel sein:

✓ Wir haben uns im ersten Teil Deiner heutigen Me-Time damit beschäftigt, was Dich als Mensch ausmacht und wer Du bist. Ich konnte jetzt schon wirklich viel über Dich erfahren!

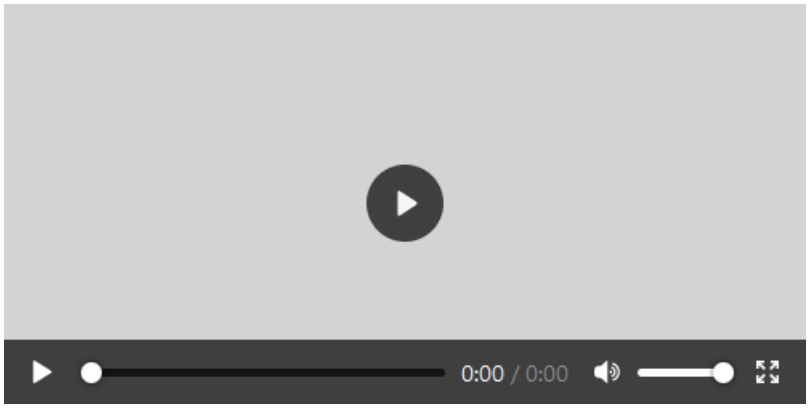
Im zweiten Teil geht es darum, was Dich belastet, was Dir womöglich Sorgen bereitet und was Dir vielleicht schwerfällt. Denn auch Herausforderungen und Sorgen sind ein Teil unseres Eisberges - und gehören zu uns als Mensch dazu!

# Deine Herausforderungen und Sorgen – Was belastet Dich?

Wir wissen aus Erfahrung, dass Jugendliche, deren Elternteil erkrankt ist, vielen Herausforderungen begegnen, die zusätzlich Kraft, Zeit und Energie kosten können.

## Video

In diesem Video kannst Du sehen, welche Herausforderungen andere Jugendliche mit einem erkrankten Elternteil im Alltag erleben. Vermutlich treffen nicht alle so auf Dich zu, da kein Mensch, keine Familie und keine Erkrankung gleich sind. Vielleicht kannst Du dennoch ein paar der Herausforderungen bei Dir wiederkennen.




Hier kannst Du den Text des Videos mitlesen:

Die Erkrankung Deines Elternteils kann für Dich eine besondere Herausforderung darstellen, die Dich jeden Tag und jede Nacht begleitet. Das kann manchmal anstrengend sein. Du kennst sicher Zeiten, in denen es dir besser geht. Aber auch Phasen, die Du als sehr belastend erlebst. Mit Sicherheit hat jede Person etwas unterschiedliche Probleme und Sorgen. Die häufigsten Belastungen wollen wir trotzdem an dieser Stelle zusammenfassen. Vielleicht findest Du Dich mit Deinen Problemen, Sorgen und Ängsten darin wieder.

- Viele Jugendliche wissen gar nicht, dass ihre Mutter oder ihr Vater eine psychische Erkrankung hat. Oder sie sind nicht gut über die Erkrankung ihres Elternteils informiert. Das führt oft dazu, dass die Jugendlichen sich **unsicher** fühlen und **verwirrt** sind, weil sie die Symptome ihrer Eltern nicht einschätzen können.
- Manche Jugendliche glauben fälschlicherweise auch manchmal, an der psychischen Erkrankung ihres Elternteils **Schuld** zu sein. Sie meinen, die Krankheit ihres Elternteils mit ausgelöst zu haben. Entweder, weil sie zu wenig geholfen haben oder für ihre Eltern eine zu große Belastung waren. Manchmal geben die Eltern ihren Kindern auch direkt die Schuld für die Erkrankung.
- Weil die Jugendlichen sich oft verpflichtet fühlen, **Verantwortung zu übernehmen**, übernehmen sie Aufgaben in der Familie, um die sich eigentlich die Eltern kümmern sollten. Die Jugendlichen übernehmen zum Beispiel Pflichten im Haushalt oder helfen bei der Erziehung ihrer Geschwister. Dadurch fühlen sie sich gestresst und sagen Aktivitäten mit Freunden ab, wenn sie das Gefühl haben, zu Hause gebraucht zu werden.
- Sie erhalten **möglicherweise weniger Zuwendung, Förderung und Unterstützung** durch ihre Eltern, weil die Eltern mit ihren eigenen Problemen beschäftigt sind. Dadurch können die Eltern vielleicht manchmal nicht so gute Eltern sein, wie sie es sich wünschen würden. Jugendliche fühlen sich vielleicht auch in manchen Situationen **überfordert und allein gelassen**, weil sie nicht wissen, an wen sie sich mit ihren Problemen wenden und mit wem sie über ihre Sorgen sprechen können.
- Einige haben auch das Gefühl, dass sie **mit niemandem** über die Erkrankung ihres Elternteils **reden** dürfen. Sie glauben, dass sie ihre Eltern verraten, wenn sie mit anderen über Familienprobleme sprechen.
- Es kann auch vorkommen, dass sich manche Jugendliche für ihre Familie schämen, wenn Außenstehende gegenüber der eigenen Familie negativ reagieren. Oft **fühlen** sie **sich** deshalb **zerrissen** zwischen Zuneigung zu ihrer Familie und dem Wunsch, den anderen zu gefallen. Auch innerhalb der Familie fühlen sich die Jugendlichen oft zerrissen. Manchmal werden sie in Konflikte der Eltern mit hineingezogen und haben das Gefühl, sich zwischen ihren Eltern entscheiden zu müssen.
- Auch im **Umgang mit Gleichaltrigen** kann es zu Schwierigkeiten kommen. Zum Teil werden Jugendliche wegen der psychischen Erkrankung ihrer Eltern gehänselt oder ausgegrenzt. Oder sie tun sich schwer, sich zugehörig zu fühlen.
- Manchmal ist es für die Jugendlichen nicht leicht**, eine emotionale Bindung** zu ihrem erkrankten Elternteil zu haben. Manchmal sind die Eltern aber auch im Krankenhaus oder die Jugendlichen in sozialen Einrichtungen untergebracht. Und wegen der Erkrankung kann es passieren, dass es häufiger zu Konflikten innerhalb der Familie kommt.

Wie Du siehst, gibt es viele Lebensbereiche, die durch die psychische Erkrankung Deines Elternteils betroffen sein können. Womöglich fällt Dir auch noch mehr ein, was im Alltag für Dich eine Herausforderung ist. Schließlich nimmt jeder Mensch Lebensaufgaben ganz unterschiedlich wahr.

Du kennst vielleicht den Ausdruck, dass gewisse Geschehnisse wie „Ballast“ für jemanden sein können. Du kannst Dir diesen „Ballast“ auf Deiner Reise wie schwere Steine in Deinem Rucksack vorstellen.

### Pro-Challenge:

Welche Herausforderungen erlebst Du in Deinem Alltag durch die Erkrankung Deines Elternteils? Was bereitet Dir Sorgen oder Kummer?

Du kannst entweder ganze Sätze oder auch nur kurze Stichworte schreiben. Antworte einfach so, wie es Dir am leichtesten fällt.

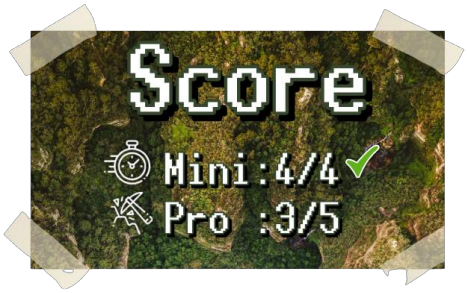
Notiere in den Kasten Deine Herausforderung(en):

Manchmal kann es schwierig sein, die eigenen Herausforderungen zu benennen. Wenn Dir gerade nichts einfällt, dann klicke hier für Ideen.

- Ich habe kaum Zeit, meine Freunde zu treffen.
- Ich fühle mich so, als wäre ich der einzige Mensch dem es so geht.
- Ich denke manchmal, mein Leben ist so anders als das meiner Klassenkameraden.
- Ich streite häufig mit meinen Eltern oder Freunden.
- Ich mache mir viele Gedanken, wie es weitergehen soll.
- Ich bin oft traurig.
- Ich habe niemanden, mit dem ich über meine Situation reden kann.

## Dein aktueller Zwischenstand

Es braucht viel Mut und kostet Überwindung, die eigenen Herausforderungen aufzuschreiben! Klasse, wie gut Du das gerade gemeistert hast!



## Viele Jugendliche im selben Boot - Du bist nicht allein!

Wusstest Du schon, ...

... dass in Deutschland 17,8 Millionen erwachsene Menschen an einer psychischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung leiden (DPPN, 2019)?

... dass jeder vierte Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammenlebt (Mattejat & Remschmidt, 2008)?

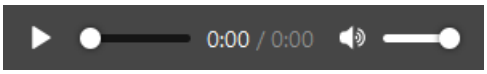
... dass das im Durchschnitt 12 Jugendliche aus einer Schulklasse mit 30 Schülern sind?

Wie Du siehst, gibt es viele andere Jugendliche in Deinem Alter, die in einer ähnlichen Situation sind wie Du.

**Audio**

In diesen Podcasts berichten Tamara, Phillip und Jessi von ihren Herausforderungen und Sorgen im Alltag. Du kannst Dir entweder alle oder auch nur einen der Podcasts anhören, um herauszufinden, was für andere Jugendliche schwierig ist.

Phillip




Hier kannst Du den Text des Podcasts mitlesen

*Ich bin 18 Jahre alt und wohne zusammen mit meinem Vater, meiner Mutter und meiner kleinen Schwester. Mein Vater leidet an einer Alkoholabhängigkeit. Dadurch kann ich die Stimmung von meinem Vater überhaupt nicht einschätzen. An manchen Tagen schaut er mit mir gemeinsam Fußball und wir haben Spaß zusammen, und dann plötzlich wird er manchmal richtig wütend. Das verunsichert mich, weil ich nicht einschätzen kann, wie er drauf ist und wie ich mit ihm umgehen soll. Seit mein Vater so viel trinkt, streiten meine Eltern oft.*

*Früher habe ich versucht, ihn vom Trinken abzuhalten, weil ich wollte, dass er wieder wie früher ist - aber er hat immer weiter getrunken. Mittlerweile versuche ich, so wenig Zeit wie möglich zu Hause zu verbringen. Wenn ich merke, dass mein Vater zu viel trinkt, dann gehe ich mit meiner kleinen Schwester auf den Spielplatz. Ich will nicht, dass sie das mitbekommt. Wir reden in unserer Familie nicht darüber.*

*Mir ist es peinlich, dass mein Vater alkoholabhängig ist, deshalb habe ich meinen Freunden auch nichts davon erzählt und lade auch niemanden zu mir nach Hause ein. Ich möchte nicht,*

*dass andere schlecht über meine Familie denken. Außerdem würde das sowieso niemand verstehen. Aber wenn ich länger darüber nachdenke, ich würde schon gern mal mit jemandem darüber sprechen.*

Tamara

0:00 / 0:00

Hier kannst Du den Text des Podcasts mitlesen

*Geschwister habe ich keine. Und zu meinem Vater habe ich nur unregelmäßig Kontakt. Ich lebe zusammen mit meiner Mum, die eine bipolare Erkrankung hat. Wenn sie eine schlechte Phase hat, kann sie nur schwer aufstehen und verbringt den ganzen Tag im Bett, ist müde und erschöpft. Sie sagt, sie fühlt sich ganz elend und innerlich leer. Ich kümmer mich dann um den Haushalt und mach das Essen, auch wenn sie eigentlich nie hungrif ist. Ich muss dabei immer ganz leise sein, um Mum nicht zu stören, sie ist in so einer Stimmung schnell gereizt. Ich vermisse sie dann sehr, es fühlt sich so an, als wäre sie gar nicht richtig da.*

*Es gibt aber auch Zeiten, in denen sie aufgedreht ist, dauernd strahlt und viel Energie hat. Einmal hat sie dann mehrere Nächte lang den Keller entrümpelt und gar nicht geschlafen. Ein anderes Mal sind wir zusammen ein paar Tage ans Meer gefahren, obwohl ich eigentlich in die Schule gemusst hätte. Ich hab mich gefühlt wie im Film. Wir waren beide überglücklich und es hat sich so angefühlt, als wäre endlich alles gut.*

*Ich habe allerdings mitbekommen, dass sie damals viel Geld ausgegeben hat, sie hat mir auch schon öfter viele Geschenke mitgebracht. Das hat mir Sorgen gemacht, weil wir darauf achten müssen, wie viel wir ausgeben. Meine Mum hat mir auch mal gesagt, dass sie manchmal denkt, sie wäre eine schlechte Mutter. Das war schlimm für mich. Manchmal frag ich mich, ob ich schuld bin, dass meine Mum krank geworden ist. Vielleicht hätte ich irgendwas anders machen können und das hätte das dann irgendwie verhindert. Aber eigentlich weiß ich, dass das nicht stimmt.*

*Wenn mir zu Hause alles zu viel ist, geh ich zu meiner besten Freundin. Das lenkt mich ab und ich kann mit ihr über alles reden, das hilft mir. Früher hab ich mal Volleyball gespielt. Aber damit hab ich aufgehört seit Mum krank ist. An manchen Tagen fühle ich mich zu Hause ziemlich alleine, auch wenn Mama eigentlich da ist. Ich finde es irgendwie unheimlich, dass die Stimmungen meiner Mum so schnell können. Wenn ich nach Hause komme, weiß ich nie, was mich erwartet. Das ist für mich wie eine Achterbahnfahrt.*

Jessi

0:00 / 0:00

Hier kannst Du den Text des Podcasts mitlesen

*Ich kann mich noch gut an die Zeit erinnern, als es angefangen hat bei Mama, obwohl ich damals erst fünf war. Ich habe sie plötzlich nicht mehr wiedererkannt. Ich habe noch eine ältere Schwester und einen jüngeren Bruder, denen ging es auch so. Am Anfang waren wir alle überfordert.*

*Meine Mama hat eine Schizophrenie, sagen die Ärzte. Sie war auf einmal sehr misstrauisch uns gegenüber und hat nachgefragt, ob uns jemand von der Schule nach Hause gefolgt ist. Das hat mir Angst gemacht. Sie mag es nicht, wenn wir im Wohnzimmer Fernsehen, weil sie glaubt, dass ihre Gedanken über den Fernseher für die ganze Welt hörbar werden. Deshalb schauen wir jetzt manchmal abends im Kinderzimmer auf dem Laptop Videos.*

*Mein Papa arbeitet mittlerweile weniger, damit er mehr im Haushalt machen kann und uns abends zum Sport fahren. An manchen Tagen sieht er echt müde aus und überarbeitet aus, das macht mir Sorgen. Dann hab ich ein schlechtes Gewissen. Wir helfen meinem Papa so gut es geht, zum Beispiel mache ich mit meinem kleinen Bruder zusammen die Hausaufgaben. Wir haben einen festen Wochenplan, wer wann welche Aufgaben übernimmt. Aber an manchen Tagen bleibt kaum noch Zeit für Dinge, die mir Spaß machen.*

*Ich würde echt gern mal wieder in den Urlaub fahren, so als Familie. Manchmal wünsche ich, dass alles so ist wie früher. Es beschäftigt mich irgendwie, dass ich gar nicht verstehen kann, was in ihrem Kopf vorgeht. Ich mein, immerhin ist sie ja meine Mama. Und ich würde gerne besser verstehen, was genau die Erkrankung ist und wie es dazu kommen konnte, dass sie die jetzt hat.*

# Deine Ziele - was möchtest Du verändern?

Nun hast Du vielleicht bemerkt, dass Dein Rucksack mit einigen schwierigen Situationen und Herausforderungen aus Deinem Leben gefüllt ist.

Stelle Dir vor, wie Du nach und nach jeden einzelnen Stein aus Deinem Rucksack nehmen kannst und Stück für Stück weniger Ballast tragen musst. Genau so ist es auch mit den Herausforderungen und Belastungen!

Als Du Dich für Deine Teilnahme an iCHIMPS entschieden hast, hattest Du bestimmt Ziele im Kopf, die Du damit erreichen möchtest. Diese Ziele wollen wir nun ganz genau festlegen.

Überlege Dir, was genau Du verändern möchtest und welche Handlungen dazu beitragen können. Mit iCHIMPS bekommst Du Unterstützung, damit Du diese Ziele erreichen kannst – Deine Ziele sind wie wichtige Stationen auf der Landkarte für Deine Reise!

Wenn Du Deine Ziele in kleine Schritte unterteilen und in Worte fassen kannst, dann wird es leichter für Dich, sie zu erreichen. Die sogenannte SMART-Regel kann Dir dabei helfen, Deine Ziele zu benennen. Versuche Dich deshalb bei der Formulierung Deiner Ziele so gut wie möglich an diese Regel zu halten.

## Die SMART-Regel

SMART ist eine Abkürzung und sagt Dir, wie Dein Ziel formuliert sein sollte, damit Du es leichter erreichen kannst:

S - spezifisch:

Überlege Dir eine Situation und eine Sache, die Du konkret angehen möchtest.

M - messbar:

Wie kannst Du später überprüfen, ob Du Dein Ziel erreicht hast?

A - anspruchsvoll:

Das Ziel ist eine Herausforderung für Dich und sollte nicht zu einfach sein.

R - realistisch:

Das Ziel sollte aber auch so angemessen und realistisch sein, dass Du es mit geeigneter Unterstützung erreichen kannst.

T - terminiert:

Überlege Dir einen Zeitpunkt, bis wann Du Dein Ziel erreicht haben möchtest.

## Pro-Challenge:

Hier ist das Ziel, das Du am Anfang der heutigen Me-Time aufgeschrieben hast:
{{56}}

Möchtest Du das Ziel umformulieren und der SMART-Regel anpassen? Fallen Dir vielleicht noch weitere Ziele ein? Es wäre toll, wenn Du versuchst, auch Deine anderen Ziele nach der SMART-Regel zu formulieren.

Du möchtest wissen, wie Deine Ziel nach der SMART-Regel formuliert sein können? Hier findest Du ein paar Beispiele.

- Ich möchte mich besser gelaunt und munter fühlen, damit ich im nächsten Monat mit auf die Klassenfahrt gehen kann.
- Ich möchte mir genug Zeit zum Handballtraining einplanen, damit ich am Turnier teilnehmen kann, auch wenn ich im Haushalt viel übernehmen muss.
- Ich würde gerne lernen, wie ich mit meiner Wut umgehen kann, damit ich mit meiner Schwester nicht unnötig Streit anfange, wenn an Ostern unsere Großeltern zu Besuch kommen.

Trage hier Deine Ziele ein, die Du mit der SMART-Regel formuliert hast:

## Dein aktueller Zwischenstand

Super, wie Du Deine Ziele formuliert hast! Jetzt hast Du Deine Landkarte im Gepäck und weißt, wohin Dich Deine Reise führen soll!

Im Verlauf des iCHIMPS-Programmes werden wir gemeinsam Strategien erarbeiten, die Dir dabei helfen können, Deine Ziele zu erreichen.

# Deine Stärken - was Dich stark macht!

Gerade haben wir über Herausforderungen gesprochen, die Du als belastend empfindest. Belastungen kannst Du Dir vorstellen wie Steine in Deinem Rucksack. Deine Stärken hingegen sind wie Ausrüstungsgegenstände, die Dir auf Deiner Reise hilfreich sein können, zum Beispiel ein guter Wanderschuh oder eine wasserdichte Regenjacke!

## Pro-Challenge:

Wenn Dir ein Freund etwas Wichtiges erzählt, ist es eine Stärke, ihm zuhören zu können. Wenn Du siehst, dass jemand sich bei einer Aufgabe schwertut, ist es eine Stärke, wenn Du das wahrnimmst und der Person hilfst.

Was würdest Du sagen, sind Deine Stärken?

Was mögen andere besonders an Dir?

Notiere dies im Textfeld darunter.

Fallen Dir gerade keine Stärken ein? Dann klicke hier für Ideen.

Hier siehst Du eine Zusammenstellung von Eigenschaften, die auf Personen zutreffen können. Wähle mindestens drei Eigenschaften aus, wie Du Dich momentan beschreiben würdest oder was auf Dich zutrifft. Wenn es Dir schwerfällt, Dich selbst zu beschreiben, überlege Dir, was vielleicht Deine Eltern, Deine Bezugspersonen, Deine Freunde mal zu Dir gesagt haben oder wie sie Dich beschreiben würden.

### Umgang mit Mitmenschen

- Hilfsbereitschaft (zum Beispiel für Freunde da sein)
- Zuverlässigkeit (zum Beispiel können sich andere auf Dich verlassen)
- Ehrlichkeit
- Ich bin beliebt
- Familie ist mir wichtig
- Anpassungsfähigkeit (zum Beispiel kannst Du Dich auch in schwierigen Situationen zurechtfinden)
- Anderen vergeben können
- Freunde sind mir wichtig
- Großzügig sein
- Humor
- Verantwortung übernehmen
- Entscheidungen treffen
- Anderen vertrauen können
- Selbstbewusst sein
- Toleranz (zum Beispiel kannst Du dulden, wenn jemand anderer Meinung ist)
- Gerechtigkeit

### Persönliche Eigenschaften

- Zielstrebigkeit (zum Beispiel verfolgst Du Dein Ziel)
- Gewissenhaftigkeit (zum Beispiel bearbeitest Du Aufgaben sehr genau)
- An Herausforderungen wachsen
- Optimismus
- Fleiß
- Zufriedenheit
- Selbstreflexion (zum Beispiel kannst Du darüber nachdenken, ob Du Dich in einer bestimmten Situation richtig verhalten hast)
- Stärke (zum Beispiel setzt Du Dich für andere ein, bleibst Deiner Meinung treu oder kannst gut mit schwierigen Situationen umgehen)
- Realistische Sichtweise

### Freizeitaktivitäten

- Abenteuer
- Abwechslungsreiches Leben
- Ehrenamt
- Kreativität
- Umweltbewusstsein
- Flexibilität
- Humor
- Spaß haben
- Das Leben genießen können

# Dein aktueller Zwischenstand

Super, wie viel Du heute geschafft hast!

# Geschafft! - Was ist der nächste Schritt?

Wow, ich bin beeindruckt! Du hast Deine zweite Me-Time hinter Dir! Heute hast Du neun Challenges mit Bravour gemeistert – Du kannst wirklich stolz auf Dich sein!

Toll, dass Du Dir heute die Zeit für Dich und Dein Wohlbefinden genommen hast!

# Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren?

Du hast heute erfahren,

- dass es viele Jugendliche gibt, die in einer ähnlichen Situation sind wie Du – Du bist nicht allein!
- dass Du besondere Herausforderungen im Alltag meisterst, da eines Deiner Elternteile psychisch erkrankt ist!
- dass Du ganz besondere Fähigkeiten und Eigenschaften hast, die Dich einzigartig machen!

# Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen?

1 bedeutet, dass Dir die heutige Me-Time gar nicht gefallen hat und 10 heißt, dass Dir die Me-Time sehr gut gefallen hat.

Gar nicht Sehr gut

## Deine Reise - und Dein zweites Erinnerungsbild!

Super! Du hast Dir Deine zweite Me-Time genommen! Als Belohnung dafür erhältst Du heute Dein zweites Erinnerungsbild.

Du möchtest noch einmal nachlesen, was es mit Deinem Erinnerungsbild auf sich hat? Klicke hier!

Fotos und Bilder erinnern uns an bestimmte Situationen aus unserer Vergangenheit. Sie erinnern uns auch daran, wie wir uns währenddessen gefühlt haben. Vielleicht gibt es Fotos von Dir, wie Du Deinen Geburtstag oder Weihnachten gefeiert hast?

Du bist gespannt, wie Dein heutiges Erinnerungsbild aussieht? Dann klicke hier!

Dein heutiges Erinnerungsbild soll Dich daran erinnern, dass Du einzigartig bist, mit ganz besonderen Eigenschaften und Fähigkeiten. Wenn Du möchtest, kannst Du Dein Erinnerungsbild auch ausdrucken, um Dich noch besser zu erinnern.

## Deine Me-Time zum Mitnehmen

Drucken

Zum Abschluss habe ich Dir alle wichtigen Infos aus Deiner heutigen Me-Time zum Ausdrucken zusammengefasst. Manche Felder sind noch frei – wenn Du Dich noch weiter mit Dir auseinandersetzen möchtest, dann lade ich Dich ein, diese noch auszufüllen.

Zusammenfassung.pdf

## Dein Kalender - unser nächster Termin!

Damit das Online-Programm richtig effektiv ist, empfehle ich Dir, eine Me-Time pro Woche zu machen. So kannst Du sicherstellen, dass Du Dir genug Zeit für Dich nimmst, ohne Dir dabei zu viel zuzumuten.

Wann möchtest Du Deine dritte Me-Time einplanen?

## Bleib dran! - Deine Me-Time für die Woche:

Du möchtest Dich noch weiter mit Dir selbst auseinandersetzen? Du möchtest herausfinden, wie Du zu der Person geworden bist, die Du heute bist?

Ich möchte Dich bitten, bis zu unserem nächsten Termin Deine eigene Lebenslinie zu erarbeiten! Idealerweise machst Du das gemeinsam mit Deiner Familie – so kommt man noch auf mehr Ideen! Du kannst die Challenge aber auch alleine durchführen.

### Drucken

Lade Dir dazu dieses pdf-Dokument herunter und drucke es aus. Dort findest Du auch die weiteren Erläuterungen! Viel Spaß damit!

### Home-Challenge:

Erstelle hier Deine eigene Lebenslinie!

Home-Challenge_Modul 2.pdf

### Family-Challenge:

Erstelle gemeinsam mit Deiner Familie eine Lebensllinie für Euch gemeinsam!

Family-Challenge_Modul 2.pdf

# See you later, aligator! - In a while, crocodile!

Super! Ich freue mich, wenn Du zum vereinbarten Termin nächste Woche wieder dabei bist! Bis dahin wünsche ich Dir alles Gute, mach weiter so!

Dein E-Coach

# Me-Time 3

Antwortbogen begonnen am 2025-06-26 11:35:05
Antwortbogen abgegeben am 2025-06-26 11:35:05
Die Intervention ist begleitet

## Me-Time 3: Wissen macht stark – erfahre mehr über die psychische Erkrankung Deines Elternteils

### Hallo und herzlich willkommen!

Wie schön, dass Du heute wieder da bist und Dir Zeit für Dich nimmst. Ich bin gespannt, zu hören, wie es Dir seit Deiner letzten Me-Time ergangen ist. Lass uns mit der ersten Mini-Challenge starten!

**Mini-Challenge:**

Hier im Kasten kannst Du erzählen, wie es Dir mit Deiner Home- oder Family-Challenge ergangen ist. In der nächsten Rückmeldung, die Du von mir erhältst, werde ich auch auf Deine Antwort dieser Frage eingehen.

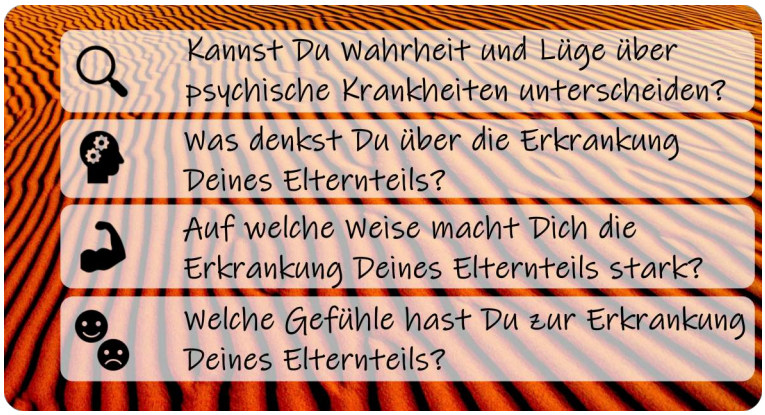
Konntest Du noch etwas Neues über Dich und die verborgenen Teile Deines Eisberges erfahren? Wie ist es Dir mit Deinen Erinnerungen ergangen? Welche Gefühle sind bei Dir aufgetaucht?

Super, Danke für Deinen Bericht!

Bist Du bereit für die nächste Me-Time? In der heutigen Me-Time geht es um die psychische Erkrankung Deines Elternteils und wie sich diese auf Dich auswirkt.

**Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise:**

## Die Etappen Deines heutigen Reiseabschnitts:



## Dein aktueller Zwischenstand:

## Du hast in Deinem Fotoalbum bisher folgende Erinnerungsbilder gesammelt:

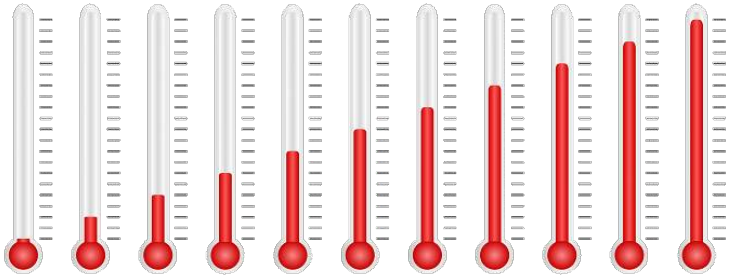
# Deine Stimmung – Wie fühlst Du Dich heute?

Wie auch beim letzten Mal möchte ich Dich zu Beginn fragen, wie Du Dich heute fühlst. Denn wie Du mittlerweile schon weißt, ist es manchmal gar nicht so leicht, wahrzunehmen, wie wir uns fühlen. Bist Du soweit? Dann lass uns loslegen!

## Mini-Challenge:

Du kannst hier auf Deinem Stimmungs-Thermometer angeben, wie Du Dich heute fühlst: Schätze Deine Stimmung auf einer Skala von 1 bis 10 ein!

1 bedeutet, dass es Dir sehr schlecht geht und 10 heißt, dass Du Dich super gut fühlst!



Fühlst Du Dich gut oder geht es Dir heute eher schlecht?

Mir geht es sehr schlecht

Mir geht es sehr gut

# Dein aktueller Zwischenstand

Klasse! Du hast bisher schon zwei Mini-Challenges gemeistert! Weiter so!

# Erstelle Deinen persönlichen Reiseführer! - Warum es wichtig ist, informiert zu sein.

Für mehr Reiseinfos, klicke hier!

In Deiner letzten Me-Time haben wir uns damit beschäftigt, wer Du bist und was Dich stark macht! Außerdem haben wir Deine Ziele für die Teilnahme an iCHIMPs formuliert und uns Deine Herausforderungen und Belastungen ganz genau angeschaut. Dabei konntest Du feststellen, dass es viele Jugendliche gibt, deren Elternteil psychisch erkrankt ist. Wir haben uns also auf Deiner Reise zuerst einmal einen Überblick über Deine aktuelle Ausgangslage, Dein Reiseziel und über wichtige Orientierungspunkte verschafft.

An dieser Stelle wollen wir heute weitermachen: Wenn man auf eine Reise aufbrechen möchte, ist es wichtig, sich vorab gut zu informieren – zum Beispiel über das Klima oder über die Kultur, Sitten und Bräuche des Landes. Am besten eignet sich dafür ein Reiseführer. Die dort enthaltenen Informationen können Dir helfen, Dinge, die Dir unterwegs begegnen, besser zu verstehen!

Heute wird es um die Erkrankung Deines Elternteils gehen, wie Du diese wahrnimmst und wie sie Dich und Dein Leben beeinflusst. Wie in einem Reiseführer kannst Du in Deiner heutigen Me-Time verschiedene Informationen über die Erkrankung Deines Elternteils sammeln!

Bist Du soweit? Dann lass uns anfangen!

# Was genau ist eigentlich die Psyche?

Unter Psyche versteht man alles, was mit unserem Denken, unseren Gefühlen und unserer Wahrnehmung zu tun hat. Das Gehirn ist dabei das Schaltzentrum dieser Vorgänge, so wie das Rechenzentrums eines Computers. Das Gehirn leitet Informationen auf Nervenbahnen durch unseren ganzen Körper. Diese Nervenbahnen kannst Du Dir ein bisschen vorstellen wie die Kabel und Schaltplatten in einem Computer.

Jeder Mensch hat seine ganz persönliche Psyche. Sie ist bei keinem Menschen gleich. Die Psyche ist so etwas wie unser zu Hause, das wir immer mit uns herumtragen. Deshalb ist es so wichtig, dass wir gut darauf achtgeben, dass wir uns in diesem zu Hause wohl fühlen. Denn unsere Psyche kann genauso erkranken wie unser Körper.

Du möchtest wissen, was eine psychische Erkrankung ist? Klicke hier!

Unser **Gehirn** steuert als Schaltzentrale unsere Gedanken und Gefühle. Bei einer psychischen Erkrankung funktioniert diese Steuerung nicht mehr richtig und es entsteht ein Ungleichgewicht im Gehirn. Das spürt man dann in den Gedanken und Gefühlen. Und manchmal auch im Körper: Manche Menschen fühlen sich ganz müde oder taub. Andere fühlen sich nervös oder aufgedreht, wie vor einer wichtigen Prüfung.

Du kannst Dir das vorstellen wie bei einem **Computer**, auf dem ganz viele Programme gleichzeitig laufen oder wenn der Computer von einem Virus befallen ist. Das kann dazu führen, dass der Computer nicht mehr so funktioniert wie davor.

Was bei einem Computer viele Programme oder ein Virus ist, können beim Menschen viele Belastungen oder Stress sein. Wichtig dabei ist, dass jeder Mensch unterschiedlich viele Belastungen aushalten kann und dass jeder Mensch eine Belastungsgrenze hat.

Die Psyche kann man von außen nicht sehen. Deshalb kann man auch eine psychische Erkrankung von außen nicht erkennen. Die Auswirkungen des Ungleichgewichts im Gehirn - also die psychische Erkrankung - auf das Verhalten einer Person kann man von Außen aber manchmal erkennen. Auch diese Auswirkungen sind sehr unterschiedlich und bei niemandem genau dieselben.

# Kannst Du Wahrheit und Lüge unterscheiden? – Das Quiz zu psychischen Krankheiten!

**Pro-Challenge:**

Viele Menschen sprechen nicht gerne über psychische Krankheiten, weil es ihnen peinlich oder unangenehm ist. Das führt dazu, dass viele gar nicht so genau wissen, was psychische Krankheiten eigentlich sind! Finde heraus, ob Du die wahren Fakten von den Mythen unterscheiden kannst!

Klicke auf den Kasten und wähle aus, ob der Satz richtig oder falsch ist.

In Deutschland ist jedes Jahr ungefähr ein Drittel aller Erwachsenen von einer psychischen Erkrankung betroffen.

Sehr gut!

Das bedeutet, dass in einem Jahr jede vierte Person psychisch krank ist. Die häufigsten psychischen Störungen sind unter anderem Angststörungen, Depression, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit.

Versuche es nochmal!

Nur, wer wenig Geld hat oder schwach ist, wird psychisch krank.

Versuche es nochmal!

Sehr gut!

Psychische Erkrankungen können jeden treffen, ganz egal, ob man viel oder wenig Geld verdient, ob man groß oder klein ist, schwach oder stark oder welche Hautfarbe man hat.

Psychische und körperliche Gesundheit haben nichts miteinander zu tun.

Versuche es nochmal!

Sehr gut!

Psychische und körperliche Gesundheit hängen eng zusammen und beeinflussen sich gegenseitig. Wenn jemand zum Beispiel nach einem schweren Unfall nicht mehr in der Lage ist, seinen Lieblingssport auszuüben, kann dies dazu führen, dass sich die Stimmung dieser Person deutlich und andauernd verschlechtert.

Psychische Erkrankungen sind nicht heilbar.

Versuche es nochmal!

Sehr gut!

Mit der richtigen Hilfe ist ein Gesund-werden möglich. Das kann bedeuten, dass die Erkrankung weniger stark wird oder sogar ganz weggeht. Aber es kann auch bedeuten, dass die Betroffenen lernen, mit der Erkrankung zu leben und herausfinden, wie sie mit ihrer Erkrankung im Alltag besser zurecht kommen.

Psychische Erkrankungen werden von den Eltern vererbt.

Versuche es nochmal!

Sehr gut!

Obwohl genetische Faktoren eine Rolle spielen können, haben Studien gezeigt, dass Vererbung allein kein Grund dafür ist, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Vielmehr ist eine Vielzahl von Faktoren dafür verantwortlich, ob jemand eine psychische Erkrankung entwickelt oder nicht.

Psychische Erkrankungen sind nicht nur „Einbildung“, sondern hängen mit Veränderungen im Körper zusammen.

Sehr gut!

Forscher haben gezeigt, dass sich psychische Erkrankungen auch körperlich nachweisen lassen. Psychische Störungen sind so zum Beispiel mit Veränderungen im Gehirn, dem Immunsystem oder sogar mit Veränderungen in unseren Körperzellen verbunden.

Versuche es nochmal!

Kinder und Jugendliche können auch Probleme mit ihrer psychischen Gesundheit haben.

Sehr gut!

Auch Kinder und Jugendliche können psychisch erkranken. Gerade die Pubertät ist für viele Jugendliche eine turbulente Phase und oft mit Ängsten und Sorgen verbunden.

Versuche es nochmal!

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind aggressiv.

Versuche es nochmal!

Sehr gut!

Es gibt zwar psychische Störungen, bei denen aggressives Verhalten vorkommen kann, zum Beispiel bei Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, aber die allermeisten Menschen mit psychischen Erkrankungen sind nicht aggressiv.

Mit der richtigen Unterstützung kann die Entwicklung einer psychischen Erkrankung verhindert werden.

Sehr gut!

Frühzeitige Unterstützung kann vorbeugend wirken und somit die Entwicklung einer psychischen Erkrankung verhindern. Zum Beispiel kann es helfen, sich genug Zeit für sich zu nehmen, so wie Du das gerade in Deiner heutigen Me-Time tust!

Versuche es nochmal!

Medikamente sind wirksamer als Psychotherapie.

Versuche es nochmal!

Sehr gut!

Psychotherapie ist bei den meisten psychischen Erkrankungen der effektivste Weg, um die Erkrankung zu heilen oder zu lernen, besser mit ihr umzugehen. Medikamente werden oft unterstützend verschrieben, sind aber in den meisten Fällen nicht alleine dazu in der Lage, psychische Erkrankungen zu heilen. Um Heilung zu erreichen, ist es wichtig, sich mit sich selbst, seinen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen auseinanderzusetzen und Lösungen für Probleme zu finden. Dies geschieht während einer Psychotherapie.

# Dein aktueller Zwischenstand

Fantastisch! Du hast schon drei Challenges gemeistert! Weiter so!

Hier kannst Du die wichtigsten Fakten über psychische Erkrankungen noch einmal nachlesen:

**Psychische Erkrankungen ...**

Fakt 1:

... können die Wahrnehmung, also das, was man sieht, hört und spürt, und das Denken, die Stimmungen und das Verhalten beeinflussen.

Fakt 2:

... kommen häufiger vor, als man denkt.

Fakt 3:

... sind kein Zeichen von Schwäche.

Fakt 4:

... werden von jedem Mensch unterschiedlich erlebt.

Fakt 5:

... können oft wirksam behandelt werden.

Fakt 6:

... führen manchmal dazu, dass sich betroffene Menschen schämen. Dabei leidet in Deutschland pro Jahr fast jeder vierte Erwachsene an einer psychischen Erkrankung.

# Warum hat mein Elternteil eine psychische Erkrankung?

Das ist eine Frage, die sich viele Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil stellen. Es gibt viele verschiedene Gründe, warum die Psyche krank wird. Psychische Krankheiten entstehen normalerweise nicht durch eine einzelne Sache. Meistens hat es mit der individuellen Verletzbarkeit des einzelnen Menschen und gleichzeitig mit dem Auftreten von schweren Erlebnissen oder Stress im Leben zu tun.

**Mini-Challenge:**

Klicke unter die Bilder und erfahre, welche Gründe es gibt, dass die Psyche erkrankt.

Grund 1:

Bei einer psychischen Störung arbeitet das Gehirn in einer anderen Weise und kommt aus dem Gleichgewicht. Erinnere Dich: So, wie wenn ein Computer von einem Virus befallen ist oder ganz viele Programme gleichzeitig ablaufen.

Grund 2:

Man erlebt viel zusätzlichen Stress, Sorgen oder Belastungen. Zum Beispiel, wenn etwas Schlimmes passiert, wie der Tod einer nahestehenden Person oder wenn man seinen Arbeitsplatz verliert.

Grund 3:

Manche sind so lange angespannt, bis sie das Gefühl haben, einfach nicht mehr zu können.

Grund 4:

Wenn man Drogen oder Medikamente einnimmt, die nicht verschrieben wurden, kann das ebenfalls psychische Krankheiten auslösen.

Grund 5:

Jeder Mensch hat seine eigene Persönlichkeit, seine eigene Psyche. Und somit hat auch jeder seine eigene Verletzbarkeit, sozusagen seine „wunden Punkte“. Manche Menschen sind sehr ängstlich, andere sind vielleicht eher verschlossen, wieder andere werden schneller wütend oder traurig.

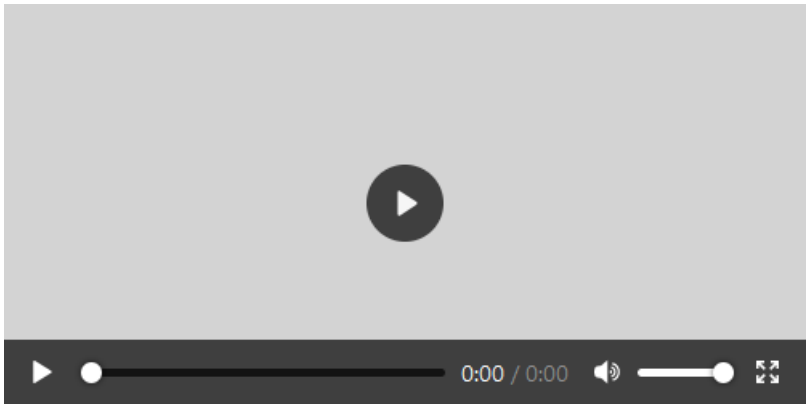
# Dein aktueller Zwischenstand

Du hast eine weitere Challenge geschafft. Super!

Du siehst also: Es spielen verschiedene Ursachen zusammen, wenn eine psychische Krankheit entsteht. Das Wichtigste ist: Es ist niemals die Schuld der Kinder, wenn ein Elternteil psychisch krank wird!

**Video**

Hier im Video kannst Du sehen, wie eine psychische Erkrankung entsteht.




Um den Text des Videos mitzulesen, klicke hier.

Du fragst Dich vielleicht, warum ausgerechnet Dein Elternteil eine psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen bekommen hat. Forscher sagen, dass es dafür verschiedene Bedingungen gibt, die sich gegenseitig beeinflussen. Dazu gehören Gene, biologische Gründe, hormonelle Veränderungen und bestimmte Abläufe im Gehirn, d.h. zum Beispiel wie man denkt. Das sind Dinge, die bei jedem Menschen anders sind und dazu führen, dass manche Menschen zum Beispiel eher eine längere traurige Phasen erleben als andere. Wenn zu diesen Bedingungen dann noch Schwierigkeiten in der Umwelt dazu kommen, zum Beispiel viel Stress in der Arbeit, körperliche Schmerzen, den Verlust einer wichtigen Person oder ein andauernder Streit mit Freunden oder der Familie, dann kann es zum Beispiel zu einer psychischen Erkrankung kommen.

Lass uns nun die einzelnen Punkte, die eine psychische Erkrankung oder eine Suchterkrankung mit verursachen können, genauer betrachten. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass es oft nicht einen einzelnen Hauptgrund gibt, sondern solche Erkrankungen durch viele verschiedene

Gründe in Kombination verursacht werden.

Vielleicht hast Du schon mal etwas über *Gene und Vererbung* gehört. Das bedeutet, dass bestimmte Merkmale in Deinen Zellen gespeichert sind und Du diese Merkmale von Deinen Eltern übertragen bekommen hast, wie zum Beispiel Deine Augenfarbe. Das kann zum Beispiel auch für die Traurigkeit der Fall sein, oder dass man sich mehr Sorgen macht als andere. Das bedeutet aber nicht, dass man genau so wird wie seine Eltern. Schließlich sieht niemand genau gleich aus wie seine Mutter oder sein Vater. Eine wichtige Rolle spielen hier die schon erwähnten Schwierigkeiten im Leben. Jedoch gibt es auch Faktoren, die wie ein Schutzschild wirken können, wie zum Beispiel viele unterstützende Menschen, die damit diese schwierigen Zeiten etwas leichter machen. Forscher nennen das „Gen-Umwelt-Interaktion“, also das Zusammenspiel der Gene und der Umgebung.

Gene sind aber natürlich nicht die einzigen Dinge, die eine psychische Erkrankung oder Suchterkrankung auslösen können. Dazu gehören noch andere *biologische und körperliche Voraussetzungen*, wie zum Beispiel bestimmte Strukturen im Gehirn.

Der letzte Grund über den wir sprechen wollen ist eine bestimmte Art der *Informationsverarbeitung*. Dir ist bestimmt schon mal aufgefallen, dass unterschiedliche Menschen Dinge unterschiedlich interpretieren oder verstehen – Manche reagieren traurig, andere wütend, wieder andere oberflächlich oder gleichgültig, wenn sie eigentlich in der gleichen Situation sind. Eine bestimmte Art dieser Verarbeitung kann dann dazu führen, dass sich die psychische Erkrankung oder Suchterkrankung leichter entwickelt. Beispiele für diese Verarbeitung wären Überzeugungen wie: „Ich bin nicht liebenswert“ oder „Ich bin unfähig und kann nichts“. Diese Annahmen können dazu führen, dass man auf Aussagen und Blicke anderer selbstabwertend reagiert. Also zum Beispiel, wenn jemand einen anschaut und man denkt: „Der hält mich sicherlich für blöd“, obwohl er das gar nicht tut. Ähnliche Auswirkungen haben zum Beispiel Meinungen wie, dass man an Situationen sowieso nichts ändern könne oder dass man selbst nicht schön, schlau, sportlich oder beliebt genug ist.

Alle diese Teile spielen nun zusammen: **Die Umwelt** (also Familie, Freunde und Lebensereignisse) genauso **wie biologische und genetische Voraussetzungen** und Arten **der Informationsverarbeitung**. Diese Aspekte können Gründe sein, dass manche Menschen eine psychische Erkrankung oder Suchterkrankung entwickeln. Wenn ein Mensch schon eher anfällig ist, negativ zu denken, dann ist es auch wahrscheinlicher, dass ein schwieriges Ereignis, wie zum Beispiel viel Stress auf der Arbeit oder der Verlust einer nahestehenden Person, dazu führt, dass eine psychische Erkrankung oder Suchterkrankung entwickelt wird.

Es gibt also ein Zusammenspiel zwischen dem Körper, den Genen und der Umwelt. Man nennt

das eine Interaktion. Wie Du siehst, kommen verschiedene Faktoren zusammen, wenn eine psychische Erkrankung oder Suchterkrankung entsteht.

Es ist wichtig zu wissen, dass man dieses Zusammenspiel aktiv beeinflussen kann, zum Beispiel in dem man etwas unternimmt, das dem psychischen Wohlbefinden gut tut.

# "Bekomme ich das auch?" - Die Frage nach der Vererbung von psychischen Krankheiten

Häufig fragen sich Jugendliche, die in einer ähnlichen Situation sind wie Du, ob psychische Erkrankungen vererbbar sind und ob sie selbst auch psychisch erkranken werden, so wie ihr Elternteil.

Du möchtest genau wissen, was "vererbbar" bedeutet? Klicke hier!

Als „vererbbar“ bezeichnet man Merkmale und Eigenschaften, die von den Eltern an ihre Kinder weitergegeben werden. Die Weitergabe von Merkmalen und Eigenschaften findet über Gene statt. Jeder Mensch bekommt Gene von seinem Papa und von seiner Mama. Die Auswahl passiert rein zufällig. Zum Beispiel, wenn Dein Vater ziemlich groß und Deine Mutter eher klein ist, besteht die Möglichkeit, dass Du so groß wirst wie Dein Vater, so klein wie Deine Mutter oder auch eine Mischung aus beidem. Dasselbe Prinzip gilt für die Vererbbarkeit von psychischen Erkrankungen.

Audio

Klicke beim Audio auf den Play-Button, um zu hören, welche Gedanken sich Tamara zur Vererbbarkeit von psychischen Störungen macht.

0:00 / 0:00

Hier kannst Du den Text des Podcasts mitlesen:

*Ich hab mal in einer Zeitschrift gelesen, dass psychische Erkrankungen vererbt werden können - also von den Eltern an die Kinder weitergegeben werden. Seitdem mache ich mir Sorgen, dass ich auch mal so krank werde wie Mum und eine bipolare Störung bekomme. Ich bin ihr in manchen Dingen schon ähnlich. Meine Oma hatte früher mal eine Depression. Ich weiß gar nicht genau, wie das funktioniert mit Genen und Vererbung und alles. Ich denke schon oft darüber nach, wie das bei mir mal wird. Ich hab echt Angst, auch irgendwann psychisch krank zu werden.*

**Mini-Challenge:**

Wie ist das bei Dir? Belasten Dich Deine Gedanken daran, ob Du später auch einmal psychisch erkranken könntest? Wenn ja, wie stark? Schätze deine Gedanken auf einer Skala von 1 bis 10 ein!

1 bedeutet, dass es Dich gar nicht belastet und 10 heißt, dass Dich diese Gedanken sehr stark belasten!

Gar nicht — Sehr stark

**Pro-Challenge:**

Hier unten im Kasten hast Du Platz, mir von Deinen Gedanken und Sorgen darüber, selbst auch psychisch zu erkranken, zu erzählen.

Du fragst Dich, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass Du die psychische Erkrankung Deines Elternteils "erbst"? Klicke hier!

Diese Frage ist nicht so einfach zu beantworten. Die Zusammenstellung Deiner Gene ist eine zufällige und individuelle Kombination der Gene der Eltern. Das heißt, dass die Möglichkeit besteht, dass eine psychische Erkrankung vererbt wird. Es kann aber genauso gut möglich sein, dass sie nicht vererbt wird. Eines ist in der Psychologie jedoch klar: Keine psychische Erkrankung hat nur einen Auslöser. Es kommen immer mehrere Gründe zusammen. Das heißt aber auch, dass an mehreren Bereichen gearbeitet werden kann, um eine psychische Erkrankung zu behandeln oder sie am Entstehen zu hindern. Gene können wir schlecht beeinflussen, aber wir können gut mit unserer Psyche arbeiten, damit es dieser gut geht. Und Du hast schon damit angefangen, indem Du Dir Deine regelmäßige Me-Time nimmst und immer mehr über Dich und Deine Situation erfährst. Mach weiter so!

# Dein aktueller Zwischenstand

Wow! Du hast bereits sechs Challenges geschafft! Bleib dran!

Nur weil eines Deiner Elternteile eine psychische Krankheit hat, bedeutet das nicht, dass auch Du psychisch erkranken wirst! Wie Du bereits gelernt hast, ist eine psychische Erkrankung das Ergebnis vieler verschiedener Faktoren aus einem Leben.

Erinnere Dich daran: Du bist einzigartig! Dein Leben und Deine Erfahrungen unterscheiden sich von denen Deines Elternteils!

# Eine Pause?!

Die Hälfte Deiner heutigen Me-Time liegt bereits hinter Dir! Wenn Du möchtest, kannst Du an dieser Stelle eine kleine Pause von circa zehn Minuten einlegen. Oder Du machst direkt weiter – die Entscheidung liegt bei Dir! Entscheide so, wie Du Dich gerade fühlst.

Bei einer Pause stelle Dir am besten einen Wecker und belohne Dich mit etwas, was Dir gerade gut tut. Das kann zum Beispiel sein:

✓ Im ersten Teil Deiner heutigen Me-Time haben wir uns damit auseinandergesetzt, was eine psychische Erkrankung ist und wie eine psychische Erkrankung entstehen kann.

Im zweiten Teil Deines heutigen Reiseabschnitts kannst Du nun herausfinden, welchen Einfluss die Erkrankung Deines Elternteils auf Dein Leben hat und auch, wie sie Dich auf eine ganz besondere Art und Weise stark machen kann!

# Heilt die Zeit alle Wunden? - Junge Erwachsene erzählen Dir ihre Geschichte

## Audio

Du fragst Dich vielleicht, wie Du in ein paar Jahren mit der Erkrankung Deines Elternteils umgehen wirst. In den untenstehenden Podcasts erzählen Dir drei junge Erwachsene, wie sie die psychische Erkrankung ihres Elternteils in Deinem Alter erlebt haben, wie sie damit umgegangen sind und wie es ihnen heute damit geht! Neugierig? Dann klicke auf eines der Audios.

0:00 / 0:00

Hier kannst Du den Text des Audios mitlesen:

*Hallo, mein Name ist Steffen und ich bin 27 Jahre alt. Mein Vater hat eine Schizophrenie und ich möchte darüber sprechen, wie sich das auf mich ausgewirkt hat. Aus meiner Kindheit habe*

*ich ihn als ziemlich unberechenbar in Erinnerung. Manchmal konnte er wahnsinnig nett sein. Und an anderen Tagen hat er mich beschimpft und beschuldigt, ich würde ihm nur schaden wollen. Ich glaube, das war besonders schlimm: Dass man nie wissen konnte, wann es ihm schlecht geht und wie er dann reagiert. Manchmal, wenn es ihm schlecht ging, dann ist mein Vater auch einfach weggelaufen und verschwunden. Ein paarmal hat ihn dann die Polizei suchen müssen. Dann hatten meine Mutter und ich echt Angst um ihn.*

*Ich habe mich oft für meinen Vater geschämt. Als ich 13 war, ist er dann ausgezogen und hat sich von meiner Mutter scheiden lassen. Auf der einen Seite war ich echt erleichtert, weil damit unser Alltag ein bisschen berechenbarer wurde. Auf der anderen Seite war er eben doch mein Vater und ich hab ihn vermisst. Dazu kam, dass ich in der Schule deswegen gemobbt wurde. Meine Mitschüler haben darüber gelacht, dass mein Vater uns verlassen hat. Das war hart für mich. Nach der Schule habe ich dann eine Ausbildung zum Fachkrankenpfleger gemacht und angefangen, in der Psychiatrie zu arbeiten. Durch die Erfahrungen dort hab ich erkannt, dass mein Vater seine Beschuldigungen und Wutausbrüche gar nicht persönlich meint, sondern dass sie ein Teil seiner Erkrankung sind. Und seit ich das weiß, kann ich gelassener damit umgehen und hab auch das Gefühl, ihm mehr Verständnis entgegenbringen zu können. Mittlerweile besuche ich ihn regelmäßig und dann unternehmen wir kleinere Dinge zusammen. Ich bin echt froh, dass ich mit der Erkrankung meines Vaters mittlerweile einfach besser umgehen kann.*

0:00 / 0:00

Hier kannst Du den Text des Audios mitlesen:

*Hallo, ich heiße Anna. Ich möchte erzählen, wie die psychische Erkrankung meiner Mutter mein Leben beeinflusst hat. Ich war drei Jahre alt als meine Mutter krank wurde. Heute weiß ich, dass sie an einer bipolaren Störung leidet. Ich war noch so klein als sie krank wurde, ich kann*

*mich eigentlich nicht daran erinnern, wie es vorher war. Für mich war ihre Erkrankung normal. Meine Eltern sind geschieden und ich war als Kind bei meiner Mutter, deshalb habe ich schon früh damit angefangen, mich während ihrer depressiven Phasen um sie und auch um meine jüngere Schwester zu kümmern. Ich war ungefähr sechs Jahre alt, als ich beispielsweise angefangen habe, die Einkäufe zu machen oder auch aufzupassen, dass meine Mutter ihre Medikamente einnimmt. Am schlimmsten war für meine Schwester und mich, dass unsere Mutter in solchen Phasen nicht wirklich mit uns gespielt hat.*

*Aber dann in den manischen Phasen hat das Leben mit unserer Mutter richtig Spaß gemacht. Sie hat dann nur so gesprüht vor Energie und sooft Witze erzählt, dass wir richtig viel gelacht haben. Sie ist dann oft mit uns einkaufen gegangen und wir haben von ihr unfassbar coole Geschenke bekommen. Ich hab erst später begriffen, dass wir uns das eigentlich gar nicht leisten konnten. Unsere Mutter ist offen damit umgegangen, dass sie eine psychische Erkrankung hat. Deswegen war das für mich auch irgendwie normal. Ich war glaub ich im Grundschulalter, als ich das erste Mal wirklich egriffen habe, was das bedeutet. Da habe ich irgendwann gemerkt, bei anderen Kindern waren die Mütter anders. Die verbrachten nicht so viel Zeit damit, im Bett zu bleiben und zu weinen, so wie meine Mutter.*

*Heute sind die Medikamente meiner Mutter gut eingestellt, in den letzten drei Jahren geht es ihr echt besser. Ich hab außerdem gelernt, die Anzeichen für ihre Stimmung zu deuten und heute weiß ich vor allem auch, im muss kein schlechtes Gewissen haben, wenn ich meinen Hobbies nachgehe - das ist in Ordnung. Rückblickend wünsche ich mir, dass ich das schon früher gemacht hätte. Achja, ich hab meine Mutter so lieb, wie sie ist.*

0:00 / 0:00

Hier kannst Du den Text des Audios mitlesen:

*Hallo, ich bin Tanja. Meine Mutter ist drogenabhängig und ich möchte Euch erzählen, wie sich das auf mein Leben ausgewirkt hat. Meine Mutter ist schon abhängig gewesen, bevor ich geboren wurde. Ich kam wahrscheinlich deshalb zu früh auf die Welt und musste dann erstmal für eine etwas längere Zeit ins Krankenhaus. Als ich ein Kind war, konnte meine Mutter sich nicht so richtig um mich kümmern. Der Freund meiner Mutter war damals so eine Art Vaterersatz für mich, er hat für mich gesorgt. Also, er hat zum Beispiel für mich gekocht oder dann eben die Einkäufe erledigt. Und meine Großeltern sind oft vorbeigekommen und haben nach mir geschaut. Ich habe aber auch früh gelernt, dass ich am Ende für mich selbst sorgen muss. Der Freund meiner Mutter war - wie sie - auch drogenabhängig und die beiden haben sich echt viel gestritten. Irgendwann haben sie sich getrennt; ich hab keine Ahnung, wie es ihm heute geht.*

*Nach der Trennung wurde die Situation zu Hause nur noch schlimmer. Es ging alles drunter und drüber und ich hatte viel Streit mit meiner Mutter. Meine Großeltern haben mitbekommen, dass alles immer schlimmer wurde, dann sind sie immer häufiger vorbeigekommen und irgendwann bin ich dann ganz zu ihnen gezogen. Heute habe ich zwar noch Kontakt zu meiner Mutter, aber nicht so regelmäßig. Sie schämt sich für ihre Abhängigkeit. Sie hat auch schon ein paarmal versucht, clean zu werden. Aber ich führe heute mein eigenes Leben mit meinem Partner und unserem gemeinsamen Kind. Die Zeit damals war ziemlich hart für mich. Aber ich hab das Gefühl, dass mein Leben jetzt nicht mehr allein davonbestimmt ist. Also, ich weiß, dass ich nicht für die Probleme meiner Mutter verantwortlich bin und, dass sie leider nicht „retten" kann. Auf irgendeine Art hat mich meine Vergangenheit aber ziemlich stark gemacht.*

*Ich kann sehr gut Dinge organisieren und bin selbstständig dadurch geworden. Mittlerweile glaube ich, dass alles seinen Sinn hatte, wie es gekommen ist, auch wenn ich den noch nicht ganz verstehe.*

# Die Erkrankung Deines Elternteils – was hat das mit Dir und Deinem Leben zu tun?

## Mini-Challenge:

Wie Du in Deiner letzten Me-Time feststellen konntest, bringt die Erkrankung Deiner Mutter oder Deines Vaters einige Herausforderungen für Dich mit sich. Jetzt möchte ich Dich bitten, kurz darüber nachzudenken, wie sehr Dein Alltag im Moment durch die Erkrankung Deines Elternteils bestimmt ist. Gibt es vielleicht Dinge, die Du aufgrund der Erkrankung Deines Elternteils nicht machen kannst oder auf die Du verzichten musst? Oder Aufgaben, die Du übernimmst?

Das kannst Du auf der untenstehenden Skala einschätzen.

0% bedeutet, dass Dein Leben gar nicht durch die Erkrankung bestimmt ist, 50% bedeutet, dass Dein Leben ungefähr zur Hälfte von der Erkrankung Deines Elternteils bestimmt ist und 100% bedeutet, dass Dein Leben ganz und gar von der Erkrankung Deines Elternteils bestimmt ist.

Wie sehr ist Dein Alltag durch die Erkrankung Deines Elternteils bestimmt?

Gar nicht bestimmt

Ganz und gar bestimmt

# Dein aktueller Zwischenstand

Ich bin beeindruckt - Du hast schon sieben Challenges hinter Dir!

# Die Erkrankung Deines Elternteils – was Du darüber denkst

Kein Mensch ist wie der andere – und so ist es auch mit psychischen Erkrankungen. Wenn die Psyche krank wird, kann sich das bei jedem Menschen ganz verschieden bemerkbar machen.

**Pro-Challenge:**

Was bemerkst Du im Alltag von der psychischen Erkrankung Deines Elternteils? Wie wirkt sich die Erkrankung Deines Elternteils auf Deinen Alltag und Dein Leben aus?

Hier im Kasten hast Du Platz, mir mehr davon zu erzählen.

Hier sind einige Fragen, die beim Schreiben vielleicht hilfreich sein können:

- Woran merkst Du, ob es Deinem Elternteil gut oder schlecht geht?
- Was würdest Du Dir von Deinem Elternteil wünschen, was aufgrund der Erkrankung vielleicht nicht möglich ist?
- Übernimmst Du Aufgaben oder Tätigkeiten, um Dein Elternteil aufgrund der Erkrankung zu entlasten?

Dir fällt gerade nichts ein? Dann klicke hier, um zu sehen, wie es den Beispieljugendlichen geht.

Phillip

*Dadurch, dass mein Papa trinkt, fühle ich mich zu Hause manchmal nicht mehr so wohl. Ich*

*habe schon Pfandflaschen für ihn weggebracht, das war mir echt unangenehm. Früher haben wir auch viel mehr gemeinsam unternommen, zum Beispiel eine Radtour am Wochenende. Das machen wir jetzt gar nicht mehr und ich fühle mich manchmal ziemlich alleine.*

Tamara

*Wenn meine Mum eine schlechte Phase hat, dann übernehme ich im Haushalt richtig viel. Das ist echt anstrengend, vor allem, wenn ich in der Schule viele Hausaufgaben bekommen habe. Ich höre sie dann nachts auch oft weinen. Und sie ist manchmal gar nicht richtig „da“, sondern nur ihr Körper. Das kann ich gar nicht so gut beschreiben. Außerdem erinnere ich sie oft daran, dass sie ihre Tabletten nehmen soll, weil sie das vergisst. Das stresst mich dann ganz schön, weil ich weiß, dass ich daran denken muss und sie das nicht schafft, wenn es ihr sehr schlecht geht.*

Viele Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil haben eine Vermutung oder eine Idee darüber, wie die Erkrankung ihres Elternteils entstanden sein könnte. Es ist aber oft so, dass es nicht leicht ist, darüber zu sprechen.

**Pro-Challenge:**

Ich würde gerne mehr darüber erfahren, was Du denkst, wie es zu der psychischen Erkrankung Deines Elternteils gekommen ist.

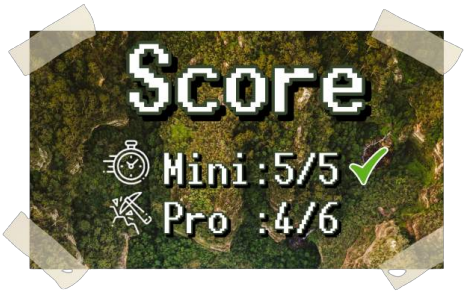
Hier in dem Kasten hast Du die Möglichkeit, mir mehr darüber zu erzählen.

Vielen Dank für Deine Offenheit! Ich kann mir vorstellen, dass es für Dich nicht einfach war, mir diese Dinge zu erzählen. Du kannst stolz auf Dich sein!

Erinnere Dich: Auch wenn Eltern psychisch krank sind – es ist NIEMALS die Schuld der Kinder!

# Dein aktueller Zwischenstand

Schon neun Challenges liegen hinter Dir! Mach weiter so!



# Die Erkrankung Deines Elternteils – auf welche Weise sie Dich stark macht

Vielleicht gibt es immer wieder Situationen, in denen Du besonders viel Verantwortung trägst, Dich allein gelassen fühlst oder ganz besonders stark sein musst. Doch genau in solchen Momenten entwickelst Du Fähigkeiten und Eigenschaften, die Dich zu einem ganz besonderen Menschen machen.

**Pro-Challenge:**

Im nächsten Schritt soll es um die Dinge gehen, die Du möglicherweise durch die Erkrankung Deines Elternteils besser kannst als andere!

Gibt es Eigenschaften, die Du aufgrund der Erkrankung Deiner Eltern entwickelt oder verstärkt hast? Du kannst sie hier unten in das Feld hineinschreiben.

Wenn Du auf einen der Namen klickst, verraten Dir Tamara, Phillip oder Jessi, welche Eigenschaft sie durch die Erkrankung ihres Elternteils entwickelt haben.

Tamara

*Als meine Mutter ihre erste depressive Episode hatte, habe ich gelernt, den Haushalt zu machen: Kochen, Wäsche waschen und all das. Das kann ich besser als meine Freundinnen. Allgemein fällt mir das Organisieren von Dingen im Vergleich zu anderen eher leicht. Ich würde sagen, dass ich schon ziemlich selbstständig bin.*

Phillip

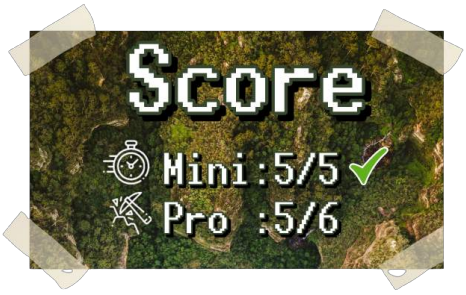
*Ich glaube, dass ich durch die Stimmungsschwankungen von meinem Dad ein gutes Gespür dafür entwickelt habe, wie es meinen Mitmenschen geht. Dadurch kann ich mich gut in andere hineinversetzen, zum Beispiel bei einem Streit oder wenn jemand traurig ist. Das merke ich dann normalerweise schneller als andere.*

Jessi

*Mir ist schon öfter aufgefallen, dass ich im Vergleich zu meinen Mitschülern viel geduldiger und ruhiger bin. Mir fällt es leicht, die Ruhe zu bewahren. Ich habe gelernt, dass Ungeduld sowieso nichts bringt. Es braucht einfach seine Zeit, bis sich manches wieder einrenkt. Außerdem komme ich viel besser mit meinen Geschwistern klar. Wir halten als Familie enger zusammen und achten viel mehr auf uns. Das ist schön.*

# Dein aktueller Zwischenstand

Toll, wie Du die Challenges bearbeitest! Du hast heute schon zehn geschafft!



# Die Erkrankung Deines Elternteils – welche Gefühle Du dazu hast

Du hast angegeben, dass die Erkrankung Deines Elternteils zu {{279}}% Dein Leben bestimmt. Außerdem hast Du herausgefunden, welche besonderen Herausforderungen sich für Dich durch die Erkrankung Deines Elternteils im Alltag ergeben und welche besonderen Eigenschaften Du womöglich entwickelt hast.

In den Audios konntest Du hören, welche Herausforderungen andere Jugendliche in einer ähnlichen Situation wie Du erlebt haben. Sie haben Dir auch erzählt, dass sie manchmal aufgrund ihrer Situation wütend, traurig oder niedergeschlagen waren. Das ist ganz normal!

Jeder Jugendliche hat ein Recht auf eigene Gefühle. Auch Du!

## Pro-Challenge:

Wie fühlst Du Dich nun, nachdem Du Dich mit der Erkrankung Deines Elternteils und dem Einfluss der Erkrankung auf Dein Leben beschäftigt hast? Bist Du vielleicht traurig, wütend, erleichtert? Oder hat sich an Deiner Gefühlslage vielleicht gar nichts verändert? Ich möchte Dich bitten, aus einem der untenstehenden Bilder dasjenige auszuwählen, welches Deine momentane Gefühlslage am ehesten widerspiegelt.

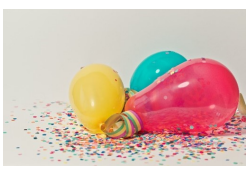


Bild 1 Bild 2 Bild 3 Bild 4

Bild 5 Bild 6 Bild 7

Bild 8 Bild 9 Bild 10 Bild 11

Bild 12 Bild 13 Bild 14 Bild 15

Welches Bild spiegelt Deine momentane Gefühlslage am besten wider?

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

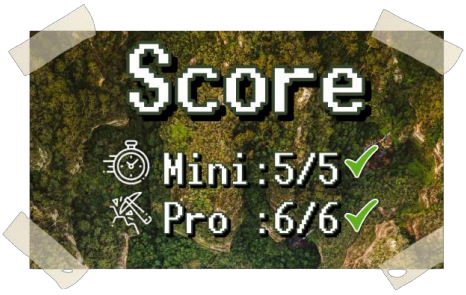
Dieses Bild hast du ausgewählt:

Dieses Bild hast du ausgewählt:

Spannend, dass Du genau dieses Bild ausgewählt hast! Möchtest Du mir erklären, inwiefern dieses Bild Deine momentane Gefühlslage widerspiegelt?

# Dein aktueller Zwischenstand

Prima! Du hast heute elf Challenges bearbeitet!



## Du möchtest noch mehr wissen?

Du bist neugierig und möchtest noch mehr wissen? Dann klicke auf die Fragen, zu denen Du gerne mehr Informationen möchtest!

Drucken

Wir haben Dir die Antworten auch in einem Dokument zusammengefasst. Dieses kannst Du Dir ausdrucken und auch später noch nachlesen, falls es zu viele Informationen auf einmal sind.

Was ist eigentlich.pdf

## Was ist eigentlich...

eine Depression?

Depressiv zu sein, fühlt sich anders an als mal traurig oder überfordert zu sein. Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, fühlen sich über einen langen Zeitraum sehr elend, müde und erschöpft. Sie haben oft keine Energie, um irgendetwas zu machen – manchmal reicht es sogar nicht, um aufzustehen oder etwas zu essen. Einige depressive Menschen schlafen den ganzen Tag und haben keine Lust mehr, die Dinge zu tun, die ihnen mal Freude bereitet haben. Außerdem kann es gut sein, dass Menschen mit Depression sehr gestresst und schlechtgelaunt sind oder ohne Grund anfangen zu weinen. Depressive Menschen können sich nicht einfach „wieder einkriegen“ oder sich dazu bringen, sich besser zu fühlen, egal wie sehr sie es versuchen. Man spricht von einer depressiven Episode, wenn das Gefühl länger als zwei Wochen andauert.

eine bipolare Störung?

Menschen mit einer bipolaren Störung (früher auch manische Depression genannt) haben oft extreme Stimmungen. Daher kommt auch das Wort bipolar, also „zwei Pole“. Bipolar bedeutet, dass sich die Stimmung zwischen zwei entgegengesetzten Polen (wie kalt/warm, hell/dunkel) bewegt: Betroffene Menschen können sich manchmal sehr elend und traurig fühlen. Zu anderen Zeiten sind sie dann jedoch voller Energie, sehr aufgedreht und können sich gar nicht mehr beruhigen. Wenn sich Menschen mit einer biopolaren Störung voller Energie fühlen, schlafen sie oft wenig, geben viel Geld aus, putzen oder kochen ganz viel, reden ununterbrochen oder haben große, verrückte Ideen. Sie können dann auch sehr gestresst wirken und sich nur für eine sehr kurze Zeit konzentrieren. Bei einer bipolaren Störung handelt es sich um extreme Stimmungsschwankungen, die ein sehr starkes Ausmaß annehmen.

eine Angststörung?

Menschen, die an einer Angststörung erkrankt sind, spüren häufig sehr starke Angst und machen sich viele Sorgen. Diese Gefühle sind sehr viel stärker als bei einer gesunden Person. Menschen mit einer Angststörung machen sich andauernd über Dinge heftige Sorgen, die andere Leute nicht für bedrohlich halten. Außerdem haben sie oft Ängste, die sie davon abhalten, etwas Alltägliches zu tun (wie zum Beispiel schlafen oder die Wohnung verlassen). Wenn Menschen bestimmte Objekte oder Situationen komplett vermeiden, weil sie ihnen so viel Angst einjagen, redet man von einer Phobie. Häufige Phobien, von denen Du vielleicht schon mal gehört hast, sind zum Beispiel soziale Phobien (Angst vor bestimmten Situationen mit anderen Menschen, zum Beispiel fremde Menschen anzusprechen), Agoraphobie (Angst vor offenen Plätzen und Menschenmengen) sowie die Klaustrophobie (Angst vor engen Räumen).

eine Psychose und Schizophrenie?

Menschen, die eine Psychose erleben, haben Probleme, klar zu denken und leben sozusagen „in ihrer eigenen Welt“. Wenn eine Person ihren Bezug zur Realität verliert, kann sie oft Dinge sehen oder hören, die gar nicht existieren - das nennt man auch Halluzination. Oder die Person verfällt in einen sogenannten Wahn, wo sie ohne einen bestimmten Grund von einer Idee überzeugt ist. Vielleicht kennst Du den Begriff „Verfolgungswahn“: Damit meint man, dass die betroffene Person das Gefühl hat, andauernd verfolgt zu werden. Es gibt noch viele andere Arten von einem Wahn. So etwas kann für die betroffenen Menschen selbst und auch für ihre Kinder und die Familie ganz schön beängstigend sein, besonders, wenn sie nicht wissen, dass es sich um eine Krankheit handelt.

Wenn jemand mehr als einmal unter einer Psychose leidet und länger als 6 Monate zusätzliche Beschwerden erlebt, nennt man die Erkrankung Schizophrenie. Das Wort Schizophrenie kommt aus dem Griechischen und bedeutet „gespaltener Geist“, aber entgegen dem Mythos, dass Schizophrenie etwas mit einer gespaltenen Persönlichkeit zu tun hat, wird mit dem Wort „Schizophrenie“ eigentlich die Abspaltung der Gedanken von der Realität beschrieben.

eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)?

Eine posttraumatische Belastungsstörung (kurz PTBS) entwickelt sich bei manchen Menschen, nachdem sie ein für sich traumatisches Ereignis erlebt haben. Beispiele für solche Ereignisse sind zum Beispiel ein Autounfall, körperliche Misshandlung, Krieg oder eine Naturkatastrophe. Menschen mit einer PTBS erleben das traumatische Erlebnis auch mehrere Monate danach in ihren Gedanken immer wieder. Dies kann sich zum Beispiel in einem plötzlichen „Flashback“ äußern: Dann erlebt man das Ereignis wie in einem Film vor seinem inneren Auge. Man fühlt sich dann, als wäre man wieder in der traumatisch erlebten Situation. Außerdem tauchen die schrecklichen Erinnerungen auch in Alpträumen immer wieder auf. Menschen mit einer PTBS fühlen sich deswegen oft hilflos, ängstlich oder panisch, und sind sehr angespannt. Das kann dazu führen, dass sie bei kleinen Dingen schnell überreagieren.

eine Zwangsstörung?

Menschen, die unter einer Zwangsstörung (auf Englisch obessive-compulsive disorder, OCD) leiden, haben das Gefühl, dass sie bestimmte Handlungen immer wieder wiederholen müssen, wie zum Beispiel Händewaschen oder die ständige Überprüfung von Lichtschaltern, Türschlössern oder Ähnlichem. Betroffene verspüren einen starken Drang und müssen etwa alle Keime von sich fernhalten oder immer darauf achten, dass ihre Dinge feinsäuberlich geordnet sind. Obwohl Betroffene ihren Drang manchmal selbst als übertrieben empfinden, haben sie nicht das Gefühl, dass es in ihrer Macht steht, mit dem Verhalten aufzuhören. Stattdessen haben sie oft das Gefühl, dass etwas Schreckliches passieren wird, wenn sie die Handlung nicht wiederholen.

eine Borderline-Persönlichkeitsstörung?

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben oft Probleme mit ihren Emotionen und Beziehungen zu anderen Leuten. Sie leiden oft an Stimmungsschwankungen, die andere Menschen normalerweise nur sehr schwer nachvollziehen können. Außerdem haben Betroffene meist sehr starke Angst, Menschen, die ihnen nah sind, zu verlieren. Daher brauchen viele Betroffene andauernde Bestätigungen von den Menschen in ihrem Leben. Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung können oft sehr reizbar sein und neigen zu unerwarteten Wutausbrüchen. Manchmal verletzten sie sich auch selbst. Betroffene fühlen sich oft ängstlich, chaotisch und wie „außer Kontrolle“ – manche Personen erzählen, dass es sich anfühlt, als wäre das Leben wie eine Achterbahnfahrt, nur ohne den Teil, der Spaß macht.

eine Essstörung?

Menschen, die an einer Essstörung erkrankt sind, sind oft von Gedanken an Essen und Gewicht eingenommen. Man unterscheidet verschiedene Arten von Essstörungen: Es gibt Leute, die mit Absicht sehr wenig essen (Anorexie), die ganz viel innerhalb einer kurzen Zeit essen und es dann wieder erbrechen (Bulimie) oder die während wiederkehrender Essattacken über ihren Hunger hinaus essen (Binge-Eating-Störung). Eine Person mit einer Essstörung versucht oft zu verbergen, dass sie ein Problem mit dem Essen hat. So macht sie vielleicht dauerhaft eine Diät, versucht sich Ausreden auszudenken, um nicht essen zu müssen oder vermeidet Situationen, in denen gegessen wird, zum Beispiel auf einer Party. Oft haben Menschen mit einer Essstörung auch eine gestörte Wahrnehmung von sich selbst, und sehen sich zum Beispiel als dick, obwohl sie eigentlich sehr dünn sind – oder auch anders herum. Viele Betroffene verbringen viel Zeit mit Gedanken an ihren Körper und fühlen sich ängstlich, traurig oder gereizt.

eine Suchtstörung?

Von Abhängigkeit oder Sucht spricht man, wenn ein Mensch ein bestimmtes Verhalten nicht mehr kontrollieren kann. Also zum Beispiel, wenn er immer wieder Drogen nehmen oder Alkohol trinken muss. Es gibt aber auch Menschen, die süchtig danach sind, einzukaufen, Computerspiele zu spielen oder fern zu sehen. Sie müssen immer mehr Zeit mit ihrer Sucht verbringen, auch wenn ihnen das nicht gut tut. Dabei ist die Abhängigkeit stärker als der Wille, aufzuhören - die Menschen können also nicht einfach nicht mehr süchtig sein. Wenn sie das sogenannte Suchtmittel (also das Verhalten, nach dem sie süchtig sind) nicht konsumieren, entstehen Entzugserscheinungen - zum Beispiel Zittern oder Schlafstörungen. Das ist für die erkrankte Person sehr unangenehm und nur sehr schwer auszuhalten. Um das zu verhindern, drehen sich die Gedanken und das Verhalten der Menschen dann nur noch um das Suchtmittel. Deshalb ist es für sie oft nur schwer mehr möglich, sich zum Beispiel um den Haushalt zu kümmern.

## weitere Fragen:

Warum nimmt mein Elternteil Medikamente?

Medikamente können Deinem Elternteil helfen, wenn sie sich schlecht fühlt und werden von einem Arzt verschrieben. Medikamente, die bei psychischen Erkrankungen eingesetzt werden, wirken meistens auf bestimmte Stoffe im Gehirn. Das bedeutet oft, dass man für eine lange Zeit jeden Tag um die gleiche Uhrzeit eine Tablette oder auch mehrere Tabletten einnimmt. Oft kann es etwas dauern, bis das Medikament wirkt. Hin und wieder kann es auch sein, dass das Medikament nicht hilft, da unsere Gehirne sehr unterschiedlich sind und die gleichen Medikamente nicht bei jedem gleich funktionieren. Dann muss man nochmal ein anderes Medikament ausprobieren. Es kann für den Betroffenen und für die Familie und Freunde sehr schwierig sein, geduldig zu bleiben und zuzusehen, wie jemand, der ihnen am Herzen liegt, sich so schlecht fühlt. Wie Du vielleicht weißt, haben die meisten Medikamente leider auch unerwünschte Nebenwirkungen. Das ist bei Medikamenten für psychische Erkrankungen genauso. Beispiele für Nebenwirkungen sind Schwindel, Übelkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen oder Gewichtszunahme.

Warum sind manche Menschen mit einer psychischen Erkrankung für eine Weile im Krankenhaus?

Wenn es Deinem Elternteil schlecht geht, kann es sein, dass er oder sie für eine Weile ins Krankenhaus gehen muss. Die Zeit im Krankenhaus wird genutzt, damit sich Menschen auf sich selbst und ihre Heilung konzentrieren können. Außerdem arbeitet im Krankenhaus eine Reihe von Fachpersonal, das Dein Elternteil beim Gesund werden unterstützen kann. Behandlungsansätze sind hier meistens Medikamente, Psychotherapie, das Lernen von neuen Bewältigungsstrategien, sowie viele andere Aktivitäten. Manche Menschen entscheiden sich selbst, ins Krankenhaus zu gehen, wenn es ihnen sehr schlecht geht. Andere können selbst nicht sehen, wie schlecht es ihnen geht und müssen gegen ihren Willen ins Krankenhaus gebracht werden. Es kann gut sein, dass Dir die Erwachsenen nicht viel über den Krankenhausaufenthalt Deines Elternteils erzählen, da sie nicht wollen, dass Du Dir Sorgen machst. Aber wenn Du mehr wissen möchtest, ist es völlig okay, nachzufragen und herauszufinden, was los ist. Die Dauer des Krankenhausaufenthalts ist ganz verschieden und kann zwischen ein paar Tagen bis zu einigen Wochen oder Monaten dauern.

Was genau ist eine Psychotherapie?

Während einer Psychotherapie lernt Dein Elternteil, sich mit ihren/seinen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen auseinander zu setzen. In einer Psychotherapie spricht man zusammen mit dem Therapeut über Gedanken und Gefühle und erarbeitet Strategien, die dazu beitragen, dass es einem besser geht. Wenn jemand zum Beispiel sehr traurig ist, überlegt man in der Psychotherapie gemeinsam, was man gegen die Traurigkeit tun kann und versucht dann, die Ideen im Alltag umzusetzen.

Welche verschiedenen Arten von Psychotherapie gibt es?

Bei der Psychotherapie gibt es ein paar verschiedene Behandlungsansätze und je nachdem, in welcher Therapierichtung der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut ausgebildet ist, unterscheidet sich die Therapie. Einige Therapierichtungen beschäftigen sich damit, Gedanken und Verhaltensweisen, die der Person schaden, zu verändern (Verhaltenstherapie), andere schauen auf Dinge, die in der Vergangenheit passiert sind und der Person oft gar nicht bewusst sind (tiefenpsychologisch fundierte Therapie), und wieder andere betrachten die psychischen Störungen ihres Patienten im Zusammenhang mit anderen Menschen in ihrer Umgebung (systemische Therapie). Alle Therapiearten haben gemeinsam, dass der Therapeut mit dem Patient zusammenarbeitet, um Ursachen und Lösungen für Probleme im Leben des Patienten zu finden. Der Therapeut ist dabei nicht dafür da, die Probleme des Patienten zu lösen, sondern unterstützt diesen dabei, dauerhafte und eigene Lösungen zu entwickeln.

# Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren?

Du hast heute erfahren,

- ✓ dass verschiedene Faktoren zusammenkommen müssen, damit eine psychische Erkrankung entsteht.
- dass es nicht die Schuld Deines Elternteils ist, dass Deine Mutter oder Dein Vater eine psychische Erkrankung hat.
- dass Du aktiv etwas für Deine psychische Gesundheit tun kannst, in dem Du Dinge unternimmst, die Dir gut tun und auf Dein Wohlbefinden achtest.

## Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen?

1 bedeutet, dass Dir die heutige Me-Time gar nicht gefallen hat und 10 heißt, dass Dir die Me-Time sehr gut gefallen hat.

Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen?

Gar nicht Sehr gut

## Deine Reise – und Dein Erinnerungsbild!

Yippiie! Du hast Dir Deine dritte Me-Time genommen! Als Belohnung dafür erhältst Du Dein heutiges Erinnerungsbild.

Du bist gespannt, wie Dein heutiges Erinnerungsbild aussieht? Dann klicke hier!

Dein heutiges Erinnerungsbild soll ich Dir zeigen, wie wichtig Wissen ist, um eine Reise besser bestreiten zu können.

## Deine Me-Time zum Mitnehmen

Drucken

Zum Abschluss habe ich Dir alle wichtigen Infos aus Deiner heutigen Me-Time zum Ausdrucken zusammengefasst. Manche Felder sind noch frei – wenn Du Dich noch weiter mit Dir auseinandersetzen möchtest, dann lade ich Dich ein, diese noch auszufüllen.

Zusammenfassung_Modul 3.pdf

## Dein Kalender - unser nächster Termin!

Damit das Online-Programm richtig effektiv ist, empfehle ich Dir, eine Me-Time pro Woche zu machen. So kannst Du sicherstellen, dass Du Dir genug Zeit für Dich nimmst, ohne Dir dabei zu viel zuzumuten.

Wann möchtest Du Deine vierte Me-Time einplanen?

## Bleib dran! - Deine Me-Time für die Woche:

Du möchtest Dir auch unter der Woche Zeit für Dich nehmen? Du möchtest herausfinden, welches Motto zu Deinem Leben passt?

Ich möchte Dich bitten, bis zu unserem nächsten Termin Dein eigenes Lebensmotto zu erarbeiten! Wenn Du magst, kannst Du die Challenge zusammen mit Deiner Familie durchführen – gemeinsam kommt man noch auf mehr Ideen! Falls ihr als Familie ein Motto erarbeitet, dann könnt ihr ein Familienmotto erstellen. Du kannst die Challenge aber auch allein durchführen.

### Drucken

Lade Dir dazu dieses pdf-Dokument herunter und drucke es aus. Dort findest Du auch alle weiteren Erläuterungen! Viel Spaß damit!

### Home-Challenge:

Home-Challenge_Modul 3.pdf

### Family-Challenge:

Family-Challenge_Modul 3.pdf

# See you later, alligator! – In a while, crocodile!

Super! Ich freue mich, wenn Du zum vereinbarten Termin nächste Woche wieder dabei bist! Bis dahin wünsche ich Dir alles Gute, bleib dran!

Dein E-Coach

# Me-Time 4

Antwortbogen begonnen am 2025-06-26 11:35:05
Antwortbogen abgegeben am 2025-06-26 11:35:05
Die Intervention ist begleitet

## Me-Time 4: Darüber reden - pflege Kontakte und lerne, über schwierige Themen zu sprechen

### Herzlich Willkommen zu Deiner vierten Me-Time!

Wie schön, dass Du wieder dabei bist. Mit dem heutigen Modul sind wir tatsächlich schon bei der Halbzeit Deiner iCHIMPS-Reise angekommen. Verrückt, oder? Du hast schon viel geleistet bisher! Super, dass Du am Ball geblieben bist!

In Deiner letzten Me-Time hast Du einiges über psychische Erkrankungen gelernt. Vielleicht helfen Dir die neuen Informationen dabei, manche Dinge im Alltag besser zu verstehen.

### Mini-Challenge:

Bevor wir mit der heutigen Me-Time starten, möchte ich gerne wissen, wie es Dir seit der letzten Me-Time und mit der Home- oder Family-Challenge ergangen ist.

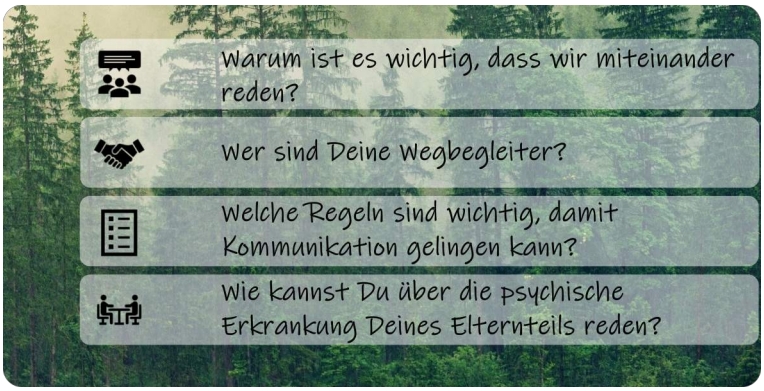
Wie ist es Dir seit Deiner letzten Me-Time ergangen? War das Gelernte aus der letzten Me-Time für Dich hilfreich? Erzähle mir hier mehr davon:

Hier kannst Du erzählen, wie es Dir mit Deiner Home- oder Family-Challenge ergangen ist. Welches Lebensmotto hast Du gewählt? Warum passt das Motto besonders gut zu Dir?

Vielen Dank für Dein Feedback und Deine Ehrlichkeit! In der heutigen Me-Time geht es darum, wie wir miteinander sprechen!

## Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise:

## Heute erwarten Dich spannende Challenges zu folgenden Themen:



## Dein aktueller Zwischenstand:

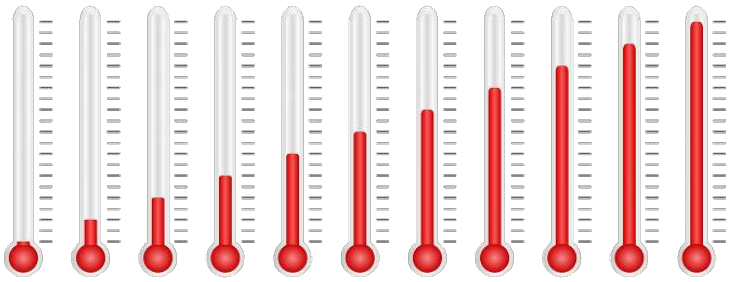
## Diese Erinnerungsbilder hast Du schon in Deinem Fotoalbum gesammelt:

# Deine Stimmung – Wie fühlst Du Dich heute?

**Mini-Challenge:**

Wie auch bei Deinen letzten Me-Times möchte ich Dich jetzt gerne fragen, wie Du Dich heute fühlst. Das ist manchmal gar nicht so leicht. Bist Du dazu bereit? Dann lass uns anfangen!

Fühlst Du Dich gut oder geht es Dir heute eher schlecht? Schätze Deine Stimmung auf einer Skala von 1 bis 10 ein! 1 bedeutet, dass es Dir sehr schlecht geht und 10 heißt, dass Du Dich super gut fühlst!



Wie fühlst Du Dich heute?

Mir geht es sehr schlecht

Mir geht es sehr gut

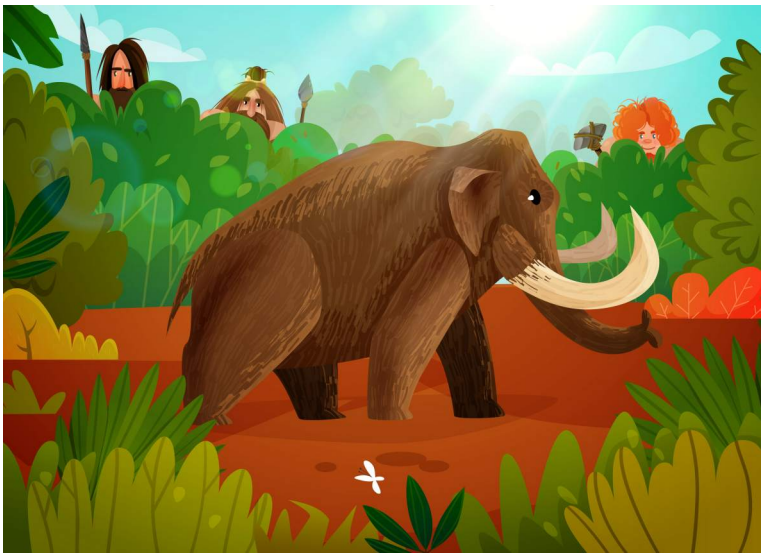
## Dein aktueller Zwischenstand

Super! Du hast bisher schon zwei Mini-Challenges gemeistert! Weiter so!

# Warum ist es wichtig, dass wir miteinander reden?

## Menschen sind Herdentiere und Einzelgänger zugleich

Du möchtest wissen, warum? Dann klicke hier!



## Der Mensch ist ein Herdentier

Ja, das hast Du ganz richtig gelesen! Ein großer Unterschied zwischen uns Menschen und anderen Tieren ist, dass wir sehr gut miteinander reden und zusammenarbeiten können. Wenn wir einmal an die Steinzeit zurückdenken, ist das der Grund, warum wir uns gegenüber anderen Tieren durchsetzen konnten. Ein Mensch allein konnte sicher kein Mammut erlegen. Wenn die Steinzeitmenschen aber miteinander redeten, sich eine Strategie überlegten und dann alle zusammenarbeiteten, wurde selbst so eine schwierige Aufgabe möglich.

Unser Gehirn ist also dafür gemacht, **mit** anderen Menschen zu kommunizieren - das war in der Vergangenheit sogar überlebenswichtig. Sozialer Kontakt ist daher auch ein Grundbedürfnis. Wir brauchen uns gegenseitig, um uns glücklich und geliebt zu fühlen. Auch, wenn wir die anderen manchmal richtig nervig finden, uns wie der einsamste Mensch der Welt fühlen und uns denken, dass wir allein besser dran wären.

### Der Mensch ist aber auch ein Einzelgänger

Vielleicht kennst du es aber auch, dass man manchmal einfach Zeit für sich braucht. Ein bisschen lässt sich unser Verhalten hier mit dem von Füchsen vergleichen. Du fragst dich, wie das sein kann? Füchse leben auch in Familienverbünden zusammen. Aber in bestimmten Situationen, beispielsweise bei der Jagd, verhalten sie sich lieber als Einzelgänger und wollen sich nicht in die Quere kommen. So ähnlich wollen auch wir in bestimmten Situationen lieber mal für uns alleine sein. Damit wir uns gut fühlen, müssen wir auf unsere Gefühle und Bedürfnisse hören, was wir gerade brauchen. Auch hier ist es wichtig, dass wir das anderen richtig mitteilen können, damit sie uns verstehen können und nicht ärgerlich oder wütend reagieren. Deshalb dreht sich in Deiner heutigen Me-Time alles um das Thema Kommunikation!

Stell Dir vor, Du bist auf Deiner Reise in einem anderen Land und triffst einen anderen Menschen, den Du nicht verstehst, weil er eine andere Sprache spricht! Das wird dann ziemlich kompliziert. Vielleicht kennst Du den Ausdruck „aneinander vorbeireden“ – also wenn es zu einem Missverständnis kommt.

Wir wollen heute auf Deiner Reise genauer anschauen, wie Du es schaffen kannst, Missverständnisse zu vermeiden und mit Deinen Mitmenschen „in der gleichen Sprache“ zu sprechen! Neugierig? Na, dann los!

**Mini-Challenge:**

Ich habe einige Fragen zum Thema „miteinander reden“ für Dich vorbereitet - vielleicht weißt Du ja schon etwas darüber!

Was bedeutet Kommunikation für Dich?

Wie wichtig ist der Kontakt zu anderen Menschen für Dich?

Gar nicht wichtig — Sehr wichtig

Wie würdest Du die Beziehung zu Deinen Eltern beschreiben?

## Dein aktueller Zwischenstand

Danke für Deine Offenheit! Du hast heute schon drei Mini-Challenges gemeistert!

# Wer sind Deine Wegbegleiter? – Erstelle eine Karte von Deinem persönlichen sozialen Umfeld

**Pro-Challenge:**

In dieser Pro-Challenge fertigst Du eine Netzwerkkarte an.

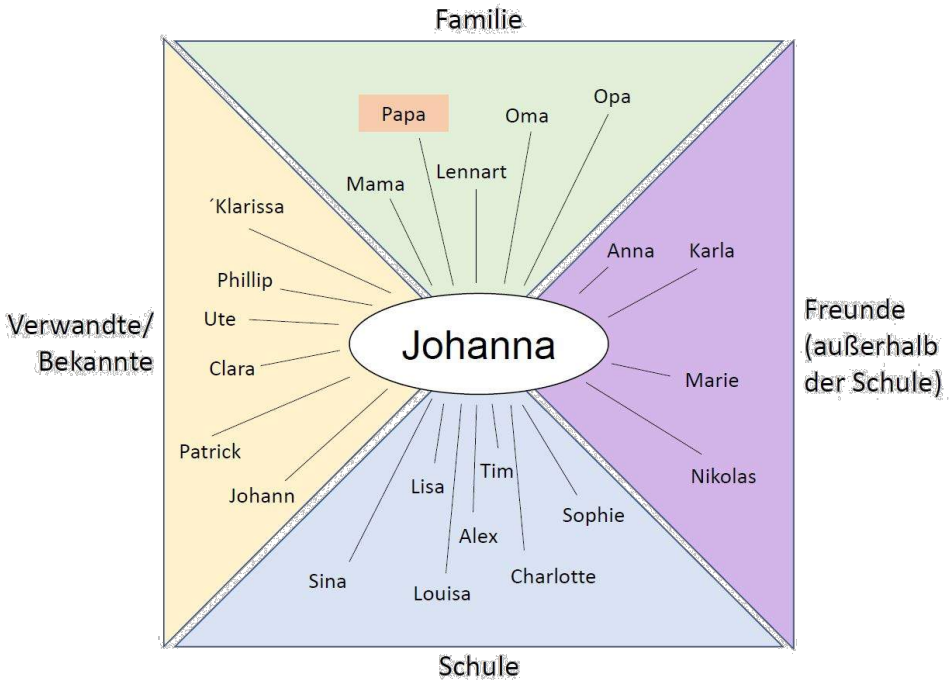
So wie eine richtige Landkarte, die Dir hilft, Dich in Deiner Umgebung zurecht zu finden, soll Dir diese Übung helfen, einen Überblick über Dein soziales Umfeld zu bekommen.

Du möchtest noch mehr über Netzwerkkarten erfahren? Dann klicke hier.

Es geht darum, Dir ein Bild von Deinem sozialen Netzwerk zu machen – mit allen positiven und negativen Aspekten. Somit kannst Du einen Überblick erlangen, welche Menschen momentan Teil Deines Lebens sind und wer Dich unterstützen kann, wenn es Dir schlecht geht.

Landkarten müssen immer wieder angepasst werden, da neue Wege entstehen und neue Gebäude gebaut werden. Genauso verändert sich Deine Netzwerkkarte auch immer wieder und ist nur eine Darstellung Deiner momentanen Situation. Das ist normal!

Hier ist ein Beispiel, wie so eine Netzwerkkarte aussehen kann:




Um zu starten, brauchst Du zunächst ein leeres Blatt Papier und Stifte, am besten in verschiedenen Farben.

**Bist Du bereit?**

- Schreibe in die Mitte des Blattes Deinen Namen.
- Wenn Du magst, kannst Du das Blatt jetzt in wichtige Bereiche Deines Lebens unterteilen. In der Abbildung siehst Du, dass das Netzwerk zum Beispiel in die Bereiche Verwandtschaft, Familie, Freunde/Freizeit und

Schule/Arbeit unterteilt ist. Wenn Du Mitglied in einem Verein bist oder mehrerere Freundschaftsgruppen hast, könntest Du Dein Netzwerk hier auch so weiter unterteilen.

- Nun beginnen wir mit der eigentlichen Netzwerkgestaltung. Trage die Namen von Personen aus Deinem Leben ein. Je näher Du einen Menschen an Deiner Person platzierst, desto enger ist eure Beziehung und/oder desto wichtiger ist Dir die Person.
- Werde hier kreativ und verwende Farben. So kannst Du besonders wichtige Personen hervorheben.
- Du kannst Deine persönliche Netzwerkkarte frei gestalten - wie es für Dich Sinn macht.
- Nimm Dir ungefähr zehn Minuten Zeit, um Dein persönliches soziales Netzwerk zu gestalten.

✓ Super, dass Du Deine ganz persönliche Netzwerkkarte gestaltet hast! Ich hoffe, diese Challenge war hilfreich für Dich und hat Dir gezeigt, welche Menschen Du im Moment in Deinem Leben hast.

Du willst noch weiterlesen? Hier gibt's mehr Infos!

ⓘ Vielleicht hast Du Dich an Menschen erinnert, von denen Du länger nichts gehört hast oder die einfach gerade nicht sehr präsent in Deinem Leben sind, die Dir aber trotzdem wichtig sind. Gleichzeitig ist es auch völlig normal, wenn Dir auch negative Gefühle wieder ins Gedächtnis gerufen werden – vielleicht hat Dich eine Person aus Deinem Netzwerk enttäuscht oder sogar mit ihren Handlungen verletzt.

Dein Netzwerk zu gestalten, funktioniert nicht in allen Bereichen gleich. Von Familienmitgliedern kann man sich vielleicht weniger leicht entfernen als von einem Freund. Wenn das so ist, ist es besonders wichtig, dass Du Dein Augenmerk auf die Beziehungen legst, die Dir guttun.

Du möchtest mehr darüber lernen, wie Du Dein Netzwerk verändern kannst? Dann klicke hier.

Wie ich bereits erzählt habe, ist Dein soziales Netzwerk stetig in Bewegung. Es ist möglich, dass Du Dein eigenes Netzwerk veränderst und so gestaltest, wie es für Dich gut ist! Vielleicht hast Du einen Freund oder eine Freundin aus der Grundschule, bei dem Du Dich schon lange nicht mehr gemeldet hast? Oder vielleicht hast Du Dich immer gut mit den Kindern der Nachbarsfamilie verstanden, die mittlerweile umgezogen sind?

Im nächsten Schritt möchte ich Dir gerne ein paar Fragen über Dein soziales Netzwerk stellen.

1. Sind Beziehungen in Deinem Netzwerk in der letzten Zeit schwächer geworden oder abgebrochen? Ging der Rückzug von Dir oder der anderen Person aus?

2. Hast Du in letzter Zeit neue Kontakte geknüpft oder sind vielleicht alte Kontakte wieder aufgelebt?

3. Gibt es jemanden in Deinem Netzwerk, an den Du Dich bei Problemen wenden kannst? Wenn Dir niemand einfällt: Überlege, ob es vielleicht eine Person gibt, die schon einmal etwas Ähnliches erlebt hat wie Du.

Ja | Nein

Schön, dass Du jemanden hast, an den Du Dich mit Deinen Problemen wenden kannst!

Wirklich nicht? Denke nochmal nach, vielleicht gibt es ja Freunde der Familie, Verwandte, Nachbarn, oder Vertrauenspersonen wie Lehrer und Schulsozialarbeiter, die Dich bei Problemen unterstützen. Wenn Du in Deinem Umfeld niemanden hast, an den Du Dich wenden kannst, kannst Du auch das Jugendtelefon unter 116 111 anrufen. Dort hören Dir erwachsene Berater zu und helfen Dir.

4. Gibt es etwas, das Du gerne an Deinem Netzwerk verändern würdest? Wenn Du keine Veränderungswünsche hast, lass dieses Feld einfach leer.

5. Gibt es Personen aus Deinem Netzwerk, mit denen Du gerne intensiveren Kontakt hättest?

Ja Nein

Was könntest Du konkret tun, um die Beziehung zu dieser Person oder diesen Personen zu stärken?

## Dein aktueller Zwischenstand

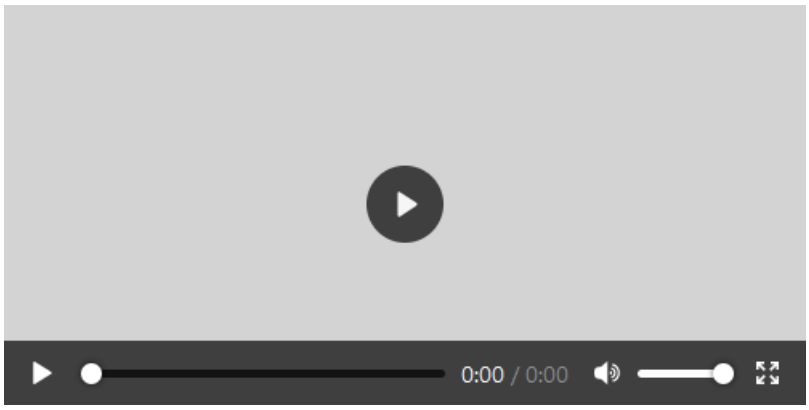
Toll, dass Du Dich mit Deinem sozialen Umfeld auseinandergesetzt hast! Ich hoffe, Du konntest wichtige Personen in Deinem Leben identifizieren. Vielleicht ist Dir eine Person eingefallen, die Deine Probleme verstehen könnte und an die Du Dich wenden kannst, wenn es Dir schlecht geht.

Die erste Pro-Challenge hast Du schon gemeistert, super!

## Lerne ein paar nützliche Tipps und Tricks, die Dir bei (schwierigen) Gesprächen helfen können

### Video

Im Video kannst Du näher erfahren, wie jede Aussage in einem Gespräch verschiedene Botschaften übermittelt.




Hier kannst Du den Text des Videos mitlesen.

Wenn Du mit anderen ein Gespräch führst, vermittelst Du Deinem Gegenüber mit jeder Aussage eine von vier Botschaften. Du kannst Dir das wie Emojis vorstellen, die Du beim Chatten hinter Deine Nachrichten setzt. Auch im direkten Gespräch mit anderen setzen Menschen Emojis hinter ihre Aussagen, manchmal ganz bewusst, manchmal aber auch ganz ohne es zu wollen. Es ist wichtig, die vier Kategorien, in die man Emojis unterteilen kann, zu kennen, damit Du lernen kannst, Missverständnisse, Enttäuschungen und Streit zu vermeiden.

Die erste Kategorie bilden die Fakten-Emojis. Dabei handelt es sich um Emojis, die Tatsachen kennzeichnen. Sie kennzeichnen den tatsächlichen und reinen Inhalt Deiner Nachricht, die Du übermitteln willst. Ganz wichtig ist, sie klar zu formulieren, damit dein Gegenüber sie richtig versteht.

In der zweiten Kategorie sind die Selbstoffenbarungs-Emojis. Das sind Emojis, die Deine

Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse und Ansichten ausdrücken. In gelungener Kommunikation ist es wichtig, Du-Botschaften zu vermeiden, weil sie häufig anklagend und vorwurfsvoll wirken. Vermeide also solche Formulierungen wie: „**Du** hast nicht…“. Manche Menschen vermeiden es auch, Emojis aus dieser Kategorie direkt zu verwenden. Das führt häufig dazu, dass sie ihre Wünsche, Bedürfnisse, Ansichten oder Gefühle allerdings indirekt ausdrücken und das manchmal gar nicht so genau merken. Ein Augenverdrehen oder ein Seufzen sind nur zwei Beispiele dafür. Das ist aber ziemlich problematisch, weil solche Zeichen nicht eindeutig sind und der Gesprächspartner sie erst interpretieren muss. Dadurch kommt es häufig zu Missverständnissen, Enttäuschungen und Streit. Drücke Dein Anliegen am besten in sogenannten Ich-Botschaften aus. Also Sätze wie: „**Ich** finde schade, dass ...“.

Die dritte Kategorie stellen die Beziehungs-Emojis dar. Das sind Emojis, mit denen Du Deine Beziehung zu Deinem Gesprächspartner verdeutlichst. Mit solchen Emojis zeigst Du Deinem Gegenüber, wie Du zu ihm stehst und was Du von ihm hältst. Im direkten Gespräch werden diese Emojis über die Art und Weise zu sprechen, sowie über konkrete Formulierungen, Tonfall, Gesichtsausdruck und Körpersprache ausgedrückt. Auch das kann direkt oder indirekt geschehen. Am besten ist es jedoch, wenn Du so etwas direkt ausdrückst. Wenn sich Dein Gegenüber zum Beispiel über Dich lustig macht und Du das nicht möchtest, dann sag direkt: „Ich finde es doof, dass Du Dich über mich lustig machst. Lass das bitte.“, anstatt indirekt deine Meinung auszudrücken, indem Du Dich abwendest und traurig weggehst. Denn wenn Du indirekt ausdrückst, wie Du zu Deinem Gegenüber stehst und was Du von ihm hältst, dann kann es zu Missverständnissen, Enttäuschungen und Streit führen, so wie auch bei den Emojis aus Kategorie zwei.

Die vierte Kategorie besteht aus Appell-Emojis. Das sind Emojis zu Aufforderungen, Wünschen oder Ratschlägen, die Du Deinem Gegenüber mitteilst. Du kannst sie entweder offen oder verdeckt ausdrücken. Dein Gesprächspartner fragt sich bei Emojis aus dieser Kategorie, was er oder sie tun beziehungsweise nicht tun soll. Deshalb ist es wichtig, dass Du offen ausdrückst, was Du willst und was Du erreichen möchtest, um Missverständnisse, Enttäuschungen und Streit zu vermeiden.

Du siehst, es gibt eine Menge, worauf man im Gespräch mit anderen achten sollte. Das erfordert natürlich ein bisschen Übung, aber es lohnt sich.

**Pro-Challenge:**

Du hast im Video **vier Kategorien von Emojis** kennengelernt, die eine unterschiedliche Bedeutung für die Kommunikation zwischen Menschen haben. Versuche nun, die verschiedenen Aussagen der jeweils passenden Emoji-Kategorie zuzuordnen.

"Ich bin satt."

- ! Bist Du Dir sicher? Das klingt eher wie eine Information über die Person selbst und damit wie eine Selbstoffenbarung.
- ! Bist Du Dir sicher? Das klingt eher wie eine Information über die Person selbst und damit wie eine Selbstoffenbarung.
- ✓ Genau richtig! Hier handelt es sich um eine Information über die Person selbst und damit um eine Selbstoffenbarung.
- ! Bist Du Dir sicher? Das klingt eher wie eine Information über die Person selbst und damit wie eine Selbstoffenbarung.

"Du hast noch nicht aufgegessen."

- ! Bist Du Dir sicher? Das klingt eher wie eine Tatsache und damit wie ein Fakt.
- ! Bist Du Dir sicher? Das klingt eher wie eine Tatsache und damit wie ein Fakt.
- ! Bist Du Dir sicher? Das klingt eher wie eine Tatsache und damit wie ein Fakt.
- ✓ Das sehe ich genauso. Es handelt sich um eine Tatsache und damit um einen Fakt.

"Bitte iss Dein Essen auf."

✓ Das sehe ich genauso. Es klingt wie eine Aufforderung und damit wie ein Appell.

❗ Bist Du Dir sicher? Das klingt eher wie eine Aufforderung und damit wie ein Appell.

❗ Bist Du Dir sicher? Das klingt eher wie eine Aufforderung und damit wie ein Appell.

❗ Bist Du Dir sicher? Das klingt eher wie eine Aufforderung und damit wie ein Appell.

"Du kannst so viel essen, das ist ja unglaublich."

❗ Bist Du Dir sicher? Das klingt wie eine Aussage über den anderen und damit wie eine Beziehung.

✓ Das sehe ich auch so. Es ist eine Aussage über den anderen und handelt sich deshalb um eine Beziehung.

❗ Bist Du Dir sicher? Das klingt wie eine Aussage über den anderen und damit wie eine Beziehung.

❗ Bist Du Dir sicher? Das klingt wie eine Aussage über den anderen und damit wie eine Beziehung.

∨ Auflösung

Hier bekommst Du nochmals einen Überblick, welche Aussage für welche Ebene steht.

| | |
|---|---|
| "Ich bin satt." | Selbstoffenbarungs-Emoji |
| "Du hast noch nicht aufgegessen." | Fakten-Emoji |

| | |
|---|---|
| "Bitte iss Dein Essen auf." | Appell-Emoji |
| "Du kannst so viel essen, das ist ja unglaublich." | Beziehungs-Emoji |

## Dein aktueller Zwischenstand

Du hast eine weitere Challenge geschafft. Fantastisch!

# Let’s talk - Regeln für gelungene Kommunikation

In diesem Teil möchte ich Dir vier Regeln vorstellen, die Dir helfen können, Deine Gedanken und Gefühle besser in Worte zu fassen. Vielleicht hast Du von diesen schon mal gehört. Vielleicht sind sie auch neu für Dich.

## Erste Regel

Die erste Regel lautet: **Erzähle, wie Du es wahrnimmst! Öffne Dich!** Das heißt, dass Du Aussagen aus Deiner Sicht formulierst. Somit vermeidest Du Anklagen und vermittelst Deinem Gegenüber stattdessen, was Deine Gefühle und Gedanken zu einer Situation sind. Fang Deinen Satz also eher mit „Ich möchte…“, „Ich wünsche mir…“ als „Du bist...“ an.

Wenn Du noch mehr wissen willst, dann klicke hier.

Diese Regel ist hilfreich, da wir vermeiden, jemandem Gefühle oder Gedanken zuzuschreiben, die aus Sicht der Person vielleicht gar nicht stimmen. Manchmal denken wir, wir wissen genau, warum jemand etwas tut – *wirklich wissen* tun wir es aber nie. Daher sollten wir uns im Gespräch auf unsere eigenen Gefühle und Gedanken konzentrieren und der anderen Person die Chance geben, selbst zu erzählen, was sie in der Situation denkt oder fühlt.

**Mini-Challenge:**

Hier ist ein Beispiel:

Tamaras beste Freundin Sofie hatte vor ein paar Monaten kaum Zeit für sie. Das hat Tamara verletzt und sie hatte das Gefühl, dass Sofie für alles andere Zeit hat, nur nicht für sie. Schau Dir zwei verschiedene Arten an, wie Tamara diese Gefühle kommunizieren kann. Klicke auf Tamaras Aussage, um zu sehen, wie Sofie darauf reagiert.

1. Tamara: „Warum kannst du denn schon wieder nicht? Du hast anscheinend keine Lust mehr etwas mit mir zu unternehmen!“

Sofie: „Was? Das stimmt doch gar nicht! Ich habe im Moment super viel zu tun mit dem Training und du weißt doch, dass es meinem Bruder gerade nicht so gut geht. Ich finde es echt blöd, dass du mich jetzt auch noch stresst.“

2. Tamara: „Ich finde es schade, dass wir in letzter Zeit so wenig Zeit miteinander verbracht haben und würde mir wünschen, dass wir bald wieder was zusammen machen.“

Sofie: „Das stimmt, wir hatten echt wenig Zeit miteinander. Ich hatte so viel zu tun mit dem Training und meinem Bruder geht es gerade nicht so gut, das weißt du ja. Wollen wir vielleicht am Wochenende was zusammen machen? Ich würde mich auch voll freuen, wenn wir was unternehmen!“

Welche Version, denkst Du, ist hier die bessere Variante?

Das stimmt leider nicht! Schaue Dir die Sätze nochmal genau an.

In der ersten Version unterstellt Tamara Sofie, dass sie gar keine Lust hat, etwas mit ihr zu unternehmen. Daraufhin widerspricht Sofie, weil das Gesagte aus ihrer Sicht nicht stimmt und sie sich angegriffen fühlt. Es kommt zum Streit.

Genau richtig!

Im zweiten Beispiel äußert Tamara ihren Wunsch. Sie möchte mehr mit Sofie unternehmen. Das versteht Sofie und stimmt ihr zu. Somit verhindert Tamara, dass sich ein Streit oder eine Auseinandersetzung entwickelt.

## Zweite Regel

Die zweite Regel ist: **Besprich nur eine Situation!** Wenn Du Deinem Gegenüber mitteilen möchtest, dass Dich ein Verhalten von ihm stört oder verletzt, solltest Du versuchen, dies anhand einer einzelnen Situation zu tun: Beschreibe ganz genau, was Dich stört!

Wenn wir jemandem sagen, dass er oder sie sich „immer so verhält“, ist es schwieriger für die andere Person zu sehen, was sie genau ändern kann. Dann fühlt sich die andere Person schnell angegriffen und es kommt zu einem Streit. Wenn Du die störende Situation jedoch genau ansprichst, kann die andere Person besser verstehen, was Du meinst. Versuche, Wörter wie „immer“ oder „nie“ zu vermeiden.

### Mini-Challenge:

Ein Beispiel wäre:

Jessi kommt gerade von der Schule wieder und ist stolz, weil sie eine gute Note in einer Klassenarbeit geschrieben hat. Sie hat ihrem Vater ganz aufgeregt davon erzählt, er hat aber gar nicht richtig zugehört. Das macht Jessi traurig. Hier sind zwei Beispiele, wie Jessi ihrem Vater ihre Gefühle mitteilen kann:

∨ 1. Jessi: „Ich finde es schade, dass Du mir eben gar nicht richtig zugehört hast, als ich Dir etwas Wichtiges erzählt habe."

Jessis Vater: „Das tut mir leid Jessi. Du hast Recht, ich war vorhin ganz woanders. Magst Du mir nochmal sagen, was du gerade erzählt hast? Dieses Mal höre ich Dir genau zu.

∨ 2. Jessi: „Ich habe das Gefühl, dass Du mir nie richtig zuhörst!"

Jessis Vater: „Das stimmt doch gar nicht, Jessi! Du weißt doch, wie viel ich um die Ohren habe, ich war gerade einfach abgelenkt. Ich finde es nicht fair, wenn Du sagst, dass ich Dir nie zuhöre. Gestern Abend hast Du mir so viel von Deiner Freundin erzählt, erinnerst Du Dich?"

Was denkst Du – welches Gespräch war erfolgreicher? Variante 1 oder 2?

✓ Genau richtig! Jessi spricht die Situation an, in der sie das Verhalten ihres Vaters (hier: nicht zuhören) gestört hat. Ihr Vater versteht das und bittet sie, dass Gesagte zu wiederholen. Diesmal hört er ihr genau zu (er ändert also sein Verhalten).

! Das stimmt nicht! Hier hat Jessi das Wort 'nie' benutzt. Jessis Vater fallen direkt Situationen ein, in denen er ihr gut zugehört hat. Deshalb widerspricht er ihr und fühlt sich durch Jessis Wortwahl vielleicht verletzt. Oft versucht er ja gut zuzuhören.

## Dritte Regel

**Sprich über das Verhalten!** Am besten Du beziehst Dich nicht nur auf eine bestimmte Situation, sondern auch auf ein ganz bestimmtes Verhalten. Sonst kann es für Dein Gegenüber so scheinen, als ob Du alles an der anderen Person schlecht findest. Dadurch entsteht oft Streit. Beschreibe nur das Verhalten der Person!

### Mini-Challenge:

Hier ein Beispiel:

In der Werkstatt, in der Phillip seine Ausbildung macht, hat der neuer Azubi Alex angefangen. Oft arbeiten die beiden zusammen. Alex arbeitet langsam und ist immer wieder an seinem Handy, wenn niemand schaut. Phillip nervt das mittlerweile, da die beiden nur langsam vorankommen und er wiederholt Arbeit von Alex übernommen hat.

Hier sind zwei Beispiele, wie er seine Frustration zum Ausdruck bringen kann:

1. Phillip: „Typisch, schon wieder bist Du am Handy! Ich habe mittlerweile das Gefühl, dass Du ganz schön faul bist. Ich habe echt keine Lust mehr zu arbeiten, nur weil Du nichts auf die Reihe bekommst.“

Alex: „Wo kommt das denn jetzt her? Faul bin ich ganz sicher nicht, ich habe nur mit meiner Freundin geschrieben, das wird man ja wohl noch kurz dürfen?!“

⌵ 2. Phillip: „Mich stört es, dass Du so oft auf Dein Handy schaust und abgelenkt bist. Ich muss nun teilweise Deine Aufgaben übernehmen und das stresst mich. Ich würde mir wünschen, dass Du mehr anpackst und wir unsere Aufgaben schneller erledigen.“

Alex: „Sorry, das tut mir leid! Ich habe gar nicht gemerkt, dass Dich das so nervt. Um ehrlich zu sein, weiß ich oft nicht richtig, wie ich Sachen machen soll. Du weißt schon mehr, deswegen habe ich Dich einfach machen lassen.“

Welches Gespräch war gelungener?

Wirklich? Alex fühlt sich von der Aussage von Phillip verletzt und versucht, sich zu verteidigen. Niemand wird gerne faul genannt. Da Phillip außerdem nicht sagt, welches Verhalten er sich wünscht würde, hat Alex nicht die Möglichkeit, sein Verhalten zu ändern.

Genau! Phillip erklärt seinem Kollegen, dass ihn sein Verhalten stört, er greift Alex als Person jedoch nicht an. Das kann Alex viel besser akzeptieren und äußert, dass er sein Verhalten gerne ändern würde.

## Vierte Regel

Die vierte Regel heißt: **Behalte den Fokus!** Wenn wir sprechen, sollten wir versuchen, im Hier und Jetzt zu bleiben und nicht in die Vergangenheit oder nebensächliche Themen abzuschweifen. Sonst läuft das Gespräch Gefahr, völlig vom eigentlichen Thema abzuschweifen. Anstatt Probleme zu lösen, sind wir danach vielleicht eher noch ratloser oder aufgebrachter.

### Mini-Challenge:

Ein Beispiel:

Jessi und ihre Schwester Lea haben ausgemacht, nach der Schule zusammen ein Eis essen zu gehen. Jessi hat sich beeilt und wartet auf Lea, die aber viel zu spät nach Hause kommt. Lea hat ganz vergessen, dass sie zur Eisdiele wollten und noch mit ihren Freundinnen gequatscht. Jessi ärgert das ganz schön, da sie das letzte Mal auch schon auf ihre Schwester warten musste.

1. Jessi: „Das letzte Mal, als wir zusammen was gemacht haben, warst Du auch schon zu spät! Ich habe das Gefühl, dass es Dir ganz egal ist, dass ich auf Dich warte.“

Lea: „Komm mal wieder runter! Ich bin doch nur ein bisschen spät dran. Ich kann mir auch nicht immer alles merken. Wenn Du schon so anfängst, habe ich gar keine Lust mehr, ein Eis essen zu gehen!“

2. Jessi: „Ich finde es schade, wenn wir was ausmachen und Du zu spät kommst. Ich fühle mich dann, als ob ich Dir nicht wichtig bin. Vielleicht kannst Du es Dir nächstes Mal in Deinen Kalender eintragen oder Bescheid sagen, dass Du zu spät kommst?"

Lea: „Das tut mir leid, ich wollte nicht, dass Du Dich schlecht fühlst. Du weißt doch, dass Du mir wichtig bist! Manchmal bin ich nur so vergesslich! Das nächste Mal werde ich auf jeden Fall daran denken. Wie wär’s - als kleine Wiedergutmachung gebe ich Dir ein Eis aus?“

In welcher Situation hat Jessi ihre Gefühle geschickter zum Ausdruck gebracht?

Denke nochmal darüber nach! Jessi äußert hier einen Vorwurf gegenüber ihrer Schwester und weist sie darauf hin, dass sie beim letzten Mal auch schon zu spät gekommen ist. Lea fühlt sich dadurch angegriffen und hat gar keine Lust mehr, etwas zu unternehmen. Besser ist es, wenn Jessi ihrer Schwester sagt, was sie sich in der Zukunft wünschen würde. Was in der Vergangenheit passiert ist, kann Lea gar nicht mehr ändern.

Genau richtig! Jessi äußert hier ihre Gefühle zu der Situation, ohne ihrer Schwester etwas vorzuwerfen. Außerdem konzentriert sie sich nicht auf Leas Verhalten in der Vergangenheit, sondern äußert, was sie sich in der Zukunft wünschen würde. Auf diese Aussage reagiert Lea viel positiver, da sie sich nicht angegriffen fühlt.

## Dein aktueller Zwischenstand

Toll, dass Du Dich mit den Gesprächsregeln auseinandergesetzt hast. Du hast vier weitere Mini-Challenges gemeistert!

## Pro-Challenge:

Lass uns im nächsten Schritt die Gesprächsregeln gemeinsam anwenden!

Im Folgenden siehst Du zwei Situationen. Versuche, Dich in die Situation hineinzuversetzen und die Gefühle und Gedanken, die bei Dir in so einer Situation auftreten würden, auszusprechen. Erinnere Dich an die Regeln und formuliere Deine Aussage als Ich-Sätze, bei denen Du konkret die Situation und das Verhalten beschreibst. Falls Du Dich unsicher fühlen solltest, schau Dir nochmal die Beispiele an.

Ein Freund oder eine Freundin erzählt oft von sich, hört Dir aber gar nicht richtig zu oder unterbricht Dich, wenn Du ihr oder ihm etwas von Dir erzählt.

Dein Elternteil ist sehr gereizt und ärgerlich Dir gegenüber, obwohl Du nichts getan hast, was dieses Verhalten erklären würde.

## Dein aktueller Zwischenstand

Fantastisch! Ich hoffe, Du hast in dieser Challenge etwas Neues gelernt und kannst die Erkenntnisse in Deinen Alltag mitnehmen. Wenn Dich etwas ärgert und Du etwas Negatives ansprechen möchtest, wird es Dir helfen, Dich an diese Strategien zu erinnern. So kannst Du unnötigen Streit verhindern und hoffentlich offener und entspannter mit Deinen Mitmenschen sprechen.

# Zeit für eine Pause?!

Super, dass Du es schon so weit geschafft hast! Wenn Du möchtest, wäre jetzt der perfekte Zeitpunkt für eine kurze Pause. Oder Du machst direkt weiter – die Entscheidung liegt bei Dir! Entscheide so, wie Du Dich gerade fühlst.

Bei einer Pause stelle Dir am besten einen Timer für zehn Minuten und belohne Dich mit etwas, was Dir gerade guttut. Das kann zum Beispiel sein:

✓ Im ersten Reiseabschnitt Deiner heutigen Me-Time haben wir uns damit beschäftigt, wer Dich auf Deinem Weg begleitet und welche Regeln wichtig sind, damit ein Gespräch gelingen kann.

Nach der Pause werden wir uns anschauen, warum Reden eigentlich guttut und wie Du über die psychische Erkrankung Deines Elternteils reden kannst.

## Du möchtest wissen, warum reden guttut?

Für einen Mensch ganz alleine ist es ziemlich schwierig, ein großes Sorgenpaket zu tragen. Dafür braucht es mindestens zwei, die sich vertrauen und gemeinsam anpacken können. **Zusammen ist man nämlich stärker**. Auch, wenn man dem anderen nicht alles abnehmen kann, kann man trotzdem dazu beitragen, dass dem anderen „ein Stein vom Herzen“ fällt und das Sorgenpaket dadurch etwas leichter wird.

Wie kannst Du über die psychische Erkrankung Deines Elternteils sprechen? Lerne hier mehr darüber!

Viele Jugendliche in einer ähnlichen Situation reden nicht so gerne über die psychische Erkrankung ihres Elternteils. Manche haben Angst davor und manche schämen sich auch dafür. Sie denken, dass man darüber nicht sprechen sollte. Andere Jugendliche wiederum haben das Gefühl, dass sie ihre Eltern schützen, wenn sie nicht über die psychische Erkrankung sprechen. Vielleicht geht es Dir auch so?

Aber: Du darfst über die psychische Erkrankung Deines Elternteils sprechen! Das muss Dir nicht peinlich sein. Unsere Seele kann genauso krank werden wie unser Körper! Es tut gut, das Schweigen zu durchbrechen! Und wenn einer den Anfang macht und darüber spricht, hilft das wiederum den anderen, auch von ihren Sorgen und Belastungen zu erzählen.

Wenn Du Dich im Moment jedoch noch nicht bereit dazu fühlst, über die Erkrankung Deines Elternteils zu sprechen, ist das völlig in Ordnung. Das ist Deine eigene Entscheidung. Das wichtigste ist, dass Du Dich mit Deiner Entscheidung gut fühlst.

# Mit Deinen Eltern reden

**Mini-Challenge:**

Haben Deine Eltern bereits mit Dir über Ihre psychische Erkrankung geredet?

Ja Nein

Wenn Deine Eltern mit Dir über die Erkrankung geredet haben, zeigt das, dass sie Vertrauen in Dich haben. Du darfst Deinen Eltern aber auch sagen, wenn Dir das Thema zu viel ist, z.B. wenn es Dir mit den Gesprächen nicht gut geht oder Du noch oft darüber nachdenken musst. Das ist manchmal nicht so leicht. Vertrau dabei also ruhig auf Dein Bauchgefühl.

Wenn Deine Eltern Dir noch gar nicht richtig erzählt haben, was genau los ist, ist das vielleicht verwirrend für Dich. Vielleicht machst Du Dir Sorgen. Dein Elternteil hat genau wie Du Gründe, weswegen es die psychische Erkrankung nicht ansprechen möchte. Vielleicht schämt sich Deine Mutter oder Dein Vater. Vielleicht wollen Dich Deine Eltern schützen. Oder vielleicht wissen sie nicht, wie sie es Dir sagen sollen.

Viele Jugendliche sagen, dass es ihnen sehr geholfen hat, mehr über die Erkrankung ihres Elternteils zu lernen und zu wissen, was zu Hause los ist. Wenn Du etwas wissen möchtest, ist es daher vollkommen okay, selbst nachzufragen. Mach Dir dabei nicht allzu viele Sorgen, dass Du Deine Mutter oder Deinen Vater mit Deiner Frage traurig machst: Die meisten Eltern sagen, dass sie sich besser fühlen, wenn ihr Kind weiß, was mit ihnen los ist. Viele sind sogar richtig erleichtert.

Wenn Du magst, erzähle mir hier gerne, wie Du/Ihr über die psychische Erkrankung Deines Elternteils sprechen konntet. Was hat gut geklappt? Was war vielleicht schwierig?

Hast Du bereits Ideen, wie Du mit Deinen Eltern ein Gespräch über ihre psychische Erkrankung beginnen kannst?

Du möchtest wissen, wie Du ein Gespräch mit Deinem Elternteil über ihre psychische Erkrankung beginnen kannst? Hier findest Du hilfreiche Tipps!

**Tipp 1:** Versuche Dir einen ruhigen Moment auszusuchen, in dem niemand wütend oder aufgebracht ist.

**Tipp 2:** Es gibt keinen richtigen oder falschen Weg, das Thema anzusprechen. Das einzige, was Du vermeiden solltest, sind Vorwürfe gegenüber Deinem Elternteil. Erinnere Dich hier auch wieder an unsere 4 Gesprächsregeln:

1) Erzähle, wie Du es wahrnimmst und öffne Dich,

2) Besprich nur eine Situation,

3) Sprich über das Verhalten und

4) Behalte den Fokus.

**Tipp 3:** Du wirst wahrscheinlich nicht alle Themen, die Dir auf dem Herzen liegen oder die Du wissen möchtest, in einem Gespräch abhaken können. Das ist auch gar nicht nötig. Fang also klein an, so können sich Deine Fragen nach und nach klären, ohne Dich oder Dein Elternteil zu überfordern. Mit der Zeit kannst Du dann auch auf die großen Themen zu sprechen kommen.

## Audio

Hier kannst Du hören, welche Erfahrungen Tamara gemacht hat.

0:00 / 0:00

Hier kannst Du mitlesen, was Tamara Dir erzählt:

*Vor ein paar Jahren hatte meine Mum eine heftige depressive Phase. Ich wusste noch weniger als sonst, wie ich damit umgehen sollte, was mit ihr los ist. Und ich hab mir ziemlich Sorgen gemacht. Mir ging es sehr schlecht. Irgendwann habe ich mich dazu durchgerungen, mit Mum zu reden. Ich habe ihr gesagt, dass ich merke, dass sie in letzter Zeit viel geweint hat und erst aus dem Bett kommt, wenn ich wieder von der Schule da bin. Außerdem habe ich ihr gesagt, dass ich mir Sorgen um sie mache und wissen will, was los ist. Meine Mama wirkte fast erleichtert und hat mir erzählt, dass es ihr in letzter Zeit wirklich schlecht geht und sie sich super erschöpft fühlt, dass das aber nichts mit mir zu tun hat. Sie hat mir dann auch erklärt, dass sie depressiv ist und was das bedeutet.*

# Talk to your friends!

Den meisten Jugendlichen hilft es, mit Freunden über die Erkrankung ihres Elternteils zu reden. Dann können sie ihre Gefühle sortieren. Außerdem kann es entlastend sein, wenn Du Dir keine Ausreden mehr überlegen musst. Vielleicht kann so sogar ein großartiges Unterstützungssystem entstehen!

**Mini-Challenge:**

Hast Du bereits mit Freunden über die psychische Erkrankung Deiner Mutter oder Deines Vaters geredet?

Ja | Nein

Wie hast Du Dich gefühlt, als Du mit einem Freund/einer Freundin zum ersten Mal über die psychische Erkrankung Deines Elternteils geredet hast?

Wie hat dein Freund/deine Freundin darauf reagiert?

Sehr schlecht — Sehr gut

Das tut mir sehr leid zu hören! Manche Menschen wissen nicht, wie sie mit psychischen Erkrankungen umgehen sollen und fühlen sich überfordert oder unsicher. Das sind alles Gründe, warum jemand negativ reagiert. Versuche der Person Zeit zu geben und erinnere Dich daran, wie Du Dich gefühlt hast, als Du zum ersten Mal von der Erkrankung Deines Elternteils gehört hast. Falls Du nochmal mit einem anderen Freund reden möchtest, überlege Dir, ob es vielleicht jemanden gibt, dem Du vertraust und der vielleicht schon Berührungspunkte mit psychischen Erkrankungen hatte.

Mit wem würdest Du gerne reden? Gibt es da jemanden in Deinem Leben? Falls Dir nicht direkt jemand einfällt, schau Dir auch nochmal Deine Netzwerkkarte an.

Hier findest Du Tipps, wie Du mit Deinen Freunden über die psychische Erkrankung Deines Elternteils

sprechen kannst.

**Ein paar Tipps für ein erfolgreiches Gespräch:**

**Tipp 1:** Wenn Du Dich einem Freund anvertrauen möchtest, suche Dir, wenn möglich, eine Person aus, der Du wirklich vertraust und bei der Du das Gefühl hast, dass sie verstehen könnte, wie es Dir geht.

**Tipp 2:** Sollte jemand mal nicht so reagieren, wie Du es Dir gewünscht hast, versuche, der Person Zeit zu geben, das Gespräch zu verarbeiten. Auch Du warst vielleicht erstmal etwas überfordert, als Du mitbekommen hast, dass Dein Elternteil psychisch erkrankt ist.

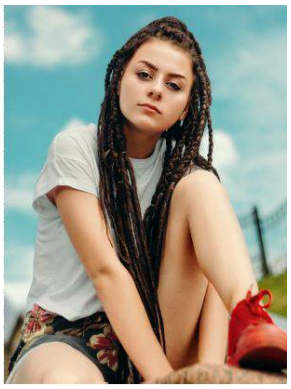
**Tipp 3:** Versuche Dir einen ruhigen Moment auszusuchen, in dem ihr nicht gestört werdet. Vielen anderen Jugendlichen fällt es leichter, über ernste Dinge zu reden, während man etwas zusammen macht, zum Beispiel Spazieren gehen, Tee trinken oder beim Ball hin und her kicken im Park.

**Tipp 4:** Überlege Dir vor dem Gespräch, was Du erreichen möchtest: Willst Du Deinem Freund „nur erzählen“, dass Dein Elternteil psychisch erkrankt ist? Oder suchst Du nach Unterstützung?

**Tipp 5:** Versuche Deine Freunde anfangs nicht mit Informationen zu überhäufen und finde erst einmal heraus, wie viel sie schon über psychische Erkrankungen wissen.

Audio

Hier erzählt Jessi Dir, wie sie einem Freund von der Erkrankung ihrer Mutter erzählt hat



0:00 / 0:00

Hier kannst Du mitlesen, was Jessi sagt:

*Ich war in letzter Zeit ziemlich gestresst und habe oft Verabredungen abgesagt. Der Grund dafür ist, dass es Mama seit ein paar Monaten sehr schlecht geht. Sie hört Stimmen und sieht Sachen, die gar nicht da sind. Deswegen muss ich Papa im Moment viel im Haushalt helfen, er bekommt das allein nicht alles hin. Das ist alles sehr viel im Moment und ich bin ganz schön durch den Wind. Mama war jetzt beim Arzt und sie haben gesagt, dass sie eine Schizophrenie hat. Hast du davon schon mal gehört?*

# Wende Dich an andere Erwachsene

**Mini-Challenge:**

Hast Du bereits mit anderen Erwachsenen über die psychische Erkrankung Deines Elternteils gesprochen?

Ja Nein

Das ist super! Ich hoffe, dass das Gespräch Dir geholfen hat. Falls das Gespräch nicht so toll gelaufen ist oder Du gerne nochmal mit jemand anderem reden würdest, überlege gezielt, ob es vielleicht jemanden gibt, der schon mal Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht hat (Freunde der Familie, Verwandte, Nachbarn, Bekannte) oder wende Dich an Vertrauenspersonen wie eine nette Lehrerin oder den Schulsozialarbeiter - schau dazu mal nach dem Angebot in Deiner Schule.

Hast Du Erwachsene in Deinem Leben, mit denen Du gerne reden würdest?

Ja Nein

Das ist sehr gut. Wie Du bereits gelernt hast, kann es hilfreich sein, die Dinge, die Dich beschäftigen, mit anderen zu besprechen.

Wirklich? Denke nochmal nach, vielleicht fällt Dir ja doch jemand ein. Eine nette Lehrerin, ein

Schulsozialarbeiter - schau dazu mal nach dem Angebot in Deiner Schule. Oder auch Deine Tante, ein Familienfreund oder die liebe Nachbarin. Schau Dir auch nochmal Deine Netzwerkkarte an, vielleicht entdeckst Du dort jemanden!

## Suche Dir Unterstützung!

Studien haben gezeigt, dass es Jugendlichen mit einem psychisch erkrankten Elternteil besser geht, wenn sie außer ihren Eltern eine andere erwachsene Person in ihrem Leben haben, der sie sich anvertrauen können. Falls Du also noch nicht mit jemandem geredet hast, überlege Dir, welche Erwachsenen es in Deinem Leben gibt, denen Du vertraust und mit denen Du gerne reden würdest. Generell gelten hier wieder ähnliche Tipps wie bei den anderen Gesprächen, mit dem Unterschied, dass Du wahrscheinlich gezielt nach Unterstützung suchst.

Wenn es in Deinem Umfeld keinen Erwachsenen gibt, dem Du vertraust, gibt es auch die Möglichkeit, das Jugendtelefon unter 116 111 anzurufen. Dort arbeiten erwachsene Berater, die Dir zuhören und Dich unterstützen können.

**Audio**

Hier kannst Du hören, wie Phillip damals mit dem Schulsozialarbeiter geredet hat.

0:00 / 0:00

Hier kannst Du mitlesen, was Phillip sagt:

*Im Moment ist zu Hause viel los und ich habe das Gefühl, dass ich dringend mal mit jemand anderem reden muss als nur mit meinen Eltern. Mein Vater trinkt jetzt schon seit einiger Zeit viel zu viel. Er wird dann ohne Grund richtig wütend. Ich kann seine Stimmung einfach nicht mehr einschätzen. Meine Mutter hält sich raus und tut so, als ob es kein Problem gibt. Mir geht es damit nicht gut und ich mache mir echt Sorgen, wie das alles weitergehen soll.*

## Dein aktueller Zwischenstand

Wow! Du hast heute bereits 13 Challenges bearbeitet!

## Pro-Challenge:

Versuche, einen fiktiven Brief an eine Person in Deinem Leben zu schicken, mit der Du gerne über die psychische Erkrankung Deines Elternteils reden möchtest. Dies kann ein Freund, Deine Mutter oder Dein Vater oder ein anderer Erwachsener sein. Oder vielleicht auch eine Person, die es gar nicht wirklich gibt. Der Brief wird nicht abgeschickt. Er ist nur für Dich.

Erinnere Dich dabei an die die Gesprächsregeln, die Du heute gelernt hast.

Hier kannst Du Deinen Brief schreiben:

## Dein aktueller Zwischenstand

Super! Du hast alle heutigen Challenges gemeistert! Du kannst wirklich stolz auf Dich sein.

Inhalt nicht verfügbar.

Inhalt nicht verfügbar.

# Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren?

- Du hast eine **Netzwerkkarte** erstellt. Dabei hast Du Dich damit auseinandergesetzt, welche Menschen Dich momentan auf Deiner Reise begleiten und wie Du das Netzwerk an Wegbegleitern verändern kannst.

- Du hast erfahren, welche **Regeln** wichtig sind, damit die **Kommunikation** mit Anderen gelingt:

1. Erzähle, wie Du es wahrnimmst! Öffne Dich!
2. ✓ Besprich nur eine Situation!
3. Sprich über das Verhalten!
4. Behalte den Fokus!

- Du hast Dich damit auseinandergesetzt, wie Du über die psychische Erkrankung Deines Elternteils reden kannst.

Inhalt nicht verfügbar.

## Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen?

1 bedeutet, dass Dir die heutige Me-Time gar nicht gefallen hat und 10 heißt, dass Dir die Me-Time sehr gut gefallen hat.

Gar nicht Sehr gut

Inhalt nicht verfügbar.

## Deine Reise – und Dein Erinnerungsbild!

Hurra! Du hast Dir Deine vierte Me-Time genommen! Als Belohnung dafür erhältst Du natürlich Dein Erinnerungsbild.

Du bist gespannt, wie Dein heutiges Erinnerungsbild aussieht? Dann klicke hier!

Inhalt nicht verfügbar.

Dein heutiges Erinnerungsbild soll Dir zeigen, dass Menschen - wie auch Füchse - sowohl Einzelgänger als auch Herdentiere sind. Es ist deshalb sehr wichtig für uns, dass wir miteinander sprechen.

## Die Me-Time zum Mitnehmen

Drucken

Zum Abschluss habe ich Dir alle wichtigen Infos aus Deiner heutigen Me-Time zum Ausdrucken zusammengefasst. So kannst Du Dir die Stationen Deines heutigen Reiseabschnitts schnell ins Gedächtnis zurückrufen.

Zusammenfassung_Modul 4.pdf

## Unser nächster Termin!

Damit das Online-Programm richtig effektiv ist, empfehle ich Dir, eine Me-Time pro Woche zu machen. So kannst Du sicherstellen, dass Du Dir genug Zeit für Dich nimmst, ohne Dir dabei zu viel zuzumuten.

Wann möchtest Du Deine fünfte Me-Time einplanen?

## Bleib dran! - Deine Me-Time für die Woche

Vielleicht hat auch Deine Familie Lust, mehr über Kommunikation zu lernen? Oder möchtest Du selbst noch mehr über Kommunikation herausfinden?

### Drucken

Lade Dir dazu eines dieser pdf-Dokumente herunter und drucke es aus. Dort findest Du auch alle weiteren Erläuterungen! Viel Spaß damit!

### Home-Challenge:

Home-Challenge_Modul 4.pdf

### Family-Challenge:

Family-Challenge_Modul 4.pdf

# Adios Amigos!

Ich freue mich, wenn Du zum vereinbarten Termin nächste Woche wieder dabei bist und wir Deine Reise fortführen! Bis dahin wünsche ich Dir alles Gute, bleib dran!

**Dein E-Coach**

# Me-Time 5

Antwortbogen begonnen am 2025-06-26 11:35:05
Antwortbogen abgegeben am 2025-06-26 11:35:05
Die Intervention ist begleitet

Inhalt nicht verfügbar.

## Me-Time 5: Finde innere Ruhe – lerne, wie Du mit Stress umgehen kannst!

### Willkommen!

Wie schön, Dich wieder hier bei iCHIMPS zu sehen. Super, dass Du dranbleibst! Ich hoffe, es ist Dir letzte Woche gut ergangen und Du freust Dich schon auf Deine heutige Me-Time? Ich bin auf jeden Fall schon gespannt und freue mich, dass Du heute mit mir Zeit hier auf iCHIMPS verbringst.

## Mini-Challenge:

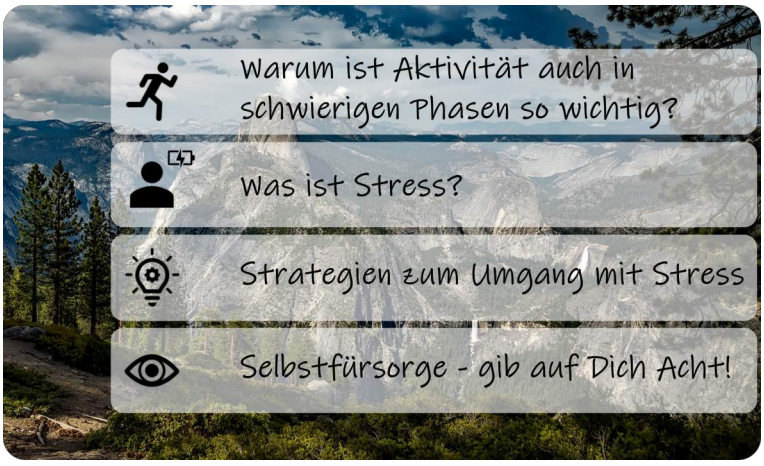
Zuerst interessiert mich, wie es Dir seit Deiner letzten Me-Time ergangen ist.

Konntest Du letzte Woche ein paar der behandelten Gesprächsregeln anwenden?

Wie ist es Dir mit Deiner Home- bzw. Family-Challenge ergangen? Hast Du vielleicht bemerkt, dass sich etwas bei Deinen Gesprächen verändert hat? Wie waren Deine Erfahrungen dabei? Erzähl mir davon!

## Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise:

## Zu diesen Themen erwarten Dich heute spannende Challenges:



## Dein aktueller Zwischenstand:

## Du hast in Deinem Fotoalbum bisher folgende Erinnerungsbilder gesammelt:

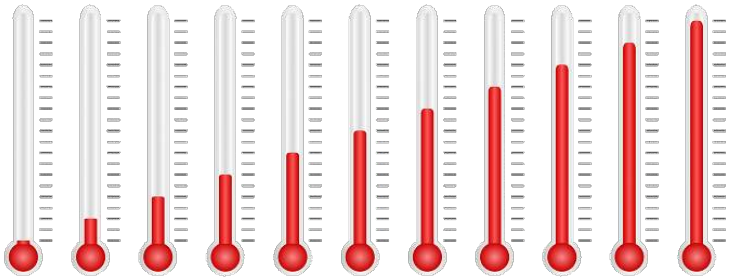
Inhalt nicht verfügbar.

# Deine Stimmung

**Mini-Challenge:**

Du kannst hier auf Deinem Stimmungs-Thermometer angeben, wie Du Dich heute fühlst. Schätze Deine Stimmung auf einer Skala von 1 bis 10 ein!

1 bedeutet, dass es Dir sehr schlecht geht und 10 heißt, dass Du Dich super gut fühlst!



Fühlst Du Dich gut oder geht es Dir heute eher schlecht?

Mir geht es sehr schlecht

Mir geht es sehr gut

## Dein aktueller Zwischenstand

Super, du hast schon zwei Challenges geschafft!

# Berge überwinden

Auf jeder langen Reise wird man ab und zu auch über steinige Wege gehen müssen. Vielleicht steht man manchmal sogar vor einem riesigen Berg und weiß gar nicht, wie es weitergehen soll. Aber mit dem richtigen Wissen, guter Ausrüstung und Unterstützung können wir sogar Berge erklimmen. Auch wenn es im ersten Moment Angst machen kann, sind wir danach vielleicht sogar stolz, wenn wir es geschafft haben.

In Deiner heutigen Me-Time schauen wir daher, **welche Strategien Dir helfen können, aktiv zu werden** und die Hügel und Berge Deines Lebens zu erklimmen, Stück für Stück.

# Weiterlaufen trotz Stolpersteinen - warum es wichtig ist, auch in schwierigen Phasen aktiv zu bleiben

## Audio

Wir haben Tamara, Phillip und Jessi gefragt, wie sich schwierige Zeiten auf ihr Leben ausgewirkt haben und ob sie das Gefühl haben, dass ihr Alltag in dieser Zeit eine Auswirkung auf ihre Stimmung hatte. Höre Dir an, was sie erzählen!

0:00 / 0:00

Hier kannst Du mitlesen, was Tamara Dir erzählt:

*Um ehrlich zu sein, geht es mir in letzter Zeit nicht gut. Ich kann mich gerade so aufraffen, zur Schule zu gehen und das Nötigste zu erledigen. Für alles andere fehlt mir die Energie. Nach der Schule gehe ich nach Hause und gucke mir Videos oder Serien an. Oft bin ich dabei in Gedanken ganz woanders und achte nicht darauf, was gerade läuft. Ich habe in letzter Zeit so gut wie gar nichts mehr unternommen, was mir Freude bereitet und erlebe kaum noch schöne Momente. Es kann gut sein, dass ich mich auch deshalb so niedergeschlagen fühle.*

0:00 / 0:00

Hier kannst du mitlesen, was Phillip Dir erzählt:

*Vor ein paar Monaten hatte ich dann eine richtige Tiefphase. Mir war alles zu viel, ich war total down. Ich hab nur noch das gemacht, was ich machen musste, war bei der Arbeit und bin dann direkt nach Hause gegangen. Zu Hause habe ich dann meistens Computer gespielt oder mir irgendetwas angeschaut. Manchmal hat es mich gar nicht interessiert, was da eigentlich kam. Mit Freunden habe ich kaum noch was gemacht, das Fußballtraining habe ich meistens einfach nicht mehr gepackt. Wenn ich dann trotzdem mal zum Training bin, hab ich irgendwie gemerkt, dass meine Laune immer besser war. Ich hab grundsätzlich das Gefühl, dass meine Stimmung besser wird, wenn ich was unternehme - auch wenn das echt viel Überwindung kostet.*

0:00 / 0:00

Hier kannst Du mitlesen, was Jessi Dir erzählt:

*Als bei meiner Mama eine Schizophrenie diagnostiziert wurde, ging es mir ziemlich schlecht. Ich wusste gar nicht, wie ich damit umgehen sollte. Mein Papa war auch überfordert. In der Zeit habe ich mich kaum noch mit meinen Freundinnen getroffen und auch sonst wenig unternommen. Wenn ich so darüber nachdenke, bin ich mir ziemlich sicher, dass ich nach der Schule direkt nach Hause gegangen bin und mich ins Bett gelegt habe. Dass ich nichts mehr unternommen habe, was mich hätte aufheitern können, war bestimmt ein Grund, weshalb meine Stimmung so schlecht war.*

Die Vermutung von Tamara und Jessi, ihre geringe Aktivität könnte ein Grund für ihre schlechte Stimmung sein, ist richtig. Auch die Feststellung von Phillip, dass Unternehmungen wie das Fußball-Training seine Stimmung heben, trifft zu.

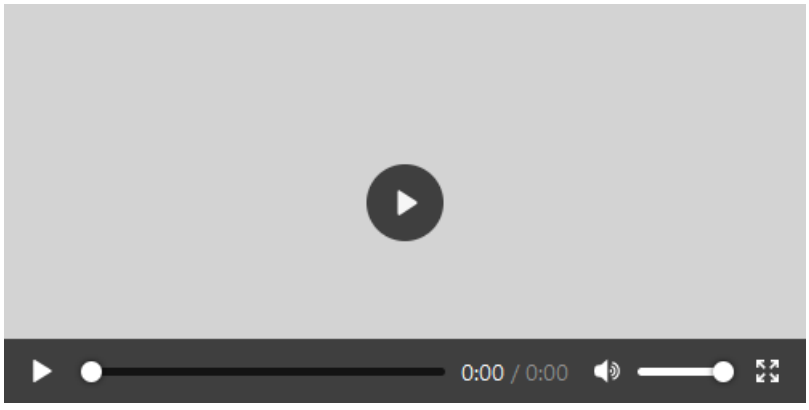
## Aktivität und Stimmung hängen sehr stark zusammen

### Video

Wenn man sich zum Beispiel niedergeschlagen, platt und erschöpft fühlt, hat man vermutlich weniger Lust, raus zu gehen und etwas zu unternehmen. Doch dieses Verhalten ist wenig hilfreich - das führt dazu, dass man noch weniger Lust hat, etwas zu unternehmen.

Im Video kannst Du sehen, warum das so ist.

Du kannst jederzeit auf Stopp klicken oder zurückspulen, wenn es Dir zu schnell geht.




Hier kannst Du den Text zum Video mitlesen:

Deine Stimmung ist sehr eng mit der Aktivität verbunden. Wenn man sich traurig und niedergeschlagen fühlen, fällt es einem oft schwer, sich zu motivieren und zum Beispiel eine Aktivität zu unternehmen. Solche Aktivitäten sind jedoch besonders bei niedergeschlagener Stimmung sehr wichtig und hilfreich. Mit Hilfe positiver Aktivitäten kann man nämlich Erfahrungen machen, die einen aufheitern. Du kannst Dir das vorstellen, wie eine Spirale: Wenn manche Jugendliche sich niedergeschlagen fühlen und gar keine Lust haben, etwas zu unternehmen, beschließen sie, zu Hause zu bleiben und sich im Bett zu verkriechen. Dadurch

wird ihre Laune immer noch schlechter, da sie nichts Positives erleben, das sie aufheitern könnte. Wenn sie nun beschließen, sich aufzuraffen und etwas zu unternehmen, also zum Beispiel an den See zu gehen, einen Spaziergang zu machen, ins Kino zu gehen oder einen Freund zu treffen, können sie eine tolle Erfahrung machen und eine positive Erinnerung sammeln. Diese heitert sie dann wieder auf. So können sie die Abwärtsspirale stoppen und wieder nach oben klettern. Die Aktivität hat sich also gut auf die Stimmung ausgewirkt. Den Jugendlichen geht es besser und sie fühlen sich weniger betrübt. Die schöne Erinnerung kann sie auch in Zeiten schlechterer Stimmung wieder etwas aufmuntern.

Im Video hast Du gesehen, dass man mit Hilfe einer positiven Aktivität seine Stimmung verbessern kann. Es ist deshalb wichtig, dass Du in Deinen Alltag regelmäßig positive Aktivitäten einbaust und diese auch besonders dann machst, wenn Du Dich betrübt fühlst. Das ist ziemlich anstrengend, aber es lohnt sich. So kannst Du es schaffen, dass Du Dich nicht, wie in einer Abwärtsspirale, immer schlechter fühlst.

# Alltagsabenteuer - finde heraus, welche Aktivitäten Dir Freude bereiten

Es ist wichtig, regelmäßig **positive Aktivitäten** in seinen Alltag einzubauen.

Du möchtest mehr über positive Aktivitäten erfahren? Klicke hier.

Was genau eine positive Aktivität ist, ist von Person zu Person verschieden. Wichtig ist es, dass es Dir **Freude** bereitet und gut tut. Positive Aktivitäten können zum Beispiel Hobbies, Unternehmungen mit Freuden oder Sport sein. Es müssen aber keine großen Unternehmungen sein. Oft hilft es zum Beispiel auch schon, es sich gemütlich zu machen und in Ruhe eine Tasse Tee zu trinken oder, wenn es draußen schöner ist, das gute Wetter zu nutzen und eine Runde spazieren zu gehen. Wichtig ist hierbei vor allem, dass man regelmäßig eine schöne Aktivität in seinen Alltag einbaut.

Natürlich ist das einfacher gesagt als getan und gerade wenn man sich zu Hause verkrochen hat, hat man vielleicht gar keine Energie oder Lust, etwas zu unternehmen. Am Anfang musst Du Dich daher vielleicht sogar erst einmal **überwinden**.

**Mini-Challenge:**

Überlege nun einmal, an wie vielen Tagen in der letzten Woche so eine positive Aktivität Teil Deines Lebens war.

Gar nicht Jeden Tag

Berichte mir außerdem hier im Textfeld, was Du in der letzten Woche Schönes gemacht hast!

## Finde Aktivitäten, die Dir Spaß machen könnten!

**Pro-Challenge:**

Ich habe Dir Listen mit vielen positiven Aktivitäten erstellt. Darunter sind kleine und große Alltagsabenteuer, je nachdem, wie Du Dich fühlst und wieviel Zeit Du hast. Es gibt immer etwas Großartiges, das Du unternehmen kannst! Sieh Dir all die Möglichkeiten an und klicke die Aktivitäten an, die Dir Spaß machen könnten!

Gemeinsam mit anderen

Aktivitäten für Draußen

Sportliche Aktivitäten

Kreative Aktivitäten

Aktivitäten für Drinnen

Hast Du weitere Ideen? Dann schreibe sie hier in die Box!

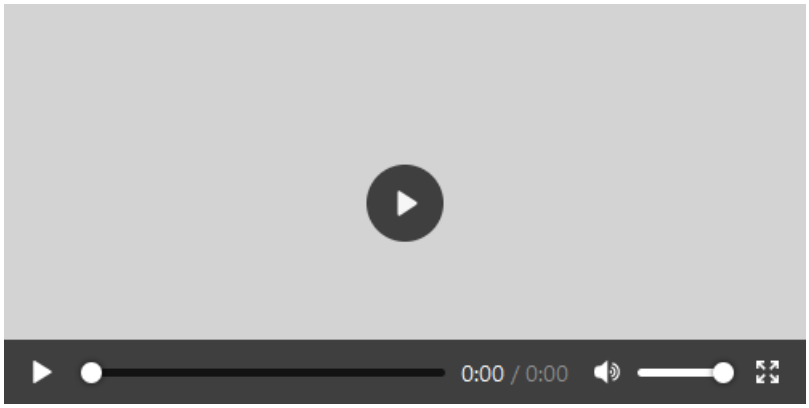
## Dein aktueller Zwischenstand

Super, Du hast schon vier Challenges geschafft!

# Das magische Dreieck - Wie Dein Verhalten, Deine Gedanken und Deine Gefühle zusammenhängen

## Video

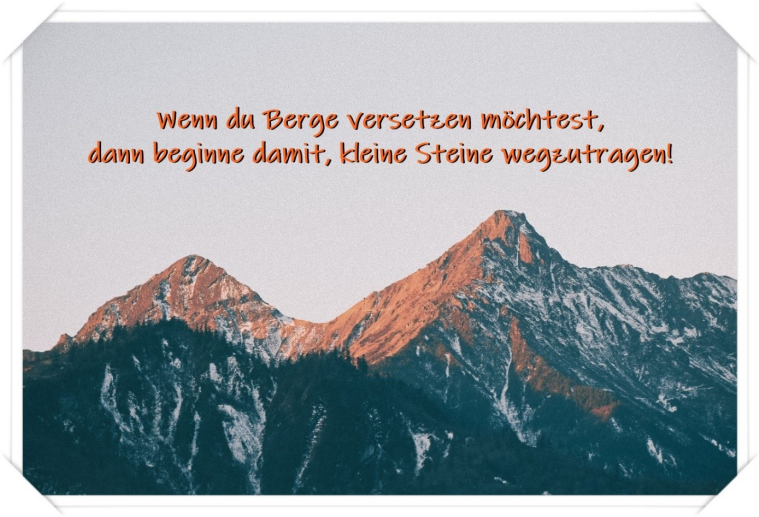
Du hast herausgefunden, welche Dinge Dir Spaß machen können. Hier kannst Du lernen, wie so eine positive Aktivität mit Deinen Gedanken und Gefühlen zusammenhängt. Klicke dazu auf das untenstehende Video!




Hier kannst Du den Text des Videos mitlesen:

Das Spannende an den Gefühlen, den Gedanken und dem Verhalten ist, dass sie sich immer **gegenseitig beeinflussen**. Die Gedanken steuern das Verhalten eines Menschen und wie er sich fühlt. Das Gefühl verändert aber auch die Gedanken und das Verhalten. Genauso ist es möglich, dass das Verhalten die Gedanken und Gefühle verändert. Ein **magisches Dreieck** also.

# Zeit für eine Pause?!




Die Hälfte Deiner heutigen Me-Time liegt bereits hinter Dir! Wenn Du möchtest, kannst Du an dieser Stelle eine kleine Pause von circa zehn Minuten einlegen. Oder Du machst direkt weiter – die Entscheidung liegt bei Dir! Entscheide so, wie Du Dich gerade fühlst.

Bei einer Pause stelle Dir am besten einen Wecker und belohne Dich mit etwas, was Dir gerade gut tut. Das kann zum Beispiel sein:

✓ Im ersten Teil Deiner Me-Time hast Du Dich heute damit auseinandergesetzt, warum es so wichtig ist, auch in schwierigen Lebensphasen aktiv zu bleiben und welche Aktivitäten Du gerne magst.

Im zweiten Reiseabschnitt Deiner heutigen Me-Time geht es um das Thema **Stress**: Wie er entsteht, wie Du am besten damit umgehst und wie Du auf Dich selbst achten kannst.

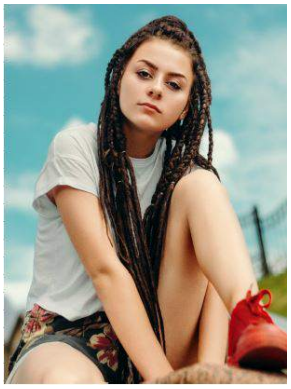
# Was ist Stress?

## Lerne, was Dir helfen kann, die Hügel und Berge Deines Lebens zu erklimmen

Audio

Wir haben Jessi, Phillip und Tamara gefragt, was Stress für sie bedeutet und was ihnen hilft, mit Stress umzugehen. Hör Dir an, was sie zu sagen haben!

Jessi



0:00 / 0:00

Hier kannst Du mitlesen, was Jessi sagt:

*Dass meine Mama eine Schizophrenie hat, ist auf jeden Fall manchmal Auslöser dafür, dass ich mich gestresst fühle. Als das angefangen hat mit der Erkrankung, da konnte ich nicht glauben und akzeptieren, dass Mama Dinge sieht, die gar nicht da sind. Ich wollte, dass alles so ist wie davor. Mit der Zeit musste ich dann feststellen, dass es sich so schnell nicht ändern wird und dass es Mama für längere Zeit schlecht gehen wird. Das zu akzeptieren war ein wichtiger Schritt für mich. Wenn mir zu Hause alles zu viel wird, muss ich manchmal einfach die Tür zu machen. Am liebsten lege ich mich dann auf mein Bett und höre meine Lieblingsmusik.*

Phillip

0:00 / 0:00

Hier kannst Du mitlesen, was Phillip sagt:

*Also für mich bedeutet Stress, dass aus meinem Umfeld ganz viel auf mich einprasselt. Manchmal mache ich mir auch bei der Arbeit Stress. Ich bin ein paar Mal zu spät gekommen, weil mein Vater morgens betrunken war und Ärger gemacht hat, und deshalb habe ich Angst, dass ich gefeuert werde. Obwohl ich weiß, dass ich meine Arbeit eigentlich gut mache. Was mir am meisten hilft, um meinen Kopf freizubekommen, ist, mich beim Fußball so richtig auszupowern.*

Tamara

0:00 / 0:00

Hier kannst Du mitlesen, was Tamara sagt:

*Stress hab ich oft dann, wenn ich viele Aufgaben gleichzeitig erledigen soll. Wenn meine Mum eine depressive Phase hat und morgens nicht aus dem Bett kommt, mach ich viel im Haushalt. An manchen Tagen finde ich das ungerecht und frage mich, warum genau meine Mum krank ist. Manchmal bin neidisch auf meine Freundinnen mit ihren gesunden Eltern. Ich habe allerdings gemerkt, dass ich an der Situation im Moment wenig ändern kann. Ich habe sogar festgestellt, dass es mir noch schlechter geht, wenn ich mir ständig wünsche, dass die Dinge anders sind, anstatt sie einfach stehen zu lassen wie sie gerade sind. Wenn es zu Hause mal wieder schwierig ist, hilft es mir, mit meiner besten Freundin zu reden oder etwas mit ihr zusammen zu unternehmen.*

Stress entsteht, wenn wir uns einer Situation nicht gewachsen fühlen. Das heißt, dass Stress etwas ganz **Persönliches** ist. Ein Beispiel dafür wäre eine Bergbesteigung: Wenn Du ein geübter Bergsteiger bist und an Deine Fähigkeiten glaubst, freust Du Dich wahrscheinlich auf eine Bergbesteigung. Wenn Du Dich mit dem Bergsteigen aber gar nicht auskennst, wird vielleicht schon der Anblick eines hohen Berges Panik und Stress in Dir auslösen.

Du möchtest noch mehr über Stess wissen? Dann klicke hier:

Ob man davon ausgeht, dass man einer Situation gewachsen ist, hängt auch oft von vorherigen **Erfahrungen** und der generellen Einstellung gegenüber Problemen ab. Diese kann eher optimistisch sein („Ich schaffe das schon!“) oder pessimistisch („Es geht sowieso alles schief!“). Auch die **Dauer** des Stresses ist ein wichtiger Faktor – kurze stressige Zeiten können uns oft zu einer höheren Leistung anspornen. Du hast bestimmt schon mal gehört, wie jemand gesagt hat, dass er unter etwas Druck besser arbeitet. Wenn Stress jedoch ein Dauerzustand ist, wird er fast immer belastend.

Von anderen Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern wissen wir, dass Stress ein regelmäßiger Alltagsbegleiter ist. Auch Jessi, Phillip und Tamara berichten, dass sie immer wieder gestresst sind. Oft lässt sich das leider nicht so einfach verändern, da Du als Kind meistens wenig Möglichkeiten hast, auf die Situation zu Hause **Einfluss** zu nehmen. Wenn Du wenig an der Situation ändern kannst, heißt das aber nicht, dass Du gar nichts machen kann. Erinnere Dich nochmal an den Spruch aus der ersten Sitzung:

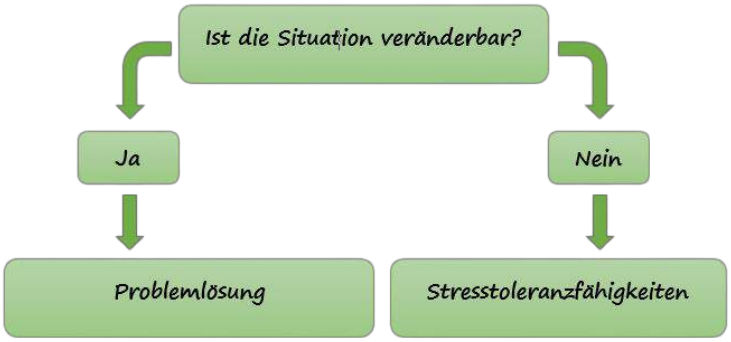
Gib mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann,

den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann,

und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.

## Es gibt manche Dinge im Leben, die Du nicht verändern kannst! Aber was Du immer verändern kannst, ist Deine Einstellung dazu!

Es ist sehr wichtig, zu erkennen, wenn es nicht in Deiner Macht steht, Dinge zu verändern. Wir können nicht alles kontrollieren. Gleichzeitig heißt das nicht, dass Du Dich nicht mit Problemen auseinandersetzen solltest. Wenn Du etwas zu der Lösung eines Problems beitragen könntest, ist es am besten, mutig zu sein und das Problem anzugehen.




So funktioniert die Entscheidung:

- Bei einer veränderbaren Situation sollte man versuchen, das Problem zu lösen.
- Bei einer unveränderbaren Situation sollte man stattdessen Strategien zur **Stresstoleranz** anwenden. Stresstoleranz bedeutet, dass man Stress gut aushalten kann, also besonders widerstandsfähig gegen Stress ist.
- Wenn man Stress schlecht aushalten kann, kann das zu unüberlegten Handlungen oder vielleicht auch zu Verhalten führen, mit dem Du Dir selbst schadest - zum Beispiel, dass Du jemanden beleidigst, wenn Du es eigentlich gar nicht so meinst.

Klicke hier, um mehr über Problemlösung zu erfahren!

Wir werden uns in diesem Teil vor allem auf das Aushalten von unangenehmen und stressigen Situationen konzentrieren. Wenn Du aber in einer Situation bist, die veränderbar ist, ist es wichtig, das Problem anzugehen. Schaue Dir hier einmal fünf Problemlösungsschritte, die Du dann anwenden kannst. Wir werden uns diese Schritte in Deiner 7. Me-Time noch einmal genauer ansehen.

Hier kannst Du Dir die Problemlösungsschritte anschauen!

PROBLEMLÖSUNGS-SCHRITTE
DAS PROBLEM
• Was genau ist das Problem?
• Wann und wo tritt es auf?
• Wie fühle ich mich dabei?
LÖSUNGEN FINDEN
• Was kann ich tun?
• Fallen mir noch andere Möglichkeiten ein?
• Was kann ich noch tun?
ENTSCHEIDEN
• Kann ich die Sache selbst in die Hand nehmen oder ist es besser, jemanden um Unterstützung zu bitten?
• Welche Gefühle werden bei mir und den anderen Personen ausgelöst, wenn ich diese oder jene Lösung durchführe?
HANDELN
• Was ist zu tun?
• Wie kann ich Schwierigkeiten überwinden?
BEWERTEN
• Wie geht es mir jetzt?
• Ist das Ziel erreicht?

## Manche Dinge sind, wie sie sind!

Jetzt geht es um die Probleme, die Du nicht verändern kannst, also um die Dinge, die 'so sind wie sie sind'. Du erinnerst Dich vielleicht: Für diese Dinge benötigen wir die sogenannte Stresstoleranz.

**Mini-Challenge:**

Wie ist das bei Dir? Kennst Du Dinge in Deinem Leben, die Dich stressen und die Du nicht verändern kannst?

Als nächstes werden wir schauen, was es für Tipps und Tricks gibt, die Dir helfen können, mit diesen Situationen besser umzugehen.

## Dein aktueller Zwischenstand

Fünf Challenges sind schon geschafft, super!

# Strategien zum Umgang mit Stress

**Mini-Challenge:**

Wenn Du in einer stressigen Situation bist, die Du nicht verändern kannst, gibt es mehrere Möglichkeiten, wie Du reagieren kannst.

Eine beispielhafte stressige Situation: Du bist auf dem Weg zu einer wichtigen Verabredung und der Bus hat Verspätung! Es gibt keine andere Möglichkeit, rechtzeitig zu der Verabredung zu kommen.

Wie würdest Du reagieren?

Es gibt kurzfristige und langfristige Fertigkeiten zur Stresstoleranz. Kurzfristige Fertigkeiten helfen Dir, wenn Du gerade in der stressigen Situation bist. Hier ist ein kurzer Überblick.

Kurzfristige Fertigkeiten sind:

**Dich ablenken**:

Unternimm etwas! Treibe Sport, höre Musik oder lies ein Buch.

**Dich beruhigen**:

Beruhige Dich mit Deinen fünf Sinnen

Eine Übung, die man in einem besonders stressigen Moment anwenden kann, ist die **3-2-1 Methode.** Während der Übung lenkst Du die Aufmerksamkeit abwechselnd auf bestimmte Sinne und nimmst den Augenblick bewusst wahr. Du lenkst Deine Aufmerksamkeit auf:

- 3 Dinge, die Du siehst
- 3 Dinge, die Du hörst
- 3 Dinge, die Du körperlich fühlst

Dann wiederholst Du die Übung mit 2 Dingen, die Du siehst, hörst und fühlst und dann schließlich mit einer Sache, die Du siehst, hörst und fühlst. Der Sinn dieser Übung ist, dass Du den Moment, also das Hier und Jetzt, bewusst wahrnimmst und etwas Abstand zu Deinen Gedanken nimmst.

**Verbessere den Augenblick**:

Verbessere eine unangenehme Situation durch kurze positive Momente, zum Beispiel kannst Du Dir etwas Schönes vorstellen, eine Pause machen, oder Dir selbst Mut machen

**Wäge Vor- und Nachteile ab**:

Mache eine Liste mit Punkten, die dafür oder dagegen sprechen, Stress auszuhalten oder Stress nicht auszuhalten (also impulsiv zu handeln)

Wendest Du von diesen Strategien schon eine oder mehrere an?

Ja Nein

## Pro-Challenge

In dieser Pro-Challenge wollen wir die kurzfristigen Stresstoleranzfähigkeiten üben. Anders als die normalen Pro-Challenges wirst Du die Fertigkeiten dieses Mal über die nächste Woche üben. Wähle pro Kategorie eine Strategie aus, die Du in der nächsten Woche anwenden willst, wenn Du Dich aufgewühlt, gestresst oder überfordert fühlst. In der nächsten Me-Time kannst Du mir erzählen, wie das geklappt hat.

Sich ablenken

Sich beruhigen

Den Augenblick verbessern

# Radikales Akzeptieren der Realität

Radikales Akzeptieren ist eine Möglichkeit, **langfristig** mit Stress umzugehen.

Beim radikalen Akzeptieren der Realität geht es darum, die stressige Situation so anzunehmen wie sie ist, ohne zu urteilen oder sich zu wünschen, dass es anders sei. Das heißt nicht, dass Du alles großartig finden musst oder dass etwas nicht ungerecht ist. Das heißt aber, dass Du Deine **Energie** nicht dafür nutzt, Dir zu wünschen, dass die Dinge anders wären. Stattdessen überlegst Du, was Du machen könntest, um die Situation zu verbessern. Akzeptieren ist oft der erste Schritt in Richtung **Veränderung.**

Du möchtest noch mehr über Radikales Akzeptieren erfahren? Klicke hier.

Jessi hat das in ihrem Beispiel schon angesprochen: Sie hat gemerkt, dass es ihr nicht hilft, auf ihre Freundinnen neidisch zu sein und sich zu wünschen, dass alles anders wäre. Dann fühlt sie sich eher noch schlechter. Wenn sie allerdings akzeptiert, dass die Erkrankung ihrer Mutter oft Stress für sie auslöst, kann sie überlegen, was sie tun kann, um diese schwierigen Situationen zu verbessern.

Wenn wir nochmal an die Bergbesteigung denken, ist das außerdem ungefähr so, als würden wir uns die Augen zuhalten, während wir einen Berg besteigen! Wir wollen nicht wahrhaben, dass wir jetzt in dieser schwierigen Situation sind, aber wenn wir vermeiden, hinzugucken, ändert sich dadurch die Situation natürlich nicht – ein Berg bleibt ein Berg. Oft machen wir es uns dadurch eher schwieriger.

Viele Menschen glauben, dass das Akzeptieren schlecht wäre, weil sich dadurch nichts verändert. Allerdings ist es auch falsch, zu glauben, dass sich ein Problem in Luft auflöst, wenn wir uns weigern, es zu akzeptieren. Radikales Akzeptieren bedeutet auch nicht, dass Du aufgibst oder akzeptierst, dass Dein Leben voller Schmerz sein wird.

## Dein aktueller Zwischenstand

Fast geschafft!

## Radikales Akzeptieren - wie funktioniert das?

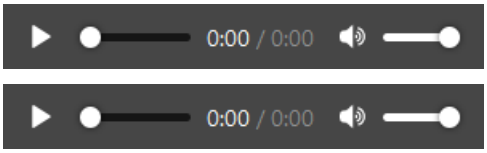
Lass uns nun einmal das Radikale Akzeptieren gemeinsam ausprobieren!

Audio

Ich habe Dir dafür eine Übung mitgebracht. In dieser Übung geht es darum, den aktuellen Moment ganz bewusst wahrzunehmen. Das gelingt uns dadurch, dass wir die Aufmerksamkeit auf den Atem lenken. Das Tolle daran ist, dass Du die Übung auch unterwegs machen kannst, ganz egal, wo Du bist.

Probiere es aus!

Du kannst dabei zwischen einer männlicher oder einer weiblichen Stimme auswählen. Entscheide so, wie es für Dich passt und sich gut anfühlt!




Du möchtest den Text der Übung mitlesen? Klicke hier.

Nimm Dir einen Moment Zeit und suche Dir einen Ort an dem Du in Ruhe sein kannst. Du kannst diese Übung auch unterwegs machen, im Bus, auf der Toilette, im Park, im Bett oder an einem anderen Ort, an dem Du für einen kurzen Moment nicht abgelenkt wirst und Dich ganz auf Dich konzentrieren kannst. Lass störende Gedanken dabei vorüberziehen indem Du Dich während der Übung nur auf die Anspannung bzw. Entspannung und Deine Atmung konzentrierst.

1. Nimm ein paar tiefe Atemzüge und versuche Dich auf deinen Körper zu konzentrieren. Spüre wie Dein Körper mit jedem Atemzug beginnt angenehm schwer zu werden. Versuche Dich auf Deine Atmung zu konzentrieren. Wie Du ein- und ausatmest und ein- und wieder ausatmest. Wenn Du magst, schließe während der Übung Deine Augen.
2. Lenke Deine Aufmerksamkeit nun auf den rechten Arm. Balle dann Deine rechte Hand zu einer festen Faust und spanne deinen ganzen rechten Arm an. Konzentriere Dich nur auf Deine Atmung. Zähle nun von 10 rückwärts und halte die Anspannung aus. 10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1 Löse nun die Anspannung wieder, ohne Dich viel zu bewegen. Versuche die Entspannung, die sich ganz langsam in Deinem rechten Arm ausbreitet ganz bewusst zu spüren. Zähle dabei von 30 rückwärts. 30 – 29 – 28 – 27 – 26 – 25 – 24 – 23 – 22 – 21 – 20 – 19 – 18 – 17 – 16 – 15 – 14 – 13 – 12 – 11 – 10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1

3. Widme Dich nun Deinem linken Arm. Balle Deine linke Hand zu einer festen Faust und spanne deinen ganzen linken Arm an. Zähle nun von 10 rückwärts und halte die Anspannung aus. Konzentriere Dich auf Deine Atmung. 10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1 Löse nun die Anspannung wieder und versuch Dich nicht viel zu bewegen. Nimm die Entspannung wahr, die sich vorsichtig in Deinem linken Arm ausbreitet. Zähle dabei wieder von 30 rückwärts. 30 – 29 – 28 – 27 – 26 – 25 – 24 – 23 – 22 – 21 – 20 – 19 – 18 – 17 – 16 – 15 – 14 – 13 – 12 – 11 – 10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1
4. Richte Deine Aufmerksamkeit nun auf Dein rechtes Bein. Versuche jeden Muskel in Deinem Bein anzuspannen. Beginne mit deinen Zehen und den Muskeln in Deinem Fuß. Spanne dann Dein ganzes Bein und Deine rechten Gesäßmuskeln an und halte die Anspannung. Konzentriere Dich ganz auf Deine Atmung und zähle von 10 rückwärts.10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1 Entspanne nun die Muskeln im rechten Fuß und Deinem Bein. Zähle erneut von 30 rückwärts und spüre, wie sich ganz leicht ein Gefühl der Entspannung in Deinem rechten Bein ausbreitet. 30 – 29 – 28 – 27 – 26 – 25 – 24 – 23 – 22 – 21 – 20 – 19 – 18 – 17 – 16 – 15 – 14 – 13 – 12 – 11 – 10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1
5. Richte Deine Aufmerksamkeit nun auf Dein linkes Bein. Beginne Deine linken Zehen und die Muskeln in Deinem linken Fuß anzuspannen. Spanne dann Dein ganzes Bein und Deine linken Gesäßmuskeln an und halte die Anspannung. Konzentriere Dich ganz auf Deine Atmung und versuche an nichts anderes zu denken. Zähle erneut von 10 rückwärts. 10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1 Entspanne nun die Muskeln. Zähle erneut von 30 rückwärts und spüre, wie sich ganz leicht ein Gefühl der Entspannung in Deinem linken Bein ausbreitet. 30 – 29 – 28 – 27 – 26 – 25 – 24 – 23 – 22 – 21 – 20 – 19 – 18 – 17 – 16 – 15 – 14 – 13 – 12 – 11 – 10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1
6. Widme Dich nun Deinem Bauch. Spanne nun Deine Bauchmuskeln an. Konzentriere Dich dabei auf Deine Atmung und zähle von 10 rückwärts. 10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1 Entspanne nun Deine Bauchmuskeln. Zähle dann von 30 rückwärts und spüre, wie sich ein Gefühl der Entspannung in Deinem linken Bein ausbreitet. 30 – 29 – 28 – 27 – 26 – 25 – 24 – 23 – 22 – 21 – 20 – 19 – 18 – 17 – 16 – 15 – 14 – 13 – 12 – 11 – 10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1
7. Nimm nun zum Abschluss ein paar tiefe Atemzüge und versuche Dich auf deinen Körper zu konzentrieren. Spüre die Entspannung in deinen Körper. Öffne nun die Augen.

# Selbstfürsorge – gib auf Dich Acht!

**Mini-Challenge:**

Hast Du schon mal von Selbstfürsorge gehört?

Ja Nein

Was bedeutet Selbstfürsorge für Dich? Was stellst Du Dir darunter vor?

Danke für Deine Idee!

**Selbstfürsorge** bedeutet, *sich um seine Bedürfnisse zu kümmern*. Das heißt, dass Du Verantwortung für Dein Leben übernimmst und nicht darauf wartest, dass andere Menschen Deine Probleme für Dich lösen. Das heißt zum Beispiel auch, dass Du auf die Bremse drückst und Dir eine Auszeit nimmst, wenn Du merkst, dass Du Dich überfordert fühlst. Wichtig hierbei ist es, dass Du auf Deine Gefühle achtest und in Dich reinhörst. Was brauchst Du jetzt gerade? Was würde Dir guttun?

Unsere iCHIMPS-Sitzungen heißen Me-Times, weil Du Dir währenddessen Zeit für Dich selbst nimmst. Sich Zeit für sich zu nehmen, ist ein großer Teil von Selbstfürsorge – Du bist also

schon gut dabei, wenn Du es so weit geschafft hast!

Was Selbstfürsorge mit Grenzen setzen zu tun hat - erfahre hier mehr!

Außerdem kann ein Teil von Selbstfürsorge auch sein, Grenzen zu setzen. Das heißt, Dinge, die Dir nicht guttun, auf eine „STOPP“-Liste zu setzen. Das ist kein Egoismus, sondern ein Weg, Dich um Dich selbst zu kümmern und Dich zu schützen. Wenn Du Dich ausgebrannt fühlst, kannst Du niemandem mehr helfen. In Deiner siebten Me-Time kannst Du mehr über das Thema 'Grenzen setzen' lernen.

## Dein aktueller Zwischenstand

Super, du hast alle Mini-Challenges bearbeitet!

## Pro-Challenge:

Nimm Dir eine Auszeit!

Überlege Dir, wann Du Dir im Laufe der nächsten Woche eine Auszeit nehmen könntest. Damit Du solche Auszeiten regelmäßig in Deinen Alltag einbauen kannst, ist es wichtig, dass Deine Selbstfürsorge-Aktivitäten nicht zu lange dauern. Beispiele sind:

- sich nachmittags in die Sonne setzen
- einen gemütlichen Filmabend machen
- ein Buch lesen
- ein Bad nehmen
- Tagebuch schreiben
- sich einmummeln und einen Tee trinken

Guck mal in Deinen Kalender! Halte unten fest, wann Du Dir eine Auszeit nehmen wirst.

# Dein aktueller Zwischenstand

Yeah! Du hast heute neun Challenges bearbeitet!

# Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren?

- Du hast erfahren, dass Aktivität und Stimmung sehr stark zusammenhängen und es deshalb wichtig ist, auch in schwierigen Lebensphasen aktiv zu bleiben.
- Du hast gelernt, dass Stress entsteht, wenn man sich überfordert fühlt.
- Du weißt jetzt, dass es im Umgang mit Stress kurzfristige Fertigkeiten (sich ablenken, sich beruhigen, den Augenblick verbessern, Vor- und Nachteile abwägen) und langfristige Fertigkeiten (radikales Akzeptieren) gibt und dass es wichtig ist, sich um die eigenen Bedürfnisse zu kümmern.

## Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen?

Wie hat Dir die heutige Me-Time gefallen? 1 bedeutet, dass Dir die heutige Me-Time gar nicht gefallen hat und 10 heißt, dass Dir die Me-Time sehr gut gefallen hat.

Gar nicht Sehr gut

## Deine Reise - und Dein Erinnerungsbild!

Großartig! Du hast Dir Deine fünfte Me-Time genommen! Als Belohnung dafür erhältst Du Dein Erinnerungsbild.

Du bist gespannt, wie Dein heutiges Erinnerungsbild aussieht? Dann klicke hier!

Dein heutiges Erinnerungsbild soll Dir dabei helfen, stressige Situationen zu überstehen.

## Deine Me-Time zum Mitnehmen

Drucken

Zum Abschluss habe ich Dir alle wichtigen Infos aus Deiner heutigen Me-Time zum Ausdrucken zusammengefasst. Manche Felder sind noch frei – wenn Du Dich noch weiter mit Dir auseinandersetzen möchtest, dann lade ich Dich ein, diese noch auszufüllen.

Zusammenfassung_Modul 5.pdf

## Unser nächster Termin!

Damit das Online-Programm richtig effektiv ist, empfehle ich Dir, eine Me-Time pro Woche zu machen. So kannst Du sicherstellen, dass Du Dir genug Zeit für Dich nimmst, ohne Dir dabei zu viel zuzumuten.

Wann möchtest Du Deine sechste Me-Time einplanen?

## Bleib dran! - Deine Me-Time für die Woche:

Diese Woche ist besonders, weil Du mehrere Herausforderungen während der nächsten Woche meistern kannst:

Deine erste Challenge für diese Woche ist, Deine ausgewählten Stresstoleranzfähigkeiten zu üben:

{{201}}

{{202}}

{{203}}

Außerdem hast Du für {{256}} einen Termin gemacht, um Selbstfürsorge zu üben.

Du kannst Dir als Home-Challenge diese Woche einen Wochenplan erstellen, um genug Zeit für Selbstfürsorge zu finden. Wenn Deine Familie mitmachen möchte, könnt ihr gemeinsam in der Family-Challenge einen Wochenplan erstellen. Achte auf Dich und bleib am Ball!

### Drucken

Lade Dir die entsprechenden pdf-Dokumente herunter und drucke sie aus. Dort findest Du auch alle weiteren Erläuterungen! Viel Spaß damit!

### Home-Challenge:

Home-Challenge_Modul 5.pdf

## Family-Challenge:

Familienchallenge_Modul 5.pdf

Wochenplan.pdf

# Bis dann!

Ich freue mich, wenn Du zum vereinbarten Termin nächste Woche wieder dabei bist!

Bis dahin wünsche ich Dir alles Gute, bleib dran!

Dein E-Coach

# Me-Time 6

Antwortbogen begonnen am 2025-06-26 11:35:05
Antwortbogen abgegeben am 2025-06-26 11:35:05
Die Intervention ist begleitet

## Me-Time 6: Welt der Gefühle - lerne, wie Du mit starken Gefühlen umgehen kannst

Hallo!

Wie schön, dass Du Dich entschieden hast, Deine Reise fortzusetzen. Du hast jetzt schon einen großen Teil Deiner iCHIMPS-Reise hinter Dir. Toll, wie viel Du schon geleistet hast!

In der letzten Me-Time hast Du gelernt, wie Du besser mit Stress umgehen kannst.

**Mini-Challenge:**

Bevor wir mit der heutigen Me-Time starten, möchte ich gerne wissen, wie es Dir seit der letzten Me-Time und mit der Home- oder Family-Challenge ergangen ist.

Wie ist es Dir seit Deiner letzten Me-Time ergangen? War das Gelernte aus der letzten Me-Time für Dich hilfreich?

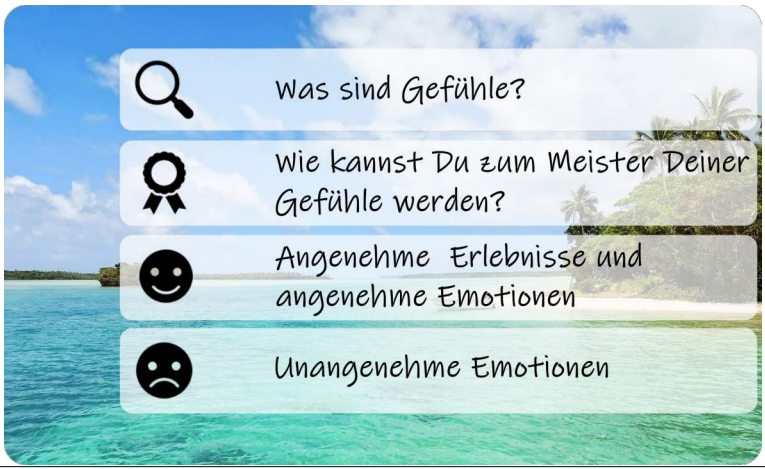
Vielleicht hast Du auch versucht, Deine Stresstoleranzfähigkeiten zu üben. Hast Du einen Unterschied bemerkt? Hast Du vielleicht sogar auch den Wochenplan ausprobiert? Welche Erfahrungen hast Du gemacht?

Danke für Deine Antwort!

In der heutigen Me-Time werden wir zusammen üben, wie Du Dein Denken, Fühlen, und Handeln kontrollieren kannst. Unsere iCHIMPS-Reise geht weiter, und zwar auf die Insel der Emotionen!

## Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise:

## Dich erwarten spannende Challenges zu folgenden Themen:



## Dein aktueller Zwischenstand:

## Diese Erinnerungsbilder hast Du in Deinem Fotoalbum schon gesammelt:

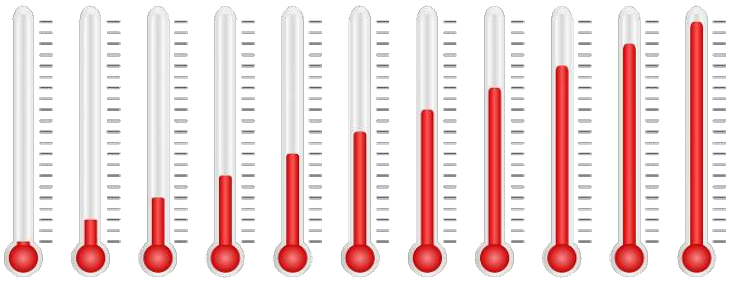
# Deine Stimmung – Wie fühlst Du Dich heute?

Wie bei Deinen letzten Me-Times möchte ich Dich jetzt gerne fragen, wie Du Dich heute fühlst. Das ist manchmal gar nicht so leicht. Bist Du dazu bereit? Dann lass uns anfangen!

**Mini-Challenge:**

Du kannst hier auf Deinem Stimmungs-Thermometer angeben, wie Du Dich heute fühlst:

Fühlst Du Dich gut oder geht es Dir heute eher schlecht? Schätze Deine Stimmung auf einer Skala von 1 bis 10 ein! 1 bedeutet, dass es Dir sehr schlecht geht und 10 heißt, dass Du Dich super gut fühlst!



Wie fühlst Du Dich heute?

Mir geht es sehr schlecht

Mir geht es sehr gut

## Dein aktueller Zwischenstand

Super, Du hast schon zwei Challenges bearbeitet!

Heute bereisen wir die Insel der Gefühle. Du möchtest mehr über Dein Reiseziel erfahren? Dann klicke hier.

Die Insel der Gefühle ist leider nur schwer zu erkennen und wird nur gelegentlich besucht. Doch wenn man die Insel mit all ihren verborgenen Wegen, Einzigartigkeiten und ihrem Reichtum näher entdeckt, stellt man fest, wie viel sie zu bieten hat. Auf der Insel der Gefühle fühlt man sich meistens geborgen und wohl.

Doch es ist Vorsicht geboten! Es ist nicht immer angenehm, auf der Insel der Gefühle Zeit zu verbringen. Denn auf dieser Insel herrschen manchmal turbulente Stürme, lang andauernde Regenfällen oder glühende Hitze.

Manche Menschen unterdrücken ihre Gefühle und trauen sich nicht, diese zu spüren. Doch wenn wir unsere Gefühle wahrnehmen und verstehen, können wir spüren, dass wir die Kontrolle haben! Auch wenn wir manche Gefühle als unangenehm und andere als angenehm empfinden, sind alle auf ihre Art und Weise spannend und einzigartig.

**Mini-Challenge:**

Welche Gefühle kennst Du schon?

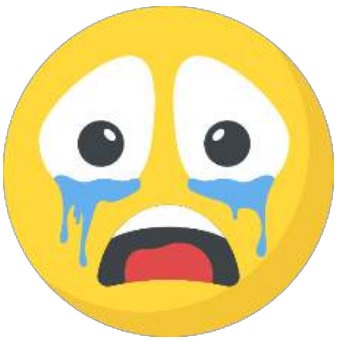
Der Mensch erlebt eine Vielzahl von Gefühlen. Sie können ganz unterschiedlich sein. Stelle Dir die Gefühle doch mal als Emojis vor. Kannst du die unten abgebildeten Gefühle erkennen?

Hier handelt es sich um:

Hier handelt es sich um:

Hier handelt es sich um:

Hier handelt es sich um:



Hier handelt es sich um:

Hier handelt es sich um:

Dir fallen gerade keine Gefühle ein? Klicke hier für Ideen.

**Situationen, die Gefühle auslösen:** Fallen Dir gerade keine Gefühle ein, denke daran, was Du in den folgenden Situationen empfindest:

- Streit
- ein Geschenk bekommen
- Abschied von einem geliebten Menschen
- ein Erfolgserlebnis
- ein gefährliches Tier
- Ruhe haben
- niemand ist da
- einen Fehler begangen
- einen Witz erzählt bekommen
- wenn der Lehrer stundenlang spricht
- ein Käfer in deinem Essen

Überlege: Wie kannst Du die Gefühle, die Du in diesen Situationen spürst, benennen?

# Was sind Gefühle?

An manchen Tagen fühlt man sich richtig gut, an anderen Tagen hat man ziemlich schlechte Laune. Kennst Du Das auch von Dir?

Gefühle sind nicht einfach da. Sie entstehen durch bestimmte Auslöser. Oft ist uns jedoch nicht bewusst, warum gerade jetzt genau dieses Gefühl entsteht.

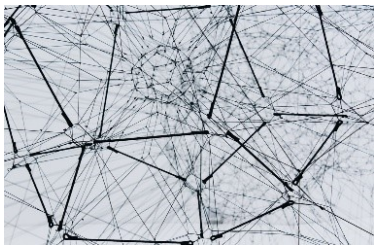
**Mini-Challenge:**

Klicke auf die Information unter den Bildern und lerne mehr über Gefühle!

Wozu sind Gefühle da?

Gefühle zeigen uns, dass etwas wichtig für uns ist.

Tamara hat zum Beispiel große Angst, dass ihrer Mutter etwas passiert. Das zeigt, dass sie sie sehr liebt. Phillip ärgert sich beim Fußball spielen, wenn ein Gegentor geschossen wird. Dann strengt er sich richtig an, damit seine Mannschaft das Spiel doch noch gewinnt.



Wo entstehen Gefühle?

Gefühle entstehen im Gehirn, und zwar durch verschiedene Netzwerke zwischen den Bereichen im Gehirn.

Das kannst Du Dir so ähnlich vorstellen wie auf einem U-Bahn-Plan. Das Gehirn ist von Mensch zu Mensch verschieden aufgebaut, deshalb empfindet jeder Mensch Gefühle ganz einzigartig. Das ist niemals genau gleich. Manche Menschen empfinden zum Beispiel mehr Angst als andere und andere spüren mehr Traurigkeit.

Warum ist es wichtig, seine Gefühle zu kennen?

Psychologen haben herausgefunden, dass es hilft, wenn man seine eigenen Gefühle gut kennt.

Denn hinter einem Gefühl steckt immer ein Wunsch: Wenn man traurig ist, dann wünscht man sich vielleicht, getröstet zu werden.

Wodurch entstehen Gefühle?

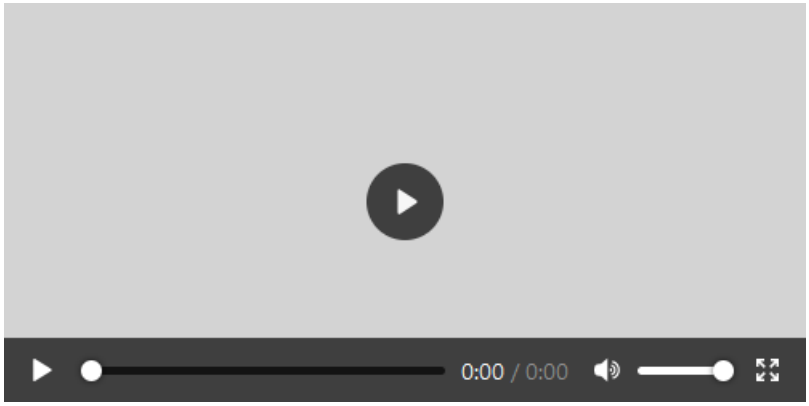
Manchmal spüren wir plötzlich einfach so ein Gefühl und wissen nicht, woher es kommt.

Sie können durch Erinnerungen entstehen oder durch eine Situation ausgelöst werden, zum Beispiel durch Streit oder ein schönes Erlebnis.

# Was nützen Gefühle?

## Video

Im Video erfährst Du, welche wichtige Aufgabe Gefühle für uns haben




Hier kannst Du den Text des Videos mitlesen:

Gefühle haben eine wichtige Aufgabe. Sie ermöglichen es dem Menschen eine Situation schnell einschätzen zu können und die eigenen Wünsche und Bedürfnisse in der Situation zu erkennen. Du kannst Dir das so vorstellen: In Deinem Gehirn ist eine Schaltzentrale mit verschiedenen Lämpchen. So wie in dem Cockpit eines Flugzeugs. Dort warnen die Lämpchen zum Beispiel, wenn das Flugzeug neuen Sprit benötigt oder ein Licht kaputt ist. Wenn nun in Deiner Gefühlsschaltzentrale das Lämpchen „Angst“ zum Beispiel rot aufleuchtet, bedeutet das, dass Du Dich nicht sicher genug fühlst. Das Sicherheitsbedürfnis ist nicht ausreichend gestillt. Leuchtet das Lämpchen „Wut“ rot, könnte das bedeuten, dass Du dich ungerecht behandelt fühlst. Die Lämpchen zeigen Dir an, was Du in einer Situation empfindest und Du erkennst so, was Dir fehlt und was Du verändern kannst, damit es dir besser geht. Beispielsweise in einer Angstsituation Dich in Sicherheit zu bringen oder bei Wut Ungerechtigkeiten anzusprechen. Du veränderst dann Deine Situation so, dass das Lämpchen nicht mehr aufleuchtet. So als wäre das Flugzeug getankt oder die kaputte Lampe repariert worden. Natürlich können in Deiner Gefühlsschaltzentrale auch grüne und bunte Lämpchen aufleuchten. Wenn Du Dich zum Beispiel sehr freust, könnte es grün blinken. Wichtig ist, dass Deine Gefühle immer ein Verhalten auslösen. Wenn Du Dich an die letzte Me-Time zurückerinnerst, fällt Dir vielleicht wieder das magische Dreieck ein. Hier hast Du bereits gesehen, dass Gefühle beeinflussen können, wie Du handelst.

## Dein aktueller Zwischenstand

Schon vier Challenges, toll!

**Merke:** Ein Gefühl kannst Du Dir so ähnlich vorstellen wie einen Telefonanruf, der Dich auf etwas aufmerksam machen will. Gefühle helfen uns zu verstehen, was für uns wirklich wichtig ist. Und Gefühle zeigen uns, wenn etwas ganz falsch läuft.

## Wie spürt man ein Gefühl?

Die ersten Anzeichen von Gefühlen sind Veränderungen in unserem Körper, zum Beispiel lächeln wir, wenn wir uns freuen oder wir zittern, wenn wir Angst haben. Unser Körper zeigt uns, welches Gefühl wir empfinden. Jeder Mensch empfindet ein Gefühl ein bisschen anders. Wie fühlst Du Deine Gefühle in Deinem Körper? Finde es heraus!

### Mini-Challenge:

Erarbeite Deine individuellen Körperreaktionen auf das Gefühl!

Wie spürst Du bestimmte Gefühle in Deinem Körper? Wähle Dir drei Gefühle aus und überlege, wie Du sie in deinem Körper wahrnimmst.

Wie empfindest Du Freude?

Wie empfindest Du Wut?

Wie empfindest Du Liebe?

Wie empfindest Du Angst?

Wie empfindest Du Traurigkeit?

## Angenehme und unangenehme Gefühle

Vielleicht ist Dir schon aufgefallen, dass wir sehr schöne und eher weniger schöne Gefühle erleben können. Beide Arten der Gefühle sind wichtig und hilfreich. Deshalb sprechen wir nicht von 'guten' und 'schlechten' Gefühle, sondern viel mehr von **angenehmen und unangenehmen Gefühlen**.

**Mini-Challenge:**

Hast Du schon eine Idee, was unangenehme und angenehme Gefühle sein könnten? Ordne die Gefühle den Kategorien zu.

Liebe

✓ Richtig!

! Falsch! Versuche es noch einmal.

Trauer

! Falsch! Versuche es noch einmal.

✓ Richtig!

Wut

Falsch! Versuche es noch einmal.

Richtig!

Angst

Falsch! Versuche es noch einmal.

Richtig!

Stolz

Richtig!

Falsch! Versuche es noch einmal.

Scham

Falsch! Versuche es noch einmal.

Richtig!

Einsamkeit

Falsch! Versuche es noch einmal.

✓ Richtig!

## Dein aktueller Zwischenstand

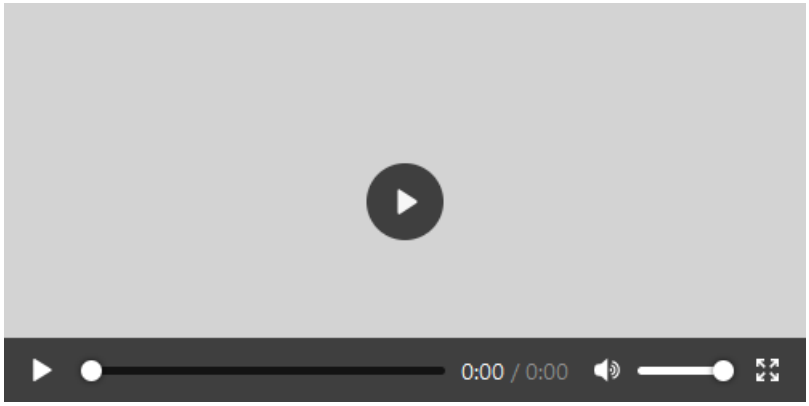
Du hast schon die Hälfte der heutigen Challenges geschafft!

## Wie beeinflussen Deine Gefühle Dein Verhalten?

### Video

Damit Du der Meister Deiner Gefühle werden kannst, ist es nicht nur wichtig, dass Du eine Vorstellung hast, was Deine Gefühle ausmacht, sondern auch, wie sie entstehen und was sie Dir nutzen. So lernst Du, optimal mit ihnen umzugehen.

Im Video erfährst Du, wie Gefühle entstehen und was Gefühle mit unserem Verhalten zu tun haben.




Hier kannst Du den Text des Videos mitlesen:

Gefühle haben dem Menschen schon seit der Steinzeit geholfen, eine Situation einzuschätzen. Die Menschen, die vor Jahrhunderten lebten, waren Jäger und Sammler. Bestimmt kannst Du Dir vorstellen, dass manchmal auf der Jagd ein gefährliches Tier auf die Jäger lauerte. Zum Beispiel ein Tiger. Ein Tiger löst Angst aus, da es durch einen Angriff des Tigers zu einer lebensbedrohlichen Situation kommen kann. Die Angst aktivierte in Sekundenschnelle ein Fluchtsystem und der Mensch rannte vor dem Tiger davon. Es ist toll, dass das Gefühlssystem so schnell reagiert. In einem solchen Fall ist sie sehr sinnvoll. Allerdings kannst Du dir vorstellen, dass sehr schnelle Systeme auch fehleranfällig sind und es manchmal zu Fehlalarmen kommen kann. Der Mensch reagiert sehr schnell auf Situationen und bewertet sie deshalb manchmal nicht ganz richtig. So löst zum Beispiel eine kleine ungiftige Spinne in

vielen Menschen große Angst aus, obwohl sie keine Gefahr darstellt. Wichtig ist hierbei, dass das menschliche Gefühlssystem schneller reagiert als die Gedanken. Gefühle lösen im Menschen den sofortigen Drang aus zu handeln. Das nennt man auch Verhaltensimpuls.

# Werde zum Meister Deiner Gefühle!

## Audio

Auch Phillip, Tamara und Jessica sind manchmal mit ihren Gefühlen überfordert. Hier kannst Du hören, welche Strategien sie anwenden, um mit ihren Gefühlen umzugehen. Achte bei den Aussagen auf die Gefühle und zu welchem Verhalten die Gefühle führen.

Phillip

0:00 / 0:00

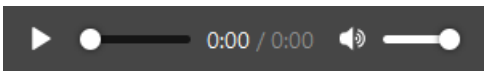
Hier kannst Du mitlesen, was Phillip Dir erzählt.

*Ich war früher sehr frustriert wegen der Alkoholabhängigkeit meines Vaters. Ich habe immer große Angst gehabt, wenn er betrunken war und zu Hause Chaos verursacht hat. Ich war*

*manchmal sehr wütend auf meine Eltern und wie sie mit der Situation in der Familie umgehen! Oft war die Wut für mich unerträglich, ich fühlte mich dann irgendwie machtlos. An Tagen, an denen ich rausgegangen bin, um mich mit meinen besten Freunden zu treffen, war ich manchmal richtig gemein zu ihnen. Ich habe meine Freunde beschimpft und mich über sie lustig gemacht. Irgendwann wollten sie dann nichts mehr mit mir zu tun haben. Ich weiß, dass ich mich falsch verhalten hab, aber ich konnte nicht anders. Als ich verstanden hab, dass mein aggressives Verhalten nicht ok war, weder für mich noch für meine Freunde, hab ich erkannt, dass ich meine Wut irgendwie anders rauslassen muss. Meine Freunde können ja nichts dafür.*

*Momentan gehe ich auf den Fußballplatz und tobe mich dort aus: Beim Kicken kann ich den ganzen Frust rauslassen. Ich habe auch bemerkt, dass die Erkrankung meines Vaters mich mittlerweile weniger belastet, weil ich eingesehen habe, dass ich an der Situation nichts ändern kann. Früher habe ich oft stundenlang gegrübelt, aber das hilft mir nicht weiter. Mein Vater mag nicht immer der Vater sein, den ich mir wünsche, aber trotzdem ist er mein Vater. In seinen nüchternen Zeiten habe ich richtig Spaß mit ihm. Wenn ich versuche, die Schwierigkeiten in meiner Familie anders zu sehen, merke ich, dass es mir besser geht. Ich hab da einen Lieblingsspruch, an den ich mich erinnere, wenn ich mich wütend fühle: “Bevor du sprichst, lasse deine Worte durch drei Tore gehen. Sind sie wahr? Sind sie notwendig? Sind sie freundlich?“*

Tamara



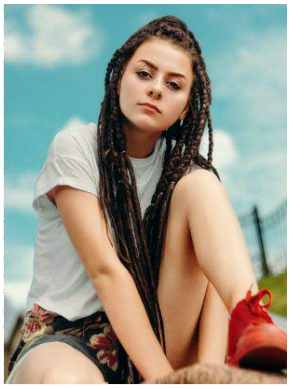

Hier kannst Du mitlesen, was Tamara Dir erzählt.

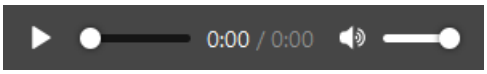
*Ich fühle mich manchmal einsam und hilflos, was mein Leben angeht. Ich habe nur eine gute Freundin. Auch wenn ich mit ihr über schwierige Dinge sprechen kann, so eine richtige Clique habe ich nicht. Ich hatte nie viel Zeit, mich mit anderen zu treffen, weil ich den größten Teil meiner Zeit zu Hause verbracht habe, um auf meine Mum aufzupassen. Ich dachte, dass ich nicht gut genug bin, um an ihrer Lage etwas zu verändern. Ich hab mich schuldig gefühlt. Es hat mich traurig gemacht, dass es ihr immer noch schlecht geht, obwohl ich mich so*

*angestrengt habe. Früher hab ich mich ins Bett gelegt und viele Süßigkeiten genascht, nachdem ich mit dem Haushalt fertig war. Das hat mir in solchen Momenten gut getan.*

*Ich habe lange gebraucht, bis ich es geschafft habe, mit der Erkrankung meiner Mum umzugehen. Ich habe mit dem Sozialarbeiter unserer Schule gesprochen und er hat mir gezeigt, wie ich mit meinen Gedanken und Gefühlen besser umgehen kann. Mittlerweile ist mir klar, dass ich nicht schuld an der Erkrankung meiner Mum bin. Egal, wie sehr ich mich auch anstrenge, ich kann sie nicht gesund machen. Ich habe mir ein Tagebuch gekauft mit so einem kleinen Schloss dran, da schreibe ich alles rein, was mich beschäftigt. Ich weiß, dass ich trotz meines Alters schon ziemlich selbstständig bin, das finde ich cool. Es gibt auch ein Zitat, an das ich mich oft erinnere: "Mach weiter. Deine schwersten Zeiten führen oft zu den größten Momenten Deines Lebens. Mach weiter. Schwierige Situationen bilden am Ende starke Menschen."*

Jessi






Hier kannst Du mitlesen, was Jessi Dir erzählt.

*Es gab eine Phase, in der mein Vater sehr traurig war. Er hat zwar versucht, dass wir Kinder das nicht mitbekommen, aber ich habe ihn einmal weinen gesehen. Er hat uns auch manchmal angeschrien, aber hinterher hat er sich entschuldigt und es hat ihm leidgetan. Ich weiß, dass mein Vater sein Bestes gibt, damit wir als Familie den Alltag meistern. Wenn meine Mama einen Rückfall hat, dann bringt das alles ein bisschen durcheinander. Mittlerweile haben wir uns etwas daran gewöhnt. Trotzdem macht es mich fertig, dass man da nur hilflos zusehen kann. Früher habe ich lange Spaziergänge gemacht, um mich zu beruhigen, aber das hat nur manchmal geholfen. Ich habe mich dann zurückgezogen und mit niemandem mehr geredet. Mein Vater hat sich dann nur noch mehr Sorgen um mich gemacht. Wann immer ich mich hoffnungslos und von meinen Gefühlen überwältigt fühle, meditiere ich oder male ein Bild über meine Gefühle. Das hilft mir, meine Gefühle wahrzunehmen und sie besser auszudrücken. Letztens hat meine Mama gesehen, wie ich ein Bild gemalt habe und hat dann mit mir zusammen gemalt. Dass sie so fantasievoll ist und gut malen kann, wusste ich gar nicht.*

*Seitdem machen wir uns manchmal einen Tee und malen zusammen. Nachdem wir mit dem Malen fertig sind, reden wir über unsere Bilder. Das macht mich glücklich. Meine Beziehung zu meiner Mutter hat sich lang nicht mehr so vertraut angefühlt.*

*Beim Meditieren darf man sich auch gute Sprüche aussuchen, mein Lieblingsspruch, an den ich mich immer erinnere, ist: 'Hast Du Kummer oder Wut – denke dran, es wird alles gut!'*

Möchtest Du Dir auch Sprüche für Deine Gefühle aussuchen? Dann schau mal hier nach!

- Gerate niemals überstürzt in Wut – Du hast genug Zeit. (Ralph Waldo Emerson)
- Handle nie in Wut. Es bedeutet, im Sturm in See zu stechen. (Thomas Fuller)
- Das Leben ist wie eine Schachtel Pralinen, man weiß nie, was man bekommt. (Forrest Gump)
- Es muss von Herzen kommen, was auf Herzen wirken soll. (Johann Wolfgang von Goethe)
- Viele Menschen versäumen das kleine Glück, während sie auf das Große vergeblich warten. (Pearl S. Buck)
- Jedes Mal, wenn Dich Unglück trifft, pflanze einen Baum; der Schatten eines Wäldchens wird Dich bald erfreuen. (Arabisches Sprichwort)
- Glücklich ist, wer bei untergehender Sonne die aufgehenden Sterne sieht.
- Auch aus Steinen, die Dir in den Weg gelegt werden, kannst Du etwas Schönes bauen. (Erich Kästner)
- Wenn Dir das Leben Zitronen gibt, mach Limonade draus! (Virginia E. Wolff)
- Es ist, was es ist. Aber es wird, was Du daraus machst! (Sprichwort)
- Wenn Du etwas wagst, wächst Dein Mut. Wenn Du zögerst, wächst Deine Angst. (Mahatma Gandhi)

# Steuerung von Gefühlen

Du möchtest wissen, warum es nicht hilfreich ist, Gefühle zu unterdrücken? Dann klicke hier!

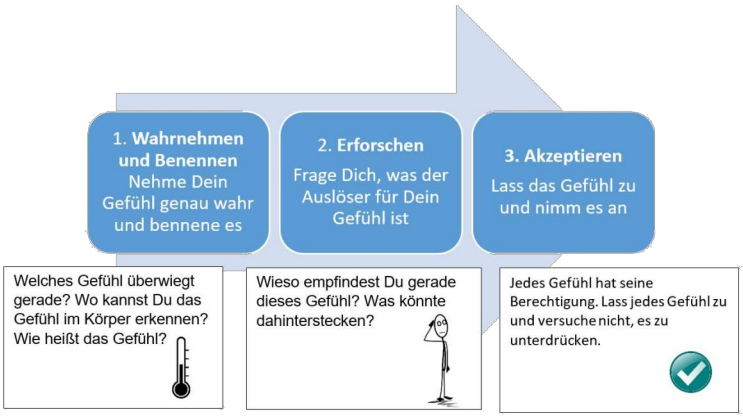
Viele Menschen wünschen sich, sie würden nie wieder ein unangenehmes Gefühl wie Trauer oder Wut empfinden müssen. Bestimmt kannst Du Dir vorstellen, dass dieser Wunsch nicht in Erfüllung gehen wird. Aber wie Du bereits in dieser Me-Time gelernt hast, helfen dem Menschen auch unangenehme Gefühle weiter. Deshalb sollte man auch nicht versuchen, ein Gefühl zu unterdrücken.

Wenn Du Dich beispielsweise traurig fühlst, ist es sinnvoll, wenn Du überprüfst, ob das Gefühl berechtigt ist, aber Du solltest es nicht unterdrücken. Gefühle zu unterdrücken, kann zu noch größerer Traurigkeit führen oder Du fühlst Dich dann sogar einsam. Es kann Dich nämlich niemand trösten, wenn Du Deine Traurigkeit nicht zeigst. Trau Dich zu **angemessenen Gefühlen** zu stehen!

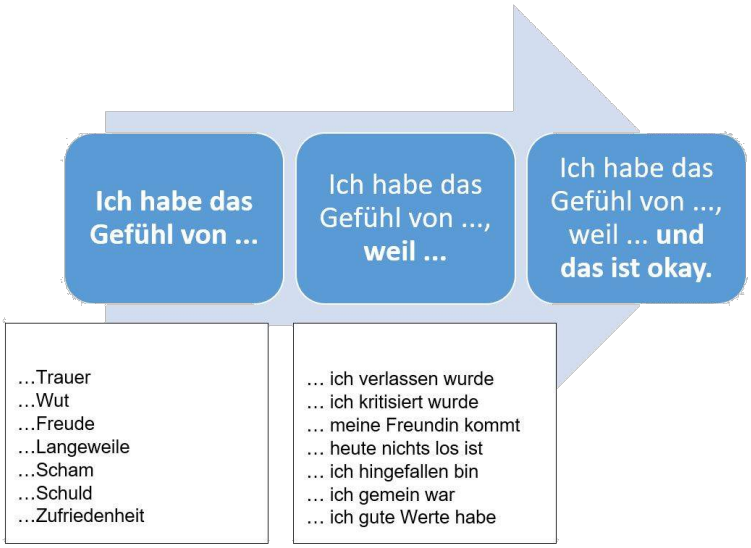
Statt Deine Gefühle zu unterdrücken, ist es sinnvoller, sie **zu steuern**. Ich möchte Dir nun zeigen, wie das funktioniert. Dazu ist es zunächst immer wichtig, dass Du

1. Deine **Gefühle wahrnimmst** und
2. so **zu akzeptieren versuchst**, wie sie gerade sind.

Du kannst unten auf dem Bild sehen, wie Du Deine Gefühle steuern kannst. Werde zum Forscher Deiner Gefühle!




Um diese Schritte der Gefühlserforschung zu erarbeiten, kannst Du folgenden Satz ergänzen:



# Gehe auf Gefühlserforschung!

## Mini-Challenge:

Schau Dir an, wie Phillip, Tamara und Jessi ihre Gefühle wahrnehmen und akzeptieren. Formuliere anschließend ebenfalls einen Beispielsatz zu einem Gefühl.

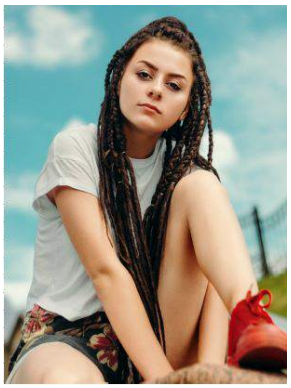
Phillip

| | | |
|---|---|---|
| Ich habe das Gefühl von Freude, ... | ... weil ich heute schulfrei habe... | ... und das ist okay. |

Tamara

| | | |
|---|---|---|
| Ich habe das Gefühl von Angst, ... | ... weil ich heute in der Schule ein Referalt halten muss... | ... und das ist okay. |

Jessi



| | | |
|---|---|---|
| Ich habe das Gefühl von Anspannung, ... | ... weil meine Mama heute einen wichtigen Arzttermin hat... | ... und das ist okay. |

Füge jetzt Dein eigenes Beispiel ein:

Ich habe das Gefühl von

..., weil

...und das ist

## Dein aktueller Zwischenstand

Super, du hast bereits sieben Challenges geschafft!

## Alle Gefühle dürfen da sein!

Alle Deine Gefühle sind in Ordnung und willkommen. Du darfst das fühlen, was Du fühlst! **Entscheidend ist, wie Du mit dem Gefühl umgehst!** Es ist wichtig, dass Du Deine Gefühle kontrollieren kannst und dass nicht Dein Gefühl Dich kontrolliert.

Wenn das Gefühl Dich kontrolliert, kann es zum Beispiel zu folgenden Verhaltensweisen kommen:

- Gewalt anwenden
- Lautes Schreien in der Öffentlichkeit
- Einen Gegenstand kaputt machen
- Gefühl verstärken (zum Beispiel bei Trauer zusätzlich traurige Musik hören)
- Selbstverletzende Verhaltensweisen
- Übermäßiger Konsum von Alkohol
- Drogenkonsum
- Rückzug von Freunden und der Familie
- Eine Aufgabe abbrechen
- Sich einer Herausforderung nicht stellen

# Gönne Dir eine Pause!

Super, Du hast schon die Hälfte der heutigen Me-Time gemeistert! Wenn Du möchtest, kannst Du an dieser Stelle eine kleine Pause machen. Du kannst aber natürlich die Me-Time auch komplett an einem Stück durchgehen, wenn Du möchtest.

Bei einer Pause stelle Dir am besten einen Wecker für circa zehn Minuten.

Belohne Dich mit etwas, was Dir gerade guttut. Das kann zum Beispiel sein:

Du kannst Dir aber natürlich auch eine Deiner positiven Aktivitäten aus der letzten Me-Time aussuchen, die nur wenig Zeit in Anspruch nimmt

✓ Nun weißt Du bereits viel darüber, welch eine Vielzahl an Gefühlen Du erleben kannst und wie sie entstehen. Du hast auch erkannt, dass Gefühle in manchen Situationen eine weniger hilfreiche Reaktion in Dir auslösen können und, dass es wichtig ist, wie Du mit Gefühlen umgehst.

Nach der Pause beschäftigen wir uns damit, wie Du angenehme Gefühle erleben und unangenehme Gefühle kontrollieren kannst.

# Angenehme Erlebnisse und angenehme Gefühle

**Mini-Challenge:**

Stell Dir vor, wir sind jetzt auf der Insel der Emotionen angekommen. Die Sonne geht bald unter und es ist sehr gemütlich. Der Sand unter Deinen Füßen fühlt sich ganz weich und warm an und Du hörst die Wellen des Meeres. Du atmest die frische Luft ganz tief ein und beobachtest, wie die Sonne immer weiter am Horizont untergeht…

Wie angenehm fühlst Du dich, wenn du an diesen Moment denkst?

Sehr unangenehm — Sehr angenehm

Kennst Du dieses Gefühl?

Ja | Nein

Wann hattest Du das letzte Mal dieses Gefühl?

Erfahre hier mehr über den Zusammenhang von angenehmen Erlebnissen und angenehmen Gefühlen.

Das menschliche Gedächtnis speichert die Gefühle, die eine Person in einer Situation erlebt, mit ab. Wenn Du Dich zum Beispiel an ein Ereignis erinnerst, das Dir sehr große Freude bereitet hat, zum Beispiel Dein letzter Geburtstag oder ein schöner Moment im Urlaub, wird in Dir immer ein Gefühl der Freude aufkommen, wenn Du an diese schöne Situation zurückdenkst. Genauso funktioniert das auch mit unangenehmen Gefühlen. Wenn Du zum Beispiel in einer Situation sehr traurig warst, wird es Dich oft traurig machen, wenn Du an die Situation zurückdenkst oder Dich etwas daran erinnert.

## Lerne, wie Du Dir ein angenehmes Gefühl schaffen kannst

### Pro-Challenge:

Du kannst diese Verbindung zwischen Erlebnissen und Gefühlen für Dich nutzen!
**Nutze angenehme Erinnerungen, um in Dir angenehme Gefühle auszulösen!**
Überlege Dir eine tolle Situation, an die Du Dich gern zurückerinnerst. Das kann Dich auch in schwereren Zeiten aufheitern.

Mein schönes Erlebnis:

Was war das Beste am Erlebnis?

Dieses Gefühl hatte ich dabei:

Dir fällt gerade nichts ein? Dann klicke hier für ein paar Ideen.

… die Sonne hat mir bei einem Spaziergang ins Gesicht geschienen.

… ich habe in der Schule eine gute Note bekommen.

… ich hatte ein schönes Erlebnis mit meinen Freunden.

# Unangenehme Emotionen

**Mini-Challenge:**

Lass uns für einen Moment auf die Insel der Emotionen zurückkehren. Bis jetzt lief alles wie geplant, es ging uns gut und wir haben viele schöne Momente auf der Insel gehabt. Doch plötzlich kommt ein starker Sturm auf, der kalte Wind peitscht Dir ins Gesicht und Du überlegst, was Du jetzt tun könntest.

Wie stark ist der Sturm für Dich?

Kein Sturm — Sehr starker Sturm

Wie fühlst Du Dich, wenn Du an den Sturm denkst?

Angenehm — Unangenehm

Finde die beste Reaktion, wie Du mit dem Sturm umgehen kannst!

Das bedeutet, dass Du das Gefühl, das durch den Sturm ausgelöst wird, unterdrücken würdest. Das daraus folgende Verhalten wäre, den Sturm zu ignorieren. Dabei würdest Du Dich in Gefahr bringen! Versuche es noch einmal!

Das bedeutet, dass Du das Gefühl sehr stark wahrnehmen und abwarten würdest, bis das Gefühl so stark ist, dass es nicht mehr kontrollierbar ist. Hier würdest Du Dich in Gefahr bringen. Versuche es noch einmal!

Das ist richtig! Diese Auswahl deutet auf eine günstige Verhaltensweise hin. Der Sturm löst in Dir ein starkes und unangenehmes Gefühl aus. Du nimmst das Gefühl wahr und kontrollierst es. Du verhältst Dich in einer angemessenen Art und Weise, indem Du Dich vor dem Sturm schützt.

Wie stark ist der Sturm für Dich?

Kein Sturm — Sehr starker Sturm

Wie fühlst Du Dich, wenn Du an den Sturm denkst?

Angenehm — Unangenehm

## Dein aktueller Zwischenstand

Klasse, dass Du auch diese drei Challenges gemeistert hast! Mach weiter so!

## Warum ist die Kontrolle von unangenehmen Gefühlen wichtig?

Du hast bereits erkannt, dass es Gefühle gibt, die eher unangenehm sind. Das kann daran liegen, dass sie sehr stark sind oder das Verhalten, das sie auslösen, in diesem Moment nicht zielführend ist.

Tamara hat so eine Situation erlebt und erzählt Dir davon:

*„Ich saЯ im Matheunterricht und habe ganz kurz etwas zu meiner Sitznachbarin gesagt. Es ging sogar um Mathe, ich wusste nicht mehr, wo wir gerade waren. Wie soll ich denn mitarbeiten, wenn ich nicht weiЯ, bei welcher Aufgabe wir sind? Mein Mathelehrer, Herr Mayer, hatte gesehen, dass ich meine Nachbarin angeredet hatte. Daraufhin fing er an, mir lautstark mitzuteilen, wie unmцglich es sei, in seinem Unterricht zu reden und dass er so etwas nicht dulde. Ich wollte gerade ansetzen, mich zu rechtfertigen, aber Herr Mayer lieЯ mir gar keine Mцglichkeit. Sofort unterbrach er mich und sagte: „Ich mцchte nichts davon hцren!“ Das machte mich richtig wьtend. Wie ungerecht war das denn? Ich merkte, wie ich meine Hand zur Faust ballte, das Blut stieg mir in den Kopf und mein ganzer Kцrper zitterte. Am liebsten wдre ich aufgesprungen und hдtte Herrn Mayer angebrьllt: „Was fдllt Ihnen ein, Sie tun mir unrecht!“ Doch ich wusste, ich sollte ihn besser nicht anschreien, das gдbe bestimmt einen Verweis.“*

Denkst Du, es wäre hilfreich, wenn Tamara aufstehen und ihren Lehrer anschreien würde?

Ja | Nein

Überdenke nochmal, ob es Tamara wirklich weiterhelfen kann, wenn sie den Lehrer beschimpft. Wie würde er reagieren?

Ich sehe das genauso wie Du. Tamara sollte ihren Lehrer nicht anschreien.

## Lerne, mit sehr starken Gefühlen umzugehen!

Hast Du schon mal eine ähnliche Situation wie Tamara erlebt, in der Du sehr angespannt warst, Dein Körper Signale gesendet hat und Du es kaum noch aushalten konntest? Gefühle können manchmal sehr stark sein. Aber Du kannst lernen, auch mit starken Gefühlen umzugehen!

### Pro-Challenge:

Erinnere Dich an eine Situation, in der Du ein sehr starkes Gefühl erlebt hast. Unten kannst Du dieses Ereignis eintragen. Du musst in dieser Situation nicht unbedingt Wut empfunden haben. Es könnte auch ein sehr intensives Gefühl der Schuld, der Scham, der Traurigkeit oder der Langeweile gewesen sein.

Du hast unten auch Platz, die Situation, Deine Gedanken, Deine Körpersignale sowie Deinen Anspannungswert einzutragen.

Situation:

Gefühl:

Gedanke:

Körpersignal:

Anspannungswert:

1 %

100 %

## Dein aktueller Zwischenstand

Super, Du hast alle Pro-Challenges bearbeitet!

# Wie kannst Du mit sehr starken Gefühlen umgehen? - Entspannung

In einem Zustand steigender Anspannung hilft es vielen Menschen, Entspannungstechniken einzusetzen, um sich zu beruhigen.

Das Tolle an Entspannungsübungen ist, dass Du diese auch unterwegs machen kannst.

Probiere es doch mal aus!

**Audio:**

Bei den beiden Audios handelt es sich um zwei Versionen der gleichen Atemübung. Einmal führt sie ein Sprecher mit Dir durch und einmal eine Sprecherin. Du kannst auswählen, welche Stimme Du als angenehmer und entspannender wahrnimmst.

0:00 / 0:00

0:00 / 0:00

Hier kannst Du den Text der Atemübung nachlesen.

Nimm Dir einen Moment Zeit und konzentriere Dich auf Deine Atmung. Atme über die Nase tief ein und über den Mund wieder aus. Spüre, wie Dein Bauch sich beim Einatmen mit Luft füllt und sich Deine Brust hebt und senkt. Wenn Du magst, kannst Du Deine rechte Hand auf Deinen Bauch legen und die linke Hand auf Deine Brust. Spüre, wie Dein Bauch sich beim Einatmen hebt und beim Ausatmen wieder senkt. Nimm die Temperatur der Luft wahr. Beginne nun beim Einatmen langsam bis 3 zu zählen 1 – 2 – 3. Und beim Ausatmen ebenfalls 1 – 2 – 3. Wiederhole dies einige Atemzüge lang. Einatmen 1 – 2 – 3, ausatmen 1 – 2 – 3. Wiederhole das solange, bis Du ein angenehmes und entspanntes Gefühl dabei verspürst.

Versuche dann das Zählen beim Atmen auf 4 zu erhöhen. Einatmen 1 – 2 – 3 – 4, ausatmen 1

– 2 – 3 – 4 und einatmen 1 – 2 – 3 – 4 und ausatmen 1 – 2 – 3 – 4. Wenn Du auch mit dem Zählen bis 4 gut zurechtkommst, steigere Deine Zählschritte langsam bis Du bei 10 gelandet bist. Lass Dir dafür genug Zeit. Wenn Du das geschafft hast, versuche diesen Atemrhythmus für 5 Minuten durchzuhalten. Du kannst diesen Atemrhythmus in Deinen Alltag integrieren und selbstständig durchführen, um Dich zur Ruhe zu bringen.

## Wie kannst Du mit sehr starken Gefühlen umgehen? - Skills

Wenn eine Person eine sehr große Anspannung empfindet (über 70%), kann es sein, dass es nicht ausreicht, eine Entspannungstechnik anzuwenden. Dann kann die Person zusätzlich sogenannte **Skills** einsetzen. Skills ist Englisch und bedeutet Fertigkeiten. Es geht um Methoden, die helfen können, die starke Gefühlsreaktion einzuschränken.

### Mini-Challenge:

Wirst Du von Deiner Wut und Angst überwältigt? Hast Du das Gefühl, die Kontrolle über Dich selbst zu verlieren? Dann probiere diese Fähigkeiten aus. Sie werden Dir in emotional schwierigen Situationen helfen. Wenn Du möchtest, kannst Du danach auch Atem- und Entspannungsübungen aussuchen und weitermachen.

Hier sind verschiedene Vorschläge für Skills! Klicke auf die Skills und überlege, welche Du gerne ausprobieren möchtest.

Sehen

- Betrachte die Wolken
- Betrachte ein Bild
- Gestalte die Wand Deines Zimmers um

Hören

- Trommle
- Höre sehr laut Musik
- Schreie laut in ein Kissen
- Beachte Geräusche in Deiner Situation (Geräusche des Verkehrs, der Natur etc.)
- Achte nur auf ein bestimmtes Geräusch
- Singe Dein Lieblingslied

Riechen

- Rieche an Gewürzen
- Rieche an einer Duftkerze oder einem Räucherstäbchen
- Rieche an einem Lavendelkissen
- Rieche an einem starken Parfüm oder Cremes
- Nimm die Gerüche in Deiner momentanen Situation genau wahr
- Nimm ein Bad mit gut duftendem Öl

Schmecken

- Kaue auf einem Eiswürfel
- Iss langsam und bewusst (kaue mehrmals!)
- Iss eine Zitrone
- Kaue auf einer Chili-Schote oder auf Knoblauch
- Iss Bonbons
- Kaue einen scharfen Kaugummi

Spüren

- Hüpfe so hoch Du kannst
- Nimm eine kalte Dusche
- Steige Treppen rauf und runter
- Geh raus und renne, so schnell Du kannst!
- Mach Dir ein Gummiband an das Handgelenk und ziehe leicht daran.
- Stell Dich in den Regen
- Schlage auf einen Boxsack oder ein Kissen
- Atme aus – Atme tief ein - Halte Deine Luft an - Lauf im Kreis – Wenn Du nicht mehr kannst, hole wieder tief Luft und atme normal (x 4 Wiederholen)
- 3x3 Technik: Nenne jeweils 3 Dinge, die Du fühlen, 3 Dinge, die Du sehen, und 3 Dinge, die Du tasten kannst
- Streichle ein Haustier
- Bürste Deine Haare
- Fühle einen spitzen Gegenstand
- Bearbeite Knete
- Stecke Kieselsteine in Deine Schuhe
- Fühle Steine
- Fühle an einer Bürste
- Knete einen Igel- oder Antistressball
- Klopfe Dich ab
- Kühle Dich mit Cold-Packs ab
- Umarme Dich selbst

Gedanken

- Sage Dir selbst die Namen von einer Bus- oder Bahnstrecke, die Du gut kennst (zum Beispiel von der Schule bis nach Hause)
- Stelle Dir etwas Schönes vor (zum Beispiel Urlaub)
- Erinnere Dich an etwas Schönes zurück

Welche Skills würdest Du gerne ausprobieren?

## Dein aktueller Zwischenstand

Yeah! Du hast alle Challenges für heute geschafft!

# Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren?

Du hast heute gelernt, wie Du mit starken Gefühlen umgehen kannst:

- Erkenne Deine körperliche Reaktion und nimm sie als einen möglichen aufkommenden Sturm in Dir wahr (Was fühlst Du? Machst Du eine Faust und hast eine höhere Stimme, Bauchkribbeln, Herzrasen, Muskelschmerzen?)
- Wie stark spürst Du das Gefühl (von 1-100)? Verwende für Gefühle zwischen 50-74 Entspannungsübungen. Für Gefühle zwischen 75-100 verwende Skills.
- Denk daran:

1. Es ist in Ordnung, dass Du dieses Gefühl spürst!
2. Was möchte mir dieses Gefühl sagen?
3. Überlege Dir danach: Wie möchte ich mich verhalten?

## Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen?

1 bedeutet, dass Dir die heutige Me-Time gar nicht gefallen hat und 10 bedeutet, dass Dir die Me-Time sehr gut gefallen hat.

Gar nicht Sehr gut

## Deine Reise - und Dein Erinnerungsbild!

Yippie! Du hast bereits Deine sechste Me-Time hinter Dir! Vergiss nicht, Dein Erinnerungsbild abzuholen!

Bist Du gespannt, wie Dein heutiges Erinnerungsbild aussieht? Klicke hier!

Dein heutiges Erinnerungsbild soll Dir dabei helfen, Dich immer wieder auf die Insel der Gefühle zu begeben.

## Die Me-Time zum Mitnehmen

Drucken

Zum Abschluss habe ich Dir alle wichtigen Infos aus Deiner heutigen Me-Time zum Ausdrucken zusammengefasst. So kannst Du Dir die Stationen Deines heutigen Reiseabschnitts schnell ins Gedächtnis zurückrufen. Manche Felder sind noch frei – ich lade Dich ein, diese auszufüllen.

Zusammenfassung.pdf

## Unser nächster Termin

Damit das Online-Programm richtig effektiv ist, empfehle ich Dir, eine Me-Time pro Woche zu machen. So kannst Du sicherstellen, dass Du Dir genug Zeit für Dich nimmst, ohne Dir dabei zu viel zuzumuten.

Wann möchtest Du Deine siebte Me-Time einplanen?

## Bleib dran! - Deine Me-Time für die Woche:

Vielleicht hat auch Deine Familie Lust, mehr über Gefühle zu erfahren? Oder möchtest Du selbst mehr über Gefühle herausfinden? Wie Du bereits gelernt hast, können wir angenehme Gefühle selbst herbeiführen.

### Drucken

Lade Dir dazu die entsprechenden pdf-Dokumente herunter und drucke sie aus. Dort findest Du auch alle weiteren Erläuterungen! Viel Spaß damit!

### Home Challenge:

Home-Challenge_Modul 6.pdf

Meine schönen Momente.pdf

### Family-Challenge:

Family-Challenge_Modul 6.pdf

Unsere Schönen Momente.pdf

# Ciao!

Ich freue mich, wenn Du zum vereinbarten Termin nächste Woche wieder dabei bist und wir Deine Reise fortführen! Bis dahin wünsche ich Dir alles Gute, bleib dran!

Dein E-Coach

# Me-Time 7

Antwortbogen begonnen am 2025-06-26 11:35:05
Antwortbogen abgegeben am 2025-06-26 11:35:05
Die Intervention ist begleitet

## Me-Time 7: Dein Ich, Deine Ecken und Deine Kanten – lerne, wie Du Grenzen setzt

Hallo! Schön, dass Du heute wieder da bist. Es ist beeindruckend, dass Du so lange drangeblieben bist. Wir sind beinahe am Ende unserer Reise angekommen. Das heißt, Du hast Dein Reiseziel fast erreicht!

In Deiner letzten Me-Time ging es darum, wie Du Deine Gefühle kontrollieren kannst. Du hast gelernt, wie Du angenehme Gefühle empfinden kannst, die Dir helfen, wenn Du schwere Zeiten erlebst. Außerdem hast Du erfahren, wie Du mit Deinen unangenehmen Gefühlen umgehen kannst, um in schwierigen Situationen bestmöglich handeln zu können.

Mini-Challenge:

Wie ist es Dir mit Deiner Challenge ergangen? Konntest Du viele angenehme Erlebnisse sammeln?

Vielen Dank für Dein Feedback!

Wie Du bereits gelernt hast, hat die Erkrankung Deines Elternteils auch Einfluss auf Dein Wohlbefinden. In der heutigen Me-Time geht es darum, wie Du mit der Erkrankung Deines Elternteils umgehen kannst, sodass Du Dich damit so gut wie möglich fühlst.

## Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise:

## Heute kannst Du Challenges zu folgenden Themen bearbeiten:

## Dein aktueller Zwischenstand:

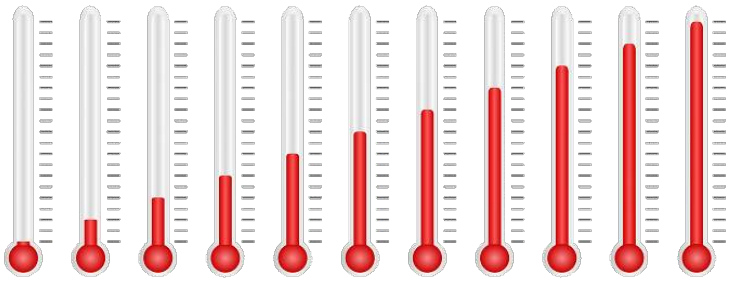
## In Deinem Fotoalbum hast Du bisher folgende Erinnerungsbilder gesammelt:

# Deine Stimmung - Wie fühlst Du Dich heute?

Wie bei Deinen letzten Me-Times möchte ich Dich jetzt gerne fragen, wie Du Dich heute fühlst. Das ist manchmal gar nicht so leicht. Bist Du dazu bereit? Dann lass uns anfangen!

Mini-Challenge:

Du kannst hier auf Deinem Stimmungs-Thermometer angeben, wie Du Dich heute fühlst: Fühlst Du Dich gut oder geht es Dir heute eher schlecht? Schätze Deine Stimmung auf einer Skala von 1 bis 10 ein!



1 bedeutet, dass es Dir sehr schlecht geht und 10 heißt, dass Du Dich super gut fühlst!

Mir geht es sehr schlecht

Mir geht es super gut

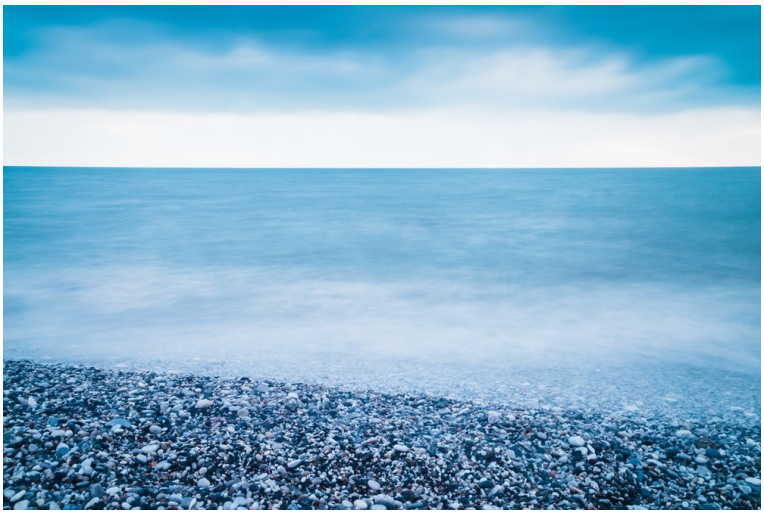
## Dein aktueller Zwischenstand

Super! Du hast bisher schon zwei Mini-Challenges gemeistert! Weiter so!

Man kann das Leben mit all seinen Abenteuern mit einem riesigen Ozean vergleichen. Manchmal rollen uns ziemlich große Wellen voller Stress und schwierigen Situationen entgegen. Letzte Woche hast Du bereits gelernt, wie Du mit stressigen Situationen umgehen kannst. Heute wollen wir lernen, wie es Dir gelingen kann, Grenzen zu setzen, damit es Dir rundum besser geht.

Bist Du bereit? Dann lass uns loslegen!

# Grenzen setzen - Wie Du lernst, "Nein" zu sagen!



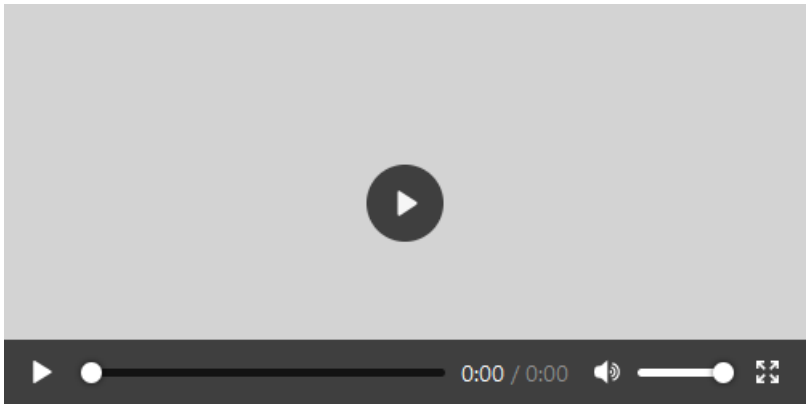
Was hat der Ozean mit Deinen Grenzen zu tun? Klicke hier!

Etwas ganz Besonderes am Ozean ist der Horizont. Der Horizont ist wie eine Linie, die Du siehst, wenn sich das Meer und der Himmel berühren. Von weit weg sieht der Horizont verschwommen aus, und man kann nicht erkennen, wo das Wasser aufhört und der Himmel beginnt. Aber wenn man näher hinschaut, kann man eine klare Grenze dazwischen sehen.

Grenzen sind wichtig zwischen Menschen. Du kannst Dir Grenzen zwischen Menschen vorstellen wie eine unsichtbare Linie, die sagt: Bis hierhin geht mein Bereich. Diese Grenzen sind sehr wichtig, denn damit zeigen wir dem anderen, wie er mit uns umgehen kann. Grenzen zu setzen ist nicht egoistisch. Jeder Mensch hat das Recht, eigene Grenzen zu setzen.

Video

Hier im Video kannst Du sehen, warum es wichtig ist, 'Nein' zu sagen und wie genau das geht.




Hier kannst Du den Text des Videos mitlesen:

Der Ja-Sager ist ein Mensch, der anderen gefallen möchte. Anderen zu gefallen klingt erst einmal nach einer guten Idee. Aber dem Ja-Sager geht es nicht so gut wie es scheint. Er ist in Wahrheit sehr traurig. Denn er hat das Gefühl, dass er immer „ja“ sagen muss, wenn etwas von ihm verlangt wird. Er sagt „ja“ zu Dingen, die er eigentlich nicht machen möchte. Zum Beispiel sich mit einer Person treffen, die er nicht mag. Eine Aufgabe übernehmen, obwohl er schon total erschöpft ist. Man könnte deshalb auch sagen – er ist ein Lügner.

Der Ja-Sager vergisst seine eigenen Bedürfnisse. Er macht nicht das, was ihm eigentlich gefällt. Dadurch wird er nach und nach immer unglücklicher. Der Ja-Sager hat Angst, dass er anderen nicht gefallen könnte. Er hat auch Angst davor, dass andere mit ihm streiten könnten, wenn er einmal „Nein“ sagt. Dabei würden sich die Freunde des Ja-Sagers sehr darüber freuen, wenn der Ja-Sager einmal das tun würde, was er wirklich möchte! Denn manchmal sind sie verwirrt und fragen sich: Wie geht es eigentlich dem Ja-Sager wirklich?

Der Ja-Sager hat mit der Zeit verlernt, wie man „Nein“ sagt. Doch wenn er genau in sich hineinfühlt, dann spürt er, in welchen Momenten er „Nein“ sagen sollte: Seine innere Ampel leuchtet dann rot. Wenn er dann trotzdem 'Ja' sagt, wird er traurig oder wütend. Oder er bekommt ein unangenehmes Gefühl im Bauch. Wenn seine innere Ampel auf rot springt, sollte er eigentlich „Nein“ sagen. Zum Beispiel, wenn jemand ihn fragt, ob er auf eine Party kommen möchte, obwohl er die Leute dort nicht mag.

Der Ja-Sager hat festgestellt, dass er immer unzufriedener wird, weil er ständig „Ja“ zu Dingen sagt, die er eigentlich nicht machen möchte. Das will er ändern. Er möchte sich nicht mehr unwohl fühlen. Er möchte mehr das tun, was ihm wirklich wichtig ist.

Der Ja-Sager hat gelernt, wie er „Nein“ sagen kann.

- Er braucht Zeit: Der Ja-Sager weiß mittlerweile, dass er manchmal etwas Zeit braucht, um zu wissen, was er möchte. Deshalb sagt er dann: „Danke für die Einladung, ich denke darüber nach!“
- Er hat auch gelernt, dass es in Ordnung ist, „Nein“ zu sagen. Er braucht kein schlechtes Gewissen zu haben, wenn er für sich selbst sorgt. Manchmal sagt er: „Danke für die Einladung, ich habe in letzter Zeit viel Stress, ich muss mich heute Abend erholen.“
- Der Ja-Sager hat festgestellt, dass er keine Angst haben muss, dass es Streit gibt, wenn man “Nein“ sagt. Er fühlt sich insgesamt wohler, ausgeglichener und weniger gereizt. Dadurch gibt es insgesamt weniger Streit, obwohl er auch mal “Nein“ sagt. Wichtig ist, dass man andere nicht respektlos behandelt. Er sagt zum Beispiel: „Ich verstehe, dass Dir das wichtig ist. Können wir einen Termin finden, der für uns beide gut passt?“

Der Ja-Sager hat gelernt: “Nein“ darf auch mal sein! Der Ja-Sager versucht, in den Situationen, in denen seine innere Ampel auf rot springt, „Nein“ zu sagen. Mittlerweile fühlt er sich wohler und zufriedener. Deshalb ist er heute gar kein Ja-Sager mehr – sondern hört auf seine eigenen Bedürfnisse.

Wenn jemand Deine Grenze überschreitet, merkst Du das: Vielleicht bekommst Du ein unangenehmes Gefühl im Bauch? Oder Du wirst sehr wütend oder traurig?

Mini-Challenge:

Überlege einmal, wann eine Grenze bei Dir überschritten wurde. Wann leuchtet Deine 'innere Ampel' rot?

Kennst Du solche Momente? Dann kreuze an! Du kannst mehrere Situationen auswählen.

Du hast eine andere Situation erlebt, in der eine Grenze überschritten wurde? Erzähle mir hier mehr davon.

## Lerne Deine Grenzen kennen!

Grenzen zu setzen ist nicht egoistisch! Jeder Mensch hat ein Recht auf seine Grenzen!

Grenzen zu setzen und „Nein“ zu sagen, ist eine Fähigkeit, die man lernen kann. Lass uns das einmal üben! Lerne zunächst Deine Grenzen kennen!

### Mini-Challenge:

Ergänze in den folgenden Sätzen jeweils das leere Feld, um zu erkennen, wo Deine Grenzen liegen!

1) Ich habe das Recht, andere um _____ zu bitten.

Dir fehlen Ideen? Dann klicke hier!

- Unterstützung
- Rat
- Hilfe
- Zeit für mich und meine Hobbies

2) Um mir meine Zeit einzuteilen so wie ich möchte, ist es völlig in Ordnung, wenn ich _____ .

Dir fehlen Ideen? Dann klicke hier!

- eine Verabredung frühzeitig absage
- mich für eine gewisse Zeit in mein Zimmer zurückziehe
- nicht sofort auf eine Nachricht auf dem Handy antworte
- zum Sport gehe
- mich regelmäig entspanne

3) Andere sollten nicht _____.

Dir fehlen Ideen? Dann klicke hier!

- ihre Wut direkt an mir auslassen
- über mich lästern
- mich mobben

# "Nein" darf auch mal sein!

Im nächsten Schritt ist es wichtig, den anderen Deine Grenzen mitzuteilen – Übe, wie Du „Nein“ sagen kannst!

## 1) Mache einen Gegenvorschlag!

Mini-Challenge:

Nein zu sagen ist nicht leicht! Statt einfach „Nein“ zu sagen, kannst Du einen Gegenvorschlag bringen. Lerne hier, wie das geht:

**Tamara:** *'Ich kann nicht nein sagen, wenn meine Mama mich bittet, noch einkaufen zu gehen. Es macht sie doch immer unglücklich, wenn man nicht gleich macht, was sie möchte.'*

**Was kannst Du als Gegenvorschlag anbieten?**

*'Ich sage ihr, dass ich viel zu tun habe und es deshalb gerade leider nicht geht. Ich biete ihr an, dass ich morgen nach der Schule oder heute nach den Hausaufgaben einkaufen gehen kann.'*

**Du bist dran:**

In welcher Situation möchtest Du „Nein“ sagen?

Deine Alternative: Was könntest Du als Gegenvorschlag anbieten?

### 2) Du hast ein Recht darauf, Grenzen zu setzen.

Kein Mensch kann alles schaffen. Du bist verantwortlich für Dein eigenes Wohlbefinden! Und andere sind verantwortlich für ihr Wohlbefinden – es ist also nicht Deine Schuld, wenn es anderen schlecht geht!

### 3) Wenn jemand Deine Grenzen nicht akzeptiert, nimm es nicht persönlich!

Entschuldige Dich nicht für Deine Grenzen!

### 4) Bleib dabei!

Wenn Du einmal eine Grenze gesetzt hast, dann stehe dazu! Lass Dich von anderen nicht unter Druck setzen. Wenn Du Dir sicher bist, dass Du etwas nicht tun möchtest, dann halte das unangenehme Gefühl aus. Es wird Dich stärker machen!

## Dein aktueller Zwischenstand

Super, dass Du schon so weit gekommen bist, Du hast bereits fünf Challenges bearbeitet! Mach weiter so!

# Gefühle können anstecken! - Meine Gefühle und die der anderen

Eine Sache ist an Gefühlen besonders spannend: Gefühle können nämlich ansteckend sein! Das heißt, unsere Gehirne machen einander nach. Aber ohne, dass wir es wissen!

Wenn ein Familienmitglied leidet, dann hat das Einfluss auf die ganze Familie. Das ist einerseits gut, denn es zeigt, dass man einander wichtig ist. Andererseits kann es schwierig sein, zu spüren, ob es einem selbst schlecht geht oder es das Gefühl eines anderen ist, das wir spüren. Es ist dann so, als würde sich jeder Einzelne „verkehrt“ fühlen.

Audio

Hier kannst Du hören, wie es Jessi mit einem ansteckenden Gefühl ging:

0:00 / 0:00

Hier kannst Du den Text des Podcasts mitlesen

*Ich erinnere mich noch daran, als ich mich einmal innerlich sehr unruhig gefühlt habe. Das war in den Ferien. Ich bin aufgewacht und beim Frühstück mit meiner Familie war das Gefühl dann da. Und ich konnte es erstmal gar nicht so richtig beschreiben. Es war so eine Anspannung in*

*mir drin und es hat sich angefühlt, als würden meine Zehenspitzen und meine Finger kribbeln. Ich hatte auch ein ganz komisches Gefühl im Bauch. So fühle ich mich sonst nur vor einer Mathe-Klassenarbeit. Dann bin ich zurück in mein Zimmer gegangen und habe ganz tief ein- und ausgeatmet und danach etwas gemalt. Und da habe ich gemerkt, dass die Unruhe gar nicht MEIN Gefühl war. Ich habe mich nicht unruhig gefühlt. Das war das Gefühl meiner Mama. Die hatte an dem Tag einen Termin bei einem Arzt. Da hat mich ihr Gefühl richtig angesteckt. Ich habe sie dann gefragt, ob sie sich unruhig fühlt, und sie hat mir erzählt, wie aufgeregt sie ist. Das hat mir geholfen zu verstehen, dass ich ihre Unruhe gespürt habe, aber dass es mir trotzdem gut ging.*

Pro-Challenge:

Fällt Dir eine Situation ein, in der Dich auch schon mal ein Gefühl von jemand anderem „angesteckt“ hat?

Erzähl mir davon!

## Dein aktueller Zwischenstand

Toll, Du hast die erste Pro-Challenge gemeistert!

## Abgrenzung - lerne, Dich nicht von anderen Gefühlen anstecken zu lassen

Du hast bereits gelernt, wie Du Grenzen setzen kannst. Diese Grenzen funktionieren auch dann, wenn ein Gefühl einer anderen Person ansteckend auf Dich wirkt. Das nennt man auch, sich von den Gefühlen anderer **abzugrenzen**.

Um Dich von den Gefühlen anderer abzugrenzen, kannst Du zum Beispiel folgendes tun:

- Dich ab und zu in Dein Zimmer zurückziehen
- Ganz tief durchatmen
- Musik hören
- Ein Bad nehmen
- Ein Buch lesen
- Origami falten
- Malen, zeichnen oder basteln
- Sport treiben
- Spielen, tanzen, singen
- Tetris spielen
- An etwas Schönes denken (erinnere Dich daran, wie Du Dir in Deiner letzten Me-Time durch eine schöne Erinnerung ein angenehmes Gefühl erweckt hast)
- Mit jemandem reden
- Spüren, was Du eigentlich fühlst

# Eine Pause?!

Super, Du hast schon die Hälfte der heutigen Me-Time gemeistert! Wenn Du möchtest, kannst Du an dieser Stelle eine kleine Pause machen. Du kannst aber natürlich die Me-Time komplett an einem Stück durchgehen, wenn Du möchtest. Bei einer Pause stelle Dir am besten einen Wecker.

Belohne Dich mit etwas, was Dir gerade guttut. Das kann zum Beispiel sein:

Du kannst Dir natürlich auch eine Deiner positiven Aktivitäten aus der vorletzten Me-Time aussuchen, die nur wenig Zeit in Anspruch nimmt.

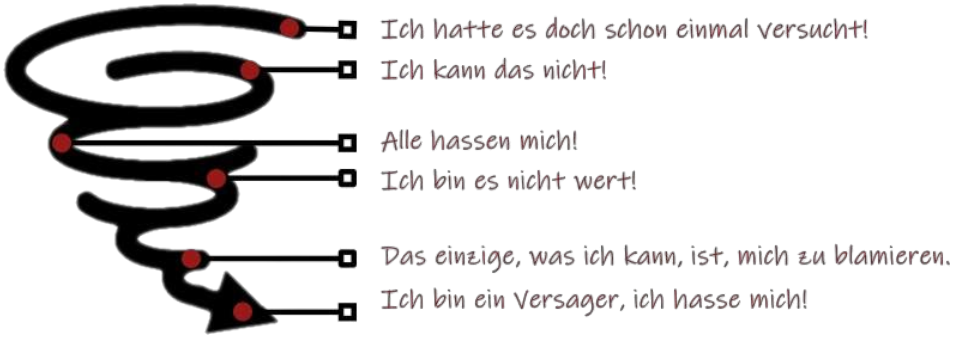
✓ Du hast heute bereits gelernt, Grenzen zu setzen. Dabei hast Du erfahren, dass es wichtig ist, auf Deine 'innere Ampel' zu hören und 'Nein' zu sagen, wenn diese rot leuchtet. Außerdem hast Du erfahren, dass Gefühle ansteckend sein können und wie Du es schaffen kannst, Dich abzugrenzen. Toll, dass Du heute wieder so am Ball bleibst!

Jetzt wollen wir uns gemeinsam anschauen, wie Du innerlich noch stärker wirst. Außerdem erfährst Du, wie aus Dir ein 'Ich-Kann-Denker' wird! Neugierig? Weiter geht's!

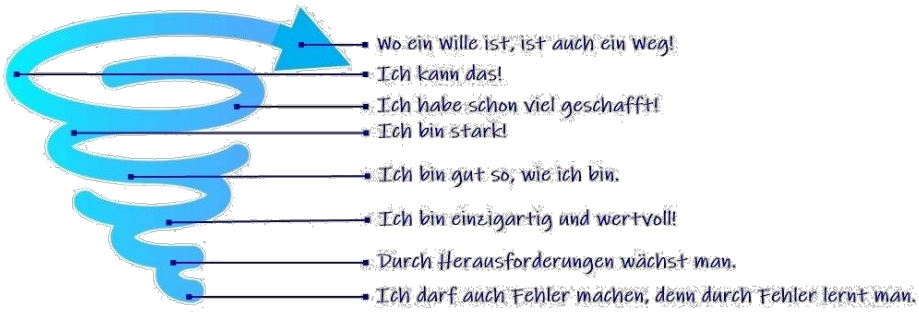
# Dein Selbstwert

Als Jugendlicher mit einem psychisch erkrankten Elternteil begegnest Du in Deinem Alltag ganz besonderen Herausforderungen. Manchmal hat Dein Elternteil aufgrund der Erkrankung vielleicht nicht so viel Zeit oder Kraft für Dich, wie Du Dir das wünschst. Manchmal musst Du vielleicht mehr Aufgaben zu Hause übernehmen.

Das kann dazu führen, dass Du Dich manchmal überlastet, überfordert oder nicht wahrgenommen fühlst. Dieses Gefühl wirkt sich dann bei manchen Jugendlichen auch auf andere Bereiche aus. Das ist dann wie in einer Spirale - um genau zu sein, eine **Abwärtsspirale:**




Aber es gibt Wege, wie Du aus dieser Spirale herauskommen und Deinen Selbstwert stärken kannst! Unten siehst Du die **Aufwärtsspirale:**



## Dein Selbstwert - ein Puzzle aus vier Teilen

Deinen Selbstwert kannst Du Dir vorstellen wie ein Puzzle. Für einen starken Selbstwert benötigt man folgende Teile:

## 1. Liebe Deine Stärken! Dich gibt es nur einmal - Du bist einzigartig!

Mini-Challenge:

In Deiner zweiten Me-Time hast Du Dir bereits Gedanken zu Deinen Stärken gemacht, also über die Dinge, die Du besonders gut kannst! In Deiner letzten Me-Time haben wir uns daran erinnert. Fallen Dir noch weitere Dinge ein, die Dich einzigartig machen? Dinge, auf die Du vielleicht stolz bist? Oder etwas, wofür Du schon einmal ein Kompliment bekommen hast?

Nimm Dir jetzt Zeit dafür, Deine Stärken anzuerkennen. Schreibe Dir selbst einen Brief, in dem Du Dir sagst, was Du an Dir magst. Zum Beispiel könntest Du Dir schreiben, dass Du Dich für Dein eigenes Wohlbefinden einsetzt (sonst wärst Du heute nicht hier online), und das ist super! Es gibt viele Gründe, warum Du Dich selbst mögen kannst.

Welche Gründe fallen Dir ein? Schreibe es hier auf!

Manchmal ist man in einer Phase, an der man an sich selbst nichts wirklich gerne mag. Versuche einmal, Dir vorzustellen, ein guter Freund von Dir selbst zu sein. Was würde er sagen, warum mag er Dich? Schreibe es auf!

Manchmal ist es nicht leicht, seine eigenen Stärken zu benennen. Dabei kann Dir diese Auswahl helfen.

Hier siehst Du eine Zusammenstellung von Eigenschaften, die auf Personen zutreffen können. Wähle mindestens drei Eigenschaften aus, wie Du Dich momentan beschreiben würdest oder was auf Dich zutrifft. Wenn es Dir schwerfällt, Dich selbst zu beschreiben, überlege Dir, was vielleicht Deine Eltern, Deine Bezugspersonen oder Deine Freunde mal zu Dir gesagt haben oder wie sie Dich beschreiben würden.

Umgang mit Menschen

Persönliche Merkmale

Verhalten und Aktivität

Diese starken Eigenschaften hast Du genannt:

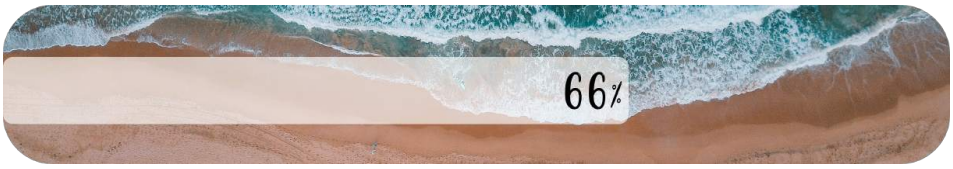
{{165}}

{{166}}

{{167}}

## Dein aktueller Zwischenstand

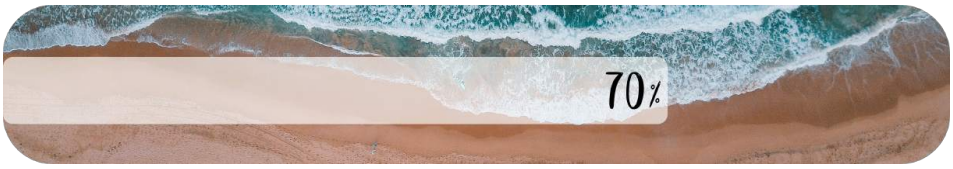
Super, Du hast bereits acht Challenges ausgefüllt und den ersten Teil Deines Selbstwertes gestärkt! Weiter geht’s!




## 2. Versuche, Deine Schwächen zu akzeptieren!

Kein Mensch ist perfekt. Wir alle haben Seiten, die wir nicht so gerne an uns mögen. Wir neigen dazu, unsere Schwächen verbergen zu wollen.

Vielleicht kennst Du ja das Yin- und Yang-Zeichen? Die weiße Seite steht für Deine Stärken und die schwarze für Deine weniger starken Seiten. Damit das Yin- und Yang-Zeichen komplett ist, braucht es also immer beide Seiten. Ohne Schwäche kann man auch nicht stark sein. Erst mit unseren schwachen Seiten sind wir vollständig.




## Schließe Frieden mit weniger guten Seiten an Dir

Wir haben Jessie gefragt, welche Seiten sie nicht so gerne an sich mag. Ihre Antworten siehst Du hier.

**Jessie, was magst Du nicht so gerne an Dir?**

*Ich werde immer schnell neidisch. Meine beste Freundin hat in Mathe letztes Mal eine bessere Note geschrieben als ich. Ich konnte mich gar nicht richtig für sie freuen, dabei ist sie sonst in Mathe nicht besonders gut. Wir haben für die Arbeit gemeinsam gelernt und ich habe ihr alles erklärt. Ich dachte nur: „Oh Mann, warum war ich nicht besser als sie?“ Dabei wollte ich mich wirklich für sie freuen!*

**Wie kann Dich diese Eigenschaft im Leben weiterbringen?**

*Meistens fühlt es sich nicht besonders gut an, wenn ich mich neidisch fühle, aber mein Neid macht mich auch zielstrebig und ehrgeizig. Deshalb lerne ich viel und habe gute Noten in der Schule.*

Mini-Challenge:

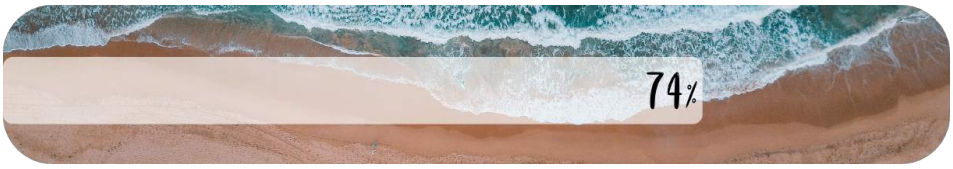
Hier ist Platz für Deine nicht so starken Seiten.

Deine weniger starken Seiten:

Wobei helfen Dir Deine weniger starken Eigenschaften?

## Dein aktueller Zwischenstand

Klasse! Du hast eine weitere Challenge geschafft! Bleib dran!




## 3. Sieh das Gute in anderen Menschen!

Du hast heute bereits gelernt, dass Du sehr starke Seiten hast. Aber auch Seiten, die Du nicht so gerne an Dir magst. So geht es auch anderen Menschen. Denn niemand ist perfekt. Erinnere Dich an das Yin- und Yang-Zeichen.

### Mini-Challenge:

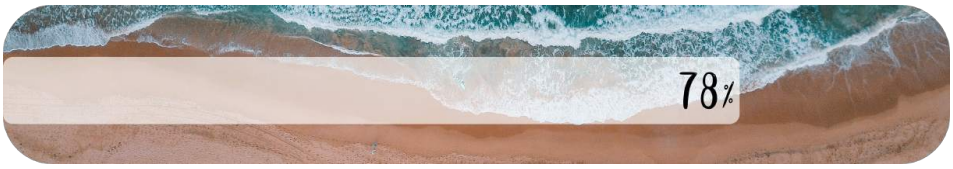
Denke nun an eine Person, die Dich in der letzten Zeit genervt oder wütend gemacht hat und schreibe diese unten in den Kasten.

Eine Person, über die Du Dich geärgert hast oder die Dich genervt hat:

Dir fällt gerade nichts ein? Dann klicke hier.

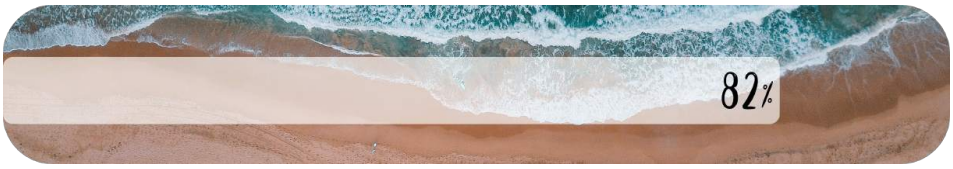
Vielleicht hast Du in der letzten Zeit besonders viele Hausaufgaben aufbekommen und warst genervt von Deinem Lehrer? Oder ein Klassenkamerad hat Dich wütend gemacht?

Denke jetzt darüber nach, welche Stärke diese Person hat. Findest Du etwas, was Du an der Person magst? Das ist nicht leicht. Versuche es und zeig Deine Stärke! Notiere eine gute Eigenschaft der Person:




## 4. Sei mutig und wage neue Abenteuer!

Jeder Mensch macht Fehler, denn niemand ist perfekt! Ohne Fehler kann man nichts Neues lernen. Deshalb sind Fehler die besten Lehrer auf dem Weg noch stärker zu werden! Also trau Dich, Dinge auszuprobieren und auch mal etwas falsch zu machen!




## Mache aus Dir einen "Ich kann!"-Denker

Wir neigen dazu, vor neuen Erfahrungen und Dingen, die wir nicht kennen, Angst zu haben. Vielleicht standest Du schon einmal auf dem Sprungturm im Freibad und hast überlegt, ins Wasser zu springen? Die meisten Jugendlichen haben zuerst Angst davor.

Wenn wir die Angst einmal überwunden haben, ist es im Nachhinein oft gar nicht so schlimm wie befürchtet. Manchmal macht es dann sogar richtig Spaß!

### Pro-Challenge:

Probieren wir es aus! Mache aus Dir einen 'Ich kann'-Denker!

Du kannst auch lesen wie Tamara es macht, wenn du unter die Kästchen klickst.

1) Was möchtest Du gerne erreichen? Hast Du ein Ziel? Erzähle es mir!

Tamara:

*Ich wollte schon immer mal Hip-Hop tanzen lernen.*

2) Mache Dir einen Plan, wie Du dieses Ziel erreichen kannst. Verwende dafür die Problemlöse-Strategien, die Du bereits gelernt hast.

Du möchtest die Schritte der Problemlösung noch einmal nachlesen? Dann klicke hier.

Tamara:

*Ich möchte den Hip-Hop-Tanz lernen, den die Sport-AG beim Sommerfest aufführen wird!*

3) Was könnte Dir dabei im Weg stehen?

Tamara:

*Das größte Problem war, dass ich ziemlich ungelenkig bin. Beim Trainieren habe ich das schnell gemerkt. Die anderen haben die Tanzschritte viel schneller gelernt als ich.*

4) Wie kannst Du es schaffen, diese Hindernisse zu umgehen?

Tamara:

*Als erstes habe ich mir vorgenommen, auf keinen Fall aufzugeben. Außerdem habe ich jeden Tag die Tanzschritte wiederholt, die wir in der Probe geübt haben, aber ohne Musik, denn das war mir am Anfang noch zu schnell. Nach und nach habe ich versucht, mit Musik zu tanzen.*

Fehler können Dir weiterhelfen! Lerne hier mehr darüber.

Was würde passieren, wenn Du dabei einen Fehler machst?

- Ich könnte mich entmutigen lassen und aufgeben
- Ich könnte versuchen, den Fehler wieder gut zu machen, daraus zu lernen und weiter an meinem Ziel arbeiten.
- Ich könnte denken: Jeder macht mal einen Fehler! Das ist menschlich. Aus Fehlern lernt man!

5) Stell Dir genau vor, wie es aussieht, wenn Du Dein Ziel erreicht hast. Nimm in Gedanken ein Video zu Deinem Erfolg auf. Wie fühlt es sich an? Was kannst Du sehen/ riechen/ hören/ schmecken?

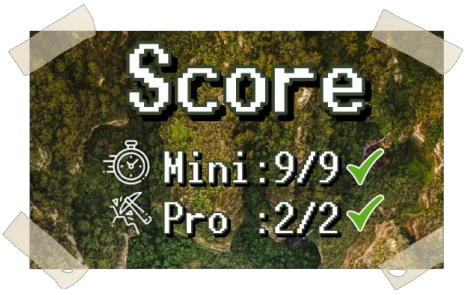
Stelle Dir Deinen Erfolg so genau wie möglich vor und schreibe es hier auf.

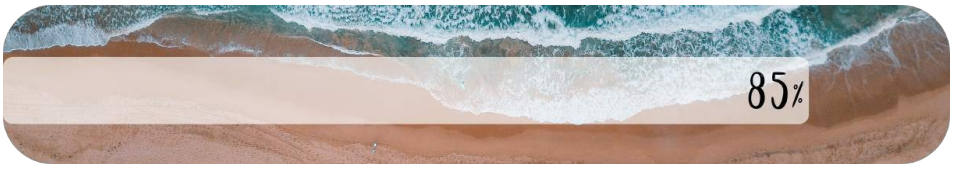
Tamara:

*Wenn ich mal keine Lust hatte zu üben, dann habe ich mir vorgestellt, wie ich auf der Bühne stehe und richtig stolz bin, wenn ich die Aufführung geschafft habe! Ich habe mir ausgemalt, wie ich auf der Bühne mit der Gruppe tanze, wie sich der Rhythmus in meinem Körper anfühlt und wie hinterher alle applaudieren. Das hat mir sehr geholfen.*

## Dein aktueller Zwischenstand

Großartig! Du hast alle heutigen Challenges geschafft! Du kannst super stolz auf Dich sein.






# Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren?

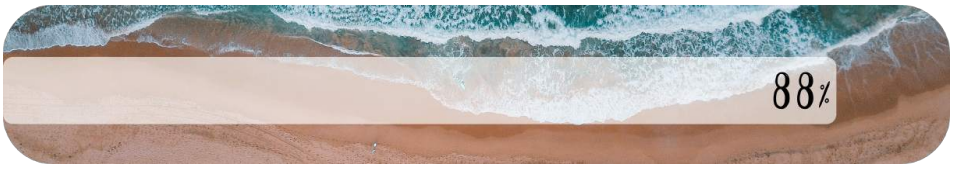
Heute hast Du gelernt,

- wie Du Deine eigenen Grenzen erkennen und anderen mitteilen kannst.
- wie Du Dich von Gefühlen anderer abgrenzen kannst.
- dass Du Deinen Selbstwert stärken kannst, indem Du

✓

1. Deine Stärken liebst,
2. versuchst, Deine Schwächen zu akzeptieren,
3. das Gute auch in anderen Menschen siehst und
4. neue Abenteuer wagst!

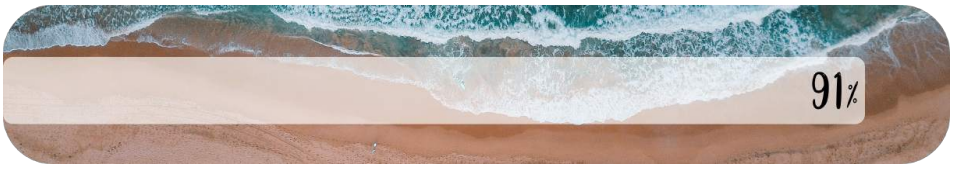
- Du darfst so sein, wie Du bist! Niemand ist perfekt. Fehler helfen Dir dabei, noch stärker zu werden.




## Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen?

1 bedeutet, dass Dir die heutige Me-Time gar nicht gefallen hat und 10 bedeutet, dass Dir die Me-Time sehr gut gefallen hat.

Gar nicht Sehr gut




## Deine Reise - und Dein Erinnerungsbild!

Glückwunsch! Du hast bereits schon deine vorletzte Me-Time hinter Dir! Vergiss nicht Dein Erinnerungsbild abzuholen!

So sieht Dein heutiges Erinnerungsbild aus. Klicke hier!

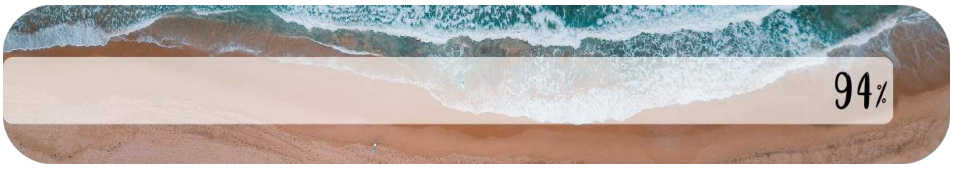
Dein heutiges Erinnerungsbild soll Dir dabei helfen, Deine eigenen Grenzen zu erkennen und zu setzen!

## Deine Me-Time zum Ausdrucken

Drucken

Zum Abschluss habe ich Dir alle wichtigen Infos aus Deiner heutigen Me-Time zum Ausdrucken zusammengefasst. Manche Felder sind noch frei – wenn Du Dich noch weiter mit Dir auseinandersetzen möchtest, dann lade ich Dich ein, diese auszufüllen.

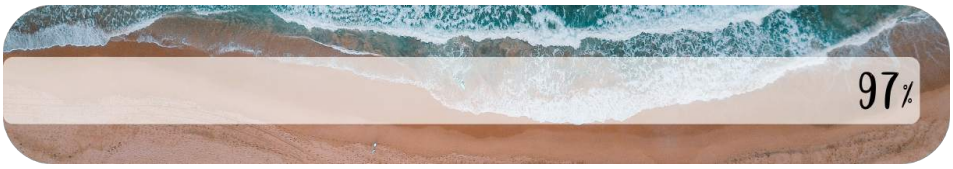
Zusammenfassung.pdf




## Unser nächster Termin!

Damit das Online-Programm richtig effektiv ist, empfehle ich Dir, eine Me-Time pro Woche zu machen. So kannst Du sicherstellen, dass Du Dir genug Zeit für Dich nimmst, ohne Dir dabei zu viel zuzumuten.

Wann möchtest Du Deine achte Me-Time einplanen?




## Bleib dran! - Deine Me-Time  für die Woche:

Drucken

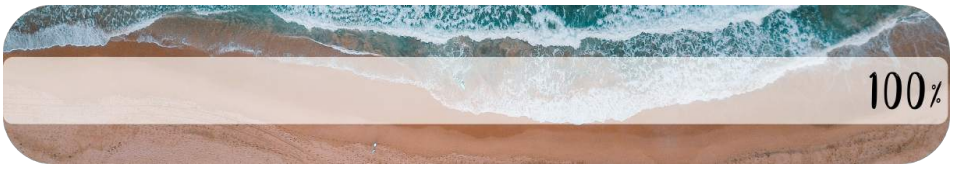
Wie jede Woche habe ich eine Home- oder Family-Challenge für Dich und Deine Familie vorbereitet. Diese Woche geht es dabei darum zu lernen, wie man eigene Grenzen setzen und die Grenzen anderer akzeptieren kann. Lade einfach das entsprechende Dokumente herunter. Bleib dran und viel Spaß!

### Home-Challenge:

Home-Challenge_Modul 7.pdf

### Family-Challenge:

Family-Challenge_Modul 7.pdf




# Tschüss!

Ich freue mich, wenn Du zum vereinbarten Termin nächste Woche wieder dabei bist und wir deine Reise fortführen! Bis dahin wünsche ich Dir alles Gute, bleib dran!

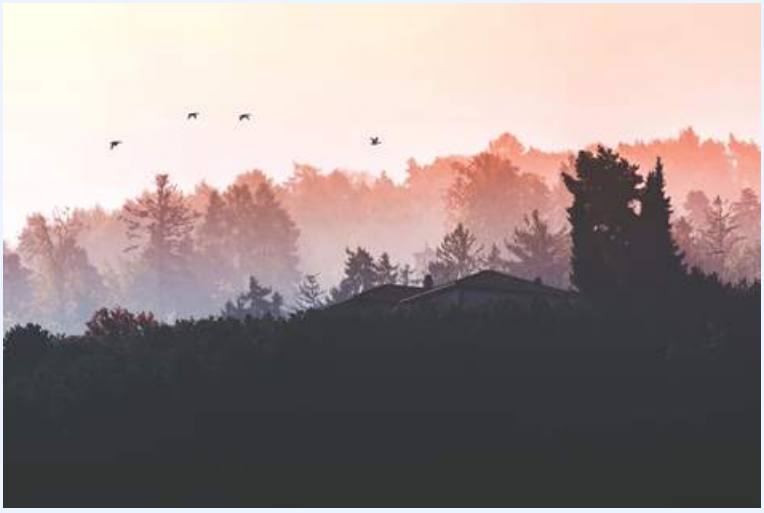
Ciao!

Dein E-Coach

# Me-Time 8

Antwortbogen begonnen am 2025-06-26 11:35:05
Antwortbogen abgegeben am 2025-06-26 11:35:05
Die Intervention ist begleitet

## Me-Time 8: Endstation! – Und jetzt?



### Willkommen!

Heute ist es soweit: Deine letzte Me-Time! Ich fand es sehr schön, Dich auf dieser Reise zu begleiten. Dabei hast Du ganz verschiedene Landschaften durchlaufen – sowohl auf unserer iCHIMPS-Landkarte als auch auch in Deinem Inneren.

**Mini-Challenge:**

Bevor wir loslegen, habe ich noch ein paar Fragen dazu, wie es Dir seit Deiner letzten Me-Time ergangen ist.

Wie ist es Dir seit Deiner letzten Me-Time ergangen? War das Gelernte für Dich hilfreich?

War die Home- oder Family-Challenge aus der letzten Me-Time hilfreich?

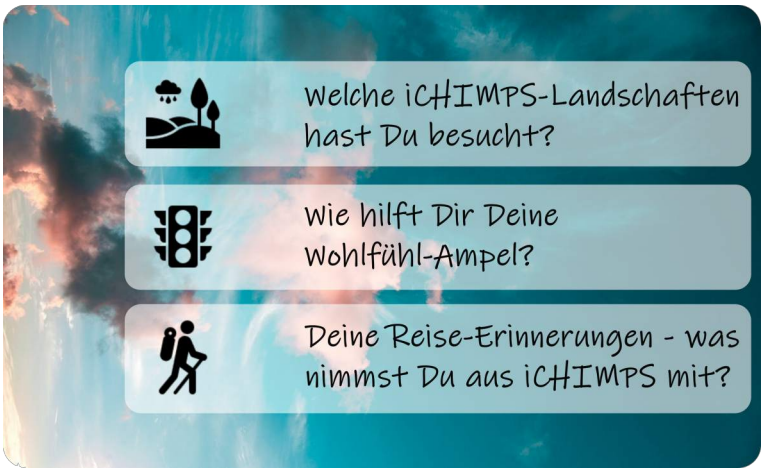
Danke für Dein Feedback und Deine Ehrlichkeit!

Heute kannst Du Dich nochmal an die verschiedenen Stationen Deiner iCHIMPS-Reise zurückerinnern. Was bleibt Dir davon besonders in Erinnerung?

Deine Reise ist mit dem Ende von iCHIMPS natürlich nicht vorbei. Eigentlich fängt es jetzt erst so richtig an! Denn Veränderung kannst Du nur bewirken, indem Du das Gelernte auch praktisch in Deinem Leben anwendest. Damit das in Zukunft gut klappt, werden wir diese Woche nochmal zusammenfassen, was wir während iCHIMPS erlebt haben. Bist Du bereit?

## Hier befindest Du Dich auf Deiner Reise:

## In Deiner heutigen Me-Time erwarten Dich spannende Challenges zu folgenden Themen:



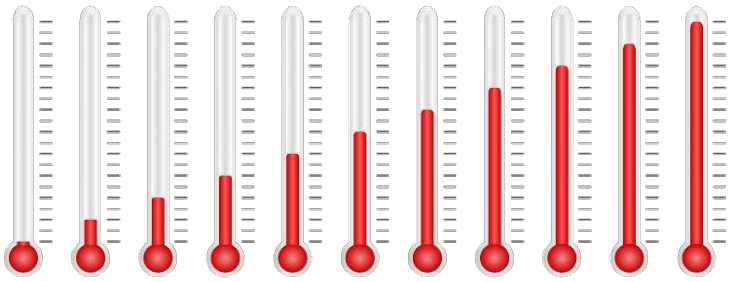

## Dein aktueller Zwischenstand:

## Diese Erinnerungsbilder hast Du in Deinem Fotoalbum schon gesammelt:

# Deine Stimmung - wie fühlst Du Dich heute?

**Mini-Challenge:**

Wie auch bei den anderen Me-Times möchte ich Dich jetzt gerne fragen, wie Du Dich heute fühlst. Fühlst Du Dich gut oder geht es Dir heute eher schlecht? Schätze Deine Stimmung auf einer Skala von 1 bis 10 ein! 1 bedeutet, dass es Dir sehr schlecht geht, und 10 heißt, dass Du Dich super gut fühlst.



Wie fühlst Du Dich heute?

Mir geht es sehr schlecht

Mir geht es sehr gut

# Dein aktueller Zwischenstand

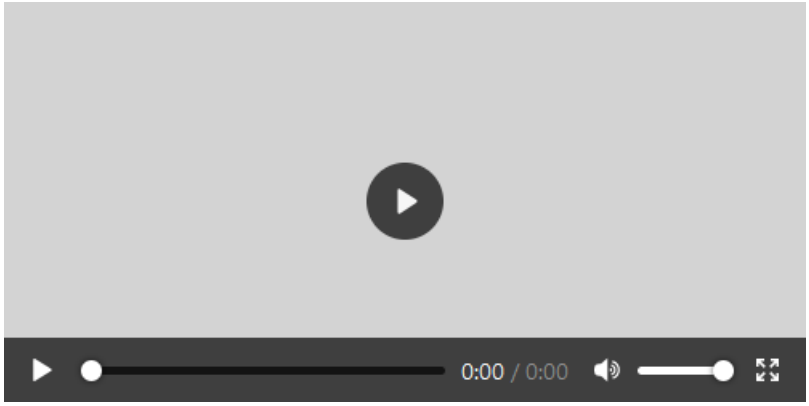
Toll! Du hast heute schon zwei Mini-Challenges geschafft. Weiter so!

# Die iCHIMPS-Landschaften

Du hast auf Deiner iCHIMPS-Reise schon viel erfahren. Heute wollen wir uns auf die verschiedenen Etappen Deiner Reise zurückbesinnen. Dazu sehen wir uns diese einzelnen Stationen noch einmal an. Was hast Du dort Hilfreiches gelernt? Welche Erfahrungen hast Du dabei gesammelt?

Video

Hier im Video kannst Du sehen, welche Landschaften Du auf Deiner Reise gesehen hast.



Hier kannst Du den Text des Videos mitlesen:

Während iCHIMPS bist Du durch verschiedene Landschaften gereist. Die wichtigsten Stationen wollen wir uns nun noch einmal gemeinsam in Erinnerung rufen.

Zuerst hat Dich Deine iCHIMPS-Reise in die **Arktis** geführt. Dort hast Du Dich mit den Seiten an Dir auseinandergesetzt, die wie die Unterseite eines Eisbergs im Verborgenen liegen. Du hast erfahren, dass es viele Jugendliche gibt, die in einer ähnlichen Situation sind wie Du und Du nicht allein bist! Du hast Dich darüber hinaus damit auseinandergesetzt, dass Du besondere Herausforderungen im Alltag meisterst und Du ganz besondere Fähigkeiten und Eigenschaften hast, die Dich einzigartig machen!

Als nächstes ging Deine iCHIMPS-Reise in die **Wüste**. Dort hast Du Dich damit beschäftigt, was eine psychische Erkrankung bzw. eine Suchterkrankung ist und dass sie in der Regel durch mehrere Ursachen entsteht. Hier hast Du erfahren, dass solche Erkrankungen zwar vererbt werden können, das aber nicht automatisch bedeutet, dass auch Du psychisch erkranken wirst. Vor allem hast Du Dir während diesem Teil Deiner Reise Gedanken gemacht, wie die Erkrankung Deines Elternteils Dein Leben beeinflusst: Was Du darüber denkst, auf welche Weise Dich die Erkrankung Deines Elternteils stark macht und welche Gefühle Du dazu hast.

In Deiner nächsten Reiseetappe hast Du eine Wanderung durch den **Wald** unternommen. Dabei hast du einen Blick auf dein soziales Netzwerk geworfen und Dich damit auseinandergesetzt, welche Menschen Dich momentan auf Deiner Reise begleiten und wie Du das Netzwerk an Wegbegleitern verändern kannst. Du hast auch erfahren, welche Regeln dazu führen, dass Kommunikation besser gelingen kann. Es ist wichtig, dass Du darauf achtest, dass die Nachricht, die Du versendest, von Deinem Gegenüber richtig verstanden wird. Desweiteren hast Du Dich damit beschäftigt, wie Du über die psychische Erkrankung Deines Elternteils mit anderen reden kannst.

Danach hast Du Dich vorbereitet, die **Hügel und Berge Deines Lebens** zu besteigen. Du hast erfahren, dass Aktivität und Stimmung sehr stark zusammenhängen und es deshalb wichtig ist, auch in schwierigen Lebensphasen aktiv zu bleiben. Du hast gelernt, dass Stress entsteht, wenn man sich überfordert fühlt. Jetzt weißt Du, dass es im Umgang mit Stress kurzfristige Fertigkeiten gibt, wie zum Beispiel sich abzulenken, sich zu beruhigen, den Augenblick zu verbessern oder die Vor- und Nachteile abzuwägen. Um langfristig mit Stress umzugehen, hilft jedoch nur ein radikales Akzeptieren. Außerdem ist es wichtig, sich um die eigenen Bedürfnisse zu kümmern.

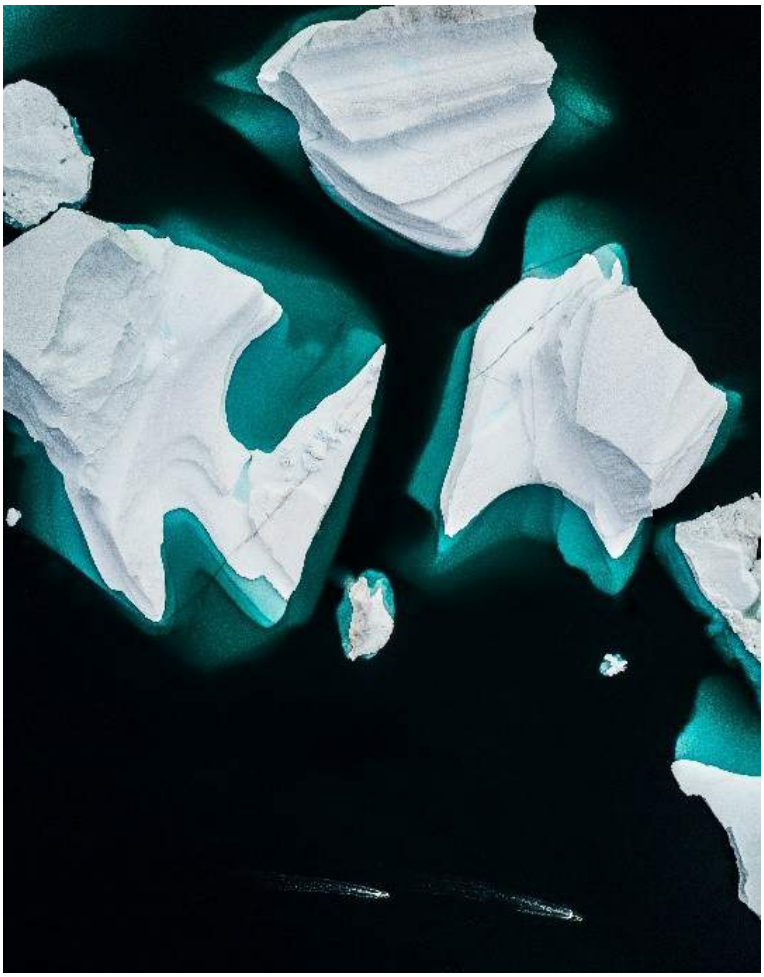
Der nächste Abschnitt Deiner iCHIMPS-Reise hat Dich auf die **Insel der Emotionen** geführt. Dort hast Du erfahren, wie Du mit starken Gefühlen umgehen kannst: Erkenne dabei zuerst Deine körperliche Reaktion und nimm sie als einen möglichen aufkommenden Sturm in Dir wahr. Wie stark spürst Du das Gefühl (von 1-100)? Für Gefühle zwischen 50-74 können Dir Entspannungsübungen helfen. Für Gefühle zwischen 75-100 verwende deine Skills. Denke daran: Es ist in Ordnung, dass Du verschiedene Gefühle spürst! Versuche herauszufinden, was Dir das Gefühl sagen möchte - dann kannst Du entscheiden, wie Du Dich verhalten möchtest.

Auf Deinem letzten Reiseabschnitt hast Du Dich damit beschäftigt, wie Du Wellen im **Ozean** Deines Lebens wie ein Surfer reiten und schwierige Phasen meistern kannst. Du weißt jetzt, wie wichtig es ist, manchmal Grenzen zu setzen und „Nein“ sagen zu können. Die Herausforderungen in Deinem Alltag können dazu führen, dass Du Dich manchmal überfordert fühlst. Aber Du kennst jetzt Wege, wie Du Deinen Selbstwert wieder stärken kannst - zum Beispiel, indem Du Deine Schwächen akzeptierst und Dich auf Deine Stärken konzentrierst. Versuche, auch in anderen Menschen das Gute zu sehen! Sei mutig und wage es, Fehler zu machen. Du hast in dieser Me-Time auch erfahren, wie Du auf hohen Wellen in Deinem Leben surfen kannst, indem Du die Problemlösungsschritte: Problemklärung, Lösungssuche, Entscheiden, Handeln und Bewerten anwendest.

Wie Du siehst, hast Du auf Deiner iCHIMPS-Reise eine ganz schön große Strecke zurückgelegt und neue Abenteuer erlebt. Ich hoffe, Du hast dabei viele Erfahrungen sammeln können, wie Du im Alltag mit Deinen Herausforderungen umgehen kannst.

# Me-Time 2: Lerne Deine Herausforderungen und Stärken kennen

In dieser verschneiten Landschaft hast Du erfahren, dass sich bei uns ganz schön viel unter der Oberfläche versteckt – ganz wie bei einem Eisberg. Hier haben wir Dir die wichtigsten drei Punkte dieser Me-Time nochmal zusammengefasst.



## 1. Manche Dinge sind (noch) unbewusst

Unsere Wünsche, Herausforderungen und Ziele sind uns nicht immer bewusst. Wir können uns mit ihnen beschäftigen und den Mut haben, unter die Wasseroberfläche zu schauen, um uns selbst besser kennen zu lernen.

Wenn Du Dich weiterhin damit beschäftigen willst, kann ein Tagebuch oder ein Notizbuch dazu sehr

hilfreich sein.

## 2. Du bist nicht allein

Du bist mit Deinen Herausforderungen nicht allein – viele andere Jugendliche sind in der gleichen Situation wie Du! Herausforderungen in unserem Leben lassen sich bewältigen. Wenn Du ein konkretes Ziel setzen möchtest, hilft Dir die SMART-Regel.

Hier kannst Du die SMART-Regel noch einmal nachlesen:

**S** - spezifisch:

Überlege Dir eine Situation und eine Sache, die Du konkret angehen möchtest.

**M** - messbar:

Wie kannst Du später überprüfen, ob Du Dein Ziel erreicht hast?

**A** - anspruchsvoll:

Das Ziel ist eine Herausforderung für Dich und sollte nicht zu einfach sein.

**R** - realistisch:

Das Ziel sollte aber auch so angemessen und realistisch sein, dass Du es mit geeigneter Unterstützung erreichen kannst.

**T** - terminiert:

Überlege Dir einen Zeitpunkt, bis wann Du Dein Ziel erreicht haben möchtest.

## 3. Deine Stärken

Deine Stärken sind wichtige Ausrüstungsgegenstände, die Dir auf Deiner Reise helfen.

### Mini-Challenge:

Erinnerst Du Dich noch an sie?

Weißt Du noch, welche Stärken Du in Deiner zweiten Me-Time genannt hast? Fallen Dir noch weitere Stärken ein?

# Dein aktueller Zwischenstand

Super, dass Du hast eine weitere Challenge bearbeitet hast!

# Me-Time 3: Wissen macht stark - erfahre mehr über die psychische Ekrankung Deines Elternteils

In der dritten Me-Time hast Du einen Reiseführer erstellt. Wir haben Informationen über die Erkrankung Deines Elternteils gesammelt. Das kann Dir helfen, Deine Situationen besser zu verstehen. Hier kannst Du die wichtigsten drei Punkte der Me-Time nachlesen:

## 1. Psychische Erkrankungen sind niemals gleich

Psychische Erkrankungen können die Wahrnehmung, das Denken, Stimmungen und Verhalten beeinflussen. Das ist von Person zu Person verschieden – daher werden psychische Erkrankungen von jedem ganz anders erlebt.

## 2. Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet

Psychische Erkrankungen kommen häufiger vor als man denkt.

**Mini-Challenge:**

Weißt Du noch, wie viele Menschen in Deutschland jedes Jahr an einer psychischen Erkrankung erkranken?

In Deutschland leidet pro Jahr fast jeder dritte Erwachsene an einer psychischen Erkrankung. Dabei können biologische Prozesse, wie zum Beispiel Vererbung, eine Rolle spielen. Genetische Faktoren allein sind aber kein Grund dafür, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Vielmehr sind eine Vielzahl von Faktoren dafür verantwortlich, ob jemand eine psychische Erkrankung entwickelt oder nicht.

## 3. Deine besonderen Fähigkeiten

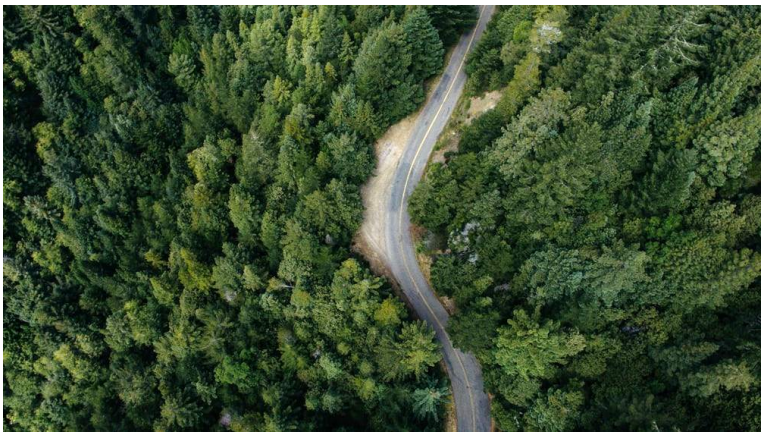
Du hast vermutlich Eigenschaften und Fähigkeiten entwickelt, die andere Jugendliche in Deinem Alter nicht haben. Vielleicht gibt es immer wieder Situationen, in denen Du besonders viel Verantwortung trägst, Dich allein gelassen fühlst oder ganz besonders stark sein musst. Doch genau in solchen Momenten entwickelst Du Fähigkeiten und Eigenschaften, die Dich zu einem ganz besonderen und starken Menschen machen.

# Dein aktueller Zwischenstand

Toll, wie Du die Challenges bearbeitest! Du kannst stolz auf Dich sein.

# Me-Time 4: Darüber reden - pflege Kontakte und lerne, über schwierige Themen zu sprechen

Die vierte Me-Time haben wir im Wald verbracht. Dort haben wir erfahren, wie wichtig Kommunikation ist – und das schon seit der Steinzeit! Außerdem haben wir gelernt, wie wir unsere Kommunikation verbessern können. Hier die wichtigsten drei Punkte der Me-Time:



## 1. Wegbegleiter

Du hast darüber nachgedacht, wer Deine Wegbegleiter sind – welche Menschen Dir in Deinem Leben wichtig sind.

### Mini-Challenge:

Erinnere Dich an Deine Wegbegleiter zurück.

Weißt Du noch, welche Menschen Dir bei dieser Challenge besonders aufgefallen sind? Notiere sie unten im Kasten!

# Dein aktueller Zwischenstand

Du hast heute schon fünf Mini-Challenges gemeistert. Super!

## 2. Gute Gespräche

Du hast gelernt, wie man besser mit anderen kommunizieren kann. Erinnere Dich an die vier Regeln für ein gelungenes Gespräch:

1. Erzähle, wie Du es wahrnimmst - Öffne Dich.
2. Besprich nur eine Situation.
3. Sprich über das Verhalten.
4. Behalte den Fokus.

## 3. Mit anderen sprechen

Außerdem hast Du erfahren, dass es wichtig sein kann, mit anderen Menschen über Probleme und Belastungen zu sprechen. Du hast hilfreiche Tipps gelernt, die Dir helfen können, über schwierige Situationen zu sprechen.

Hier kannst Du die Tipps noch einmal nachlesen.

1. Suche Dir eine Person, der Du wirklich vertraust.

2. Überlege Dir, was Du erreichen möchtest.

3. Suche Dir einen ruhigen Moment für das Gespräch, in dem ihr nicht gestört werdet.

4. Überhäufe Dein Gegenüber nicht mit Informationen.

5. Gib der Person Zeit, das Gespräch zu verarbeiten.

# Me-Time 5: Finde innere Ruhe - lerne, wie Du mit Stress umgehen kannst

Unsere nächste Etappe war ganz schön hügelig. Hier hast Du gelernt, was ein Berg mit Stress zu tun hat, und was wir tun können, um mit der nächsten Besteigung Deines Stressberges ein bisschen entspannter umzugehen. Die wichtigsten drei Punkte:

## 1. Positive Aktivitäten

Aktivität und Stimmung hängen sehr stark zusammen. Es ist deshalb wichtig, dass Du in Deinen Alltag regelmäßig positive Aktivitäten einbaust und diese auch besonders dann machst, wenn Du Dich betrübt fühlst.

Durch regelmäßige positive Aktivitäten schaffst Du es, dass Du Dich nicht wie in einer Abwärtsspirale immer schlechter fühlst, sondern Dich in einer Aufwärtsspirale befindest.

**Mini-Challenge:**

Erinnerst Du Dich noch an die positiven Aktivitäten, die Du Dir in der fünften Me-Time ausgesucht hast?

Hast Du es geschafft, regemäßig positive Aktivitäten in Deinen Alltag einzubauen?

Gar nicht — Sehr gut

Manchmal ist es schwer, Zeit für positive Aktivitäten zu finden oder sich aufzuraffen. Überlege einmal, was Gründe dafür waren, dass Du bisher wenige positive Aktivitäten durchgeführt hast? Wie könntest Du es schaffen, Dir mehr Zeit für schöne Aktivitäten zu nehmen?

Super, Du kannst wirklich stolz auf Dich sein!

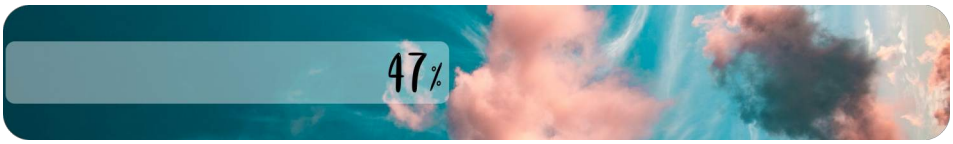
# Dein aktueller Zwischenstand

Du hast eine weitere Challenge bewältigt. Super!

## 2. Stress

Jeder nimmt Stress anders wahr – das hat mit unserer Persönlichkeit und unseren vorherigen Erfahrungen zu tun. Ob sich der Stress gut oder schlecht anfühlt, hängt davon ab, ob wir glauben, dass wir die Herausforderung meistern können.

Erinnere Dich an das Beispiel der Bergbesteigung: Ein geübter Bergsteiger freut sich auf die Besteigung, während ein absoluter Neuling vielleicht allein beim Anblick des Berges in Stress und Panik verfällt.




## 3. Mit Stress umgehen

Es ist wichtig zu wissen, wann man ein Problem lösen kann und wann nicht. Probleme, auf die man selbst Einfluss hat, sollte man versuchen zu lösen. Wenn sich das Problem jedoch nicht durch Dich lösen lässt, kannst Du Strategien zur Stresstoleranz einsetzen.

### Mini-Challenge:

Welche Strategien eignen sich zur Stressbewältigung? Wähle aus, ob sich die beschriebene Strategie eignet, um Stress zu bewältigen oder nicht!

### Kurzfristige Strategien:

Ich beruhige mich mit meinen fünf Sinnen.

Ja Nein

Richtig!

Falsch!

Ich beklage mich bei einer nahestehenden Person über das Problem.

Ja Nein

Falsch!

Richtig!

Ich lenke mich ab (unternehme etwas, mache Sport, höre Musik, lese).

Ja Nein

Richtig!

Falsch!

Ich wäge die Vor- und Nachteile für ein bestimmtes Verhalten ab.

Ja Nein

Richtig!

Falsch!

Ich beiße die Zähne zusammen und versuche weiter, das Problem zu lösen.

Ja Nein

Falsch!

Richtig!

Ich verbessere den Augenblick.

Ja Nein

Richtig!

Falsch!

## Langfristige Strategien:

Ich versuche das Problem zu ignorieren.

Ja Nein

Falsch!

Richtig!

Ich akzeptiere die Realität.

Ja Nein

Richtig!

Falsch!

Ich versuche, die Anforderungen zu erfüllen.

Ja Nein

Falsch!

Richtig!

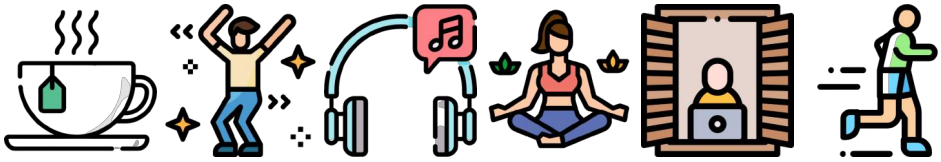
# Dein aktueller Zwischenstand

Wow, Du hast heute schon sieben Challenges bearbeitet. Bleib dran!

# Zeit für eine Pause?!

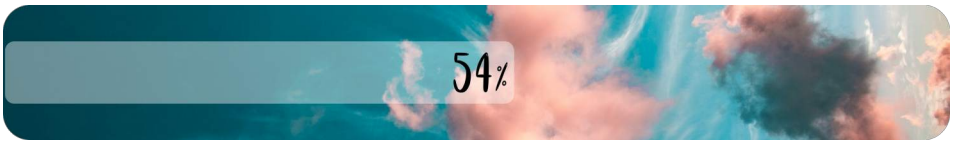
Die Hälfte Deiner heutigen Me-Time liegt bereits hinter Dir. Wenn Du möchtest, kannst Du an dieser Stelle eine kleine Pause von circa zehn Minuten einlegen. Oder Du machst direkt weiter - die Entscheidung liegt bei Dir! Entscheide so, wie Du Dich gerade fühlst.

Bei einer Pause stelle Dir am besten einen Wecker und belohne Dich mit etwas, was Dir gerade guttut. Das kann zum Beispiel sein:



✓ Du hast Dir heute bereits angeschaut, was Du in den ersten fünf Me-Times gelernt hast.

Nach der Pause schaust Du Dir Deinen Lernerfolg aus den anderen Me-Times an. Außerdem vertiefst Du Dein Wissen über Deine innere Ampel und schaust, wie Dir iCHIMPS helfen konnte, Deine Ziele zu erreichen.




# Me-Time 6: Welt der Gefühle - lerne, wie Du mit starken Gefühlen umgehen kannst

In Deiner sechsten Me-Time haben wir eine Reise zur Insel der Emotionen gemacht. Dort hast Du gesehen, wie verschieden die Wetterverhältnisse auf der Insel sein können – also wie viele verschiedene Gefühle es gibt. Und Du bist Meister Deiner Gefühle geworden! Du hast die folgenden drei Punkte gelernt:

## 1. Was Gefühle sagen wollen

Emotionen werden in unserem Gehirn ausgelöst. Jeder empfindet Gefühle anders. Erinnere Dich an das Beispiel mit dem Telefonanruf: Jedes Gefühl möchte Dir sagen, dass Du gerade etwas brauchst. Hinter jedem Gefühl verbirgt sich also ein Bedürfnis.

## Mini-Challenge:

Erkennst Du das Gefühl, das bei diesen Bedürfnissen ausgelöst wird? Schreibe das jeweilige Gefühl in das freie Textfeld!

Hier gibt es keine 'richtigen' oder 'falschen' Gefühle. Jedes Bedürfnis kann verschiedene Gefühle auslösen. Überlege, welches Gefühl Du am passendsten findest!

Jemand verhält sich aggressiv.

Jemand würde das bereits Geschehene am liebsten ungeschehen machen, sich entschuldigen.

Jemand möchte noch mehr davon.

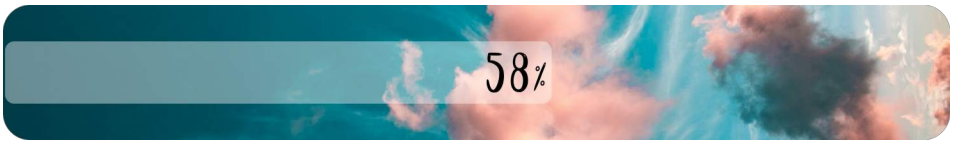
Du brauchst einen Tipp? Dann klicke hier!

Diese Gefühle kannst Du den Bedürfnissen zuordnen:

- Schuld
- Freude
- Trauer
- Angst
- Scham
- Wut
- Ekel

# Dein aktueller Zwischenstand

Super, Du hast eine weitere Challenge gemeistert!




## 2. Angenehme Gefühle

Angenehme Gefühle helfen uns, unsere unangenehmen Gefühle zu kontrollieren und besser mit stressigen Situationen umzugehen.

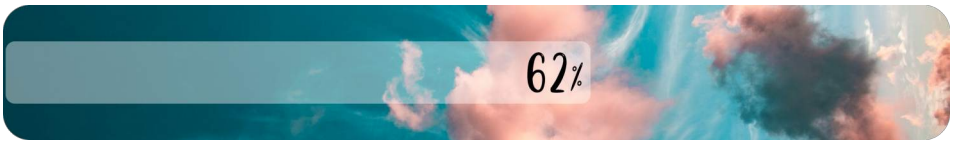
Haben wir mehr angenehme Gefühle, dann fühlen wir uns insgesamt wohler und es fällt uns leichter, in schwierigen Situationen gelassen zu bleiben.

## 3. Starke Gefühle

Wir alle spüren manchmal sehr starke Gefühle. Wichtig ist, dass Du die Kontrolle über das Gefühl behältst und das Gefühl nicht Dich kontrolliert. Denke daran: Es ist in Ordnung, dass Du das Gefühl spürst. Alle Gefühle sind willkommen.

Erinnere Dich an die Techniken für den Umgang mit starken Gefühlen! Klicke hier zum Nachlesen.

- Bei sehr starken Gefühlen von 75 bis 100 verwende Skills.
- Bei Gefühlen zwischen 50 und 75 nutze Entspannungsübungen.
- Bei weniger starken Gefühle versuche, die Situation aus der Perspektive eines Außenseiters zu sehen (eine Person wie Deine beste Freundin oder dein bester Freund).




# Me-Time 7: Dein Ich, Deine Ecken, und Deine Kanten - lerne, wie Du Grenzen setzt

In Deiner vorletzten Me-Time haben wir uns den Horizont angeschaut. Am Horizont trennt sich das Meer vom Himmel und der Himmel vom Meer. Auch für uns Menschen ist es in gewissen Situationen wichtig, dass wir uns abgrenzen. Hier sind die wichtigsten drei Punkte zusammengefasst:

## 1. Grenzen setzen

Eigene Grenzen zu setzen ist wichtig, damit wir uns wohlfühlen. Damit sagen wir den anderen, wie sie uns behandeln können. Wenn andere diese Grenzen überschreiten, fühlen wir uns unwohl. Jeder hat seine eigenen Grenzen.

## 2. Nein sagen

Du kannst Grenzen setzen, indem Du „Nein“ sagst.

### Mini-Challenge:

In welchen Situationen fällt es Dir besonders schwer, „Nein“ zu sagen?

Überlege Dir, wie Du in dieser Situation „Nein“ sagen könntest. Schreibe diesen Satz hier auf!

# Dein aktueller Zwischenstand

Wahnsinn, wie Du die Challenges bearbeitest! Das läuft ja richtig rund!

## 3. Dein Selbstwert

Deinen Selbstwert kannst Du Dir wie vier Puzzleteile vorstellen. Du kannst an Deinem Selbstwert arbeiten, indem Du:

### 1. ... Deine Stärken liebst!

### 2. ... versuchst, Deine Schwächen zu akzeptieren!

### 3. ... das Gute in anderen Menschen siehst!

Mehr Infos? Dann klicke hier.

Vergiss nicht! Auch wenn Du Dich über jemanden ärgerst – es gibt immer auch eine gute Seite an diesem Menschen!

### 4. ... neue Abenteuer wagst!

### Mini-Challenge:

Was wird Dein nächstes Abenteuer sein? Abenteuer müssen nicht immer aufwändig oder groß sein. Wichtig ist, neue Dinge zu wagen. Erinnere Dich auch an die kleinen Alltagsabenteuer, von denen Du erfahren hast. Erzähle mir im Kasten davon, was Du Neues wagen wirst!

Mein neues Ziel:

# Dein aktueller Zwischenstand

Du hast eine weitere Challenges gemeistert. Einfach toll!

# Wie Du zukünftige Abenteuer meistern kannst

Geschafft! Wir haben Deine ganzen Me-Times noch einmal im Schnelldurchgang betrachtet.

Jetzt möchte ich mit Dir gemeinsam einen Blick in Deine Zukunft werfen. Die folgende Pro-Challenge soll Dir helfen, auf die Abenteuer, die das Leben für Dich bereit hält, besser vorbereitet zu sein.

Jeder Mensch durchlebt in seinem Leben Höhen und Tiefen. Das ist ganz normal! Damit Du Dich langfristig wohl fühlst, ist es wichtig, dass Dir bewusst ist, wie es Dir gerade geht. Nur dann kann man rechtzeitig etwas dagegen unternehmen und so zum Beispiel eine Krise verhindern. Damit Dir das in Zukunft gut gelingt, möchte ich Dir das Wohlfühl-Ampelsystem vorstellen.

Das Ampel-System hast Du in der letzten Me-Time bereits kurz kennengelernt. Erinnerst Du Dich an das Video zum Thema Nein sagen? Lies unten mehr zu Deiner Wohlfühl-Ampel!

✓ Wenn die Wohlfühl-Ampel grün leuchtet, bedeutet dies, dass es Dir gut geht und Du auf einem ausgeglichenen Kurs bist. Du fühlst Dich generell wohl und alles ist soweit in Ordnung. Damit Deine Wohlfühl-Ampel weiterhin grün leuchtet, ist es wichtig, regelmäßig Dinge zu tun, die Dir guttun.

Wenn die Wohlfühl-Ampel auf orange schaltet, hat Dich etwas aus dem Gleichgewicht gebracht. Du fühlst Dich verstimmt, erschöpft oder kannst schlecht schlafen. Oft bemerken wir diese frühen Warnzeichen nicht rechtzeitig und ergreifen kaum Maßnahmen, um wieder auf den rechten Kurs zu kommen. Das heißt natürlich nicht, dass man nicht mal schlechte Laune haben darf. Wenn Du aber merkst, dass Du Dich längerfristig nicht gut fühlst, ist Deine Wohlfühl-Ampel wahrscheinlich auf orange umgeschaltet.

Wenn wir die Warnzeichen nicht mitbekommen, kann es sein, dass sich aus unserer schlechten oder angespannten Stimmung eine Krise entwickelt – dann steht die Wohlfühl-Ampel auf rot. Zeichen, dass sich eine Krise entwickelt, sind zum Beispiel das Gefühl mit Deinem Alltag nicht mehr klarzukommen, keinen Appetit zu haben, rasende Gedanken oder übermäßiger Alkohol- und/oder Drogenkonsum.

## Pro-Challenge:

Wann leuchtet Deine Wohlfühl-Ampel orange? In dieser Pro-Challenge wollen wir herausfinden, welche Warnzeichen bei Dir auftauchen, wenn es Dir nicht gut geht.

## Audio

Höre hier, wie Phillip, Tamara und Jessi merken, dass ihre Wohlfühl-Ampel orange leuchtet.

Phillip

0:00 / 0:00

Hier kannst Du mitlesen, was Phillip Dir erzählt.

*Ich hab gemerkt, wenn es mir nicht so gut geht, dass ich mich oft zurückziehe. Ich möchte dann gar nichts mehr unternehmen und am liebsten nur noch schlafen. Außerdem bin ich dann sehr gereizt und streite mich mit meinen Eltern oder meinen Freunden. Wenn ich wieder in so eine Phase rutsche, bemerke ich das mittlerweile. Dann hilft es mir, raus an die frische Luft zu gehen, eine Runde zu laufen oder Fußball zu spielen. Meistens merke ich, dass ich die Dinge, die mir guttun, schon eine ganze Weile nicht mehr gemacht habe – das hängt dann auch mit meiner schlechten Laune zusammen.*

Tamara

0:00 / 0:00

Hier kannst Du mitlesen, was Tamara Dir erzählt.

*Wenn es mir nicht gut geht, bin ich ängstlich und machen mir über alles Mögliche Sorgen. Oft kann ich dann nicht richtig schlafen und bin sehr erschöpft. Ich habe dann keinen Appetit mehr und muss mich zwingen, was zu essen. Ich kenne aber meine Warnzeichen - und das hilft mir, rechtzeitig zu überlegen, was ich tun kann, um mich wieder besser zu fühlen. Für mich ist darüber reden ganz wichtig – und mir Unterstützung zu holen, wenn ich sie brauche.*

Jessi

0:00 / 0:00

Hier kannst Du mitlesen, was Jessi Dir erzählt.

*Ich hatte bisher ein paar Phasen, in denen es mir nicht so gut ging. Ich bin dann meistens sehr empfindlich und schnell überfordert. Dann fällt es mir auch sehr schwer, Entscheidungen zu treffen. Ich habe gemerkt, dass ich mir vor solchen Phasen oft schon länger keine Zeit mehr für mich genommen habe oder nichts unternommen habe, was mir Spaß macht.*

Wie ist das bei Dir? Fallen Dir Warnzeichen ein, an denen Du merkst, dass Deine Wohlfühl-Ampel orange leuchtet?

Wenn Dir gerade nichts einfällt, klicke hier, um Beispiele von häufigen Frühwarnzeichen zu sehen.

- Dich ängstlich fühlen
- Irritiert und überempfindlich sein
- Nicht genügend schlafen oder früh aufwachen
- Zu lange schlafen
- Normale Dinge, mit denen Du üblicherweise locker umgehst, plötzlich schwierig finden
- Mit anderen Leuten in Streit geraten
- Nervös sein
- Dich teilnahmslos fühlen
- Schwierigkeiten mit Entscheidungen haben
- Schwierigkeiten haben, Deine Gedanken zu ordnen
- Das Gefühl haben, dass Dir etwas Schlimmes bevorsteht
- Veränderten Appetit haben: weniger oder mehr als üblich essen wollen
- Sehr negative Gefühle haben gegenüber Dir selbst und dem, was in Deinem Leben geschieht
- Kein gutes Körpergefühl mehr haben
- Plötzlich von Dingen besessen sein, die Dir sonst egal sind
- Dich sehr müde fühlen
- Dich rastlos fühlen und nicht zur Ruhe kommen
- Ungewöhnlich kontaktfreudig und gesprächig sein und gleichzeitig hundert Sachen erledigen
- Dinge tun, die für Dich untypisch sind
- Alles andere, was Dir auffällt und darauf hinweist, dass die Dinge aus dem Lot sind

# Dein aktueller Zwischenstand

Super, wie Du Dich mit Dir selbst auseinandersetzt! Ich bin beeindruckt.

# Reise-Erinnerungen – Was nimmst Du aus iCHIMPS mit?

## Pro-Challenge:

Schreibe einen Brief!

Zum Abschluss von iCHIMPS geht es nun darum, was Du aus dieser Reise mitnimmst. Schreibe dazu einen Brief an Dich selbst. Im Brief kannst Du Deine Gefühle und Gedanken, die Du jetzt nach Deiner Reise mit iCHIMPS hast, aufschreiben. Später kannst Du den Brief noch einmal lesen, um Dich zu erinnern, was Du aus iCHIMPS mitgenommen hast. Versuche dabei, die folgenden Fragen zu beantworten:

- Was hat mir iCHIMPS gebracht?
- Was habe ich gelernt?
- Was hat sich in meinem Alltag und meinem Zusammenleben mit meiner Familie verändert?
- Was war hilfreich? Was war einfach? Was ist mir schwer gefallen?
- Was habe ich vor iCHIMPS über die psychische Erkrankung meines Elternteils gedacht, was danach?

Mein Brief über meine iCHIMPS-Reise:

# Dein aktueller Zwischenstand

Klasse, wie Du diese Challenge gemeistert hast!

# Deine Ziele

**Mini-Challenge:**

Nun ist es Zeit, nochmal an Deine Ziele aus der ersten Me-Time zu denken.

Erinnerst Du Dich noch, was Dein Ziel zu Beginn von iCHIMPS war?

Hast Du dieses Ziel erreicht? Schätze dies auf einer Skala von 1 bis 10 ein. 1 bedeutet, dass Du das Ziel gar nicht erreicht hast und 10 heißt, dass Du das Ziel komplett erreicht hast.

Hast Du Dein Ziel erreicht?

Gar nicht erreicht — Vollständig erreicht

Super, das freut mich! Wie toll, dass iCHIMPS Dir auf Deiner Reise helfen konnte. Du kannst stolz auf Dich sein – für diesen Erfolg bist allein Du verantwortlich.

Du konntest einige Sachen aus iCHIMPS mitnehmen, Dein Ziel ist aber noch nicht ganz erreicht! Das ist okay. Wie Du in Deinen Me-Times gelernt hast, ist das Leben eine Reise – und Du stehst noch am Anfang. Ich hoffe, die Ausrüstung aus iCHIMPS kann Dir helfen, weiter an Deinem Ziel zu arbeiten und Schritt für Schritt Dein Ziel zu erreichen.

„Wenn Du Berge versetzen möchtest, fang damit an, Steine wegzutragen“.

Du hast das Gefühl, Dein Ziel nicht erreicht zu haben. Vielleicht hast Du Dein Ziel auch zwischenzeitlich aus den Augen verloren? Oder Du hast Dir Dein Ziel zu hoch gesteckt? Manchmal braucht es auch einfach länger Zeit, um ein Ziel zu erreichen. Ich hoffe, Du hast trotzdem einiges aus iCHIMPS mitnehmen können, dass Dir helfen kann, in Zukunft an Deinem Ziel zu arbeiten. Wenn Du Dir stattdessen ein neues Ziel überlegen möchtest, schreibe es hier unten in das Textfeld. Denke daran – Deine Reise ist mit iCHIMPS nicht vorbei, sondern sie fängt erst gerade richtig an!

Mein neues Ziel lautet:

## Dein letzter Zwischenstand!

Super! Du hast alle Challenges erfolgreich gemeistert! Du kannst wirklich stolz auf Dich sein.

# Was hast Du heute auf Deiner Reise erfahren?

- Heute haben wir noch einmal zusammen angeschaut, was Du in den letzten acht Wochen auf Deiner iCHIMPS Reise erfahren hast.
- Du hast auch gelernt, wie Dir die Wohlfühlampel dabei helfen kann, dass Du Dich langfristig wohl fühlst.

# Wie hat Dir Deine heutige Me-Time gefallen?

1 bedeutet, dass Dir die heutige Me-Time gar nicht gefallen hat, und 10 heißt, dass Dir die Me-Time sehr gut gefallen hat.

Wie hat Dir die heutige Me-Time gefallen?

Gar nicht Sehr gut

# Dein Erinnerungsalbum

Du bist gespannt, wie Dein letztes Erinnerungsbild aussieht? Dann klicke hier.

Dieses Erinnerungsbild soll Dich daran erinnern, dass viele Abenteuer auf Dich warten!

✓ Super! Du hast alle Bilder für Dein Erinnerungsalbum gesammelt!

# Auf Wiedersehen!

Es war mir eine große Ehre, Dich ein Stück auf Deiner Reise zu begleiten. Wir sind durch verschiedene Landschaften gereist und ich hoffe, Du konntest etwas Neues über Dich und Dein Leben erfahren.

Nun ist es an der Zeit, Abschied zu nehmen. Ich bin zuversichtlich, dass Du all die Herausforderungen des Lebens in Zukunft meistern kannst! Dass Du bis hierhin am Ball geblieben bist, zeigt Dein Durchhaltevermögen und die Stärke, die in Dir liegen. Verusche, Dir auch nach iCHIMPS Zeit für Dich zu nehmen, um Dir etwas Gutes zu tun. Wir hören uns beim letzten Feedback noch einmal. Bleib dran!

Ich wünsche Dir alles Gute!

Dein E-Coach

iCHIMPS

# Templates für das Feedback

## Inhalt

*Nachricht, um Gesprächsfunktion freizuschalten* ..... 2

*1. Deine iCHIMPS-Reise – das erwartet Dich* ..... 3

*2. Mach den ersten Schritt – lerne Deine Herausforderungen und Stärken kennen* ..... 4

*3. Wissen macht stark – erfahre mehr über die psychische Erkrankung Deines Elternteils* ..... 7

*4. Darüber reden – pflege Kontakte und lerne, über schwierige Themen zu sprechen* ..... 13

*5. Finde innere Ruhe – lerne, wie Du mit Stress umgehen kannst* ..... 22

*6. Welt der Gefühle – lerne, wie Du mit starken Gefühlen umgehen kannst* ..... 25

*7. Dein Ich, Deine Ecken und Deine Kanten – lerne, wie Du Grenzen setzt* ....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

*8. Endstation! – und jetzt?*.....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Benachrichtigung bei Verdacht auf Suizidalität .....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

*Ablaufprozedere für E-Coaches* .....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Dieses Dokument ist ein standardisierter Leitfaden für die E-Coaches der Online-Intervention iCHIMPS und dient der Orientierung bei der Bearbeitung des Feedbacks jede Me-Time für die Jugendlichen der Online-Intervention. Die E-Coaches sollen sich soweit möglich an die Templates halten, mit dem Ziel, die Jugendlichen bestmöglich zu motivieren an der Intervention weiterzuarbeiten. Die gelb markierten Passagen sollen dabei auf die Antwort des Jugendlichen angepasst werden. Des Weiteren enthält das Dokument das Ablaufprozedere und die Vorgehensweisen bei eSano.

## *Nachricht, um Gesprächsfunktion freizuschalten*

*An alle Teilnehmmenden zu Beginn der Intervention senden! (nicht über „Feedback“ senden, sondern über die Funktion „Konversationen“)*

Hallo!

Herzlich Willkommen zum Online-Programm iCHIMPS. Ich bin [*Name E-Coach einfügen*], Dein E-Coach und werde Dich durch das Programm begleiten. Wenn Du eine Frage hast, kannst Du mir über die Gesprächsfunktion hier antworten.

Bis bald!

[*Name E-Coach einfügen*]

## *1. Deine iCHIMPS-Reise – das erwartet Dich*

**Liebe/ Lieber…,**

ich freue mich, Dich kennenzulernen. Toll, dass Du Dich zum Online-Programm angemeldet hast und Dich mit meiner Unterstützung auf das iCHIMPS-Abenteuer einlässt! Ich freue mich darauf, Dich durch die kommenden sieben Me-Times zu begleiten. In der einführenden Me-Time konntest Du schon sehen, was Dich bei iCHIMPS erwartet. Wenn Du magst, kannst Du Dein Profil auf der Seite eSano etwas persönlicher gestalten. Wenn Du links an der Seite auf „Profil“ und dann auf „Einstellungen“ klickst, kannst Du zum Beispiel ein Profilfoto von Dir hochladen oder einen Spitznamen festlegen, mit dem Du von mir angesprochen werden möchtest. Du kannst Dir Deinen Bereich so einstellen, wie es Dir gefällt.

Da ich Dich auf Deienr iCHIMPS-Reise begleiten werde, möchte ich mich gerne vorstellen. Mein Name ist [Name des e-Coaches einfügen] und ich bin [Psychologin]. Hier siehst Du auch ein Bild von mir [Bild einfügen]. Ich freue mich, wenn ich Dir Feedback zu Deinen Challenges geben kann und bin gespannt, was wir auf Deiner iCHIMPS-Reise alles erleben werden!

Falls Geschlecht unklar: Es ist mir wichtig, Dich so anzusprechen, dass Du Dich damit wohlfühlst. Dein Name YX kann für beide Geschlechter verwendet werden / Dein Name YX ist mir nicht geläufig und ich wollte Dich fragen, ob Du mit „Liebe XY“ oder „Lieber XY“ angesprochen werden möchtest. Über eine kurze Nachricht freue ich mich.

Falls Du Fragen hast oder technische Probleme auftreten, kannst Du mir über die Online-Plattform eSano schreiben oder eine E-Mail an ichimps-studie@uni-ulm.de schicken. Ich bin schon ganz gespannt und freue mich auf unsere gemeinsame Zeit. Bis zu unserem nächsten Termin am *[angegebenes Datum/ Zeit]* wünsche ich Dir eine schöne Zeit und freue mich wieder von Dir zu hören.

Bis dahin, liebe Grüße und mach’s gut!

Dein E-Coach

## *2. Mach den ersten Schritt – lerne Deine Herausforderungen und Stärken kennen*

**Liebe/ Lieber …,**
wie schön, dass Du die zweite Me-Time gemeistert hast. Heute erhältst Du von mir Dein ganz persönliches Feedback. Du kannst mir zu dem Feedback Fragen über die Gesprächsfunktion stellen, falls Dir etwas unklar ist. Durch das Klicken des Button Feedback gelesen, aktivierst Du die nächste Me-Time.

*Stimmungsthermometer:*

| Antwort | Feedback |
|---|---|
| 7 – 10 | Es freut mich, dass es Dir am *[Wochentag/heute]* so gut geht/ging. Bestimmt kennst auch Du Situationen, in denen es Dir nicht so gut geht. Hast Du bereits Strategien, wie Du in solchen Situationen Deine Stimmung verbessern kannst? Falls nicht, wirst Du während Deiner iCHIMPS-Reise solche Strategien kennen lernen. |
| 4 – 6 | Du hast angegeben, dass es Dir am *[Wochentag/heute]* mittelmäßig geht/ging. Das ist okay, es kann nicht jeder Tag super (7-10) sein. Vielleicht kennst Du Strategien, die Du anwenden kannst, um Deine Stimmung zu verbessern? Hierbei helfen jedem Menschen ganz unterschiedliche Dinge. Manche treffen sich mit ihren Freunden, lesen etwas oder machen Sport. Kennst Du auch etwas, das Dir persönlich helfen kann? Probiere doch Mal etwas davon aus und berichte mir dann, ob Du Deine Stimmung etwas verbessern konntest. |
| 0 – 3 | Du hast angegeben, dass es Dir am *[Wochentag/heute]* nicht gut geht/ging. Kennst Du Strategien, die Du anwenden kannst, um Deine Stimmung zu verbessern? Hierbei helfen jedem ganz unterschiedliche Dinge. Manche treffen sich mit ihren Freunden, lesen etwas oder machen Sport. Kennst Du auch etwas, das Dir persönlich dabei helfen kann? Probiere doch Mal etwas davon aus und berichte mir dann, ob Du Deine Stimmung etwas verbessern konntest. |

*Veränderung der Situation*
Super! Du hast Dir überlegt, was Du an Deiner aktuellen Situation verändern möchtest – und zwar *[gewünschte Veränderung hier eintragen].* Damit hast Du Dir ein sehr wichtiges Ziel gesetzt. Du hast zudem gesagt, dass es Dir *[sehr wichtig (8-10)/wichtig (4-7)/gar nicht wichtig ist (1-3)]*, dass sich genau diese Sache verändert. Außerdem hast Du gesagt, dass Du *[sehr zuversichtlich (8-10)/zuversichtlich (4-7)/gar nicht zuversichtlich (1-3)]*bist, Dein Ziel zu erreichen.

- [8-10]: Ich freue mich, dass Du an Dich glaubst und Dir sicher bist, dass Du die Situation verändern kannst. Das ist super! Behalte Dein Ziel in den Augen und gehe es an!
- [4-7]: Super, dass Du daran glaubst, Dein Ziel erreichen zu können. Fällt Dir etwas ein, wie es Dir gelingen kann, Dein Ziel in die Tat umzusetzen?
- [1-3]: Ich glaube genau wie Du, dass es schwierig sein kann, Dein Ziel zu erreichen. Welche Hindernisse stehen Dir im Weg? Was könnte Dich davon abhalten, Dein Ziel zu erreichen? Überlege einmal, wie Du diese Herausforderungen meistern kannst. *[bei Bedarf: Wie Du vielleicht schon weißt, gibt es Dinge im Leben, die wir nicht ändern können. Vielleicht könnte ein Ziel sein, mit der schwierigen Situation besser umgehen zu lernen?].* Du hast bisher in Deinem Leben schon einiges erreicht. Glaube an Dich!

Ich kann mir jetzt besser vorstellen, wie der Ausgangspunkt Deiner Reise aussieht, welche Ziele Du hast und was Deine Herausforderungen sind. Vielleicht sind Dir selbst auch Deine Ziele klarer geworden? Ich werde versuchen, Dich bestmöglich beim Erreichen Deiner Ziele mithilfe des Online-Programms zu unterstützen.

*Dein Leben und Du – was zeichnet Dich aus?*

Du hast mir viele Dinge über Dich erzählt, zum Beispiel, dass [*eines der Dinge nenne, die man unbedingt über die Person wissen sollte]* und dass das wichtigste in Deinem Leben ist, dass *[genanntes Beispiel einfügen].* Du hast auch gesagt, dass Deine Eltern für Dich [*Genanntes einfügen*] sind. Bestimmt gibt es Phasen, die für Dich mit Deinen Eltern schwierig waren. Sicherlich gibt es jedoch auch Zeiten, an die Du schöne Erinnerungen hast. Dadurch, dass Du so offen über Dich berichtet hast, konnte ich vieles über Dich erfahren. Vielleicht hast Du ja auch etwas Neues über Dich gelernt? Je besser wir uns selbst kennen, desto wohler und ausgeglichener fühlen wir uns.

*Herausforderungen*
Jeder Mensch steht in seinem Leben vor verschiedenen Herausforderungen. Das gehört zum Leben dazu. Du hast mir berichtet, dass *[Herausforderungen nennen. (ggf): Außerdem hast Du gesagt, dass ….]*. Herausforderungen sind dazu da, sich ihnen zu stellen! Manche Herausforderungen sind leichter, andere eher schwierig zu meistern. Der erste Schritt, eine Herausforderung anzugehen, ist, diese zu benennen! Das hast Du erfolgreich gemeistert. Also bleib dran!

*SMART-Ziele*
Ich glaube Dir, dass es schwierig sein kann*, [die Herausforderungen nennen].*
Du hast Dein Ziel gut nach den SMART-Regeln formuliert. *[Bei Bedarf: Achte darauf, das Ziel noch spezifischer zu formulieren/Dir einen genauen Zeitpunkt zu überlegen, wann Du Dein Ziel erreichen möchtest…]* Außerdem hast Du bei *[konkretes Ziel benennen oder umschreiben]* schon einiges erreicht. Jetzt hast Du Dein Ziel noch genauer notiert. Damit fällt es Dir leichter, Dein Ziel zu erreichen. Lass uns gemeinsam Dein Ziel angehen!

*Meine Stärken*

Keine Stärken angegeben: Du hast bisher keine Stärken nennen können. Ich weiß, es kann schwierig sein, eigene Stärken zu finden. Ich bin mir sicher, dass Du auf jeden Fall Stärken hast und diese nur noch entdecken musst. Jeder Mensch hat Stärken. Vielleicht hilft es Dir, mit einer vertrauten Person, wie zum Beispiel Deiner Mama oder Deinem Papa oder einem guten Freund darüber zu sprechen und auszutauschen, was Du gut kannst oder gerne machst und was sie an Dir schätzen. Auf diese Weise lassen sich Stärken entdecken. Bleib dran!

1-3 Stärken: Ich weiß, es kann schwierig sein, eigene Stärken zu finden. Trotzdem hast Du ein paar Deiner Stärken benennen können, das ist wirklich super! *[eine individuelle Stärke nennen]* ist eine tolle Eigenschaft, daran solltest Du unbedingt festhalten. Diese Eigenschaft kann sehr hilfreich sein bei *[1-2 Situationen nennen]*. Ich bin mir sicher, Du findest noch ein oder zwei Stärken, die Du bisher noch nicht entdeckt hast. Vielleicht hilft es Dir, mit einer vertrauten Person, wie zum Beispiel Deiner Mama oder Deinem Papa oder einem guten Freund darüber zu sprechen und auszutauschen, was Du gut kannst oder gerne machst und was sie an Dir schätzen. Auf diese Weise lassen sich vielleicht noch mehr Stärken entdecken.

Mehr als 3 Stärken: Es ist klasse, dass Du schon einige Stärken nennen kannst. *[eine individuelle Stärke nennen]* ist eine tolle Eigenschaft, daran solltest Du unbedingt festhalten. Diese Eigenschaft kann sehr hilfreich sein bei *[1-2 Situationen nennen]*.

*Verabschiedung*
Super, dass Du Dir die Zeit genommen hast und Deine Me-Time so fleißig bearbeitet hast! Bestimmt hat es einiges an Kraft gekostet, sich dazu zu motivieren und am Ball zu bleiben. Es ist wichtig, dass Du das so beibehältst, weil Dir das Online-Training langfristig beim Bewältigen Deiner Herausforderungen helfen kann!

Toll, dass Du schon einen Termin für die nächste Me-Time vereinbart hast *[Zeit/Datum nennen],* am besten notierst Du Dir diesen oder speicherst ihn in Deinem Smartphone ab, um ihn nicht zu verpassen. Denke auch daran, Deine Stimmung in Deinem persönlichen Tagebuch anzugeben. So kannst Du Deinen Stimmungsverlauf selbst beobachten und herausfinden, was Dir guttut und was nicht so sehr.

*Falls Termin länger als eine Woche in der Zukunft liegt:*
Ich habe gesehen, dass Du Deinen nächsten Termin für das Online-Programm erst für *[Zeit/Datum nennen]* geplant hast. iCHIMPS hilft am meisten, wenn Du eine Me-Time pro Woche bearbeitest. Vielleicht findest Du einen früheren Termin für Deine nächste Me-Time?

Ich freue mich auf die nächste Me-Time mit Dir, wenn Du Dir wieder Zeit für Dich nimmst!
Bis dahin,
Dein E-Coach

*[Persönliche Abschiedsworte und gute Wünsche für die Woche/das Wochenende!*
*+ Erinnerung an das Stimmungstagebuch]*

Wenn mehrere Stärken genannt wurden (drei oder mehr) können diese als pdf mit versandt werden
**DATEI: Deine Stärken-Lerne Deine Stärken kennen als pdf**

***FREISCHALTEN DES TAGEBUCHS:*** **youthCOACH$_{CE}$_1. Trainingseinheit**

***FREISCHALTEN DES*** **youthCOACH$_{CE}$_Stimmungstagebuch**

## *3. Wissen macht stark – erfahre mehr über die psychische Erkrankung Deines Elternteils*

**Liebe/ Lieber …,**
ich freue mich sehr, dass Du die vergangene Me-Time bearbeitet hast und hoffe, dass Du dabei etwas Neues lernen konntest.

*Stimmungsthermometer:*

4-6:
Ich habe gesehen, dass es Dir am *[heute/Wochentag]* ganz okay geht/ging. Das ist völlig in Ordnung, es kann nicht jeder Tag gleich gut sein. Vielleicht fällt Dir etwas ein, was Du tun kannst, um Deine Stimmung zu verbessern? Manche Jugendlichen hören Musik, gehen spazieren oder treiben Sport, damit es ihnen besser geht. Fällt Dir auch etwas ein, was Dir gut tun könnte? Probiere doch mal aus, wie Du Deine Stimmung verbessern kannst!

0-3:
Ich habe gesehen, dass es Dir am *[heute/Wochentag] nicht so gut* geht/ging. Wie geht es Dir jetzt? Hat sich Deine Stimmung verändert? Manchmal haben wir Tage oder auch Phasen, in denen wir uns schlecht fühlen. Das kann an bestimmten Ereignissen liegen, wie einem Streit mit Freunden oder einer schlechten Nachricht. Auch können Gedanken oder Erinnerungen und das Verhalten unsere Stimmung beeinflussen. Manche Jugendlichen hören Musik, gehen spazieren oder treiben Sport, damit es ihnen besser geht. Fällt Dir auch etwas ein, was Dir gut tun könnte? Probiere doch mal aus, wie Du Deine Stimmung verbessern kannst!

*Oder:*
*Es ist schön zu sehen, dass Deine Stimmung sich im Vergleich zur letzten Woche schon gebessert hat./Es freut mich, dass Deine Stimmung so gut ist.* Hat Dir vielleicht sogar schon etwas, was Du in der ersten Me-Time gelernt hast, geholfen, dass es Dir jetzt bessergeht? Bleibe dran und lerne, wie Du Deine Stimmung durch Aktivität beeinflussen kannst.

*Wochenrückblick*
*Ja:*
Wenn Home-Challenge: Super, dass Du Dich mit Deinen Höhen und Tiefen in Deinem Leben beschäftigt hast! Du hast berichtet, dass […]. So konntest Du herausfinden, welche Ereignisse in Deinem Leben für Dich wichtig sind und welche Gefühle Du dazu hast.
Wenn Familien-Challenge: Super, dass Du Dich gemeinsam mit Deiner Familie Euren Höhen und Tiefen in Eurem Leben beschäftigt habt! Du hast berichtet, dass […]. So konntet Ihr gemeinsam herausfinden, welche Ereignisse in eurem Leben als Familie für Euch wichtig sind und welche Gefühle Ihr dazu habt.
*[Individuell auf die Probleme/Erfolge eingehen, die angegeben werden]*

*Nein:*
Manchmal ist in der Woche viel los und man hat wenig Zeit. Das verstehe ich! Die Challenges kosten oft etwas Kraft und es ist vor allem zu Beginn schwierig, sich dazu aufzuraffen, aber es wird Dir langfristig helfen, Deine Herausforderungen besser zu bewältigen. Wichtig ist, dass Du dranbleibst! Habe Mut und glaube an Dich. Ich werde Dir dabei zur Seite stehen!
*[Individuell auf die Probleme/Erfolge eingehen, die angegeben werden]*

*Belastung durch Gedanken an Vererbung*

Du hast mir berichtet, dass Du Dich durch die Gedanken daran, ob Du selbst auch einmal psychisch erkranken könntest

- [7-10] sehr belastet fühlst. Du machst Dir Sorgen darüber, dass *[Berichtetes einfügen].* Ich verstehe Deine Sorge. Viele Jugendlichen mit einem psychisch erkrankten Elternteil haben große Angst, selbst auch psychisch zu erkranken. Vergiss nicht: Es müssen viele Faktoren zusammen kommen, damit eine psychische Erkrankung ausgelöst wird. Vererbung ist nur ein Teil, der zu einer psychischen Erkrankung beitragen kann. Dein Elternteil psychisch erkrankt ist, bedeutet nicht automatisch, dass auch Du psychisch erkranken wirst. Es gibt Dinge, die Du tun kannst, um Dich selbst zu schützen. Wichtig ist, dass Du auf Dich und Dein Wohlbefinden achtest. Dass Du gerade am Online-Programm teilnimmst, zeigt, dass Du Dein psychisches Wohlbefinden ernst nimmst. Vielen Jugendlichen hilft es, ihre Sorgen mit einer anderen Person zu teilen. Vielleicht könnte Dir das ja auch helfen? Überlege einmal, ob Du mit einer vertrauensvollen Person darüber sprechen kannst. Vielleicht mit einem guten Freund oder einem Verwandten? Oder mit einem Schulsozialarbeiter an Deiner Schule? Manchmal kann es auch helfen, sich einer Person anzuvertrauen, die man nicht persönlich kennt. In der Liste aus Deiner ersten Me-Time findest Du Angebote und Beratungsstellen: [Liste mit Nummer gegen Kummer etc.]
- [4-6] belastet fühlst. Das ist ganz normal. Du machst Dir Sorgen darüber, dass *[Berichtetes einfügen].* Vielen Jugendlichen mit einem psychisch erkrankten Elternteil geht es ähnlich wie Dir. Vergiss nicht: Es müssen viele Faktoren zusammen kommen, damit eine psychische Erkrankung ausgelöst wird. Vererbung ist nur ein Teil, der zu einer psychischen Erkrankung beitragen kann. Dass Dein Elternteil psychisch erkrankt ist, bedeutet nicht automatisch, dass auch Du psychisch erkranken wirst. Es gibt Dinge, die Du tun kannst, um Dich selbst zu schützen. Wichtig ist, dass Du auf Dich und Dein Wohlbefinden achtest. Dass Du gerade am Online-Programm teilnimmst, zeigt, dass Du Dein psychisches Wohlbefinden ernst nimmst. Mach weiter so!
- [1-3] gar nicht belastet fühlst. *[Falls etwas berichtet wurde: Du machst Dir Sorgen darüber, dass [Berichtetes einfügen; ggf. Satz weglassen].* Du hast gelernt, dass psychische Erkrankungen vererbt werden können. Du weißt auch, dass die psychische Erkrankung Deines Elternteils nicht automatisch dazu führt, dass auch Du psychisch erkranken wirst. Du weißt außerdem, dass Du etwas für Dich tun kannst, um Dein psychisches Wohlbefinden zu steigern und somit einer psychischen Erkrankung vorzubeugen. Bleib dran, das ist super!

*Wie sehr ist Dein Alltag durch die Erkrankung Deines Elternteils bestimmt?*

Du hast gesagt, dass Dein Alltag

- *[0-35%]:* kaum durch die Erkrankung Deines Elternteils bestimmt ist. Ich kann mir vorstellen, dass es Phasen gibt, in denen Dich die Erkrankung Deines Elternteils weniger beschäftigt, und dass es Zeiten gibt, in denen die Erkrankung eine größere Rolle spielt.
- *[36-64%]:* stark durch die Erkrankung Deines Elternteils bestimmt ist. Es ist normal, dass die psychische Erkrankung Deines Elternteils auch Dein Leben beeinflusst. Stell Dir vor, Deine Mutter oder Dein Vater würde sich das Bein brechen – natürlich würde das auch Deinen Alltag beeinflussen. Wichtig ist, dass Du Dir dennoch genug Zeit dafür nimmst, die Dinge zu tun, die Dir Freude bereiten.
- *[65-100%]:* sehr stark durch die Erkrankung Deines Elternteils bestimmt ist. Das bedeutet womöglich, dass wenig Zeit für Dich und Deine eigenen Interessen bleibt oder dass Du das Gefühl hast, dass niemand für Dich Zeit hat. Vielleicht fühlst Du Dich deshalb auch belastet oder überfordert. Die psychische Erkrankung Deines Elternteils stellt eine besondere Herausforderung in Deinem Leben dar. Überlege einmal, was Du tun kannst, um etwas mehr Zeit für die Dinge zu finden, die Dir Spaß machen. Vielleicht ist es möglich, am Tag zumindest eine Aktivität durchzuführen, die Dir Freude bereitet? Probiere es doch mal aus! Eine weitere Möglichkeit besteht darin, mit einer erwachsenen Person, die mit Dir zusammen lebt,

darüber zu sprechen, wie es euch gelingen kann, dass Du am Tag eine kleine Auszeit nehmen kannst. Wie Du so ein Gespräch führen kannst, lernst Du in Deiner nächsten Me-Time.

*Die Erkrankung Deines Elternteils – was Du darüber denkst!*
Du hast mir erzählt, dass Du die Erkrankung Deines Elternteils in Deinem Alltag daran bemerkst, dass [Inhalt einfügen]. Für Dein eigenes Leben bedeutet das, dass [beschreiben, wie sich die Erkrankung des Elternteils auf eigenes Leben auswirkt]. Ich kann mir vorstellen, dass das an manchen Tagen ziemlich herausfordernd für Dich ist. Manchmal macht Dich das vielleicht wütend oder traurig, oder Du fühlst Dich gestresst. Das geht den meisten Jugendlichen so, die in einer ähnlichen Situation sind wie Du. Vergiss nicht: Dein Elternteil verhält sich so aufgrund der Krankheit, nicht wegen Dir! Es ist normal, dass Du Dich womöglich durcheinander fühlst oder Du Dich fragst, wie Du Deinem Elternteil helfen kannst, oder dass Du Dich verantwortlich fühlst – obwohl Du es nicht bist! Aus Erfahrung wissen wir auch, dass Dich diese Herausforderung stärker machen kann!

*Über die Entstehung der Erkrankung Deines Elternteils – was Du darüber denkst*
Du gehst davon aus, dass die psychische Erkrankung Deines Elternteils dadurch entstanden ist, dass [Inhalt einfügen]. Wie Du gelernt hast, müssen verschiedene Belastungen zusammenkommen, so dass eine psychische Erkrankung entsteht. Das kann zum Beispiel sein, wenn sich jemand sehr viele Sorgen macht und über einen langen Zeitraum hinweg Wut oder Traurigkeit empfindet. Wir wissen auch, dass das Gehirn bei einer psychischen Erkrankung in einer anderen Art und Weise arbeitet. Erinnere Dich daran, dass Dein Elternteil nicht schuld daran ist, dass [sie/er] psychisch erkrankt ist. Erinnere Dich auch daran: Du bist nicht Dein Elternteil, sondern Du bist Du und damit einzigartig.

*Die Erkrankung Deines Elternteils – auf welche Weise sie Dich stark macht!*
Prima, dass Du Dich mit der Frage beschäftigt hast, wie Dich die Erkrankung Deines Elternteils stark macht. Du hast gesagt, dass Du [XXX] ganz besonders gut kannst! Darauf kannst Du wirklich sehr stolz sein.
[Wenn keine Stärken genannt wurden: Ich weiß, es ist nicht einfach, über diese Frage nachzudenken. Du denkst vielleicht, dass die Erkrankung Deines Elternteils nichts Gutes haben kann. Aus Erfahrung weiß ich, dass viele Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil ganz besondere Fähigkeiten entwickeln, dass sie beispielsweise sehr hilfsbereit sind, verantwortungsbewusst und sich gut in andere hineinversetzen können. Denke noch einmal darüber nach, wie das bei Dir in Deinem Leben ist. Ich bin mir sicher, Du hast ganz wundervolle Seiten an Dir – zum Beispiel gibst Du gerade Dein Bestes, Dich um Dein Wohlbefinden zu kümmern, in dem Du mein Feedback aufmerksam liest. Darauf kannst Du wirklich stolz sein! Mach weiter so und glaube an Dich!]

*Die Erkrankung Deines Elternteils – welche Gefühle Du dazu hast!*
Du hast das Bild [Nummer eingeben] ausgewählt, auf dem [Bild beschreiben] zu sehen ist. Du hast sehr gut beschrieben, wie das Bild Deine Gefühle ausdrückt. Ich kann gut verstehen, dass [Du Dich XXX fühlst]. Es ist nicht immer leicht, die eigenen Gefühle zu spüren. Denke daran: Es ist okay, dass Du Dich so fühlst! Alle Gefühle dürfen da sein. Du hast das klasse gemacht!

*Verabschiedung*

*[Persönliche Verabschiedung!]*

Ich wünsche Dir eine wunderbare Woche und freue mich von Dir wieder zu hören! Denke an Deine nächste Me-Time, die Du am [angegebenes Datum / Zeit] bearbeiten möchtest. Am besten trägst Du Dir auch diesen Termin gleich in Deinen Wochenplaner ein.

*Falls Termin länger als eine Woche in der Zukunft liegt:*

Ich habe gesehen, dass Du Deinen Termin für Deine nächste Me-Time erst für *[Zeit/Datum nennen]* geplant hast. Das Online-Programm hilft Dir am meisten, wenn Du eine Me-Time pro Woche bearbeitest. Vielleicht findest Du einen früheren Termin für die nächste Me-Time?

Wirklich super, wie Du diese Me-Time gemeistert hast. Mach weiter so!
Nächste Woche warten wieder eine spannende Challenges auf Dich, darauf kannst Du Dich freuen ☺

Dein E-Coach

*Finde Aktivitäten, die Dir Spaß machen könnten!*
In der aktuellen Trainingseinheit hast Du gelernt, wie die Aktivitäten einen positiven Einfluss auf Deine Stimmung haben können und wie solche positiven Aktivitäten aussehen können. Merke Dir dabei gut, dass nicht jede positive Aktivität eine große ganz besondere Aktivität sein muss, auch kleine und kurze Aktivitäten kannst Du in Deinen Tag einbauen.

1-2 Aktivitäten angegeben: Großartig, wie Du Dir Gedanken dazu gemacht hast, welche positiven Aktivitäten Dir Spaß machen könnten. Momentan hast du *[Anzahl angeben]* Aktivitäten angegeben, die Du ausprobieren möchtest. Vielleicht hast Du ja Lust, Dir noch ein paar weitere Ideen von der Liste auszuwählen und diese auszuüben. Probiere es aus!

3-5 Aktivitäten: Großartig, wie Du Dir Gedanken dazu gemacht hast, welche positiven Aktivitäten Dir Spaß machen könnten. Ich bin gespannt, wie Dich die Aktivitäten dabei unterstützen werden, Deinen Alltag zu verschönern.

Mehr als 5 Aktivitäten: Großartig, wie Du Dir Gedanken dazu gemacht hast, welche positiven Aktivitäten Dir Spaß machen könnten. Es ist toll, wie viele Du ausgewählt hast und ich bin gespannt, wie Dich die Aktivitäten im Alltag unterstützen werden. Am besten nimmst Du Dir für einen Tag nicht zu viel vor, um Stress zu vermeiden. Dann kannst Du die Aktivitäten auch wirklich genießen. Als Faustregel kannst Du Dir merken: zwei kleine oder eine große positive Aktivität an einem gewöhnlichen Wochentag!

Anbei übersende ich Dir noch eine Liste mit Deinen angegebenen positiven Aktivitäten. Wenn Du möchtest, kannst Du Dir diese ausdrucken und in Deiner Trainingstasche aufbewahren. Solltest Du eine Idee für eine Aktivität brauchen, kannst Du hier einfach nachsehen. Denke auch daran, Dein Tagebuch in der Minddistrict App auszufüllen, das hilft dir einen Überblick über Deinen Stimmungsverlauf zu bewahren.

*Stress*
Du konntest zudem einige Dinge benennen, die bei Dir Stress auslösen. Super, dass Du Deine Stressauslöser schon so benennen kannst.

Du hast angegeben, dass Du aufgrund von *[nennen was angegeben wurde]* Stress empfindest. Um Deine Woche zu strukturieren und so Stress vorzubeugen, hast Du Dir entweder auf Papier, in einem Terminplaner oder auf Deinem Smartphone einen Tages- oder vielleicht sogar Wochenplan erstellt. Ich möchte Dich dazu ermutigen, dies auch für die Zukunft so beizubehalten. Du wirst sehen, es ist eine großartige Unterstützung im Alltag!

In Deinem Tagebuch in der App hast Du jeden Tag die Möglichkeit einzutragen, ob Du eine positive Aktivität gemacht hast und wie sie sich auf Deine Stimmung ausgewirkt hat. Das kann Dir helfen, an die positiven Aktivitäten zu denken und Deine positiven Erfahrungen im Auge zu behalten. Vielleicht

hast Du auch Lust die Erbsenmethode anzuwenden. Sie kann Dich auf all die schönen Erlebnisse - und sind sie noch so klein - jeden Tag hinweisen!

## *4. Darüber reden – pflege Kontakte und lerne, über schwierige Themen zu sprechen*

**Liebe/ Lieber …,**
super, dass Du die ersten beiden Me-Times schon absolviert hast und so am Ball bleibst. Toll, dass Du Dich wieder dazu entschieden hast, einen weiteren Schritt auf Deiner iCHIMPS-Reise zu machen.

*Wochenrückblick*
*Ja:*
Wenn Home-Challenge: Es ist großartig, dass Du Dir ein eigenes Lebensmotto erstellt hast. Super, dass Du Dir das Lebensmotto XXX ausgewählt hast. Es kann Dir *[Beispiel nennen, wo das Lebensmotto hilfreich sein kann, z.B.: in schwierigen Zeiten Kraft geben und Dich daran erinnern, was Dir im Leben wichtig ist].*
Wenn Familien-Challenge: Es ist großartig, dass Ihr als Familie ein Familienmotto erstellt habt. Euer Familienmotto kann Euch *[Beispiel nennen, wo das Familienmotto hilfreich sein kann, z. B. in schwierigen Zeiten Kraft geben und Euch als Familie daran erinnern, was Euch bei eurem Zusammenleben wichtig ist].*

*Nein:*
*[Auf individuelle Gründe eingehen]*
*Vorschlag:* Ich weiß, dass es manchmal Energie kostet, am Ball zu bleiben. Aus Erfahrung weiß ich, dass das iCHIMPS-Programm Dir noch besser helfen kann, wenn Du Dich auch unter der Woche mit Deinen Challenges beschäftigst. Bleib dran! Ich werde Dich dabei unterstützen!

*Stimmungsthermometer:*
4-6:
Du hast angegeben, dass es dir am *[heute/ Wochentag]* mittelmäßig geht/ging. Das ist okay. Es gibt immer mal wieder Zeiten, in denen die Stimmung schwierig ist. Fällt Dir etwas ein, was Du tun könntest, um Deine Stimmung positiv zu beeinflussen?
0-3:
Du hast angegeben, dass es Dir am *[heute/Wochentag]* schlecht/nicht so gut geht/ging. Wie geht es Dir jetzt? Hat sich Deine Stimmung schon verbessert? Falls es Dir noch nicht besser geht, dann versuche, etwas zu tun, was Dir gut tun könnte. Wie wäre es zum Beispiel mit einem Spaziergang oder einer Tasse Tee? Oder Du hörst Deine Lieblingsmusik? Probiere aus, was Dir gut tut!
Oder:
*Es ist schön zu sehen, dass Deine Stimmung sich im Vergleich zur letzten Woche schon gebessert hat. /Es freut mich, dass Deine Stimmung so gut ist.* Hat Dir vielleicht sogar schon etwas, was Du in den ersten beiden Me-Times gelernt hast, geholfen, dass es Dir jetzt besser geht?

*Netzwerkkarte:*
Toll, wie Du Dich anhand Deiner Netzwerkkarte mit den Menschen beschäftigt hast, die Dich in Deinem Leben begleiten. Du hast gesagt, dass *[… Beziehungen, die abgebrochen sind, nennen*]. Es kann vorkommen, dass manche Beziehungen mit der Zeit schwächer werden. Überlege einmal, wie wichtig Dir die Person ist. Wenn sie Dir sehr wichtig ist, lohnt es sich womöglich, wenn Du wieder mehr Zeit mit dieser Person zusammen verbringst. Es ist aber auch okay, wenn Du feststellst, dass Dir die Person in Deinem Leben nicht besonders fehlt. Du hast mir auch erzählt, dass *[…neu geknüpfte Kontakte nennen*]. Das ist super! Denn wie Du bereits gelernt hast, ist man zusammen stärker!

Außerdem hast Du erzählt, dass Du gerne [*genannte Veränderungswünsche einfügen*] an Deinem Netzwerk verändern möchtest. Du hattest auch schon gute Ideen, wie Dir das gelingen kann, und zwar hast Du gesagt, dass [*konkrete Ideen zur Kontaktintensivierung nennen*]. [*individuell auf Genanntes eingehen und verstärken*].

*Gibt es jemanden, an den Du Dich bei Problemen wenden kannst? Wenn nein:*
Du hast gesagt, dass es niemanden gibt, an den Du Dich bei Problemen wenden kannst. Denke noch einmal darüber nach. Vielleicht fällt Dir ja doch noch eine Person ein? Wenn es Dir schlecht geht, kann es oft auch helfen, wenn Du mit jemandem sprichst, den Du nicht gut kennst. Ich habe Dir dafür ein Dokument angehängt, auf dem Du verschiedene Adressen findest, an die Du Dich bei Problemen wenden kannst. [pdf anhängen]

*Gesprächsregeln anwenden*
*Wenn gut geklappt:* Super, wie Du die Gesprächsregeln angewendet hast. So kannst Du Konflikte vermeiden und gleichzeitig Deine Bedürfnisse äußern. Klasse! Mach weiter so!
*Wenn noch schwierig:* Super, dass Du versucht hast, die Gesprächsregeln anzuwenden. Du könntest bei [*Beispiel einfügen*] noch darauf achten, dass [*Gesprächsregel individuell wiederholen*]. Versuche [*z.B. Deine Aussagen als Ich-Sätze zu formulieren*] und bleib dran!

*Mit Eltern über die Erkrankung des Elternteils geredet:*
*ja:*
Deine Eltern haben bereits mit Dir über die psychische Erkrankung Deiner Mutter oder Deines Vaters gesprochen. Es ist gut, wenn Du weißt, was los ist. Das kann Dir Sicherheit geben. So fällt es Dir vermutlich auch leichter, nachzufragen, wenn Du etwas nicht verstehst oder Dir Sorgen machst. Du hast mir erzählt, dass [Berichtetes einfügen, was gut geklappt hat und was schwierig war/individuell darauf eingehen, loben und verstärken, z.B.: Vielleicht hast Du bemerkt, dass es nicht immer leicht ist, über XXX zu sprechen. Du hast mittlerweile auch gelernt, dass es gut tut, über die Sorgen und Belastungen zu sprechen. Danach fühlt man sich oft erleichtert. Du machst das wirklich schon großartig!].
*nein:*
Bislang hast Du noch nicht mit Deinen Eltern über die psychische Erkrankung Deiner Mutter oder Deines Vaters gesprochen. Ich kann verstehen, dass das ein schwieriges Thema ist. Den meisten Jugendlichen hilft es, mehr über die Erkrankung ihres Elternteils zu erfahren. Dann können sie besser verstehen, was zu Hause los ist. Es ist vollkommen okay, wenn Du etwas wissen möchtest und Fragen stellst. Viele Eltern sind sehr erleichtert, wenn ihre Kinder über die psychische Erkrankung Bescheid wissen. Manche Eltern denken, sie würden ihre Kinder belasten. Manchen Eltern fällt es auch sehr schwer, darüber zu sprechen. Du hast gesagt, dass Du *[Berichtetes einfügen, z.B. folgendermaßen ein Gespräch beginnen könntest: XXXX. Falls passend: Das sind sehr gute Vorschläge! Ich kann mir vorstellen, dass es Dir helfen kann, mit Deinem Elternteil darüber zu sprechen/ODER: Du hast schone einige Ideen, wie Du ein Gespräch mit Deinem Elternteil über die psychische Erkrankung beginnen könntest. Das ist super! Denke dabei an die Gesprächsregeln, die Du gelernt hast [individuell auf Berichtetes eingehen*]. Erinnere Dich: Du darfst mit anderen über die Dinge sprechen, die Dich beschäftigen.

*Mit Freunden über die Erkrankung des Elternteils geredet:*
*ja:*
Du hast berichtet, dass Du bereits mit einem Freund oder einer Freundin über die Erkrankung Deines Elternteils gesprochen hast. Du hast mir auch erzählt, dass Du Dich [*Genanntes einfügen]* gefühlt hast, als Du zum ersten Mal darüber geredet hast. Es ist ganz normal, diese Gefühle zu haben. Es hat

Dich vielleicht viel Mut und Überwindung gekostet, Deinem Freund oder Deiner Freundin von der Erkrankung Deines Elternteils zu erzählen. Du kannst stolz darauf sein, dass Du Dich getraut hast!
*Wenn Reaktion <4:*
Du hast mir auch erzählt, dass Du das Gefühl hattest, dass Dein Freund oder Deine Freundin schlecht darauf reagiert hat, als Du ihm oder ihr von der Erkrankung Deines Elternteils berichtet hast.
Das kann manchmal vorkommen. Es kann sein, dass er oder sie nicht wussten, wie sie damit umgehen sollen, oder dass er oder sie sich überfordert gefühlt hat. Vergiss nicht: Es liegt nicht an Dir, dass Dein Elternteil psychisch krank ist! Du hast das Recht, darüber zu sprechen! Vielleicht gibt es ja noch eine Person, der Du vertraust und mit der Du sprechen möchtest?
*nein:*
Du hast berichtet, dass Du bisher noch nicht mit einem Freund oder einer Freundin über die Erkrankung Deines Elternteils gesprochen hast. Manche Jugendliche haben Angst, dass die anderen schlecht über sich und ihre Familie denken könnten oder sie schämen sich. Manche möchten auch einfach nicht mit anderen Jugendlichen über die Erkrankung ihres Elternteils sprechen. Das ist total okay. Denke daran: Du hast das Recht, mit anderen über Deine Belastungen und Sorgen zu sprechen!

*Noch nicht mit anderen Erwachsenen über Erkrankung des Elternteils gesprochen:*
Du hast gesagt, dass Du bisher noch nicht mit anderen Erwachsenen über die Erkrankung Deines Elternteils gesprochen hast. Das ist völlig in Ordnung. Aus Erfahrung weiß ich, dass es manchen Jugendlichen helfen kann, über belastende Dinge zu sprechen. Manchmal tut es auch gut, mit jemandem zu sprechen, den Du gar nicht kennst. Du findest im Anhang im Dokument mit Stellen, an die Du Dich wenden kannst, wenn Du möchtest. [pdf anfügen]

*Fiktiver Brief*
Super, wie Du Deinen Brief formuliert hast. Ich bin beeindruckt. In dem Brief hast Du gut beschrieben, dass *[Beispiel einfügen; z.B. dass Dich XY sehr beschäftigt/dass Du durch XY sehr belastet bist/…].[individuell loben und auf Brief eingehen, wenn passend z.B.: Das kann ich gut verstehen und ich weiß, dass es anderen Jugendlichen ähnlich geht. Manchmal kann es hilfreich sein, diese Dinge auch tatsächlich anzusprechen. Erinnere Dich dabei an die Gesprächsregel, die Du gelernt hast.*]

*Verabschiedung*

In dieser Me-Time hast Du Dich intensiv damit beschäftigt, wie es gelingen kann, ein gutes Gespräch zu führen. Ich wünsche Dir, dass Du einiges in Deinem Alltag in der kommenden Woche umsetzen kannst. Denke an das Ausfüllen Deines Tagebuchs. Es kann Dir helfen, Deine Stimmung im Blick zu behalten.

Ich bin gespannt, wie es Dir bis zur nächsten Me-Time geht und freue mich sehr, bis ich von Dir in der nächsten Me-Time [*Datum/Zeit]* wieder lese. Bis dahin wünsche ich Dir eine gute Zeit und gute Gespräche im Alltag!

*Falls Termin länger als eine Woche in der Zukunft liegt:*
Ich habe gesehen, dass Du Deinen nächsten Termin für das Online-Programm erst *[Zeit/Datum nennen]* geplant hast. Das Online-Programm hilft am meisten, wenn Du eine Me-Time pro Woche absolvierst. Vielleicht findest Du einen früheren Termin für die nächste Trainingseinheit?

*[Persönliche Abschiedsworte!]*

P.S. Notiere Dir am besten den Termin, damit Du nicht vergisst, wann Du Deine nächste Me-Time bearbeiten möchtest. ☺

Dein E-Coach

## *5. Finde innere Ruhe – lerne, wie Du mit Stress umgehen kannst*

**Liebe/ Lieber…,**
Ich bin sehr beeindruckt, wie Du an Deinen Me-Times dranbleibst. Ich hoffe sehr, Du hattest in der Woche schöne Ereignisse und Du konntest ein paar der gelernten Gesprächsregeln einsetzen.

*Wochenrückblick*
*Home-Challenge:*
Es ist großartig, dass Du Dich der Gesprächs-Challenge gestellt hast.
Falls positive Erfahrungen: Es freut mich, dass Du gute Erfahrungen beim Einsatz der Gesprächsregeln gemacht hast. *[individuell auf berichtetes eingehen; z. B. und Du es geschafft hast etwas das Dich stört als Ich-Satz zu formulieren…]*
Falls eher keine guten Erfahrungen oder noch nicht versucht: Bisher konntest Du bei Deiner Gesprächsführung nichts verändern/hast es noch nicht geschafft, die Gesprächs-Challenges durchzuführen. Manchmal kommt es einem insbesondere am Anfang etwas seltsam vor, auf diese Art und Weise mit anderen zu kommunizieren. Ich würde Dich ermutigen, weiter dranzubleiben. Diese Tipps können Dir helfen, die Kommunikation mit anderen besser zu gestalten und Missverständnisse sowie Streitigkeiten zu vermeiden. *[individuell auf berichtetes des Teilnehmers eingehen].*

*Family-Challenge:* Super, dass ihr es geschafft habt, gemeinsame Familienregeln für die Kommunikation miteinander zu vereinbaren.
Falls positive Erfahrungen:
Es freut mich, dass Du bereits bemerkt hast, dass die neuen Gesprächsregeln sich positiv auf das Zusammenleben und eure Kommunikation auswirken. *[individuell auf berichtetes der Teilnehmer eingehen].*
Falls bisher keine positive Veränderung bemerkt:
Du hast berichtet, dass Du bisher keine positiven Veränderungen bei Eurer Gesprächsführung beobachten konntest. Insbesondere am Anfang ist es sehr schwierig, sich an die neue Art miteinander zu sprechen, zu gewöhnen. dDas kann Dir zu Beginn manchmal auch etwas komisch vorkommen. Bleibt aber auf jeden Fall dran, denn diese Kommunikationsregeln können Euch helfen, beispielsweise Missverständnisse zu vermeiden.

*Stimmungsthermometer*
4-6:
Du hast angegeben, dass es Dir *[heute/Wochentag]* mittelmäßig geht/ging. Das ist völlig in Ordnung. Fällt Dir ein, wie Du Deine Stimmung positiv verändern könntest, indem Du z. B. etwas tust, was Dir Spaß macht?
0-3:
Du hast angegeben, dass es Dir *heute/Wochentag* schlecht/nicht so gut geht/ging. Wie geht es Dir jetzt? Kannst Du einen Grund festmachen, woran das liegen könnte oder sind es mehrere Einflüsse? Falls es Dir noch nicht besser geht, dann versuche, etwas zu tun, was Dir guttun könnte. Wie wäre es zum Beispiel mit einem Spaziergang oder einer Tasse Tee? Oder Du hörst Deine Lieblingsmusik? Probiere aus, was Dir guttut!

*Oder:*
*Es ist schön zu sehen, dass Deine Stimmung sich im Vergleich zur letzten Woche schon gebessert hat./Es freut mich, dass Deine Stimmung so gut ist.*

*Positive Aktivitäten*

In der letzten Me-Time hast Du gelernt, wie die Aktivitäten einen positiven Einfluss auf Deine Stimmung haben können und wie solche positiven Aktivitäten aussehen können. Merke Dir dabei gut, dass nicht jede positive Aktivität eine große ganz besondere Aktivität sein muss, auch kleine und kurze Aktivitäten kannst Du in Deinen Tag einbauen.

1-2 Aktivitäten angegeben: Großartig, wie Du Dir Gedanken dazu gemacht hast, welche positiven Aktivitäten Dir Spaß machen könnten. Momentan hast du *[Anzahl angeben]* Aktivitäten angegeben, die Du ausprobieren möchtest. Vielleicht hast Du Lust, Dir noch ein paar weitere Ideen von der Liste auszuwählen und diese auszuüben. Probiere es aus!

3-5 Aktivitäten: Großartig, wie Du Dir Gedanken dazu gemacht hast, welche positiven Aktivitäten Dir Spaß machen könnten. Ich bin gespannt, wie Dich die Aktivitäten dabei unterstützen werden, Deinen Alltag zu verschönern.

Mehr als 5 Aktivitäten: Großartig, wie Du Dir Gedanken dazu gemacht hast, welche positiven Aktivitäten Dir Spaß machen könnten. Es ist toll, wie viele Du ausgewählt hast und ich bin gespannt, wie Dich die Aktivitäten im Alltag unterstützen werden. Am besten nimmst Du Dir für einen Tag nicht zu viel vor, um Stress zu vermeiden. Dann kannst Du die Aktivitäten auch wirklich genießen. Als Faustregel kannst Du Dir merken: zwei kleine oder eine große positive Aktivität an einem gewöhnlichen Wochentag!

*Stress*
Du konntest einige Dinge benennen, die bei Dir Stress auslösen, wie z. B. *[angegebenes nennen]*. Super, dass Du Deine Stressauslöser schon so benennen kannst.

Du hast einige Strategien kennengelernt, die Dir helfen können, wenn Du Dich gestresst oder nicht gut fühlst. Du hast Strategien kennengelernt, die Dir kurzfristig beim Bewältigen von Stress helfen können und hast Dir einige wie z. B. *[Beispiele für ausgesuchte Strategien nennen]* ausgesucht, die Du ausprobieren möchtest. Probiere auch das radikale Akzeptieren als langfristige Fertigkeit einmal in Deinem Alltag aus. Auch das kann Dir helfen, Stress zu bewältigen und dazu beitragen, dass Du Dich wohler fühlst.

*Verabschiedung*
In dieser Me-Time hast Du viel über den Zusammenhang von Stimmung und Aktivität sowie die Bewältigung von stressigen Situationen gelernt. Ich wünsche Dir, dass Du einiges in der kommenden Woche davon umsetzten kannst und so auch Stress reduzieren kannst.

Ich freue mich schon bei der nächsten Me-Time am [*Datum/Zeit]* von Dir zu hören und bin gespannt, wie es Dir mit der Challenge für Diese Woche ging. Bis dahin wünsche ich Dir eine wunderschöne Woche.

*Falls Termin länger als eine Woche in der Zukunft liegt:*
Ich habe gesehen, dass Du Deinen nächsten Termin für Deine Me-Time erst *[Zeit/Datum nennen]* geplant hast. Das Online-Programm hilft am meisten, wenn Du eine Me-Time pro Woche absolvierst. Vielleicht findest Du einen früheren Termin für die nächste Trainingseinheit?

P.S. Notiere Dir am besten den Termin, damit Du nicht vergisst, wann Du Deine nächste Me-Time bearbeiten möchtest. 😊

## *6. Welt der Gefühle – lerne, wie Du mit starken Gefühlen umgehen kannst*

**Liebe/ Lieber…,**

*Wochenrückblick*
*Home-Challenge und Family-Challenge:*
Falls positive Erfahrungen:
Es freut mich, dass Du den Wochenplan mit Deinen Aufgaben und positiven Aktivitäten sowie die Strategien gegen Stress ausprobiert hast. *[unzutreffendes löschen]* Super, dass Du bemerkt hast, dass Dir der Wochenplan und die Strategien gutgetan haben. Versuche weiterhin in Deinen Alltag positive Aktivitäten einzuplanen, denn so kannst Du Stress vermeiden und abbauen. *[individuell auf berichtetes eingehen]*
Falls keine guten Erfahrungen oder noch nicht versucht: Manchmal ist es insbesondere in stressigen Zeiten schwierig, positive Aktivitäten einzubauen und sich eine Auszeit zu nehmen. Ich möchte Dich trotzdem ermutigen, dranzubleiben und es in der nächsten Woche nochmal zu versuchen. Hierbei kann es insbesondere hilfreich sein, positive Aktivitäten fest einzuplanen. Sowohl die positiven Aktivitäten als auch die Strategien gegen Stress können Dir helfen, Stress zu vermeiden und abzubauen. *[individuell auf berichtetes des Teilnehmers eingehen].*

*Stimmungsthermometer:*
4-6:
Du hast angegeben, dass es dir am *[heute/Wochentag]* mittelmäßig geht/ging. Das ist völlig in Ordnung. Du hast bereits in der letzten Me-Time gelernt, wie Du Deine Stimmung durch positive Aktivitäten verändern und Stress reduzieren kannst. Versuche doch etwas davon in der nächsten Woche umzusetzen.
0-3:
Du hast angegeben, dass es Dir am *heute/Wochentag* schlecht/nicht so gut geht/ging. Wie geht es Dir jetzt? Kannst Du einen Grund festmachen, woran das vermutlich liegen könnte oder sind es mehrere Einflüsse? Falls es Dir noch nicht besser geht, dann versuche etwas zu tun, was Dir guttun könnte. Wie wäre es zum Beispiel mit einem Treffen mit einem guten Freund oder einer Tasse Tee? Oder Du hörst Deine Lieblingsmusik? Probiere aus, was Dir guttut!

*Oder:*
*Es ist schön zu sehen, dass Deine Stimmung sich im Vergleich zur letzten Woche schon gebessert hat./Es freut mich, dass Deine Stimmung so gut ist.*

Wie spürt man ein Gefühl?
Passende Auswahl beim Spüren von Gefühlen: Du konntest sehr gut beschreiben wie sich *[ausgewählte Gefühle angeben]* in Deinem Körper anfühlen. Das zeigt, dass Du Deine Gefühle bereits sehr gut wahrnehmen kannst. Versuche auch im Alltag darauf zu achten, welche Gefühle Du wahrnimmst und welche Anzeichen (z. B. Zittern, Herzrasen, Anspannung etc.) Du dafür in Deinem Körper bemerkst.

Keine passenden Anzeichen für Gefühle benannt oder teilweise unpassende Anzeichen: Du hattest manchmal noch Schwierigkeiten den Gefühlen körperliche Anzeichen für diese zuzuordnen. *[Vorschläge für Anzeichen im Körper machen falls unpassende gewählt]* Es ist nicht immer einfach zu erkennen, wie wir uns fühlen und diese Gefühle zu beschreiben. Versuche im Alltag genau zu beobachten, was Du in Deinem Körper fühlst (z. B. Zittern, Anspannung, Herzrasen, Kribbeln, etc.), wenn Du ein Gefühl wie z. B. Trauer, Wut oder Glück empfindest.

*Lerne, wie Du Dir ein angenehmes Gefühl schaffen kannst*
Schönes Erlebnis genannt
Das Gedächtnis speichert Gefühle, die Du in Situationen erlebt hast, mit ab. Deshalb ist es wichtig, positive Erinnerungen zu nutzen, um angenehme Gefühle in Dir auszulösen. Du hast ein sehr schönes Erlebnis beschrieben *[z.B. im Urlaub Freude und Glück empfunden].* Wenn es Dir einmal nicht so gut geht, kannst Du Dich wieder an *[Dein genanntes Erlebnis]* zurückerinnern und Du wirst das Gefühl der *[benanntes Gefühl angeben z. B. Freude]* in Dir spüren können.

*Umgang mit unangenehm starken Gefühlen*
Beispiel angegeben: Super, Du hast Deine Gefühle, Gedanken, Körpersignal und Anspannung sehr gut benannt. *[bei Bedarf Unterstützung beim Differenzieren geben]* Das hilft Dir, die Situation und Deine Gefühle besser zu verstehen sowie bei hoher Anspannung den Gefühlen entgegenzuwirken.

Kein Beispiel angegeben: Wie Du weißt, gibt es nicht nur angenehme Gefühle, sondern wir erleben auch unangenehme Gefühle. Und diese können manchmal ganz schön intensiv und stark sein. Der Körper sendet Signale und manche Jugendliche können das Gefühl kaum noch aushalten. Versuche nochmals zu überlegen, ob auch Du schon eine solche Erfahrung gemacht hast. Dir fällt bestimmt etwas ein. Ansonsten kannst Du Dir auch von einer Bezugsperson/Freunde etc. Unterstützung einholen.

*Entspannungsübungen & Skills*
Wie hast Du Dich bei der Atemübung gefühlt? Hast Du gemerkt, wie Du ruhiger und entspannter geworden bist? Vielleicht konntest Du auch eine Wärme in Deinem Körper spüren? Jeder nimmt Entspannungsübungen unterschiedlich wahr. Versuche bis zur nächsten Me-Time mehrmals die Atemübung durchzuführen. Diese kann Dir, ebenso wie Deine ausgesuchten Skills *[einige Beispiele, die Teilnehmer ausgesucht hat angeben],* dabei helfen, mit unangenehmen Gefühlen umzugehen. Behalte immer im Kopf, dass manche Skills und Entspannungsübungen nicht sofort wirken und sie Dir besser helfen können, je öfter Du übst. Ich wünsche Dir viel Erfolg beim Ausprobieren!

*Verabschiedung:*
*Individuelle Verabschiedung!* Du hast diese Me-Time wirklich super gemeistert und Dir viele Gedanken über Dich und Deine Gefühle gemacht. Ich wünsche Dir, dass Du die gelernten Inhalte in den nächsten Wochen umsetzten kannst. Am [angegebenes Datum/Zeit] wartet wieder eine spannende Me-Time auf Dich.

*Falls Termin länger als eine Woche in der Zukunft liegt:*
Ich habe gesehen, dass Du Deinen nächsten Termin für die nächste Me-Time erst *[Zeit/Datum nennen]* geplant hast. Das Online-Programm hilft am meisten, wenn Du eine Trainingseinheit pro Woche bearbeitest. Vielleicht findest Du einen früheren Termin für die nächste Trainingseinheit?

Bis dahin, ich freue mich auf Dich!
Dein E-Coach

## *7. Dein Ich, Deine Ecken und Deine Kanten – lerne, wie Du Grenzen setzt*

**Liebe/ Lieber…,**
vielen Dank für das Zusenden Deiner 7. und vorletzten Me-Time. Du bist auf der Zielgeraden!

*Wochenrückblick*
*Home-Challenge:*
Es ist großartig, dass Du Dich der Gefühls-Challenge gestellt hast.

Falls positive Erfahrungen: Ich freue mich, dass es dir gelungen ist, Deine Stresstoleranzfähigkeiten zu stärken und Du es geschafft hast *[individuell auf Berichtetes eingehen]*

Falls eher keine guten Erfahrungen oder noch nicht versucht: Mach Dir nichts daraus, wenn es diese Woche mit den Übungen zur Stresstoleranz noch nicht so gut geklappt hat. Du hast Recht, es ist schwierig [individuell berichtetes] umzusetzen. Wenn Du dran bleibst, wird es Dir nächste Woche schon besser gelingen.

*Stimmungsthermometer*
4-6:
Du hast angegeben, dass es Dir *[heute/Wochentag]* mittelmäßig geht/ging. Das ist völlig in Ordnung. Fällt Dir ein, wie Du Deine Stimmung positiv verändern könntest? Zum Beispiel bewusst mit dem Stress umzugehen? Überlege einmal, welche Strategien Dir aus der letzten Me-Time dabei helfen könnten.
0-3:
Du hast angegeben, dass es Dir *heute/Wochentag* schlecht/nicht so gut geht/ging. Wie geht es Dir jetzt? Kannst Du einen Grund festmachen, woran das liegen könnte oder sind es mehrere Einflüsse? Falls es Dir noch nicht besser geht, dann versuche, etwas zu tun, was Dir guttun könnte. Wie wäre es zum Beispiel mit einem Spaziergang oder einer Tasse Tee? Oder Du hörst Deine Lieblingsmusik? Probiere aus, was Dir guttut!

*Oder:*
*Es ist schön zu sehen, dass Deine Stimmung sich im Vergleich zur letzten Woche schon gebessert hat./Es freut mich, dass Deine Stimmung so gut ist.*

*Wellen des Lebens surfen*
In der letzten Me-Time hast Du gelernt, wie Du die Wellen des Lebens, also die schwierigen und turbulenten Phasen, surfen kannst.

Grenzen setzen – wie du lernst, „Nein“ zu sagen!

Situationen angegeben: Du hast angegeben, dass auch Du Situationen kennst, in denen bei Dir eine innere Grenze überschritten wird. So geht es den meisten Menschen ab und zu. Im Video hast du Möglichkeiten kennengelernt, wie Du mit solchen Situationen umgehen kannst.

Keine Situationen angegeben: Du hast keine Situationen angegeben, in denen bei Dir eine innere Grenze überschritten wird. Beobachte Dich in den nächsten Tagen einmal selbst: In welchen Situationen fühlst Du Dich unwohl, weil du es nicht schaffst, auf Deine eigenen Bedürfnisse zu hören? Liegt es daran, dass Du lieber „Nein“ als „Ja“ gesagt hättest?

Den Lückentext hast Du super ausgefüllt. Ich sehe, Du hast gut verstanden wie wichtig es ist, auf Deine eigenen Bedürfnisse zu achten.

„Nein“ darf auch mal sein!
Um anderen entgegenzukommen, kannst Du ihnen einen Gegenvorschlag machen, anstatt einfach „Nein“ zu sagen.

Situation und Gegenvorschlag ausgefüllt: Klasse, dass Du Dir gleich einen Gegenvorschlag überlegt hast. Wenn [Situation], dann [Gegenvorschlag]. Wie wird auf Deinen Gegenvorschlag reagiert?

Situation und Gegenvorschlag nicht ausgefüllt: Manchmal ist es nicht einfach, Gegenvorschläge zu finden. Deshalb ist es besonders hilfreich, sich diese schon vorher zu überlegen. Denke noch mal nach: In welcher Situation könntest Du eine Alternative vorschlagen, die für alle Beteiligten passen könnte?

Pro-Challenge:

Es kann sehr schwierig sein, die eigenen Gefühle und die ansteckenden Gefühle von anderen zu unterscheiden. Wenn Du Dir nicht sicher bist, kannst Du Dich fragen, ob das Gefühl zu Deiner aktuellen Situation passt, also ob es zum Beispiel einen Grund dafür gibt. Dann kannst Du überlegen, wer in Deiner Umgebung auch so ein Gefühl haben könnte.

Selbstwert:

Anschließend hattest Du die Chance, Puzzleteile Deines Selbstwertes kennenzulernen.

Brief: In Deinem Brief an dich selbst beschreibst Du, was Du an Dir magst/ wie Du Dich für Dein Wohlbefinden einsetzt. X und Y sind tolle Eigenschaften, auf die Du stolz sein kannst. Ich finde Deinen Brief sehr gelungen!

Schwächen: Super, dass Du Dir auch Deiner Schwächen bewusst bist. Die machen Dich zu einem vollständigen und liebenswerten Menschen.

Das Gute in anderen Menschen: In der Übung „Sieh das Gute in anderen Menschen“ hast Du Dich mit den Stärken und Schwächen anderer Menschen auseinandergesetzt. Hat das Deine Wahrnehmung der Person, die Dich genervt oder wütend gemacht hat, verändert?

„Ich kann“-Denker Pro-Challenge:
XY ist ein schönes Ziel, für das es sich lohnt, dranzubleiben.
Individuell:

- Toll, dass Du auch Hindernisse in Deine Planung einbezogen hast.
- Bei der Sammlung von Lösungen kannst Du noch etwas kreativer sein.
- Sich den Erfolg vorzustellen hilft dabei, die Motivation auch aufrecht zu erhalten, wenn es mal schwierig wird.
- Ich wünsche Dir viel Erfolg bei der Umsetzung!

*Verabschiedung*
In dieser Me-Time hast Du gelernt, wie Du Grenzen setzen, Dich von Gefühlen anderer abgrenzen und Deinen Selbstwert stärken kannst. Vielleicht war es diesmal ein bisschen anstrengender als bisher, sich mit den Übungen auseinanderzusetzen. Dennoch bin ich sicher, dass es sich lohnt und Dir dabei hilft, in der Zukunft fürsorglich mit Dir selbst und mit anderen umzugehen.

Ich freue mich schon bei der nächsten Me-Time am [*Datum/Zeit]* von Dir zu hören und bin gespannt, wie es Dir mit der Challenge für Diese Woche ergeht. Bis dahin wünsche ich Dir eine wunderschöne Woche.

*Falls Termin länger als eine Woche in der Zukunft liegt:*
Ich habe gesehen, dass Du Deinen nächsten Termin für Deine Me-Time erst *[Zeit/Datum nennen]* geplant hast. Das Online-Programm hilft am meisten, wenn Du eine Me-Time pro Woche absolvierst. Vielleicht findest Du einen früheren Termin für die nächste Trainingseinheit?

P.S. Notiere Dir am besten den Termin, damit Du nicht vergisst, wann Du Deine nächste Me-Time bearbeiten möchtest. 😊

Dein E-Coach

## *8. Endstation! – Und jetzt?*

**Liebe/ Lieber…,**
herzlichen Glückwunsch, Du hast es geschafft und alle Me-Times absolviert!

*Wochenrückblick*
*Home-Challenge und Family-Challenge:*
Falls positive Erfahrungen:
Es freut mich, dass Du die Challenge ausprobiert hast. Die eigenen Grenzen zu akzeptieren, ist nicht immer leicht. Klasse, dass Du Dich weiter damit auseinandergesetzt hast. *[individuell auf berichtetes eingehen]*
Falls keine guten Erfahrungen oder noch nicht versucht: Manchmal ist es in stressigen Zeiten schwierig, sich der eigenen Grenzen bewusst zu sein und sich um sein Wohlbefinden zu kümmern. Trotzdem ist es genau in diesen Zeiten besonders wichtig. Nur, wenn Du Dich gut um Dich selbst kümmerst und Deine Grenzen anderen mitteilst, hast Du genügend Energie, Dich um Deine eigenen Ziele (und vielleicht auch Schwierigkeiten) zu kümmern.
*[individuell auf berichtetes des Teilnehmers eingehen].*

*Stimmungsthermometer:*
4-6:
Du hast angegeben, dass es dir am *[heute/Wochentag]* mittelmäßig geht/ging. Das ist völlig in Ordnung. Du hast bereits in der letzten Me-Time gelernt wie Du Deine Stimmung durch positive Aktivitäten verändern und Stress reduzieren kannst. Versuche, etwas davon in der nächsten Woche umzusetzen.
0-3:
Du hast angegeben, dass es Dir am *heute/Wochentag* schlecht/nicht so gut geht/ging. Wie geht es Dir jetzt? Kannst Du einen Grund festmachen, woran das liegen könnte oder sind es mehrere Einflüsse? Falls es Dir noch nicht besser geht, dann versuche, etwas zu tun, was Dir guttun könnte. Wie wäre es zum Beispiel mit einem Treffen mit einem guten Freund oder einer Tasse Tee? Oder Du hörst Deine Lieblingsmusik? Probiere aus, was Dir guttut!

*Oder:*
*Es ist schön zu sehen, dass Deine Stimmung sich im Vergleich zur letzten Woche schon gebessert hat./Es freut mich, dass Deine Stimmung so gut ist.*

Rückblick
In dieser Me-Time hast du noch einmal auf alle Stationen Deiner Reise zurückgeblickt. Du hast Dich mit Deinen Stärken, der psychischen Krankheit Deines Elternteils sowie Deinen Gefühlen, dem Umgang mit Stress und Deinen Grenzen auseinandergesetzt. In der Zwischenzeit hattest du die Möglichkeit, Gelerntes im Alltag anzuwenden. Jetzt hast Du die Gelegenheit, die Strategien und Übungen weiterhin in Deinen Alltag einzubauen, die Dir besonders geholfen haben.
[Individuell auf Challenges eingehen, falls Schwierigkeiten bestanden]

Wohlfühlampel Pro-Challenge:
Du hast Dir Gedanken über Deine Warnzeichen gemacht, an denen Du erkennst, dass Deine Wohlfühlampel orange leuchtet.

Ausgefüllt: Mit diesen Warnzeichen gerüstet, wird es Dir in Zukunft leichter fallen, zu merken, wann es Dir nicht gut geht. Vielleicht kannst Du die Liste in Zukunft noch ergänzen.
Nicht ausgefüllt: Diese Challenge soll Dir dabei helfen, frühzeitig zu bemerken, wenn es Dir nicht gut geht. Überlege noch einmal: Welche Gefühle hast Du, wenn Deine Wohlfühlampel orange leuchtet? Wie fühlt sich Dein Körper an? Welche Gedanken kommen Dir? Verhältst Du Dich anders als sonst?

Reiseerinnerungen Pro-Challenge:

Brief geschrieben: In Deinem Brief beschreibst Du, welche Dinge Du zukünftig in Deinem Alltag umsetzen möchtest, wie z.B. XXX. Ich finde deinen Brief wirklich sehr schön verfasst und wünsche Dir bei deinem Vorhaben ganz viel Erfolg!
Kein Brief geschrieben: Du hast den Brief während der Me-Time nicht verfasst. Vielleicht willst Du diesen ja gerne noch Zuhause für Dich nachholen. Die Übung ist eine gute Möglichkeit, Dir selbst noch einmal klarzumachen, welche wichtigen Dinge Du für Dich gelernt hast und was Du in Zukunft für Dich beibehalten möchtest.

Zielerreichung:
Ziele (zum großen Teil) erreicht: Ich möchte Dich ganz besonders dazu beglückwünschen, dass Du Deine Ziele in diesem Training erreicht hast / Deinen Zielen einen großen Schritt nähergekommen bist. Das ist richtig toll!
Ziele nicht/kaum erreicht: Du hast in den letzten Wochen sehr an dir gearbeitet. Du konntest den Mut und die Kraft aufbringen, Dich mit Deinen Problemen auseinanderzusetzen und hast mit den Me-Times einen ersten Schritt gemacht. Ich finde, dass Du ein ganzes Stück weitergekommen bist. Jedoch hast Du berichtet, dass Du deine Ziele noch nicht erreicht hast / noch nicht ausreichend erreicht hast / nur zu einem kleinen Teil erreichen konntest. Ich hoffe, dass Du trotzdem Dinge finden konntest, die gut gelaufen sind oder die Du für Dich mitnehmen kannst. Ich möchte Dich ermutigen, ganz besonders jetzt dranzubleiben und dich weiter aktiv für Dein Wohlbefinden einzusetzen.

*Verabschiedung:*
*Individuelle Verabschiedung!*
Du hast jetzt alle Me-Times gemeistert. Ich finde, dass Du in diesem Online-Programm sehr viel geleistet hast. Ich wünsche Dir sehr, dass Du an Deinen Erfolgen weiter festhalten kannst und bei kleinen Rückschlägen nicht den Mut verlierst.
Ich wünsche Dir alles Gute!
Dein E-Coach

# Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern

**(Vertragskennzeichen 120A1400394)**

zwischen dem

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Körperschaft des öffentlichen Rechts,
Martinistraße 52,
20246 Hamburg
vertreten durch den Vorstand

ausführende Stelle Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Konsortialführung Verbund CHIMPS-NET

– im folgenden *UKE* genannt –

und der

Universität Ulm,
Helmholtzstraße 16,
89081 Ulm
vertreten durch den Kanzler

ausführende Einrichtung Institut für Psychologie und Pädagogik

– im Folgenden *Universität Ulm* genannt –

und der

KKH - Kaufmännische Krankenkasse,
Karl-Wiechert-Allee 6,
30625 Hannover

– im Folgenden *KKH* genannt –

und der

DAK-Gesundheit,
Nagelsweg 27-31,
20097 Hamburg

– im Folgenden *DAK-G* genannt –

und der

Techniker Krankenkasse,
Bramfelder Str. 140,
22305 Hamburg

– im Folgenden *TK* genannt –

und der

BARMER,
Axel Springer Str. 44,
10969 Berlin,

Korrespondenzadresse:
BARMER Hauptverwaltung Süd,
Gottlieb-Daimler-Str. 19,
73529 Schwäbisch Gmünd

– im Folgenden *BARMER* genannt –

und der

Betriebskrankenkasse Mobil Oil,
Friedenheimer Brücke 29,
80639 München
Vertreten durch den Vorstand

– im Folgenden *BKK Mobil Oil* genannt –

und der

IKK classic,
Tannenstraße 4b,
01099 Dresen

– im Folgenden *IKK classic* genannt –

und der

AOK Baden-Württemberg,
Presselstraße 19,
70191 Stuttgart

– im Folgenden *AOK BW* genannt –

und der

AOK Hessen
Basler Straße 2
61352 Bad Homburg

– im Folgenden *AOK Hessen* genannt –

**Inhaltsverzeichnis**

Präambel ..... 5
§ 1 Ziele des Vertrages ..... 5
§ 2 Grundsätze des Vertrages ..... 5
§ 3 Ein- und Ausschlusskriterien ..... 6
§ 4 Teilnahme der Versicherten ..... 6
§ 5 Leistungen des UKE ..... 7
§ 6 Leistungen der Universität Ulm ..... 8
§ 7 Kooperierende Leistungserbringer ..... 8
§ 8 Vergütung ..... 9
§ 9 Abrechnung ..... 9
§ 10 Lenkungskreis ..... 10
§ 11 Qualitätsanforderungen ..... 10
§ 12 Evaluation ..... 10
§ 13 Datenschutz ..... 10
§ 14 Geheimhaltung ..... 11
§ 15 Haftung ..... 12
§ 16 Öffentlichkeitsarbeit ..... 12
§ 17 Beitritt ..... 12
§ 18 Inkrafttreten und Kündigung ..... 12
§ 19 Salvatorische Klausel ..... 13
§ 20 Schlussbestimmungen ..... 13

**Anlagenverzeichnis**

| | |
|---|---|
| Anlage 1a | Leistungsübersicht face to face Interventionen CHIMPs |
| Anlage 1b | Leistungsübersicht iCHIMPS |
| Anlage 2a | Schulungsinhalte CHIMPS |
| Anlage 2b | Schulungsinhalte iCHIMPS |
| Anlage 3a | Teilnahmeerklärung der Versicherten KKH |
| Anlage 3b | Teilnahmeerklärung der Versicherten DAK-G |
| Anlage 3c | Teilnahmeerklärung der Versicherten TK |
| Anlage 3d | Teilnahmeerklärung der Versicherten BARMER |
| Anlage 3e | Teilnahmeerklärung der Versicherten BKK Mobil Oil |
| Anlage 3f | Teilnahmeerklärung der Versicherten IKK Classic |
| Anlage 3g | Teilnahmeerklärung der Versicherten AOK Baden-Württemberg |
| Anlage 3h | Teilnahmeerklärung der Versicherten AOK Hessen |
| Anlage 4 | Versicherteninformation für alle Krankenkassen |
| Anlage 5 | Einverständniserklärung in die Datenverarbeitung |
| Anlage 6 | Vergütung |
| Anlage 7 | Übersicht der teilnehmenden Leistungserbringer |
| Anlage 8 | Kooperationsvereinbarung Leistungserbringer |
| Anlage 9 | Dokumentationsbögen |
| Anlage 10 | Beitrittserklärung |
| Anlage 11 | Excel Tabelle für die Abrechnung zwischen UKE und Krankenkassen |

## Präambel

Kinder psychisch kranker (einschließlich suchtkranker) Eltern haben ein mehrfach erhöhtes eigenes Erkrankungsrisiko. Schätzungen zufolge leben in Deutschland etwa drei bis vier Millionen Kinder mit einem psychisch kranken und suchtkranken Elternteil. Betroffene Familien sind häufig psychisch hoch belastet. Von den betroffenen Kindern haben laut Studien etwa ein Drittel keine eigenen psychischen Auffälligkeiten, ein weiteres Drittel weist psychische Auffälligkeiten im Grenzbereich und bei einem weiteren Drittel zeigt sich eine eigene behandlungsbedürftig klinisch relevante Symptomatik mit einer eigenen Diagnose. Alle Kinder einer Familie sind von der psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen.

Im Rahmen des Vertrags soll durch die Zusammenarbeit der beteiligten Vertragspartner die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit einem psychisch kranken Elternteil oder elterlichen Bezugspersonen, z. B. Pflege- oder Stiefeltern, nachhaltig verbessert werden. Durch umfassende Diagnostik, Früherkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen sollen die Kinder und Jugendlichen sowie deren Angehörige im jeweiligen familiären Umfeld individuelle psychosoziale Hilfe erhalten.

## § 1 Ziele des Vertrages

(1) Durch die Leistungen der beteiligten Leistungserbringer gemäß § 7 dieses Vertrages soll die individuelle bedarfsorientierte psychosoziale Versorgung der betroffenen Familien sichergestellt werden. Die Familien sollen bedarfsgerecht entweder in den Räumen der Leistungserbringer oder im häuslichen Umfeld im Rahmen von mehreren Gesprächsterminen psychosoziale Unterstützung erhalten.

(2) Mit der besonderen Versorgung soll die Entstehung bzw. Chronifizierung von psychischen Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern vermieden werden.

(3) Die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Versicherten (erkrankte Elternteile) und deren Familienangehörige - insbesondere deren Kinder im Alter zwischen 0 und 21 Jahren - sollen von den abgestimmten Behandlungsabläufen und den dadurch angestrebten Qualitätsverbesserungen profitieren. Hierdurch soll die Patientenzufriedenheit gesteigert werden.

## § 2 Grundsätze des Vertrages

(1) Dieser Vertrag gilt bundesweit.

(2) Die konkreten Leistungen des UKE, der Universität Ulm und der weiteren beteiligten Leistungserbringer **(Anlage 7)** sind den Leistungsbeschreibungen gemäß **Anlage 1a und 1b** zu entnehmen.

(3) Bei festgestelltem Psychotherapiebedarf, der über diese Interventionen hinausgeht, erfolgt unter Einhaltung und Beachtung des Grundsatzes der freien Arztwahl eine Vermittlung des betroffenen Familienmitglieds an ei-

nen niedergelassenen Psychotherapeuten im Rahmen der Regelversorgung.

## § 3 Ein- und Ausschlusskriterien

(1) Anspruchsberechtigt sind psychisch kranke Elternteile oder elterliche Bezugspersonen von mindestens einem Kind oder Jugendlichen im Alter zwischen 3 bis 18 Jahren mit einer gesicherten Diagnose nach ICD F*, sofern sie bei einer der Krankenkassen versichert sind, die Vertragspartner dieses Vertrages sind.

(2) In die Versorgung dieses Vertrages können auch andere elterliche Bezugspersonen (wie Pflege-, Stief-, Adoptiveltern oder Großeltern) einbezogen werden. Hieran können ebenfalls Familienmitglieder einbezogen werden, die nicht bei einer der teilnehmenden Krankenkassen versichert sind.

(3) Weiterhin muss die Intervention von den teilnehmenden Familienmitgliedern sowohl in sprachlicher als auch technischer Hinsicht bewältigt werden können.

(4) Ausschlusskriterien sind akute schwere psychische Symptome und Erkrankungen, wie Suizidalität, für die eine stationäre Behandlung, keine ambulante Behandlung, indiziert ist.

## § 4 Teilnahme der Versicherten

(1) Sofern die Einschlusskriterien gemäß § 3 Abs. 1 dieses Vertrages vorliegen und die Familie in der zugehörigen Evaluationsstudie der besonderen Versorgung zugewiesen wurde, klärt der jeweilige Leistungserbringer vor Ort die Familie über die Teilnahme an der besonderen Versorgung auf und händigt anschließend die kassenspezifische Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 3** zur Unterzeichnung aus. Der Versicherte (der erkrankte Elternteil bzw. der Jugendliche(iCHIMPS)) erklärt die Teilnahme an der besonderen Versorgung durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Die Einwilligung zur Teilnahme kann auch durch einen gesetzlichen Vertreter (Betreuer) erfolgen. Mit Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme an diesem Vertrag.

(2) Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig. Der Versicherte kann die Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach der Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Im Falle des Widerrufs an die Krankenkasse informiert diese unverzüglich das UKE, das diese Information an die Leistungserbringer weitergibt. Für die Dauer der Teilnahme ist der Versicherte für die besondere Versorgung dieses Vertrages an die teilnehmenden Leistungserbringer gebunden. Andere Leistungserbringer, die für die Erfüllung dieser besonderen Versorgung notwendig werden, können nur auf Überweisung durch einen teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch genommen werden oder wenn in einem medizinischen Notfall ein Arzt oder Notfalldienst benötigt wird. Verstoßen die Versicherten gegen diese Verpflichtung wiederholt nach Aufforderung durch die teilnehmenden Krankenkassen dies zu unterlassen, können diese die Teilnahme ihrer Versicherten an der besonderen Versorgung beenden. Die Teilnahme an der Regelversorgung bleibt für die Versicherten unberührt.

(3) Der Leistungserbringer nimmt eine ausführliche Beratung über die Leistungsinhalte der besonderen Versorgung vor und händigt der teilnehmenden Familie die Versicherteninformation gemäß **Anlage 4** vor Aushändigung und Unterzeichnung der **Teilnahmeerklärung** (Anlage 3) sowie die Information und Einverständniserklärung in die Datenverarbeitung im Rahmen der besonderen Versorgung gemäß **Anlage 5** aus.

(4) Die Leistungserbringer leiten die unterzeichneten Teilnahmeerklärungen sowie die Einverständniserklärung in die Datenverarbeitung an das UKE bzw. für die Intervention iCHIMPS an die Universität Ulm weiter. Das UKE bzw. die Universität Ulm fungieren insoweit als Empfangsgehilfen. Die unterzeichneten Teilnahmeerklärungen werden an die Kassen weitergeleitet.

(5) Unberührt von Absatz 2 bleibt das Recht auf außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere bei einem Wohnortwechsel oder einem gestörten Therapeuten-Patienten-Verhältnis vor.

(6) Die Teilnahme der Versicherten endet weiterhin

1. bei Beendigung dieses Vertrages,
2. mit dem Austritt der zuständigen Krankenkasse aus diesem Vertrag,
3. mit dem Ausscheiden des Versicherten aus dem Versicherungsverhältnis bei der zuständigen Krankenkasse,
4. mit dem Ausscheiden des gewählten Leistungserbringers aus diesem Vertrag,
5. mit Widerruf des Versicherten gemäß Abs. 2,
6. mit dem Widerruf der Einverständniserklärung in die Datenverarbeitung durch den Versicherten.

## § 5 Leistungen des UKE

(1) Das UKE fungiert im Rahmen dieses Vertrages als koordinierende Stelle und gewährleistet, dass die Leistungen gemäß Anlage 1a bei allen beteiligten Leistungserbringern gleichermaßen umgesetzt werden.

(2) Das UKE regelt den kontinuierlichen Informationstransfer zwischen den Leistungserbringern und legt die Kommunikationsstrukturen zwischen allen Vertragsteilnehmern fest.

(3) Das UKE nimmt für die face-to-face Intervention Schulungen vor und führt die Supervision der CHIMPS-Berater durch. Das UKE protokolliert außerdem die Schulungen der Online Intervention, die von der Universität Ulm durchgeführt werden. Die Schulungsinhalte ergeben sich aus den **Anlagen 2a und b.**

(4) Das UKE nimmt die Abrechnung der Leistungen der Leistungserbringer entgegen und nimmt die Vergütung dieser Leistungen gegenüber den Leistungserbringern vor. Die Abrechnungsmodalitäten zwischen den Leistungserbringern und dem UKE sind in § 3 der Kooperationsvereinbarung zum § 140a SGB V Vertrag (Anlage 8) geregelt. Die Abrechnungsmodalitäten mit den Krankenkassen sind in § 9 dieses Vertrages geregelt.

(5) Das UKE nimmt die Öffentlichkeitsarbeit gemäß § 16 dieses Vertrages in Abstimmung mit den beteiligten Krankenkassen vor

(6) Die Originale der Teilnahmeerklärungen und Einverständniserklärungen in die Datenverarbeitung der Versicherten werden vom UKE bzw. der Universität Ulm an die Krankenkassen weitergeleitet. Eine Übersicht der teilnehmenden Versicherten wird gem. Anlage 11 (Excelliste) vom UKE bzw. der Universität Ulm an die Krankenkassen quartalsweise übermittelt. Diese Excelliste bildet gleichzeitig die Grundlage für die Abrechnungsinformationen gemäß §9 an die Krankenkassen.

## § 6 Leistungen der Universität Ulm

(1) Die Universität Ulm führt die iCHIMPS Intervention nach **Anlage 1b** durch.

(2) Die Weiterleitung der Mittel für die Tätigkeiten der Universität Ulm erfolgt über das UKE aus dem Innovationsfond. Die Abrechnungsmodalitäten der e-Coaching Leistungen sind in § 9 dieses Vertrages geregelt.

(3) Die Universität Ulm nimmt für die iCHIMPS Intervention die Rekrutierung und Schulungen der eCoaches **nach Anlage 2b**, sowohl in klinischer als auch technischer Hinsicht, vor.

(4) Die Universität Ulm erstellt ein Supervisionskonzept und setzt dieses um.

(5) Die Universität Ulm führt das Monitoring der Interventionsverläufe durch, überwacht die Sicherheitsstandards und stellt die IT-Plattform zur Verfügung über die iCHIMPS realisiert wird.

## § 7 Kooperierende Leistungserbringer

(1) An der besonderen Versorgung nehmen zur Versorgung zugelassene oder ermächtigte Leistungserbringer gem. Anlage 7 teil.

(2) Die Teilnahme beginnt mit der Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung nach **Anlage 8** gegenüber dem UKE.

(3) Für die Durchführung berechtigt sind die unter **Anlage 1a und b** benannten Berufsgruppen.

(4) Die Leistungserbringer verpflichten sich zur Einhaltung der aus diesem Vertrag sowie den Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten. Nach dem Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit dem UKE gilt dieser Vertrag in seiner jeweils geltenden Fassung für die kooperierenden Leistungserbringer.

(5) Die Leistungserbringer nutzen für die Dokumentation die Dokumentationsbögen gemäß **Anlage 9**.

## § 8 Vergütung

(1) Die Leistungen aus diesem Vertrag werden über Zuwendungen aus dem Innovationsfonds nach § 92a SGB V als Vollfinanzierung gefördert und vergütet. Ein Vergütungsanspruch der Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen besteht daher nicht. Dies gilt auch für den Fall, dass die Fördermittel verbraucht sind.

(2) Die Auszahlung der Vergütung an die Leistungserbringer aus dem Innovationsfonds nach § 92a SGB V erfolgt über das UKE bzw. die Universität Ulm.

(3) Die Vergütungshöhe ergibt sich aus **Anlage 6**.

(4) Die Leistungserbringer sind nicht befugt, Leistungen, die aufgrund dieses Vertrages zu erbringen sind, dem Versicherten in Rechnung zu stellen. Zuzahlungen sind nicht statthaft.

## § 9 Abrechnung

(1) Die Rechnungslegung erfolgt quartalsweise mittels Datenaustauschs nach § 301 Abs. 5 SGB V (AMBO) in der jeweils gültigen Version. Die Abrechnungsunterlagen werden vom UKE an die jeweilige Krankenkasse übermittelt. Die Abrechnung ist spätestens sechs Monate nach Ablauf des Quartals vorzunehmen, in welchem die Leistungen erbracht wurden. Rechnungsinhalte sind gemäß der jeweils aktuell gültigen technischen Anlage zum Datenaustausch nach § 301 Abs. 5 SGB V zu übermitteln, mit der Ausnahme, dass das Vertragskennzeichen 120A14003949 abweichend von den Anforderungen in der Technischen Anlage immer zwingend anzugeben ist.

(2) Alle Krankenkassen erhalten die Rechnungslegung per Excel-Tabelle auf einem zwischen allen Krankenkassen und dem UKE festgelegten, datenschutzkonformen Weg (Anlage 11). Aus der Tabelle sind alle Abrechnungsdaten ersichtlich, die für eine Rechnungslegung benötigt werden (analog der Inhalte des Datenträgeraustauschs).

(3) Die Abrechnung erfolgt zum Ende des Quartals, in welchem die Leistung beendet wurde.

(4) In der Abrechnung ist als Abrechnungsbetrag „0,00 €“ einzutragen.

(5) Werden die persönlichen und versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten nach § 3 dieses Vertrages nicht erfüllt, dürfen die Leistungen nach diesem Vertrag nicht zulasten der Vertragspartner erbracht und abgerechnet werden.

(6) Die Abrechnungen der Versorgungsleistungen der Universität Ulm (iCHIMPS) mit den Leistungserbringern für iCHIMPs erfolgen durch die Universität Ulm. Die Abrechnungsmodalitäten und die Rechnungslegung zwischen den Kassen und der Universität Ulm erfolgen analog zu den face to face Interventionen mittels Excel-Tabelle (Anlage 11).

(7) Die Absätze 1 - 4 sowie 6 gelten nicht für die TK. Insoweit wird mit der TK ein gesondertes Verfahren vereinbart.

## § 10 Lenkungskreis

(1) Der Lenkungskreis wird paritätisch durch Mitarbeiter der Vertragspartner besetzt. Jeder Vertragspartner hat eine Stimme. Entscheidungen werden mit einfacher Mehrheit getroffen.

(2) Der Lenkungskreis stimmt sich in regelmäßigen Abständen ab, um den Vertragsverlauf zu begleiten und ggf. steuernd einzugreifen. Die erste Abstimmung erfolgt innerhalb von drei Monaten nach Vertragsbeginn.

(3) Der Lenkungskreis ist für alle Aufgaben im Rahmen dieses Vertrages zuständig. Er kann Änderungsvorschläge zum Vertragstext und insbesondere zu den Anlagen erarbeiten.

## § 11 Qualitätsanforderungen

Das UKE verpflichtet sich zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von den Leistungserbringern gemäß **Anlage 7** erbrachten Leistungen auf der Grundlage § 135a SGB V i. V. m. den nach § 137 SGB V erlassenen Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses.

## § 12 Evaluation

(1) Das Vorhaben wird gemäß § 92a Abs.1 S.3 SGB V durch externe wissenschaftliche Institute wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Die Evaluationen sollen Erkenntnisse liefern, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seine Richtlinien zur Gestaltung der Versorgung übernommen werden können oder dem Gesetzgeber als Grundlage für strukturelle Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen können. Die Inhalte der Evaluation werden zwischen dem UKE, der Universität Ulm und den evaluierenden Instituten geregelt.

(2) Für die Evaluation werden die in der Datensatzbeschreibung definierten und abgestimmten Routinedaten der teilnehmenden Krankenkassen von allen Familienangehörigen benötigt. Deshalb müssen die Einverständniserklärungen für die Datenübermittlung gemäß **Anlage 5** vom Leistungserbringer an das UKE und von dort an die teilnehmenden Krankenkassen weitergeleitet werden.

## § 13 Datenschutz

(1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach dem SGB und zum Schutz personenbezogener Daten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie ggf. ergänzend das Bundesdatenschutzgesetz einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Vertragspartner unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die

Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnis und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.

(2) Die Vertragspartner sind für die Einhaltung der sie betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen sowie zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung verantwortlich und verpflichten sich, die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen.

(3) Die Vertragspartner verpflichten sich, im Rahmen der Information des Versicherten (Patienten) über die besondere Versorgung diesen gemäß Artikel 13 und 14 DS-GVO umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenverarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten aufzuklären. Ein behandelnder Leistungserbringer darf die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von einem anderen Leistungserbringer nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

(4) Bei Vertragsende, Widerruf oder Kündigung der Teilnahmeerklärung oder der Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation medizinischer Daten durch einen Versicherten (Patienten) werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten (Patienten) gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.

(5) Die wissenschaftliche und statistische Auswertung dieses Vertrages zur besonderen Versorgung erfolgt ausschließlich mit pseudonymisierten bzw. anonymisierten Daten, die einen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten (Patienten) nicht zulassen. Über das Datenschutzkonzept verständigen sich die Vertragspartner und das evaluierende Institut.

## § 14 Geheimhaltung

(1) Die Vertragspartner und die Leistungserbringer sind verpflichtet, alle mit dieser Versorgung im Zusammenhang stehenden überlassenen Unterlagen und übermittelten Informationen vertraulich zu behandeln und nicht ohne schriftliche Einwilligung der Vertragspartner an Dritte weiterzugeben.

(2) Diese Verpflichtung bleibt auch nach Beendigung dieses Vertragsverhältnisses bestehen.

(3) Die Geheimhaltungsverpflichtung besteht nur, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen oder gerichtliche Anordnungen zur Offenbarung verpflichten. Die Krankenkassen sind befugt, den Vertrag inklusive Anlagen ihrer jeweiligen Aufsichtsbehörde vorzulegen.

## § 15 Haftung

(1) Jeder der an dieser besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer haftet für die von ihm verursachten Schäden selbst. Eine (Mit)Haftung der Vertragspartner für Fehler der anderen Leistungserbringer ist ausgeschlossen.

(2) Im Falle einer Kündigung dieses Vertrages, gleich durch welchen Vertragspartner, stehen den jeweils anderen Vertragspartnern und den diesem Vertrag beigetretenen Partnern Ansprüche auf Schadensersatz, gleich aus welchem Rechtsgrund, nicht zu.

(3) Die teilnehmenden Leistungserbringer haben auf Anforderung der Vertragspartner nachzuweisen, dass ihre Teilnahme an diesem Vertrag von ihrer Berufs- und Haftpflichtversicherung umfasst ist.

## § 16 Öffentlichkeitsarbeit

(1) Alle Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit über diesen Versorgungsvertrag werden zwischen den Vertragspartner abgestimmt.

(2) Die Vertragspartner dürfen gewerbliche Schutzrechte, insbesondere Urheberrechte und Markenrechte, nur mit ausdrücklicher Zustimmung des jeweiligen Vertragspartners nutzen.

## § 17 Beitritt

(1) Weitere Krankenkassen können diesem Vertrag beitreten.

(2) Alle Vertragspartner sowie bereits beigetretene Vertragspartner müssen dem Beitritt zustimmen.

(3) Die Annahme der Beitrittserklärung gemäß **Anlage 10** erfolgt stellvertretend durch einen der Vertragspartner der beteiligten Krankenkassen, für alle Vertragspartner.

(4) Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrages in der jeweils gültigen Fassung akzeptiert.

## § 18 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft und endet automatisch mit dem Abschluss der Interventionsphase des Projektes CHIMPS-NET, spätestens mit dem Ende der Förderdauer. Wird die Förderung aus dem Innovationsfonds zuvor beendet oder sind die Fördermittel zur Leistungserbringung aus dem Innovationsfonds vorzeitig ausgeschöpft, endet diese Vereinbarung mit sofortiger Wirkung.

(2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten jeweils zum Monatsende gekündigt werden.

Die Kündigung einer einzelnen Vertragspartei berührt das Vertragsverhältnis der übrigen Vertragspartner nicht.

(3) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor,
   a) wenn dem kündigenden Teil unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der beiderseitigen Interessen die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses nicht zugemutet werden kann.
   b) wenn der Vertrag über Zuwendungen aus dem Innovationsfonds nach § 92a SGB V gefördert wird und der Förderer die Förderung widerruft.
   c) wenn gerichtliche oder gesetzliche Maßnahmen, dem Vertrag seine Grundlage entziehen und die Erfüllung des Vertrages rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.

(4) Die Vertragspartner können den Vertrag weiterhin auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn aufgrund einer Anweisung der zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung des Vertrages nicht mehr möglich ist.

(5) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

## § 19 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. In diesem Falle verpflichten sich die Vertragspartner, eine neue Regelung zu treffen, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

## § 20 Schlussbestimmungen

(1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages, einschließlich seiner Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Ausgenommen von dieser Regelung bleiben die Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung der Versicherten sowie die Versicherteninformation (Anlage 3 bis Anlage 5), welche infolge tatsächlicher oder rechtlicher Notwendigkeiten durch die Vertragsparteien stets aktuell gehalten werden.

(2) Sofern eine zu erbringende Leistung (vgl. Anlage 1a und 1b) in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wird, erfolgt eine entsprechende Anpassung der Leistungsbestandteile dieses Vertrags.

(3) Die Vertragspartner verständigen sich darauf, nach Abschluss der Evaluationen über eine mögliche Fortführung des Vertrages zu beraten.

(4) Die Anlagen sind verbindlicher Teil des Vertrages.

(5) Gerichtsstand ist Hamburg.

# Anlageverzeichnis CHIMPS-NET

| | |
|---|---|
| Anlage 1a | Leistungsübersicht CHIMPS Face-to-Face-Interventionen |
| Anlage 1b | Leistungsübersicht iCHIMPS |
| Anlage 2a | Schulungsinhalte CHIMPS Face-to-Face-Interventionen |
| Anlage 2b | Schulungsinhalte iCHIMPS |
| Anlage 3 | Teilnahmeerklärungen der 8 Krankenkassen |
| Anlage 4 | Versicherteninformation |
| Anlage 5 | Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung |
| Anlage 6 | Vergütung CHIMPS-NET |
| Anlage 7 | Übersicht der teilnehmenden Leistungserbringer |
| Anlage 8 | Kooperationsvereinbarung |
| Anlage 9 | Dokumentationsbogen |
| Anlage 10 | Beitrittserklärung CHIMPS-NET |
| Anlage 11 | Abrechnungstabelle |

## Leistungsbeschreibungen der face to face Interventionen CHIMPS:

## CHIMPS-T (therapie); CHIMPS-MFT (Multifamilientherapie); CHIMPS-P(rävention)

Angepasst an den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen und den daraus folgenden Bedarf der Familien werden 3 face to face Interventionen realisiert: CHIMPS-T; CHIMPS-P-Gruppe und CHIMPS-P.

### CHIMPS-T (Therapie)

**Durchführung:**

Bei der face to face Kurztherapie CHIMPS-T handelt es sich um eine familienorientierte psychotherapeutische Intervention. Die psychotherapeutische Vorgehensweise orientiert sich an der analytischen Psychotherapie und der psychoanalytischen Familientherapie. Es werden aber auch verhaltenstherapeutische und systemische Elemente integriert. Zugrunde liegen die psychotherapeutischen Richtlinienverfahren: analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie.

**Qualifizierung der Therapeuten:**

- Psychologischer Psychotherapeut oder
- Ärztlicher Psychotherapeut oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Mit vorliegender Approbation und mit Fachkunde in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren oder
- In laufender Weiterbildung in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren mit Behandlungen unter Supervision
- Absolvierung einer zweimal 2-tägigen Schulung (Grundkurs vor Beginn der der Behandlungen, Aufbaukurs während laufender Behandlungen)
- 2 Beratungen unter Supervision

**Gesprächsinhalte:**

- Psychische Belastungen der Eltern und der Kinder
- Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden der Eltern und der Kinder
- Lebensqualität der ganzen Familie
- Krankheitsbewältigung und Krankheitsmanagement in der Familie im Umgang mit der psychischen Erkrankung oder der Suchterkrankung der elterlichen Bezugsperson
- Innerfamiliäre und außerfamiliäre Familienbeziehungen (Paarbeziehung der Eltern, Beziehungen beider Elternteile zu den Kindern, Beziehungen im familiären Umfeld, z.B. zu Freunden, Nachbarn, Kollegen).
- Soziale Unterstützungen und soziales Netzwerk der Eltern und Kinder
- Möglichkeiten der professionellen Unterstützungen der Familie
- Vernetzung mit allen anderen bisherigen und zukünftigen professionellen Hilfen im Netzwerk der Familie

**Häufigkeit und Dauer:**

- Je Familie 1 Erstgespräch á 90 Minuten
- 2 bis 3 Elterngespräche á 90 Minuten
- 1 bis 2 Gespräche mit jedem Kind á 50 Minuten

- 3 Familiengespräche á 90 Minuten
- Insgesamt in der Regel 8 Sitzungen
- Frequenz der Gespräche: alle 2 bis 3 Wochen
- Gesamtdauer der Intervention: 6 Monate

**Anzahl der Therapeuten:**

- Elterngespräch: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Familiensitzung: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Kindersitzungen: 1 Therapeut

**Ort der Sitzungen:**

- In den Räumen der beteiligten Leistungserbringer
- Bei Bedarf aufsuchend in den Familien zu Hause

**CHIMPS- MFT (Multifamilientherapie)**

**Durchführung:**

MFT (Multifamilientherapie)

Bei der face to face handelt es sich um eine familienorientierte präventive Intervention. Die Vorgehensweise orientiert sich an der psychodynamischen Familienberatung. Verhaltensorientierte und systemische Elemente werden integriert.

**Qualifizierung der Therapeuten:**

- Psychologischer Psychotherapeut oder
- Ärztlicher Psychotherapeut oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Mit vorliegender Approbation und Fachkunde in einem Richtlinienverfahren oder
- In laufender Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren mit Behandlungen unter Supervision
- oder Pädagoge/-in, Sozialarbeiter/in, Sozialpädagoge/in, Psychologe/in mit familientherapeutischer Weiterbildung
- Absolvierung einer zweimal 2-tägigen Schulung (Grundkurs vor Beginn der Behandlungen, Aufbaukurs während laufender Behandlungen)
- 2 Beratungen unter Supervision

**Gesprächsinhalte:**

- Psychische Belastungen der Eltern und der Kinder
- Psychisches Wohlbefinden der Eltern und der Kinder
- Lebensqualität der ganzen Familie
- Krankheitsbewältigung und Krankheitsmanagement in der Familie im Umgang mit der psychischen Erkrankung oder der Suchterkrankung der elterlichen Bezugsperson
- Innerfamiliäre und außerfamiliäre Familienbeziehungen (Paarbeziehung der Eltern, Beziehungen beider Elternteile zum Kind/zu den Kindern, Beziehungen im familiären Umfeld, z.B. zu Freunden, Nachbarn, Kollegen).
- Soziale Unterstützungen, soziales Netzwerk der Eltern und Kinder
- Möglichkeiten der professionellen Unterstützungen der Familie

- Vernetzungsmöglichkeiten mit allen anderen bisherigen und zukünftigen professionellen Hilfen im Netzwerk der Familie

**Häufigkeit und Dauer:**

- Je Familie 1 Erstgespräch á 90 Minuten
- Bei Bedarf ein weiteres Familiengespräch a 90 Minuten
- Dann finden 5-6 Familiengruppengespräche mit 4-5 Familien statt á 120 Minuten
- 1 Abschlussgespräch mit der Familie á 90 Minuten
- Insgesamt in der Regel 8 Sitzungen
- Frequenz der Gespräche: alle 2 Wochen
- Gesamtdauer der Intervention: 4-6 Monate

**Anzahl der Therapeuten:**

- Familiengruppengespräche: 2 Therapeuten
- Elterngespräche: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Familiensitzung: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Kindergespräche: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten

**Ort der Sitzungen:**

- In den Räumen der beteiligten Leistungserbringer

**CHIMPS-P (Prävention)**

**Durchführung:**

Bei der face to face Intervention CHIMPS-P handelt es sich um eine familienorientierte Intervention. Die präventive Vorgehensweise orientiert sich an der psychoanalytischen Familienberatung, es werden aber auch verhaltensorientierte und systemische Elemente integriert. Zugrunde liegt das psychotherapeutischen Richtlinienverfahren der psychoanalytische Therapie.

**Qualifizierung der Therapeuten:**

- Psychologischer Psychotherapeut oder
- Ärztlicher Psychotherapeut oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Mit vorliegender Approbation mit Fachkunde in einem Richtlinienverfahren oder
- In laufender Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren mit Behandlungen unter Supervision
- Oder Pädagoge/-in, Sozialarbeiter/in, Sozialpädagoge/in, Psychologe/in mit familientherapeutischer Weiterbildung
- Absolvierung einer zweimal 2-tägigen Schulung (Grundkurs vor Beginn der der Behandlungen, Aufbaukurs während laufender Behandlungen)
- 2 Beratungen unter Supervision

**Gesprächsinhalte:**

- Psychische Belastungen der Eltern und der Kinder

- psychisches Wohlbefinden der Eltern und der Kinder
- Lebensqualität der ganzen Familie
- Krankheitsbewältigung und Krankheitsmanagement in der Familie im Umgang psychischen Erkrankung oder der Suchterkrankung der elterlichen Bezugsperson
- Innerfamiliäre und außerfamiliäre Familienbeziehungen (Paarbeziehung der Eltern, Beziehungen beider Elternteile zu den Kindern, Beziehungen im familiären Umfeld, z.B. zu Freunden, Nachbarn, Kollegen sowie die sozialen Unterstützungen der Familie).
- Soziale Unterstützungen, soziales Netzwerk der Eltern und Kinder
- Möglichkeiten der professionellen Unterstützungen der Familie
- Vernetzungsmöglichkeiten mit allen anderen bisherigen und zukünftigen professionellen Hilfen im Netzwerk der Familie

**Häufigkeit und Dauer:**

- 3 Familiengespräche á 90 Minuten
- Frequenz der Gespräche: alle 2 bis 3 Wochen
- Gesamtdauer der Intervention: 2-3 Monate

**Anzahl der Therapeuten:**

- Familiensitzung: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten

**Ort der Sitzungen:**

- In den Räumen der beteiligten Leistungserbringer
- Bei Bedarf aufsuchend zu Hause

## Leistungsbeschreibungen der face to face Interventionen CHIMPS:

## CHIMPS-T (therapie); CHIMPS-MFT; CHIMPS-P(rävention)

Angepasst an den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen und den daraus folgenden Bedarf der Familien werden 3 face to face Interventionen realisiert: CHIMPS-T; CHIMPS-MFT und CHIMPS-P.

### CHIMPS-T (Therapie)

**Durchführung:**

Bei der face to face Kurztherapie CHIMPS-T handelt es sich um eine familienorientierte psychotherapeutische Intervention. Die psychotherapeutische Vorgehensweise orientiert sich an der analytischen Psychotherapie und der psychoanalytischen Familientherapie. Es werden aber auch verhaltenstherapeutische und systemische Elemente integriert. Zugrunde liegen die psychotherapeutischen Richtlinienverfahren: analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie.

**Qualifizierung der Therapeuten:**

- Psychologischer Psychotherapeut oder
- Ärztlicher Psychotherapeut oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Mit vorliegender Approbation und mit Fachkunde in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren oder
- In laufender Weiterbildung in einem Richtlinienpsychotherapieverfahren mit Behandlungen unter Supervision
- Absolvierung einer zweimal 2-tägigen Schulung (Grundkurs vor Beginn der Behandlungen, Aufbaukurs während laufender Behandlungen)
- 2 Beratungen unter Supervision

**Gesprächsinhalte:**

- Psychische Belastungen der Eltern und der Kinder
- Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden der Eltern und der Kinder
- Lebensqualität der ganzen Familie
- Krankheitsbewältigung und Krankheitsmanagement in der Familie im Umgang mit der psychischen Erkrankung oder der Suchterkrankung der elterlichen Bezugsperson
- Innerfamiliäre und außerfamiliäre Familienbeziehungen (Paarbeziehung der Eltern, Beziehungen beider Elternteile zu den Kindern, Beziehungen im familiären Umfeld, z.B. zu Freunden, Nachbarn, Kollegen).
- Soziale Unterstützungen und soziales Netzwerk der Eltern und Kinder
- Möglichkeiten der professionellen Unterstützungen der Familie
- Vernetzung mit allen anderen bisherigen und zukünftigen professionellen Hilfen im Netzwerk der Familie

**Häufigkeit und Dauer:**

- Je Familie 1 Erstgespräch á 90 Minuten
- 2 bis 3 Elterngespräche á 90 Minuten
- 1 bis 2 Gespräche mit jedem Kind á 50 Minuten

- 3 Familiengespräche á 90 Minuten
- Insgesamt in der Regel 8 Sitzungen
- Frequenz der Gespräche: alle 2 bis 3 Wochen
- Gesamtdauer der Intervention: 6 Monate

**Anzahl der Therapeuten:**

- Elterngespräch: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Familiensitzung: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Kindersitzungen: 1 Therapeut

**Ort der Sitzungen:**

- In den Räumen der beteiligten Leistungserbringer
- Bei Bedarf aufsuchend in den Familien zu Hause

**CHIMPS-MFT**

**Durchführung:**

Bei der face to face Intervention CHIMPS-MFT handelt es sich um eine familienorientierte präventive Intervention. Die Vorgehensweise orientiert sich an der psychodynamischen Familienberatung. Verhaltensorientierte und systemische Elemente werden integriert.

**Qualifizierung der Therapeuten:**

- Psychologischer Psychotherapeut oder
- Ärztlicher Psychotherapeut oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Mit vorliegender Approbation und Fachkunde in einem Richtlinienverfahren oder
- In laufender Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren mit Behandlungen unter Supervision
- oder Pädagoge/-in, Sozialarbeiter/in, Sozialpädagoge/in, Psychologe/in mit familientherapeutischer Weiterbildung
- Absolvierung einer zweimal 2-tägigen Schulung (Grundkurs vor Beginn der Behandlungen, Aufbaukurs während laufender Behandlungen)
- 2 Beratungen unter Supervision

**Gesprächsinhalte:**

- Psychische Belastungen der Eltern und der Kinder
- Psychisches Wohlbefinden der Eltern und der Kinder
- Lebensqualität der ganzen Familie
- Krankheitsbewältigung und Krankheitsmanagement in der Familie im Umgang mit der psychischen Erkrankung oder der Suchterkrankung der elterlichen Bezugsperson
- Innerfamiliäre und außerfamiliäre Familienbeziehungen (Paarbeziehung der Eltern, Beziehungen beider Elternteile zum Kind/zu den Kindern, Beziehungen im familiären Umfeld, z.B. zu Freunden, Nachbarn, Kollegen).
- Soziale Unterstützungen, soziales Netzwerk der Eltern und Kinder
- Möglichkeiten der professionellen Unterstützungen der Familie

- Vernetzungsmöglichkeiten mit allen anderen bisherigen und zukünftigen professionellen Hilfen im Netzwerk der Familie

**Häufigkeit und Dauer:**

- Je Familie 1 Erstgespräch á 90 Minuten
- Bei Bedarf ein weiteres Familiengespräch á 90 Minuten
- Dann finden 5-6 Familiengruppengespräche mit 4-5 Familien statt á 120 Minuten
- 1 Abschlussgespräch mit der Familie á 90 Minuten
- Insgesamt in der Regel 8 Sitzungen
- Frequenz der Gespräche: alle 2 Wochen
- Gesamtdauer der Intervention: 4-6 Monate

**Anzahl der Therapeuten:**

- Familiengruppengespräche: 2 Therapeuten
- Elterngespräche: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Familiensitzung: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten
- Kindergespräche: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten

**Ort der Sitzungen:**

- In den Räumen der beteiligten Leistungserbringer

**CHIMPS-P (Prävention)**

**Durchführung:**

Bei der face to face Intervention CHIMPS-P handelt es sich um eine familienorientierte Intervention. Die präventive Vorgehensweise orientiert sich an der psychoanalytischen Familienberatung, es werden aber auch verhaltensorientierte und systemische Elemente integriert. Zugrunde liegt das psychotherapeutischen Richtlinienverfahren der psychoanalytischen Therapie.

**Qualifizierung der Therapeuten:**

- Psychologischer Psychotherapeut oder
- Ärztlicher Psychotherapeut oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Mit vorliegender Approbation mit Fachkunde in einem Richtlinienverfahren oder
- In laufender Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren mit Behandlungen unter Supervision
- Oder Pädagoge/-in, Sozialarbeiter/in, Sozialpädagoge/in, Psychologe/in mit familientherapeutischer Weiterbildung
- Absolvierung einer zweimal 2-tägigen Schulung (Grundkurs vor Beginn der Behandlungen, Aufbaukurs während laufender Behandlungen)
- 2 Beratungen unter Supervision

**Gesprächsinhalte:**

- Psychische Belastungen der Eltern und der Kinder

- psychisches Wohlbefinden der Eltern und der Kinder
- Lebensqualität der ganzen Familie
- Krankheitsbewältigung und Krankheitsmanagement in der Familie im Umgang psychischen Erkrankung oder der Suchterkrankung der elterlichen Bezugsperson
- Innerfamiliäre und außerfamiliäre Familienbeziehungen (Paarbeziehung der Eltern, Beziehungen beider Elternteile zu den Kindern, Beziehungen im familiären Umfeld, z.B. zu Freunden, Nachbarn, Kollegen sowie die sozialen Unterstützungen der Familie).
- Soziale Unterstützungen, soziales Netzwerk der Eltern und Kinder
- Möglichkeiten der professionellen Unterstützungen der Familie
- Vernetzungsmöglichkeiten mit allen anderen bisherigen und zukünftigen professionellen Hilfen im Netzwerk der Familie

**Häufigkeit und Dauer:**

- 3 Familiengespräche á 90 Minuten
- Frequenz der Gespräche: alle 2 bis 3 Wochen
- Gesamtdauer der Intervention: 2-3 Monate

**Anzahl der Therapeuten:**

- Familiensitzung: 1 Therapeut, wenn es möglich ist, optimalerweise 2 Therapeuten

**Ort der Sitzungen:**

- In den Räumen der beteiligten Leistungserbringer
- Bei Bedarf aufsuchend zu Hause

## **iCHIMPs**: **webbasiertes Interventionsprogramm für Kinder und Jugendliche eines psychisch erkrankten/suchtkranken Elternteils**

iCHIMPs ist eine manualisierte, psychotherapeutische, schulenübergreifende Online-Intervention, die sich inhaltlich am CHIMPs-Programm (Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass, 2011) orientiert und ausschließlich über das Internet durchgeführt wird. iCHIMPs richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 12 und 21 Jahren mit einem psychisch kranken/suchtkranken Elternteil, die aufgrund der spezifischen Beeinträchtigungen und Belastungen eine besondere Risikogruppe für eigene psychische Erkrankungen darstellen.
Das Ziel von iCHIMPs ist es, Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen eigenen Raum zu geben, um über sich und ihre spezifische Situation nachzudenken, mit individuell ihren spezifischen inneren Konflikten in Berührung zu kommen und ein Verständnis ihrer Situation, ihren Umgang mit der elterlichen Erkrankung und ihrer Beziehungsgestaltung zu gewinnen. Das heißt, sie sollen ihre Beziehungen zu ihren Eltern, aber auch zu Freunden und in ihrem sozialen Netzwerk reflektieren und Impulse für eine ausbalancierte Beziehungsgestaltung gewinnen. Ebenfalls sollen sie Impulse für einen individuell möglichst angemessenen Umgang mit der Erkrankung ihrer Eltern erhalten. Ziel ist ferner auch die Unterstützung der betroffenen Jugendlichen in den alltäglichen Herausforderungen, die das Aufwachsen und Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten/suchtkranken Elternteil mit sich bringen. Im Ergebnis soll iCHIMPs das psychische Wohlbefinden sowie die subjektive Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen steigern. Langfristig sollen die Kinder und Jugendlichen die Anforderungen leichter meistern können, die der Alltag mit einem psychisch erkrankten/suchtkranken Elternteil an sie stellt.

*Beschreibung von iCHIMPs*

iCHIMPs ist generisch und für alle Jugendliche und junge Erwachsene mit einem psychisch erkrankten/suchtkranken Elternteil zugeschnitten, mit dem Fokus auf einer Steigerung des psychischen Wohlbefindens sowie der subjektiven Lebensqualität. Die Inhalte des Programms sind unabhängig von der jeweiligen Diagnose des psychisch erkrankten/suchtkranken Elternteils für alle betroffenen Jugendlichen von Relevanz.

Der Fokus von iCHIMPs liegt auf dem Verständnis und dem Bewusstwerden der jeweils individuellen Lebenssituation der Jugendlichen, des Umganges mit der Erkrankung ihrer Eltern und ihrer Beziehungsgestaltung sowie der eigenen individuellen Konflikte und Herausforderungen, aber auch Stärken und Ressourcen des einzelnen Jugendlichen. Dies geschieht mit dem letztlichen Ziel einer Klärung und Bearbeitung von Konflikten, der Förderung

von Resilienz sowie der Aktivierung bereits bestehender individueller Ressourcen. Um die psychische Widerstandsfähigkeit der Jugendlichen zu steigern, werden unter anderem etablierte behaviorale und kognitive Techniken wie kognitive Umstrukturierung, Stressmanagement und achtsamkeitsbasierte Verfahren als auch psychodynamische Techniken, wie z. B. Klären der besonderen Situation oder (vorsichtiges) Konfrontieren mit inneren Beziehungsmustern oder dysfunktionalen Umgangsformen und Deuten von Widerständen angewendet. Durch Verhaltensreflektierung, Aufbau bzw. Förderung positiver Aktivitäten sowie Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten sollen die Autonomie und die Selbstreflektion sowie das Verständnis der Jugendlichen gefördert und adaptive Bewältigungsstrategien und Beziehungsmuster modelliert werden, um so individuelle Schutzfaktoren gezielt zu stärken. iCHIMPs ist für alle Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 12 und 21 Jahren mit einem psychisch erkrankten/suchtkranken Elternteil geeignet.

*Ablauf von iCHIMPs*

iCHIMPs wird 8 konsekutiv aufgebaute Online-Module sowie voraussichtlich weitere Wahlmodule umfassen, die je nach persönlicher Relevanz, spezifischer familiärer Konstellation und Diagnose des Elternteils in Anspruch genommen werden können. Inhaltlich behandelt iCHIMPs für die Risikogruppe spezifische Themenbereiche wie Krankheitsbewältigung, Beziehungsgestaltung (Eltern, Partner, peer group), soziale Unterstützung, Selbstfürsorge sowie Ängste, Schuld- und Schamgefühle und andere aversive, bedrohliche Emotionen. Bei Bedarf und je nach individueller Ausgangslage besteht die Möglichkeit, ergänzende Informationen über die psychische Störung des Elternteils sowie über psychische Gesundheit zu erhalten, um möglichen Ängsten, wie beispielsweise bezogen auf die genetische Disposition psychischer Erkrankungen, zu begegnen. Die Inhalte der Intervention werden anhand von therapeutischen Aufgaben, Audio- und Videoelementen sowie anschaulichen Textausführungen unter der Zuhilfenahme von Metaphern altersgerecht präsentiert.

Die Online-Module sind für eine wöchentliche Bearbeitung konzipiert. Die Kommunikation zwischen den teilnehmenden Jugendlichen und im Programm geschulten und fortlaufend supervidierten eCoaches verläuft asynchron (zeitversetzt). Das bedeutet, dass die Teilnehmenden innerhalb von einem bestimmten Zeitraum auf die individuell bearbeiteten Therapieaufgaben schriftliches Feedback durch den jeweiligen eCoach erhalten. eCoaches sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in oder nach abgeschlossener Ausbildung und verfügen über einen MSc-/Diplom-Abschluss in einem für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen zugelassenen Studienfach. Die Rückmeldung erfolgt manual-basiert, jedoch individuell angepasst an die entsprechende Situation der_des

Teilnehmenden. Durch die asynchrone Kommunikation können die Teilnehmenden selbstständig planen, zu welchem Zeitpunkt sie das jeweilige Modul durchführen wollen. iCHIMPs ist optimiert für eine browserbasierte Nutzung. Mobile-basierte Interventionselemente wie die optionale Möglichkeit von Erinnerungs- und Verstärkungstextnachrichten ergänzen die Online-Intervention.

*Wirksamkeit und Dissemination von iCHIMPs*

Die aktuellen Forschungsergebnisse bezüglich der Wirksamkeit von Internet- und mobilebasierte Interventionen (IMIs) zur Reduktion von psychischen Symptomen sind vielversprechend (Ebert et al., 2018). Auch für den Kinder- und Jugendbereich liegt für IMIs eine Evidenzbasierung vor (Domhardt, Steubl & Baumeister, 2018). In einer Metaanalyse von Siegenthaler, Munder und Egger (2012) konnte die Wirksamkeit von Interventionen für Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter/suchtkranker Eltern zur Reduktion psychischer Symptome und zur Prävention von psychischen Erkrankungen nachgewiesen werden, sodass eine Internet- und mobile-basierte Intervention als niedrigschwelliges und für den Altersbereich attraktives Versorgungsangebot für die beschriebene Risikogruppe das Potential bietet, die bestehende Versorgungslücke zu schließen.

Literatur

Domhardt, M., Steubl, L. & Baumeister, H. (2018). Internet- and Mobile-Based Interventions for Mental and Somatic Conditions in Children and Adolescents. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,* 1–14. https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000625

Ebert, D. D., van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C. et al. (2018). Internet- and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy, and Potential for Improving Mental Health. *European Psychologist*, *23*(2), 167–187. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000318

Reupert, A. E., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., van Doesum, K. T. M. & van Santvoort, F. (2012). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. *MJA Open*, *1*(Suppl 1), 18–22. https://doi.org/10.5694/mjao11.11145

Siegenthaler, E., Munder, T. & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *51*(1), 8-17.e8. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.018

Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S. & Plass, A. (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention - Der CHIMPs-Beratungsansatz; mit CD-ROM*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

## Schulungsinhalte aller 3 CHIMPS-Interventionen: CHIMPST; CHIMPS-MFT; CHIMPS-P

Die Schulung für alle 3 face to face Interventionsmodule CHIMPS besteht aus einem 2-tägigen Grundkurs und einem 2-tägigen Aufbaukurs sowie regelmäßiger, einmal im Monat stattfindender Supervision per face to face, skype oder Telefon.

Die Schulungsinhalte richten sich nach dem Manual der Intervention für Kinder psychisch kranker Eltern (CHIMPS-Ansatz) (Wiegand-Grefe et al. 2011).

Der Grundkurs besteht aus folgenden 5 Themenblöcken:

- Theoretischer Hintergrund
- Grundlagen der psychodynamischen familienorientierten Arbeit
- Setting und Inhalte der Interventionen
- Besondere Herausforderungen dieser familienorientierten Arbeit mit betroffenen Familien und häufige Familiendynamiken
- Fallarbeit

Das Theoriemodell für die Interventionen CHIMPS (Children of mentally ill parents) basiert auf den Annahmen, dass die Krankheitsbewältigung des erkrankten Elternteils im Kreise seiner Angehörigen, die Familienbeziehungen in der Familie, das soziale Netzwerk und die soziale Unterstützung der Familie und die Inanspruchnahme von professionellen Hilfen wesentlich zum psychischen Wohlbefinden aller Kinder und Jugendlichen beitragen können und der Entwicklung psychischer Begleitsymptome und Erkrankungen entgegenwirken können. Entsprechend sind diese Konstrukte aus diesem Modell als theoretische Grundlagen Gegenstand der Schulung.

Gegenstand der Schulung sind außerdem einige wesentliche Grundlagen der psychodynamischen Arbeitsweise.

Gegenstand sind weiterhin das Setting der Intervention mit ca. 8 Sitzungen bzw. 3 Sitzungen (Vorgespräch, 2-3 Elterngespräche, 1-2 Gespräche pro Kind, 3 Familiengespräche). Außerdem werden die Inhalte der Interventionen mit beispielhaften Illustrationen (typische Fragen, typische Interventionen) besprochen. Ein weiterer Themenblock sind die besonderen Herausforderungen dieser familienorientierten Arbeit im Umgang mit den betroffenen Familien und häufig anzutreffende Familiendynamiken dieser Zielgruppe.

Ein letzter Themenblock ist die Fallarbeit.

Der Aufbaukurs wird durchgeführt, wenn der Therapeut mit den ersten beiden Behandlungen begonnen hat und besteht aus Supervision bzw. Intervision.

Begleitend zur Arbeit findet ein monatlicher Kontakt mit der Studienzentrale zum Zwecke der Supervision statt.

Literatur:

Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S. & Plass, A. (2011). Familien mit psychisch kranken Eltern. Der CHIMPs-Beratungsansatz. Hogrefe Verlag, 2011

## Schulungsinhalte iCHIMPS

Die Schulung besteht aus einem eintägigen Therapeuten_innentraining vor Ort. Während der Intervention erfolgt eine regelmäßige, fortlaufende Supervision durch eine_n Supervisor_in per face to face, Skype oder Telefon.
Die Schulungsinhalte orientieren sich an den Inhalten des Manuals für *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern (CHIMPS-Ansatz,* (Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass, 2011) sowie den Inhalten von iCHIMPs und beinhaltet insbesondere auch spezifische erforderliche Kompetenzen für eine Fernbetreuung und -begleitung durch eCoaches (Baumeister, Reichler, Munzinger & Lin, 2014; Domhardt, Steubl & Baumeister, 2018).

<u>Das Training besteht aus folgenden Inhalten:</u>

- Einführung in den Themenbereich über Herausforderungen für Jugendliche psychisch kranker/suchtkranker Eltern: Belastungen, Risikofaktoren, Hilfebedarf
- Chancen und Grenzen Internet- und Mobile-basierter Interventionen in der Psychotherapie für Jugendliche
- Kurzer Abriss über das multizentrische Projekt CHIMPS sowie Einordnung von iCHIMPS
- Vorstellung des Interventionsprogramms iCHIMPS (Wirksamkeit, Zielgruppe, Inhalte)
- Übungen zu den einzelnen Modulen des Manuals
- Umgang mit „schwierigen" Therapiesituationen
- Technische Schulung

- iCHIMPs ist als supportives, psycholtherapeutisches Interventionsprogramm konzipiert und wird über das Internet sowie mobile-basiert durchgeführt.
- Das Ziel von iCHIMPs ist u.a., Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen eigenen Raum zu geben, um über sich und ihre spezifische Situation nachzudenken, mit individuell ihren Konflikten in Berührung zu kommen und ein Verständnis ihrer Situation, ihres Umganges mit der elterlichen Erkrankung und ihrer Beziehungsgestaltung zu gewinnen. Das heißt, sie sollen ihre Beziehungen zu ihren Eltern, aber auch zu Freunden und in ihrem sozialen Netzwerk reflektieren und Impulse für eine ausbalancierte Beziehungsgestaltung gewinnen**.** Ebenfalls sollen sie Impulse für einen individuell möglichst angemessenen Umgang mit der Erkrankung ihrer Eltern erhalten**.** iCHIMPs soll das psychische Wohlbefinden sowie die subjektive Lebensqualität der Jugendlichen steigern. Langfristig sollen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Anforderungen leichter meistern können, die der Alltag mit einem psychisch erkrankten/suchtkranken Elternteil an sie stellt.

- iCHIMPs ist für alle Jugendliche und junge Erwachsene mit einem psychisch erkrankten/suchtkranken Elternteil konzipiert. Die Inhalte des Programms sind unabhängig von der jeweiligen Diagnose des psychisch erkrankten/suchtkranken Elternteils für alle betroffenen Jugendlichen von Relevanz.
- Der Fokus von iCHIMPs liegt auf dem Verständnis und dem Bewusstwerden der jeweils individuellen Lebenssituation der Jugendlichen und ihrer Beziehungsgestaltung sowie der eigenen individuellen Konflikte und Herausforderungen, aber auch Stärken und Ressourcen des einzelnen Jugendlichen. Dies geschieht mit dem Ziel einer Klärung und Bearbeitung von Konflikten, der Förderung von Resilienz sowie der Aktivierung bereits bestehender individueller Ressourcen. Um die psychische Widerstandsfähigkeit der Jugendlichen zu steigern, werden unter anderem sowohl etablierte behaviorale und kognitive als auch psychodynamische Techniken angewendet.
- Inhaltlich behandelt iCHIMPs für die Risikogruppe spezifische Themenbereiche, wie beispielsweise Krankheitsbewältigung, Familienbeziehungen, Beziehungen zur peer group, soziale Unterstützung, Selbstfürsorge sowie Schuld- und Schamgefühle.

Literatur

Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions — A systematic review. *Internet Interventions, 1* (4), 205-215.

Domhardt, M., Steubl, L. & Baumeister, H. (2018). Internet- and Mobile-Based Interventions for Mental and Somatic Conditions in Children and Adolescents. *Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,* 1-14.

Reupert, A. E., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., van Doesum, K. T. M. & van Santvoort, F. (2012). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. *MJA Open*, *1*(Suppl 1), 18–22. https://doi.org/10.5694/mjao11.11145

Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S. & Plass, A. (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention - Der CHIMPs-Beratungsansatz; mit CD-ROM*. Göttingen u. a.: Hogrefe Verl. f. Psychologie.

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des /der Versicherten<br>geb. am | | |
| Kostenträgerkennzeichen. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Kaufmännische Krankenkasse

Vertragskennzeichen: 120A1400394

# Teilnahmeerklärung zum Vertrag der Besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern - children of mentaly ill parents - network (CHIMPS-NET)

## I. Teilnahmeerklärung

**Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung**.

Ich möchte an diesem Behandlungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung teilnehmen. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer* informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer* bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer* gebunden. In dem Informationsblatt zum Angebot wird das Behandlungsende näher erläutert. Ich bin mit dem Inhalt der Versicherteninformation und dem Informationsblatt zum Angebot einverstanden.

**Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Unterschrift ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner KKH widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine KKH absende. Die Kontaktdaten meiner KKH finde ich in der Versicherteninformation.**

Eine außerordentliche Beendigung meiner Teilnahme nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. Diese Gründe finde ich in der Versicherteninformation. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der KKH endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

## II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

**Einwilligung zum Umgang mit meinen Daten**

Ich habe schriftlich Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert und verarbeitet werden und dass die Einwilligung freiwillig ist. **Ich habe die Information zur Kenntnis genommen und willige in die Datenverarbeitung ein.**

Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen. Regelmäßig werden die gespeicherten Daten der Krankenkassen gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

**Widerrufsmöglichkeit**

**Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner KKH widerrufen (KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover oder per E-Mail an: service@kkh.de). Die freiwillige Einwilligung zur Verwendung meiner Daten ist jedoch Voraussetzung für eine Teilnahme am Versorgungsangebot. Mein Widerruf hat somit zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Für die Behandlung anderer Erkrankungen kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch nehmen.**

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung (I.) sowie mein Einverständnis zur Datenverarbeitung (II.) und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

_____

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) oder des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten oder bei dessen gesetzlicher Vertretung)

Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

_____

Datum, Unterschrift, Stempel Arzt/Krankenhaus

*Die Bezeichnung „Leistungserbringer“ umfasst Personen und -gruppen oder eine Institution, die Gesundheitsleistungen erbringen. Leistungserbringer sind z. B. Ärzte und Zahnärzte, Apotheken, Physio- und Psychotherapeuten, Krankenhäuser u.v.m.

Stand: 05/2020

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

DAK Spezialisten-Netzwerk

DAK Gesundheit
Ein Leben lang.

# Besondere Versorgung
## Teilnahmeerklärung

**Vertrag zur besonderen Versorgung über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

Vertrags-Nr.:
**120A1400394 (11stellig)**

**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:**
DAK-Gesundheit, Fachzentrum Ambulante Abrechnungen, Balinger Str. 80, 72336 Balingen. Fax. Nr. 07433 96729-7004, E-Mail: igv@dak.de

## Teilnahmeerklärung

### 1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt/Klinikum ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- mir eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer der Intervention an die Teilnahme gebunden bin.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen kann. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel oder einem gestörten Leistungserbringer-Patienten-Verhältnis vor.

### 2. Widerrufsrecht

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

**Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit.**

**Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufs-belehrung bei mir.**

982-803A/09.19

**3. Mir ist bekannt, dass**

- die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme.
- ich mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich für die Behandlung meiner Erkrankung nicht an die vorstehende Vorgabe halte.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z. B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

**4. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung**

**Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das „Datenschutzmerkblatt" habe ich gelesen und verstanden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt. Ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.**

**Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich.**

**Ja**, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Datum | Unterschrift des/der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters |

**Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen**

Institutionskennzeichen (IK)

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Datum | Unterschrift, Stempel |

982-803A/09.19

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

**Anlage 3d**

**Teilnahmeerklärung zur besonderen Versorgung**

BARMER

**Bitte schicken Sie das Original an**

UKE
Martinistr. 42, Gebäude West 35
20246 Hamburg

Vertragskennzeichen
120A1400394

Besondere Versorgung
Vernetzte Qualität

**Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern („CHIMPS-NET“) nach § 140a SGB V.**

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Versicherteninformation“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Ebenso habe ich die“ Einverständniserklärung in die Datenverarbeitung zum Vertrag in die besondere Versorgung nach § 140a SGB V Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern (CHIMPS-NET) “ erhalten.

Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahmeerklärung für die Dauer der jeweiligen Intervention gebunden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet, die BARMER aus diesem Vertrag austritt, der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird oder mein an der besonderen Versorgung teilnehmende Ärztin/ Arzt seine Teilnahme kündigt.

Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die beteiligten Leistungserbringer zur Durchführung der Leistungen dieser besonderen Versorgung gebunden. Andere Leistungserbringer kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige. Falls ich mich für die Behandlung meiner Erkrankung nicht an diese Vorgabe halte, kann die BARMER meine Teilnahme – nach entsprechender Aufforderung – beenden.

Mir ist bekannt, dass es für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung erforderlich ist, dass ich meine Einwilligung in die Datenverarbeitung für die Durchführung der besonderen Versorgung erkläre. Die Abgabe dazu ist freiwillig. Weitere Informationen und die Abgabe der Erklärung erfolgen in einem gesonderten Dokument (Versicherteninformation“ sowie die Einverständniserklärung in die Datenverarbeitung zum Vertrag in die besondere Versorgung nach § 140a SGB V Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern (CHIMPS-NET).

**Widerrufsbelehrung**
**Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.**

BARMER Stand 07.02.2020 Dok. Nr. 6000B

Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Unterschrift, Stempel Arzt / Krankenhaus

**Anlage 3e – Teilnahmeerklärung der Versicherten zum Projekt CHIMPS-NET**

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten | | geb.am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE

**Teilnahmeerklärung CHIMPS-NET**

**VKZ: 120A1400394**

**Teilnahmeerklärung** zum Vertrag der Besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V
über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern – Children of mentally ill parents – network (CHIMPS-NET)

Das Behandlungsprogramm CHIMPS-NET wurde mir durch den psychosozialen Partner/ das Klinikum umfassend vorgestellt. Ich wurde über die Inhalte und Ziele dieses Versorgungskonzepts, insbesondere über meine Rechte und Pflichten, ausführlich informiert. Mir wurden der Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme erläutert.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich

- über die Inhalte des Versorgungsmodells CHIMPS-NET, insbesondere über meine Rechte und Pflichten, ausführlich informiert wurde und eine Teilnahme wünsche.
- bereit bin, aktiv an der Behandlung (unter anderem an der Bereitstellung von Informationen) mitzuwirken.
- die Patienteninformation erhalten habe und mit den dort genannten Inhalten einverstanden bin.
- bei der Betriebskrankenkasse Mobil Oil versichert bin bzw. einen Wechsel mitteile.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt.
- eine Kündigung während dieser zeitlichen Bindung nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) erfolgen kann.
- meine aktive Mitwirkung Voraussetzung ist, um ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen. Dieses beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine die Befolgung des ärztlichen Rates der teilnehmenden Leistungserbringer. Bei einem Pflichtverstoß können mir Leistungen innerhalb dieser besonderen Versorgung versagt oder durch den jeweiligen Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden.
- die Teilnahme an diesem Versorgungsmodell nur bei einem teilnehmenden Leistungserbringer erfolgen kann.
- sofern ein teilnehmender psychosozialer Partner die Teilnahme an diesem Vertrag beendet, mir die Möglichkeit gegeben wird einen anderen an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer für die weitere Inanspruchnahme dieses besonderen Versorgungskonzeptes zu wählen oder die Teilnahme zu kündigen, wenn ich diesen Wechsel nicht vornehmen möchte.
- die Teilnahme an dem Versorgungsmodell endet
  - mit einem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
  - mit einem Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Leistungserbringer,
  - mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
  - bei vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Versorgungsmodell vorgesehenen Leistungen (bei der face to face Intervention und bei der face to face Intervention Prävention-Gruppe i. d. R. acht Sitzungen bzw. bei der face to face Intervention-Prävention i. d. R. 3 Sitzungen)
  - mit dem Datum, an dem die Betriebskrankenkasse Mobil Oil den Vertrag beendet.

**Widerruf**

Ich kann meine Teilnahme beenden, indem ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse Mobil Oil widerrufe. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an meiner Krankenkasse absende. Die Widerrufsfrist beginnt mit Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Die Patienteninformation habe ich erhalten und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden. ☐ ja

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

Unterschrift des teilnehmenden Versicherten

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten<br>geb. am | | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

# TEILNAHMEERKLÄRUNG UND EINVERSTÄNDNIS ZUR DATENVERARBEITUNG

zur Teilnahme an der besonderen Versorgung „CHIMPS-NET“

**Hinweis:**
Diese Erklärung im Original unterzeichnet an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, Gebäude West 35, 20246 Hamburg senden. Es erfolgt anschließend die Weiterleitung an die IKK classic.
*Eine Kopie erhält die/der Versicherte.*

Vertragskennzeichen: 120A1400394

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass**

- ich gemäß dem mir vorgestelltem Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden möchte.
- ich über den Inhalt, Zweck, die teilnehmenden Leistungserbringer und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt wurde.
- ich die Versicherteninformation zur Teilnahme an der besonderen Versorgung gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.
- ich bei der IKK classic versichert bin.
- bereit bin, aktiv an der Behandlung mitzuwirken.
- ich die Gelegenheit hatte Fragen zu stellen, die mir vollständig und umfassend beantwortet wurden.

**Ich wurde informiert darüber, dass**

- die Teilnahme freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung beginnt.
- eine Bindungsfrist an das Angebot besteht und eine Kündigung nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) erfolgen kann.
- meine aktive Mitwirkung Voraussetzung ist, um ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen. Dies beinhaltet neben der Wahrnehmung vereinbarter Termine auch die Befolgung ärztlichen Rates.
- bei einem Pflichtverstoß mir Leistungen innerhalb dieser besonderen Versorgung versagt oder die aus einer Pflichtverletzung entstanden Kosten in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt ausdrücklich nicht für etwaige Notfälle, insbesondere bei einer persönlichen Gefährdungssituation, in der die Inanspruchnahme eines ärztlichen Notdienstes zwingend erforderlich ist.
- die Teilnahme an diesem Versorgungsmodell nur bei einem der teilnehmenden Leistungserbringer erfolgen kann.
- andere Leistungserbringer, die für die Erfüllung dieser besonderen Versorgung notwendig werden, nur auf Überweisung durch einen teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch genommen werden können.
- die Teilnahme an dem Versorgungsmodell endet:
  - mit Beendigung dieses Versorgungsvertrages,
  - mit einem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
  - mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruches nach § 19 SGB V,
  - bei vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Versorgungsmodell vorgesehenen Leistungen,
  - mit dem Datum, an dem die IKK classic den Vertrag beendet.
  - mit den Ausscheiden des gewählten Leistungserbringers aus diesem Vertrag,
  - mit dem Widerruf dieser Teilnahmeerklärung,
  - mit dem Widerruf der Einverständniserklärung in Datenverarbeitung

**Einwilligung in die Datenverarbeitung**

- Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein.
- Die „Einverständniserklärung in die Datenverarbeitung“ (Anlage 5) habe ich gelesen, verstanden und wurde mir ausgehändigt. Ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich die in der „Einverständniserklärung in die Datenverarbeitung“ (Anlage 5) erklärte Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung führt.

**Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der IKK classic widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die IKK classic (IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden).**

| | |
|---|---|
| Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den Versicherten / gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe. | Einwilligung in die Teilnahmebedingungen |
| _____<br>Datum, Stempel, Unterschrift Ärztin/Arzt (LANR*) / Krankenhaus (IK*) | _____<br>Datum, Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in |
| | Einverständnis zur Datenerhebung / -verarbeitung |
| | _____<br>Datum, Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in |

*Bitte mit angeben!

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten | | geb.am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

AOK Baden-Württemberg

**Bitte senden Sie das Original an:**
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
Gebäude West 35
20246 Hamburg

# **Teilnahmeerklärung** zum Vertrag der Besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V

## „Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern – Children of menatlly ill parents - network (CHIMPS-NET)“[1]

Das Versorgungsangebot CHIMPS-NET wurde mir durch den behandelnden Arzt/Therapeut anhand der schriftlichen Patienteninformation umfassend vorgestellt. Ich wurde über die Inhalte und Ziele dieses Versorgungsangebots, über die beteiligten Leistungserbringer sowie über die Teilnahmebedingungen insbesondere über meine Rechte und Pflichten, ausführlich informiert. Ich habe die schriftliche Patienteninformation erhalten und bin mit diesen Inhalten einverstanden. Mir wurden der Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme erläutert. Für meine Fragen stehen mir meine behandelnden Ärzte und meine Krankenkasse zur Verfügung.

Ich bestätige, zum Zeitpunkt der Teilnahme an diesem Versorgungsangebot bei der AOK Baden-Württemberg versichert zu sein und teile einen Wechsel umgehend mit. Mir entstehen weder aus der Teilnahme noch aus der Nichtteilnahme irgendwelche Kosten oder Nachteile. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- über die Inhalte des Versorgungsmodells CHIMPS-NET, insbesondere über meine Rechte und Pflichten, ausführlich informiert wurde und eine Teilnahme wünsche,
- bereit bin, aktiv an der Behandlung mitzuwirken,
- die Patienteninformation erhalten habe und mit den dort genannten Inhalten einverstanden bin.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme am Versorgungsangebot freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt,
- **ich meine Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Krankenkasse schriftlich oder elektronisch (AOK Baden-Württemberg Hauptverwaltung, Fachbereich I.5, „CHIMPS-NET“, Presselstr. 19, 70191 Stuttgart oder chimps-net@bw.aok.de) oder zur Niederschrift bei der AOK Baden-Württemberg widerrufen kann. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an meiner Krankenkasse absende. Die Widerrufsfrist beginnt mit Abgabe der Teilnahmeerklärung,**
- ich meine Teilnahme jederzeit aus wichtigem Grund (z. B. bei einem Wohnortwechsel oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt/Therapeut) in Textform gegenüber meiner Krankenkasse kündigen kann,
- meine aktive Mitwirkung Voraussetzung ist, um ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen. Dieses beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine die Befolgung des ärztlichen Rates der teilnehmenden Leistungserbringer. Bei einem Pflichtverstoß können mir Leistungen innerhalb dieser besonderen Versorgung versagt oder durch den jeweiligen Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden,
- die Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nur bei einem teilnehmenden Leistungserbringer erfolgen kann,
- die Teilnahme an dem Versorgungsmodell endet
  - mit einem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse,
  - mit einem Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Leistungserbringer,
  - mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V
  - bei vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Versorgungsmodell vorgesehenen Leistungen (Therapie: 8 Sitzungen über 6 Monate; Prävention: 3 Familiensitzungen; webbasierte Intervention: min. 8 Online-Module.
  - mit dem Datum, an dem die AOK Baden-Württemberg den Vertrag beendet.

[1] Förderung aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von neuen Versorgungsformen (§ 92a Abs. 1 SGB V) für das Projekt „CHIMPS-NET“, Förderkennzeichen 01NVF18003.

Mir ist bekannt, dass es für die Teilnahme an diesem Versorgungsangebot auch erforderlich ist, dass ich meine Einwilligung in die **Datenverarbeitung**, die im Rahmen dieser Versorgung erforderlich ist, erkläre. Die entsprechenden Informationen und die Abgabe der Erklärung erfolgen in einem gesonderten Dokument.

Ich akzeptiere die Teilnahmebedingungen und erkläre meine Teilnahme an dem Versorgungsangebot CHIMPS-NET mit Wirkung zum heutigen Tag.

**Teilnahmeerklärung**

_____

Datum, Unterschrift Versicherter/ Bevollmächtigter/ gesetzl. Vertreter

_____

Datum, Unterschrift behandelnde Arzt/ Therapeut

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten<br>geb. am | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

| IK | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Teilnahme-/Einwilligungserklärung**
der Versicherten

**Anlage xx** des Vertrages zur

**„Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern“**

**Vertragsnummer:**

**Vertragskennzeichen:** **120A1400394**

☐ **Arztwechsel**

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte des Versorgungsvertrages informiert. Mir wurde die Versicherteninformation ausgehändigt und ich habe diese Informationen verstanden.

Die Versicherteninformation zum Datenschutz, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten beschrieben sind, wurde mir ausgehändigt. Ich habe die Informationen verstanden und erkläre mich mit der Datenerhebung,
-verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Programms einverstanden.

Ich erkläre gegenüber der AOK Hessen meine Teilnahme am Vertrag zur „Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern.“

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt die Teilnahmeerklärung im Auftrag der AOK Hessen entgegennimmt und an die AOK Hessen weiterleitet.

Außer den gesetzlichen Zuzahlungen fallen im Zusammenhang mit diesem Programm keine weiteren Kosten für mich an.

**Widerrufsrecht**

**Mir ist bekannt, dass ich die Teilnahme innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder zur Niederschrift im Beratungscenter der AOK Hessen, ohne Nennung eines Grundes, gegenüber der AOK Hessen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Hessen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung der AOK Hessen in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

**Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Teilnahmeerklärung senden Sie bitte im Original an:**
AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Postfach 1152
36001 Fulda

| *ICD* | *OPS* |
|---|---|
| | |

Bitte das heutige Datum eintragen.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters
(Der Betreuungsausweis oder eine Vollmacht liegt in Kopie bei)

_____

Bitte das heutige Datum eintragen.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

Stempel Arzt

Unterschrift des Arztes

_____

# Versicherteninformation

Ihre Krankenkasse hat einen Vertrag über eine besondere Versorgung „Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern (CHIMPS-NET“ geschlossen. Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen dieser besonderen Versorgung.

## Verbesserte Versorgung

Im Rahmen des Vertrags soll durch die Zusammenarbeit der beteiligten Vertragspartner die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern oder elterlichen Bezugspersonen, z.B. Pflege- oder Stiefeltern, nachhaltig verbessert werden. Durch umfassende Diagnostik, Früherkennung und Behandlung psychischer Begleiterkrankungen sollen die Kinder und Jugendlichen sowie deren Angehörige im jeweiligen familiären Umfeld individuelle psychosoziale Hilfe erhalten.

Über die Inhalte der Versorgung wurden sie bereits über das „Informationsblatt zur Aufklärung und zum Datenschutz und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie „Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern – Children of mentally ill parents – network – CHIMPS-NET“ aufgeklärt.

## Rechte

Ihre Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sie beginnt mit Ihrer Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.

Sie können Ihre Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach der Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Des Weiteren können Sie Ihre Teilnahme nach Ablauf der Widerrufsfrist aus wichtigem Grund kündigen. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere bei einem Wohnortwechsel oder einem gestörten Therapeuten-Patienten-Verhältnis vor.

Ihre Teilnahme endet automatisch

a) bei Beendigung dieses Vertrages;

b) mit dem Austritt Ihrer Krankenkasse aus diesem Vertrag;

c) wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei Ihrer Krankenkasse endet und Sie nicht bei einer ebenfalls teilnehmenden Krankenkasse weiterversichert sind

d) mit dem Ausscheiden des gewählten Leistungserbringers aus diesem Vertrag;

e) mit dem Widerruf Ihrer Einverständniserklärung in die Datenverarbeitung

**Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen**

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten | | geb.am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

*Exemplar zum Verbleib im UKE*

*(Bitte Kopie an den Patienten aushändigen)*

**Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung zum Vertrag der besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V - Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern (CHIMPS-NET)**

Sie haben sich zur Teilnahme am Projekt CHIMPS-NET entschieden. Um Sie im Rahmen von CHIMPS-NET von Beginn an umfassend betreuen und beraten zu können, ist es notwendig, dass wir auch Daten von Ihnen kennen, die über das hinausgehen, was die Gesetze an üblicher Datenverarbeitung ohnehin vorsehen. Das sind beispielsweise Daten zu Krankheits- und Behandlungsverläufen, auch aus der Vergangenheit. Mit diesem Merkblatt bzw. dieser Einverständniserklärung wollen wir Sie informieren, wer mit Ihren Daten im Rahmen Ihrer Teilnahme an CHIMPS-NET arbeitet und zwischen welchen Stellen Ihre Daten ausgetauscht werden.

Die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist §§ 140 a Abs. 5, 284 SGB V i.V.m. Art. 9 EUDSGVO. Die gem. Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) für die Erhebung der Daten verantwortlichen Einrichtungen finden Sie ebenfalls im in dieser Einverständniserklärung.

**Die Einwilligung zur Datenverarbeitung ist freiwillig und Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung.** Sofern Sie Ihre Einwilligung nicht erteilen, haben Sie selbstverständlich weiterhin Anspruch auf alle Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung).

Für das Projekt CHIMPS-NET werden die folgenden erforderlichen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt:

- Persönliche Daten,
- Behandlungsdaten,
- Abrechnungsdaten. Wer welche Daten für welchen Zweck erhebt, verarbeitet und nutzt, wird in den folgenden Abschnitten ausführlich beschrieben

Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Behandlungsdaten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben 10 Jahre aufbewahrt werden und werden anschließend endgültig gelöscht. Die den Ergebnissen dieser Studie zugrunde liegenden Daten werden also für mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Studie verschlossen aufbewahrt und werden nach Ablauf dieser 10 Jahre endgültig gelöscht.

Ihre bei der Krankenkasse erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdaten) werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung oder bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser besonderen Versorgung von der Krankenkasse für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende. Die den Ergebnissen dieser Studie zugrundeliegenden Daten müssen für mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden. Die Schlüssel für die Pseudonymisierung werden nach sechs Jahren gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

**1. Einwilligung in die Übermittlung meiner Informationen zur Einschreibung**

**Ich willige ein,** dass mein Leistungserbringer meine Informationen zur Einschreibung - personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und Informationen zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) - über das UKE an meine Krankenkasse übermittelt.

**2. Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten**

**Ich bin damit einverstanden**, dass

- meine mit der Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Leistungserbringern gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.

- die Leistungserbringer meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung im Rahmen dieser besonderen Versorgung erforderlich ist. Die Leistungserbringer unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

**3. Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung**

**Ich bin damit einverstanden,** dass die für die Abrechnung meiner Teilnahme und Behandlung erforderlichen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Abrechnungsziffer, dokumentierte Leistungen, Diagnosen nach ICD 10 sowie Vertragsdaten) in elektronischer Form an meine Krankenkasse übersandt werden. Die Datenverarbeitung, Erhebung und Nutzung erfolgt unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz (Vorschriften der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes und der Sozialgesetzbücher I, X) und der ärztlichen Schweigepflicht.

**4. Einwilligung in die Datenübermittlung zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation im Rahmen des Innovationsfonds**

Die Leistungserbringung erfolgt im Rahmen des so genannten Innovationsfonds, der u. a. eine Förderung der Behandlung vorsieht. Voraussetzung für die Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Behandlung erfolgt. Deshalb bitten wir Sie zusätzlich um die Einwilligung in die Datenübermittlung zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation im Rahmen des Innovationsfonds. **Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Evaluation freiwillig ist.**

Die Daten werden an das UKE übermittelt, welches sich der CTC North GmbH & Co. KG als Dienstleister bedient. Die Auswertung und Nutzung der Daten durch die Leibniz Universität, Center for Health Economics Research Hannover (gesundheitsökonomische Evaluation); das Institut für Epidemiologie und medizinische Biometrie, UKE (medizinisch-biometrische Evaluation); sowie das AQUA-Institut, Göttingen (Qualitätssicherung) erfolgt in pseudonymisierter[1] Form.

Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie an die Evaluatoren erfolgt nur in anonymisierter Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse. Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Sie als Studienteilnehmer haben das Recht, über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen.

Die Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden. Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel für die Pseudonymisierung gelöscht und damit werden die erhobenen Daten anonymisiert.

**Die Teilnahme an der Studie und das Einverständnis zur Verarbeitung der erhobenen Daten kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist. Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht. Die Rechtmäßigkeit der bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten wird hierdurch nicht berührt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.**

[1] Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch einen Code ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, hat ausschließlich die beteiligte Krankenkasse. Die Krankenkasse hat jedoch keinen Einblick in die durch die Studie ermittelten Daten.

**Ich bin damit einverstanden**, dass

- die mit meiner Versorgung zusammenhängenden pseudonymisierten medizinischen Daten durch die Leistungserbringer übermittelt und durch die oben genannten Einrichtungen zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation verarbeitet werden.

- meine zu der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung notwendigen Daten (Stammdaten, Abrechnungsdaten zu stationären Aufenthalten, ambulanten Arztkontakten, Arznei-, Heilmittelverordnungsdaten, Arbeitsunfähigkeitsdaten/Krankengeld und Daten zur Rehabilitation) für den Zeitraum von 01.01.2018 bis 30.06.2022 von meiner Krankenkasse an die vorgenannte Einrichtung zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation pseudonymisiert übermittelt und dort verarbeitet werden. Diese pseudonymisierten Daten werden mit den im Rahmen des Projektes CHIMPS-NET von mir erhobenen und ebenfalls pseudonymisierten Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Evaluation durch die vorgenannten Institute verknüpft.

**5. Allgemeine Informationen**

Alle beteiligten Leistungserbringer, das UKE sowie die medizinischen Dienstleister sind nach § 203 StGB zur Geheimhaltung und dem Datengeheimnis verpflichtet bzw. unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die den Behandlungsfall betreffenden Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation sind allen an der besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringern im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich. Die Informationen dürfen, soweit dies für den konkret anstehenden Behandlungsfall erforderlich ist, abgerufen werden**.**

Die Einhaltung der Regelungen zum Datenschutz wird regelmäßig durch die Datenschutzbeauftragten der beteiligten Institutionen überprüft.

Verantwortlich für die Übermittlung der Versichertendaten (Stammdaten, Behandlungsdaten) Ihrer Krankenkasse an das CTC North ist Ihre Krankenkasse. Allgemeine Informationen zum Datenschutz und die Kontaktdaten zu den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse finden Sie in der folgenden Übersichtstabelle.

| **Krankenkasse/ Verantwortlicher für die Datenverarbeitung** | **Kontaktadresse Datenschutz-beauftragter** | **Kontakt zur Aufsichts-behörde für Beschwerden** | **Link zu weiteren Informationen Ihrer Krankenkasse** |
|---|---|---|---|
| BARMER | Datenschutzbeauftragte der BARMER<br>Lichtscheider Straße 89<br>42285 Wuppertal<br>datenschutz@barmer.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | https://www.barmer.de/datenschutz |
| Techniker Krankenkasse | Datenschutzbeauftragter der Techniker<br>Bramfelder Straße 140<br>22305 Hamburg<br>datenschutz@tk.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | www.tk.de<br>Webcode 2019572 |
| DAK-Gesundheit | Datenschutzbeauftragter der DAK-Gesundheit<br>Nagelsweg 27-31<br>20097 Hamburg<br>datenschutz@dak.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | www.dak.de/datenschutz |
| KKH | KKH Kaufmännische Krankenkasse<br>Datenschutzbeauftragter<br>Karl-Wiechert-Allee 61<br>30625 Hannover<br>datenschutz@kkh.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | www.kkh.de/datenschutz |
| BKK Mobil Oil<br>Friedenheimer Brücke 29<br>80639 München | Datenschutzbeauftragter der BKK Mobil Oil<br>Burggrafstraße 1<br>29221 Celle<br>Datenschutz@bkk-mobil-oil.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz |
| IKK classic | Datenschutzbeauftragter der IKK classic<br>Tannenstraße 4b<br>01099 Dresden<br>datenschutz@ikk-classic.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | www.ikk-classic.de/<br>datenschutz |
| AOK Baden Württemberg | Simone Szabo,<br>Datenschutzbeauftragte<br>der AOK Baden-Württemberg<br>Presselstr. 19 | LfDI BW und<br>BAS<br>(s. u.) | https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 70191 Stuttgart<br>HV.Datenschutz-Team@bw.aok.de | | |
| AOK Hessen | Datenschutzbeauftragte/<br>Datenschutzbeauftragter<br>der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen<br>Basler Str. 2<br>61352 Bad Homburg<br>datenschutz@he.aok.de | HBDI und BAS (s. u.) | https://www.aok.de/pk/hessen/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-4/ |
| UKE | Datenschutzbeauftragter UKE<br>Matthias Jaster<br>Martinistraße 52<br>20246 Hamburg<br>Tel. 040/7410 56890<br>m.jaster@uke.de | HmbBfDI und BAS (s. u.) | |

Sie haben auch die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Der/ Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)
Husarenstr. 30, 53117 Bonn
poststelle@bfdi.bund.de

Bundesamt für Soziale Sicherung
Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn
poststelle@bas.bund.de

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (HmbBfDI), Kurt-Schumacher-Allee 420097 Hamburg, mailbox@datenschutz.hamburg.de, https://www.datenschutz-hamburg.de/

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg (LfDI BW), Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart, Königstraße 10a, 70173 Stuttgart, Tel.: 0711/61 55 41 – 0, Fax: 0711/61 55 41 – 15, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de, Internet: http://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (HBDI), Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden, Telefon: 0611 1408-0, Fax: 0611 1408-900, E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

**Einverständniserklärung:**

**Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung nur im erforderlichen Umfang wie oben aufgeführt im Rahmen meiner Teilnahme an dem Projekt CHIMPS-NET zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung sowie für die Evaluation erhoben, verarbeitet und ausgetauscht sowie zu Abrechnungszwecken genutzt werden. Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist.**

**Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Es entstehen mir keine Nachteile, jedoch kann ich die Vorteile dieses besonderen Versorgungsangebotes nicht mehr nutzen.**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J | |

Unterschrift des teilnehmenden Familienmitglieds
bzw. des gesetzlichen Vertreters

**Kasse, Code, Name, Geb.dat.**

# Anlage 5 zum Selektivvertrag
# Einverständniserklärung in die Datenverarbeitung

**VKZ: XYZ**

zum Vertrag der Besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V

*Exemplar zum Verbleib im UKE*
*(Bitte Kopie an den Patienten aushändigen)*

**Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern (CHIMPS-NET)**

**Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung**

Um Sie im Rahmen Ihrer Teilnahme optimal medizinisch betreuen und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass die Ihre Person betreffenden, im Rahmen der besonderen Gesundheitsversorgung dokumentierten Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Abrechnung, der Übermittlung Ihrer Informationen zur Einschreibung Qualitätssicherung, eines Controllings sowie einer Evaluation zwischen den Vertragspartnern und beteiligten Dritten untereinander übermittelt, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Dafür brauchen wir Ihre Erlaubnis. Die Einwilligung zur Datenverarbeitung ist freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung. Sofern Sie Ihre Einwilligung nicht erteilen, haben Sie selbstverständlich weiterhin Anspruch auf alle Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung. Sie profitieren in diesem Fall allerdings nicht von den zusätzlichen Angeboten im Rahmen des Projektes CHIMPS-NET.

Ihre Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140 a Abs. 5 SGB V i.V.m. § 284 Abs. 1 Nr 13 SGB V und § 92 a SGB V erhoben, gespeichert und genutzt.

Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Die gespeicherten Daten werden regelmäßig nach sechs Jahren gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Behandlungsdaten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben 10 Jahre aufbewahrt werden und werden erst nach Ablauf dieser 10 Jahre endgültig gelöscht. Die den Ergebnissen dieser Studie zugrunde liegenden Daten werden für mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Studie verschlossen aufbewahrt. Dies wird voraussichtlich in spätestens 14 Jahren der Fall sein.

## 1. Einwilligung in die Übermittlung meiner Informationen zur Einschreibung

**Ich willige ein,** dass mein Leistungserbringer meine Informationen zur Einschreibung - personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und Informationen zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) - über das UKE an meine Krankenkasse übermittelt.

## 2. Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten

**Ich bin damit einverstanden**, dass

- meine mit der Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Leistungserbringer gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.

- die Leistungserbringer meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung im Rahmen dieser besonderen Versorgung erforderlich ist. Die Leistungserbringer unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

## 3. Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung

**Ich bin damit einverstanden,** dass die für die Abrechnung meiner Teilnahme und Behandlung erforderlichen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Abrechnungsziffer, dokumentierte Leistungen, Diagnosen nach ICD 10 sowie Vertragsdaten) in elektronischer Form an meine Krankenkasse übersandt werden. Die Datenverarbeitung, Erhebung und Nutzung erfolgt unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz (Vorschriften der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes und der Sozialgesetzbücher I, X) und der ärztlichen Schweigepflicht.

## 4. Einwilligung in die Datenübermittlung zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation im Rahmen des Innovationsfonds

Die Leistungserbringung erfolgt im Rahmen des so genannten Innovationsfonds, der u. a. eine Förderung der Behandlung vorsieht. Voraussetzung für die Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Behandlung erfolgt. Deshalb bitten wir Sie zusätzlich um die Einwilligung in die Datenübermittlung zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation im Rahmen des Innovationsfonds. **Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Evaluation freiwillig ist.**

Die Daten werden an das UKE übermittelt, welches sich der CTC North GmbH & Co. KG als Dienstleister bedient. Die Auswertung und Nutzung der Daten durch die Leibniz Universität, Center for Health Economics Research Hannover (gesundheitsökonomische Evaluation); das Institut für Epidemiologie und medizinische Biometrie, UKE (medizinisch-biometrische Evaluation); sowie das AQUA-Institut, Göttingen (Qualitätssicherung) erfolgt in pseudonymisierter[1] Form.

Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse. Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Sie als Studienteilnehmer haben das Recht, über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen.

[1] Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch einen Code ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, hat ausschließlich die beteiligte Krankenkasse. Die Krankenkasse hat jedoch keinen Einblick in die durch die Studie ermittelten Daten.

Die Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden. Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel für die Pseudonymisierung gelöscht und damit werden die erhobenen Daten anonymisiert.

**Die Teilnahme an der Studie und das Einverständnis zur Verarbeitung der erhobenen Daten kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist. Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht. Die Rechtmäßigkeit der bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten wird hierdurch nicht berührt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.**

**Ich bin damit einverstanden**, dass

- die mit meiner Versorgung zusammenhängenden medizinischen Daten durch die Leistungserbringer pseudonymisiert übermittelt und über die vorgenannten Einrichtungen zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation verarbeitet werden.

- meine zu der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung notwendigen Daten (Stammdaten, Abrechnungsdaten zu stationären Aufenthalten, ambulanten Arztkontakten, Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungsdaten, Arbeitsunfähigkeitsdaten und Daten zur Rehabilitation) von meiner Krankenkasse an die vorgenannte Einrichtung zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation pseudonymisiert übermittelt und dort verarbeitet werden. Diese pseudonymisierten Daten werden mit den im Rahmen des Projektes CHIMPS-NET von mir erhobenen und ebenfalls pseudonymisierten Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Evaluation durch die vorgenannten Institute verknüpft.

## 5. Allgemeine Informationen

Alle beteiligten Leistungserbringer, das UKE sowie die medizinischen Dienstleister sind nach § 203 StGB zur Geheimhaltung und dem Datengeheimnis verpflichtet bzw. unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die den Behandlungsfall betreffenden Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation sind allen an der besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringern im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich. Die Informationen dürfen, soweit dies für den konkret anstehenden Behandlungsfall erforderlich ist, abgerufen werden**.**

Die Einhaltung der Regelungen zum Datenschutz wird regelmäßig durch die Datenschutzbeauftragten der beteiligten Institutionen überprüft.

Verantwortlich für die Übermittlung der Versichertendaten (Stammdaten, Behandlungsdaten) Ihrer Krankenkasse an das UKE (ggf. über CTC North) ist Ihre Krankenkasse. Allgemeine Informationen zum Datenschutz und die Kontaktdaten zu den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse finden Sie in der folgenden Übersichtstabelle.

| **Krankenkasse/ Verantwortlicher für die Datenverarbeitung** | **Kontaktadresse Datenschutzbeauftragter** | **Kontakt zur Aufsichtsbehörde für Beschwerden** | **Link zu weiteren Informationen Ihrer Krankenkasse** |
|---|---|---|---|
| BARMER | Datenschutzbeauftragter der BARMER, | BfDI und BAS (s. u.) | https://www.barmer.de/datenschutz |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Lichtscheider Straße 89, 42285 Wuppertal<br>E-Mail: datenschutz@barmer.de | | |
| Techniker Krankenkasse | Datenschutzbeauftragter der Techniker, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg<br>datenschutz@tk.de | BfDI und BAS (s. u.) | www.tk.de<br>Webcode 2019572 |
| DAK-Gesundheit | Datenschutzbeauftragter der DAK-Gesundheit, Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg<br>datenschutz@dak.de | BfDI und BAS (s. u.) | www.dak.de/datenschutz |
| KKH | KKH Kaufmännische Krankenkasse<br>Datenschutzbeauftragter<br>Karl-Wiechert-Allee 61<br>30625 Hannover<br>datenschutz@kkh.de | BfDI und BAS (s. u.) | www.kkh.de/datenschutz |
| BKK Mobil Oil, Friedenheimer Brücke 29, 80639 München | Datenschutzbeauftragter der BKK Mobil Oil, Burggrafstraße 1, 29221 Celle<br>Datenschutz@bkk-mobil-oil.de | BfDI und BAS (s. u.) | www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz |
| IKK Classic | Datenschutzbeauftragter der IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden<br>datenschutz@ikk-classic.de | BfDI und BAS (s. u.) | www.ikk-classic.de/datenschutz |
| AOK Baden Württemberg | | | |
| AOK Hessen | Datenschutzbeauftragte/ Datenschutzbeauftragter der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen<br>Basler Str. 2<br>61352 Bad Homburg<br>E-Mail: datenschutz@he.aok.de | Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit<br>Postfach 31 63<br>65021 Wiesbaden<br>Telefon: 0611 1408-0<br>Fax: 0611 1408-900<br>E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de | https://www.aok.de/pk/hessen/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-4/ |
| UKE | Datenschutzbeauftragter UKE<br>Matthias Jaster<br>Martinistraße 52<br>20246 Hamburg<br>Tel. 040/7410 56890<br>E-Mail: m.jaster@uke.de | Aufsichtsbehörde UKE<br>Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit<br>Kurt-Schumacher-Allee 4<br>20097 Hamburg<br>mailbox@datenschutz.hamburg.de<br>https://www.datenschutz-hamburg.de/ | |

Sie haben auch die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Der/ Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)
Graurheinhof Str. 153
53117 Bonn
poststelle@bfdi.bund.de

Bundesamt für Soziale Sicherung
Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn
poststelle@bas.bund.de

**Einverständniserklärung:**

**Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung nur im erforderlichen Umfang wie oben aufgeführt im Rahmen meiner Teilnahme an dem Projekt CHIMPS-NET zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung sowie für die Evaluation erhoben, verarbeitet und ausgetauscht sowie zu Abrechnungszwecken genutzt werden. Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist.**

**Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Es entstehen mir keine Nachteile, jedoch kann ich die Vorteile dieses besonderen Versorgungsangebotes nicht mehr nutzen.**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

_____
Unterschrift des teilnehmenden Familienmitglieds
bzw. des gesetzlichen Vertreters

| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten | | geb.am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

*Exemplar zum Verbleib im UKE*

*(Bitte Kopie an den Patienten aushändigen)*

**Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung zum Vertrag der besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V - Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern (CHIMPS-NET)**

Sie haben sich zur Teilnahme am Projekt CHIMPS-NET entschieden. Um Sie im Rahmen von CHIMPS-NET von Beginn an umfassend betreuen und beraten zu können, ist es notwendig, dass wir auch Daten von Ihnen kennen, die über das hinausgehen, was die Gesetze an üblicher Datenverarbeitung ohnehin vorsehen. Das sind beispielsweise Daten zu Krankheits- und Behandlungsverläufen, auch aus der Vergangenheit. Mit diesem Merkblatt bzw. dieser Einverständniserklärung wollen wir Sie informieren, wer mit Ihren Daten im Rahmen Ihrer Teilnahme an CHIMPS-NET arbeitet und zwischen welchen Stellen Ihre Daten ausgetauscht werden.

Die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist §§ 140 a Abs. 5, 284 SGB V i.V.m. Art. 9 EUDSGVO. Die gem. Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) für die Erhebung der Daten verantwortlichen Einrichtungen finden Sie ebenfalls im in dieser Einverständniserklärung.

**Die Einwilligung zur Datenverarbeitung ist freiwillig und Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung.** Sofern Sie Ihre Einwilligung nicht erteilen, haben Sie selbstverständlich weiterhin Anspruch auf alle Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung).

Für das Projekt CHIMPS-NET werden die folgenden erforderlichen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt:

- Persönliche Daten,
- Behandlungsdaten,
- Abrechnungsdaten. Wer welche Daten für welchen Zweck erhebt, verarbeitet und nutzt, wird in den folgenden Abschnitten ausführlich beschrieben

Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Behandlungsdaten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben 10 Jahre aufbewahrt werden und werden anschließend endgültig gelöscht. Die den Ergebnissen dieser Studie zugrunde liegenden Daten werden also für mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Studie verschlossen aufbewahrt und werden nach Ablauf dieser 10 Jahre endgültig gelöscht.

Ihre bei der Krankenkasse erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdaten) werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung oder bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser besonderen Versorgung von der Krankenkasse für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende. Die den Ergebnissen dieser Studie zugrundeliegenden Daten müssen für mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden. Die Schlüssel für die Pseudonymisierung werden nach sechs Jahren gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

**1. Einwilligung in die Übermittlung meiner Informationen zur Einschreibung**

**Ich willige ein,** dass mein Leistungserbringer meine Informationen zur Einschreibung - personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und Informationen zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) - über das UKE an meine Krankenkasse übermittelt.

**2. Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten**

**Ich bin damit einverstanden**, dass

- meine mit der Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Leistungserbringern gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.

- die Leistungserbringer meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung im Rahmen dieser besonderen Versorgung erforderlich ist. Die Leistungserbringer unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

**3. Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung**

**Ich bin damit einverstanden,** dass die für die Abrechnung meiner Teilnahme und Behandlung erforderlichen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Abrechnungsziffer, dokumentierte Leistungen, Diagnosen nach ICD 10 sowie Vertragsdaten) in elektronischer Form an meine Krankenkasse übersandt werden. Die Datenverarbeitung, Erhebung und Nutzung erfolgt unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz (Vorschriften der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes und der Sozialgesetzbücher I, X) und der ärztlichen Schweigepflicht.

**4. Einwilligung in die Datenübermittlung zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation im Rahmen des Innovationsfonds**

Die Leistungserbringung erfolgt im Rahmen des so genannten Innovationsfonds, der u. a. eine Förderung der Behandlung vorsieht. Voraussetzung für die Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Behandlung erfolgt. Deshalb bitten wir Sie zusätzlich um die Einwilligung in die Datenübermittlung zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation im Rahmen des Innovationsfonds. **Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Evaluation freiwillig ist.**

Die Daten werden an das UKE übermittelt, welches sich der CTC North GmbH & Co. KG als Dienstleister bedient. Die Auswertung und Nutzung der Daten durch die Leibniz Universität, Center for Health Economics Research Hannover (gesundheitsökonomische Evaluation); das Institut für Epidemiologie und medizinische Biometrie, UKE (medizinisch-biometrische Evaluation); sowie das AQUA-Institut, Göttingen (Qualitätssicherung) erfolgt in pseudonymisierter[1] Form.

Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie an die Evaluatoren erfolgt nur in anonymisierter Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse. Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Sie als Studienteilnehmer haben das Recht, über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen.

Die Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden. Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel für die Pseudonymisierung gelöscht und damit werden die erhobenen Daten anonymisiert.

**Die Teilnahme an der Studie und das Einverständnis zur Verarbeitung der erhobenen Daten kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung nicht (mehr) möglich ist. Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht. Die Rechtmäßigkeit der bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten wird hierdurch nicht berührt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.**

[1] Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch einen Code ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, hat ausschließlich die beteiligte Krankenkasse. Die Krankenkasse hat jedoch keinen Einblick in die durch die Studie ermittelten Daten.

**Ich bin damit einverstanden**, dass

- die mit meiner Versorgung zusammenhängenden pseudonymisierten medizinischen Daten durch die Leistungserbringer übermittelt und durch die oben genannten Einrichtungen zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation verarbeitet werden.

- meine zu der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung notwendigen Daten (Stammdaten, Abrechnungsdaten zu stationären Aufenthalten, ambulanten Arztkontakten, Arznei-, Heilmittelverordnungsdaten, Arbeitsunfähigkeitsdaten/Krankengeld und Daten zur Rehabilitation) für den Zeitraum von 01.01.2018 bis 30.06.2020 von meiner Krankenkasse an die vorgenannte Einrichtung zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation pseudonymisiert übermittelt und dort verarbeitet werden. Diese pseudonymisierten Daten werden mit den im Rahmen des Projektes CHIMPS-NET von mir erhobenen und ebenfalls pseudonymisierten Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Evaluation durch die vorgenannten Institute verknüpft.

**5. Allgemeine Informationen**

Alle beteiligten Leistungserbringer, das UKE sowie die medizinischen Dienstleister sind nach § 203 StGB zur Geheimhaltung und dem Datengeheimnis verpflichtet bzw. unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die den Behandlungsfall betreffenden Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation sind allen an der besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringern im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich. Die Informationen dürfen, soweit dies für den konkret anstehenden Behandlungsfall erforderlich ist, abgerufen werden**.**

Die Einhaltung der Regelungen zum Datenschutz wird regelmäßig durch die Datenschutzbeauftragten der beteiligten Institutionen überprüft.

Verantwortlich für die Übermittlung der Versichertendaten (Stammdaten, Behandlungsdaten) Ihrer Krankenkasse an das CTC North ist Ihre Krankenkasse. Allgemeine Informationen zum Datenschutz und die Kontaktdaten zu den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse finden Sie in der folgenden Übersichtstabelle.

| **Krankenkasse/ Verantwortlicher für die Datenverarbeitung** | **Kontaktadresse Datenschutz-beauftragter** | **Kontakt zur Aufsichts-behörde für Beschwerden** | **Link zu weiteren Informationen Ihrer Krankenkasse** |
|---|---|---|---|
| BARMER | Datenschutzbeauftragte der BARMER<br>Lichtscheider Straße 89<br>42285 Wuppertal<br>datenschutz@barmer.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | https://www.barmer.de/datenschutz |
| Techniker Krankenkasse | Datenschutzbeauftragter der Techniker<br>Bramfelder Straße 140<br>22305 Hamburg<br>datenschutz@tk.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | www.tk.de<br>Webcode 2019572 |
| DAK-Gesundheit | Datenschutzbeauftragter der DAK-Gesundheit<br>Nagelsweg 27-31<br>20097 Hamburg<br>datenschutz@dak.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | www.dak.de/datenschutz |
| KKH | KKH Kaufmännische Krankenkasse<br>Datenschutzbeauftragter<br>Karl-Wiechert-Allee 61<br>30625 Hannover<br>datenschutz@kkh.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | www.kkh.de/datenschutz |
| BKK Mobil Oil<br>Friedenheimer Brücke 29<br>80639 München | Datenschutzbeauftragter der BKK Mobil Oil<br>Burggrafstraße 1<br>29221 Celle<br>Datenschutz@bkk-mobil-oil.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz |
| IKK classic | Datenschutzbeauftragter der IKK classic<br>Tannenstraße 4b<br>01099 Dresden<br>datenschutz@ikk-classic.de | BfDI und BAS<br>(s. u.) | www.ikk-classic.de/<br>datenschutz |
| AOK Baden Württemberg | Simone Szabo,<br>Datenschutzbeauftragte<br>der AOK Baden-Württemberg<br>Presselstr. 19 | LfDI BW und<br>BAS<br>(s. u.) | https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 70191 Stuttgart<br>HV.Datenschutz-Team@bw.aok.de | | |
| AOK Hessen | Datenschutzbeauftragte/<br>Datenschutzbeauftragter<br>der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen<br>Basler Str. 2<br>61352 Bad Homburg<br>datenschutz@he.aok.de | HBDI und BAS (s. u.) | https://www.aok.de/pk/hessen/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-4/ |
| UKE | Datenschutzbeauftragter UKE<br>Matthias Jaster<br>Martinistraße 52<br>20246 Hamburg<br>Tel. 040/7410 56890<br>m.jaster@uke.de | HmbBfDI und BAS (s. u.) | |

Sie haben auch die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Der/ Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)
Husarenstr. 30, 53117 Bonn
poststelle@bfdi.bund.de

Bundesamt für Soziale Sicherung
Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn
poststelle@bas.bund.de

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (HmbBfDI), Kurt-Schumacher-Allee 420097 Hamburg, mailbox@datenschutz.hamburg.de, https://www.datenschutz-hamburg.de/

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg (LfDI BW), Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart, Königstraße 10a, 70173 Stuttgart, Tel.: 0711/61 55 41 – 0, Fax: 0711/61 55 41 – 15, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de, Internet: http://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (HBDI), Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden, Telefon: 0611 1408-0, Fax: 0611 1408-900, E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

**Einverständniserklärung:**

**Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung nur im erforderlichen Umfang wie oben aufgeführt im Rahmen meiner Teilnahme an dem Projekt CHIMPS-NET zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung sowie für die Evaluation erhoben, verarbeitet und ausgetauscht sowie zu Abrechnungszwecken genutzt werden. Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist.**

**Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen. Es entstehen mir keine Nachteile, jedoch kann ich die Vorteile dieses besonderen Versorgungsangebotes nicht mehr nutzen.**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J | |

Unterschrift des teilnehmenden Familienmitglieds
bzw. des gesetzlichen Vertreters

## Vergütung

| Intervention | Inhalte | Häufigkeit, Dauer | Vergütung | Abrechnungsposition |
|---|---|---|---|---|
| **face to face Intervention**<br><br>**CHIMPS-T** | Erstgespräch mit der Familie | 1 Sitzung á 90 Minuten | 120,00€ | 57202Z70 |
| | Elterngespräche | 2-3 Sitzungen á 90 Minuten | 110,00€ | 57202Z71 |
| | Gespräche mit jedem Kind | 1-2 Sitzungen á 50 Minuten | 85,00€ | 57202Z72 |
| | Familiengespräche | 3 Sitzungen á 90 Minuten | 110,00€ | 57202Z73 |
| **face to face Intervention**<br><br>CHIMPS-MFT | Erstgespräch mit der Familie | 1 Sitzung á 90 Minuten | 120,00€ | 57202Z74 |
| | Gespräch mit der Familie | 1 Sitzung á 90 Minuten | 110,00€ | 57202Z75 |
| | Gespräch mit 4-5 Familien (Familiengruppe) | 5 Sitzungen á 90 Minuten | 100,00€ | 57202Z76 |
| | Gespräch mit der Familie (Abschlussgespräch) | 1 Sitzung á 90 Minuten | 110,00€ | 57202Z77 |

| Intervention | Inhalte | Häufigkeit, Dauer | Vergütung | Abrechnungsposition |
|---|---|---|---|---|
| **face to face Intervention**<br><br>**CHIMPS-P (Prävention)** | Familiengespräche | 3 Sitzungen á 90 Minuten | Die Sitzungen werden als Einzelleistungen vergütet, und zwar die 1. Sitzung 120,- Euro, jede weitere Sitzung 110,- Euro, insgesamt max. 340,- Euro. | 57202Z42 |

Anlage 6a Abrechnungsformular

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik

Projektleitung Prof. Dr. Wiegand-Grefe

Gebäude West 35

Martinistraße 52

20246 Hamburg

Kooperationspartner: _____

Abzurechnendes Quartal: _____

Familie: ----------(Code)

Erbrachte Leistungen:

| Datum | Gespräch Nr. | Teilnehmer aus der Familie | Name des Therapeuten (Druckbuchstaben) | Unterschrift/Kürzel des Therapeuten |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Leistungserbringer der besonderen Versorgung im Verbund CHIMPS-NET (Interventionen CHIMPS-T, CHIMPS-P, CHIMPS-MFT)**

| Ort | Leistungserbringer | Kliniken | Bundesland |
|---|---|---|---|
| Hamburg | Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe; Prof. Dr. Jürgen Gallinat; Prof. Dr. Anne Karow | Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Hamburg |
| Bielefeld | Prof. Dr. Michael Siniatchkin; Prof. Dr. Drießen | Klinikum Bethel, Bielefeld, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Nordrhein-Westfalen (NRW) |
| Köln | Prof. Dr. Stephan Bender; Prof. Dr. Jessen | Universitätsklinik Köln, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | NRW |
| Gütersloh | Prof. Dr. Klaus-T. Kronmüller; Prof. Dr. Martin Holtmann | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; | NRW |
| Rostock | Prof. Dr. Michael Kölch | Universitätsmedizin Rostock Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Mecklenburg-Vorpommern |
| Rüdersdorf | Prof. Dr. Martin Heinze; Dr. Roland Burghardt | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Brandenburg: |
| Berlin | PD Dr. Sibylle Winter; Prof. Dr. Bermpohl/Prof. Dr. Heinz | Charité-Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Berlin |
| Homburg | Prof. Dr. Eva Möhler | Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie | Saarland |
| Freiburg | Prof. Dr. Christian Fleischhaker; Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke | Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Baden-Württemberg |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tübingen | Prof. Dr. Tobias Renner; Prof. Dr. Andreas Fallgatter | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie<br>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Baden-Württemberg |
| Ulm-Günzburg | Prof. Dr. Thomas Becker | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie | Baden-Württemberg-Bayern |
| Augsburg | Prof. Dr. Michele Noterdaeme; Prof. Dr. Max Schmauß | Josefinum Augsburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,<br>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Bayern |
| München | Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,<br>für Psychiatrie und Psychotherapie | Bayern |
| Leipzig | PD Dr. Christine Rummel-Kluge | Universitätsmedizin Leipzig,<br>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Sachsen |
| Marburg | Prof. Dr. Katja Becker; Prof. Dr. Tilo Kircher | Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg,<br>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,<br>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Hessen |
| Erfurt | Dr. Ekkehard Englert; Prof. Dr. med. Ralf Schlößer | Helios Kliniken, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,<br>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Thüringen |
| Schwerin | Dr. Christian Haase; Prof. Dr. Andreas Broocks | Helios Kliniken, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,<br>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Mecklenburg-Vorpommern |
| Magdeburg | Prof. Dr. Flechner; Prof. Dr. Frodl | Universitätsklinikum Magdeburg,<br>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie<br>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Sachsen-Anhalt |
| Landau | Prof. Dr. Tina In-Albon; Dr. Michael Brünger; Dr. Sylvia Claus | Universität Landau-Koblenz, Institut für Psychologie,<br>Pflalzklinikum,<br>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie | Rheinland-Pfalz |
| Frankfurt | Prof. Dr. Andreas Reif | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,<br>Universität Frankfurt a.M. | Hessen |

**Leistungserbringer der besonderen Versorgung im Verbund CHIMPS-NET (Interventionen CHIMPS-T, CHIMPS-P, CHIMPS-MFT**

| Ort | Leistungserbringer | Kliniken | Bundesland |
|---|---|---|---|
| Hamburg | Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe; Prof. Dr. Jürgen Gallinat; Prof. Dr. Anne Karow | Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Hamburg |
| Bielefeld | Prof. Dr. Michael Siniatchkin; Prof. Dr. Drießen | Klinikum Bethel, Bielefeld, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Nordrhein-Westfalen (NRW) |
| Köln | Prof. Dr. Stephan Bender; Prof. Dr. Jessen | Universitätsklinik Köln, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | NRW |
| Gütersloh | Prof. Dr. Klaus-T. Kronmüller; Prof. Dr. Martin Holtmann | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; | NRW |
| Rostock | Prof. Dr. Michael Kölch; NN | Universitätsmedizin Rostock Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Mecklenburg-Vorpommern |
| Rüdersdorf | Prof. Dr. Martin Heinze; Dr. Roland Burghardt | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Brandenburg: |
| Göttingen | Prof. Dr. Eric Leibing; PD Dr. Bernhard Kis | Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, | Niedersachsen |
| Berlin | PD Dr. Sibylle Winter; Prof. Dr. Bermpohl/Prof. Dr. Heinz | Charité-Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Berlin |
| Homburg | Prof. Dr. Michael Zemlin (komm. Direktor) | Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie | Saarland |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Freiburg | Prof. Dr. Christian Fleischhaker; Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke | Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Baden-Württemberg |
| Tübingen | Prof. Dr. Tobias Renner; Prof. Dr. Andreas Fallgatter | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Baden-Württemberg |
| Ulm-Günzburg | Prof. Dr. Thomas Becker | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie | Baden-Württemberg-Bayern |
| Augsburg | Prof. Dr. Michele Noterdaeme; Prof. Dr. Max Schmauß | Josefinum Augsburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Bayern |
| München | Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne | Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Psychiatrie und Psychotherapie | Bayern |
| Leipzig | PD Dr. Christine Rummel-Kluge | Universitätsmedizin Leipzig, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Sachsen |
| Marburg | Prof. Dr. Katja Becker; Prof. Dr. Tilo Kircher | Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Hessen |
| Erfurt | Dr. Ekkehard Englert; Prof. Dr. med. Ralf Schlößer | Helios Kliniken, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Thüringen |
| Schwerin | Dr. Christian Haase; Prof. Dr. Andreas Broocks | Helios Kliniken, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Mecklenburg-Vorpommern |
| Magdeburg | Prof. Dr. Flechner; Prof. Dr. Frodl | Universitätsklinikum Magdeburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Sachsen-Anhalt |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Landau | Prof. Dr. Tina In-Albon; Dr. Michael Brünger; Dr. Sylvia Claus | Universität Landau-Koblenz, Institut für Psychologie, Pflalzklinikum, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie | Rheinland-Pfalz |
| Frankfurt | Prof. Dr. Andreas Reif | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Frankfurt a.M. | Hessen |

# Kooperationsvereinbarung

im Rahmen des Vertrages zur besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V
über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Erkrankungen (SE) und ihren Familien

zwischen dem

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Martinistraße 52,
20246 Hamburg
vertreten durch den Vorstand

ausführende Stelle Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Konsortialführung Verbund CHIMPS-NET

- im folgenden *UKE* genannt -

und der

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin II, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Kiel (Schleswig-Holstein),
vertreten durch Prof. Dr. Ulrich Stefani

- im folgenden Kooperationspartner genannt -

## Präambel

Das UKE als Konsortialführer des Innovationsfondsprojektes CHIMPS-NET hat mit mehreren Konsortialpartnerkassen mit Wirkung zum 01.01.2020 einen Vertrag über die besondere Versorgung gem. § 140 a SGB V geschlossen. Mit dieser Kooperationsvereinbarung wird die Durchführung der besonderen Versorgung durch die teilnehmenden Partnerinstitutionen geregelt. Gemeinsames Ziel der Kooperationspartner ist die Verbesserung der Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Akteure zum Zwecke der Verbesserung der psychischen Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit einem psychisch kranken Elternteil oder elterlichen Bezugspersonen, z.B. Pflege- oder Stiefelter.. Durch die Diagnostik, Früherkennung und Behandlung von psychischen Begleiterkrankungen sollen die Kinder und Jugendlichen sowie deren Angehörige im jeweiligen familiären Umfeld individuelle psychosozial-psychotherapeutische, familienorientierte Unterstützung erhalten.

Grundlage der Durchführung der besonderen Versorgung ist der zwischen dem Konsortialführer und den Konsortialpartnerkassen geschlossene Vertrag gem. § 140 a SGB V.

## § 1 Kooperierende Institution

(1) Der Kooperationspartner erklärt ihre Bereitschaft zur Mitwirkung an der Durchführung der besonderen Versorgung.

(2) Teilnahmeberechtigt sind approbierte, ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater . Teilnahmeberechtigt sind ebenfalls diese genannten Berufsgruppen in Ausbildung unter Supervision.

(3) Der Kooperationspartner stellt sicher, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme an der besonderen Versorgung gem. Abs. 2 vorliegen und weist dies dem UKE auf Anforderung nach.

(4) Der Kooperationspartner erklärt, dass dieser die im Rahmen der Durchführung der besonderen Versorgung obliegenden Pflichten ordnungsgemäß, sorgfältig und vollständig erbringt.

(5) Der Vertrag zur besonderen Versorgung gem. § 140 a SGB V über die die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern zwischen dem UKE als Konsortialführer und den Konsortialpartnerkassen ist verbindlicher Bestandteil dieser Kooperationsvereinbarung (Anlage 1).

## § 2 Leistungen der kooperierenden Institution

(1) Der Kooperationspartner überprüft die Ein- und Ausschlusskriterien der betroffenen Familie.

(2) Anspruchsberechtigt sind psychisch kranke elterliche Bezugspersonen von mindestens einem Kind oder Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 21 Jahren mit einer von einem der Leistungserbringer festgestellten F-Diagnose, sofern sie bei einer der Krankenkassen versichert sind, die Vertragspartner des Vertrages gem. Anlage 1 sind.

(3) Im Rahmen der Versorgung dieses Vertrages der Kinder und Jugendliche gemäß Abs. 1 werden ebenso die Familienmitglieder (z. B. Eltern, Pflegeeltern, Stiefeltern, Adoptiveltern, Großeltern, Geschwister) einbezogen. Hieran können ebenfalls Familienmitglieder einbezogen werden, die nicht bei einer der Krankenkassen versichert sind.

(4) Die Intervention muss von den teilnehmenden Familienmitgliedern sowohl in sprachlicher als auch technischer Hinsicht bewältigt werden können.

(5) Sofern die Einschlusskriterien gemäß § 2 Abs. 2 dieser Kooperationsvereinbarung vorliegen und die Familie in der zugehörigen Evaluationsstudie der besonderen Versorgung zugewiesen wurde, klärt der jeweilige Projektmitarbeiter vor Ort die Familie über die Teilnahme an der besonderen Versorgung auf und händigt anschließend die kassenspezifische Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1 zur Unterzeichnung aus. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Mit Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme an diesem Vertrag.

(6) Der Projektmitarbeiter nimmt eine ausführliche Beratung über die Leistungsinhalte der besonderen Versorgung vor und händigt der teilnehmenden Familie die Versicherteninformation gemäß Anlage 1 sowie die Einverständniserklärung zur Datenerhebung gemäß Anlage 1 aus.

(7) Der Kooperationspartner leitet die unterzeichnete Teilnahmeerklärung unverzüglich im Original an das UKE.

(8) Die Leistungsinhalte der besonderen Versorgung ergeben sich aus der Anlage 1.

## § 3 Vergütung und Abrechnung

(1) Die Vergütungshöhe ergibt sich aus Anlage 1. Die Vergütung erfolgt ausschließlich aus dem Innovationsfonds.

(2) Der Kooperationspartner rechnet die zusätzlichen Leistungen, die dieser in der Umsetzung der besonderen Versorgung erbringt, unter Verwendung des Abrechnungsformulars (Anlage 1) nach Abschluss jedes Falles mit dem UKE ab. Die Abrechnung der abgeschlossenen Fälle erfolgt quartalsweise. Der Vergütungsanspruch entsteht erst nach Eingang der Zahlung der Quartalspauschale durch den Innovationsfonds auf das Konto des UKE. Endet die Versorgung oder wird diese ausgesetzt, besteht auch kein Vergütungsanspruch des Kooperationspartners gegenüber dem UKE. Alle Leistungen sind mit der Fallpauschale abgegolten. Ein Vergütungsanspruch außerhalb der Finanzierung durch den Innovationsfonds besteht nicht.

(3) Inhalte des Abrechnungsformulars sind Name Vers., Geb. Datum, Nummer Einzelvergütung sowie die Daten und Teilnehmer der stattgefundenen Termine.

(4) Die Abrechnung erfolgt in Papierform über das Abrechnungsformular. Der Kooperationspartner ist damit einverstanden, dass die Abrechnung der erbrachten vertragsspezifischen Leistungen durch das UKE über folgendes Konto vorgenommen wird:

Kontoinhaber: _____
IBAN: _____
Geldinstitut: _____

(5) Das UKE nimmt die Vergütung der erbrachten und geprüften Leistungen innerhalb von 28 Tagen nach Rechnungsstellung vor.

(6) Das UKE prüft die sachliche und rechnerische Richtigkeit des Abrechnungsformulars (Anlage 6). Sachliche oder rechnerische Beanstandungen sind vom UKE unter Angabe von Gründen dem Kooperationspartner mitzuteilen. Bis zur abschließenden Klärung besteht für den strittigen Vergütungsanteil kein Vergütungsanspruch.

(7) Dem Kooperationspartner ist bekannt, dass eine gleichzeitige Abrechnung dieser vertraglich vereinbarten zusätzlichen Leistungen mit Kostenträgern der Regelversorgung nicht möglich ist.

## § 5 Dokumentation

(1) Der Kooperationspartner dokumentiert die erbrachten Leistungen vollumfänglich in einer Patientenakte.

(2) Dokumentiert werden für jede Sitzung das Datum und Dauer, alle Teilnehmer des Gesprächs und die zentralen Gesprächsinhalte.

## § 6 Qualitätssicherung

(1) Der Kooperationspartner verpflichtet sich, die organisatorischen, medizinischen, medizintechnischen Voraussetzungen für die besondere Versorgung entsprechend des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu erfüllen.

(2) Der Kooperationspartner stellt vor der Erbringung der Leistungen der besonderen Versorgung eine Teilnahme an der vom UKE durchgeführten Schulung zur face to face Intervention sicher, dokumentiert und weist dies auf Verlangen gegenüber dem UKE nach. Die Schulungsinhalte ergeben sich aus der Anlage 1.

(3) Der Kooperationspartner stellt sicher, dass die CHIMPS-Net-Berater die Supervision des UKE in Anspruch nehmen.

## § 7 Datenschutz

(1) Der Kooperationspartner verpflichtet sich, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten alle geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften – insbesondere die der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), der Sozialgesetzbücher (SGB) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) – einzuhalten und nur die personenbezogenen Daten zu verarbeiten, deren Verarbeitung zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erforderlich ist.

## § 8 Geheimhaltung

(1) Der Kooperationspartner ist verpflichtet, alle mit dieser Versorgung im Zusammenhang stehenden überlassenen Unterlagen und übermittelten Informationen vertraulich zu behandeln und nicht ohne schriftliche Einwilligung der Partner des Vertrages gem. Anlage 1 an Dritte weiterzugeben.

(2) Diese Verpflichtung bleibt auch nach Beendigung dieses Vertragsverhältnisses bestehen.

(3) Die Geheimhaltungsverpflichtung besteht nur, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen oder gerichtliche Anordnungen zur Offenbarung verpflichten.

## § 9 Laufzeit der Kooperationsvereinbarung

(1) Die Kooperationsvereinbarung ist in ihrer Wirkung an die Laufzeit des zugrundeliegenden Vertrages zur besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V zwischen dem UKE als Konsortialführer und den Konsortialpartnerkassen gem. Anlage 1 gebunden.

(2) Eine Verlängerung der Laufzeit der Kooperationsvereinbarung über den Geltungszeitraum des zugrundeliegenden Vertrages zur besonderen Versorgung nach § 140 a SGB V ist nicht möglich.

## § 10 Kündigung

(1) Die Kooperationsvereinbarung kann von jeder Partei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Monatsende gekündigt werden.

(2) Die Kooperationsvereinbarung ist darüber hinaus für jede der beiden Parteien jederzeit aus wichtigem Grund kündbar. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor

a. bei einem schuldhaften Verstoß gegen die vertraglich festgelegten Pflichten
b. wenn die Voraussetzungen des Vertrages gem. Anlage 1 aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlicher medizinisch-wissenschaftlicher oder tatsächlicher Gründe entfallen,
c. wenn die Qualitätsvoraussetzungen, die Gegenstand dieser Versorgung sind, vom Kooperationspartner nicht erfüllt oder in erheblichem Umfange mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden.

(3) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

## § 11 Schlussbestimmungen

(1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieser Kooperationsvereinbarung einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Ausgenommen von dieser Regelung bleibt die Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung der Versicherten sowie die Versicherteninformation (Anlage 1), welche infolge tatsächlicher oder rechtlicher Notwendigkeiten durch die Parteien des Vertrages gem. Anlage 1 stets aktuell gehalten werden.

(2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder durch gesetzliche oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt, es sei denn,

diese waren für einen Partner dieser Vereinbarung so wesentlich, das ihm ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vereinbarungspartner zusammen mit den Partnern des Vertrages gem. Anlage 1 unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlagen:

Anlage 1: Selektivvertrag incl. aller Anlagen

Ort: _____
Datum: _____

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Prof. Wiegand-Grefe<br>Projektleitung CHIMPS-NET<br>Klinik für Kinder- und Jugend-psychiatrie,<br>-psychotherapie und -psychosomatik<br>Universitätsklinikum<br>Hamburg-Eppendorf | Kooperationspartner |

# Kooperationsvereinbarung

im Rahmen des Vertrages zur besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V
über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern und deren Familien

zwischen dem

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Martinistraße 52,
20246 Hamburg
vertreten durch den Vorstand

ausführende Stelle Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Konsortialführung Verbund CHIMPS-NET

- im folgenden *UKE* genannt -

und der

XXX,

vertreten durch XXX

- im folgenden Kooperationspartner genannt -

## Präambel

Das UKE als Konsortialführer des Innovationsfondsprojektes CHIMPS-NET hat mit mehreren Konsortialpartnerkassen mit Wirkung zum 01.01.2020 einen Vertrag über die besondere Versorgung gem. § 140 a SGB V geschlossen. Mit dieser Kooperationsvereinbarung wird die Durchführung der besonderen Versorgung durch die teilnehmenden Partnerinstitutionen geregelt. Gemeinsames Ziel der Kooperationspartner ist die Verbesserung der Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Akteure zum Zwecke der Verbesserung der psychischen Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit einem psychisch kranken Elternteil oder elterlichen Bezugspersonen, z.B. Pflege- oder Stiefeltern. Durch die Diagnostik, Früherkennung und Behandlung von psychischen Begleiterkrankungen sollen die Kinder und Jugendlichen sowie deren Angehörige im jeweiligen familiären Umfeld individuelle psychosozial-psychotherapeutische, familienorientierte Unterstützung erhalten.

Grundlage der Durchführung der besonderen Versorgung ist der zwischen dem Konsortialführer und den Konsortialpartnerkassen geschlossene Vertrag gem. § 140 a SGB V.

## § 1 Kooperierende Institution

(1) Der Kooperationspartner erklärt ihre Bereitschaft zur Mitwirkung an der Durchführung der besonderen Versorgung.

(2) Teilnahmeberechtigt sind approbierte, ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater. Teilnahmeberechtigt sind ebenfalls diese genannten Berufsgruppen in Ausbildung unter Supervision.

(3) Der Kooperationspartner stellt sicher, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme an der besonderen Versorgung gem. Abs. 2 vorliegen und weist dies dem UKE auf Anforderung nach.

(4) Der Kooperationspartner erklärt, dass dieser die im Rahmen der Durchführung der besonderen Versorgung obliegenden Pflichten ordnungsgemäß, sorgfältig und vollständig erbringt.

(5) Der Vertrag zur besonderen Versorgung gem. § 140 a SGB V über die die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern zwischen dem UKE als Konsortialführer und den Konsortialpartnerkassen ist verbindlicher Bestandteil dieser Kooperationsvereinbarung (Anlage 1).

## § 2 Leistungen der kooperierenden Institution

(1) Der Kooperationspartner überprüft die Ein- und Ausschlusskriterien der betroffenen Familie.

(2) Anspruchsberechtigt sind psychisch kranke elterliche Bezugspersonen von mindestens einem Kind oder Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 18 Jahren mit einer von einem der Leistungserbringer festgestellten F-Diagnose, sofern sie bei einer der Krankenkassen

versichert sind, die Vertragspartner des Vertrages gem. Anlage 10 des Selektivvertrages sind.

(3) Im Rahmen der Versorgung dieses Vertrages der Kinder und Jugendliche gemäß Abs. 1 werden ebenso die Familienmitglieder (z. B. Eltern, Pflegeeltern, Stiefeltern, Adoptiveltern, Großeltern, Geschwister) einbezogen. Hieran können ebenfalls Familienmitglieder einbezogen werden, die nicht bei einer der Krankenkassen versichert sind.

(4) Die Intervention muss von den teilnehmenden Familienmitgliedern sowohl in sprachlicher als auch technischer Hinsicht bewältigt werden können.

(5) Sofern die Einschlusskriterien gemäß § 2 Abs. 2 dieser Kooperationsvereinbarung vorliegen und die Familie in der zugehörigen Evaluationsstudie der besonderen Versorgung zugewiesen wurde, klärt der jeweilige Projektmitarbeiter vor Ort die Familie über die Teilnahme an der besonderen Versorgung auf und händigt anschließend die kassenspezifische Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 zur Unterzeichnung aus. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Mit Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung beginnt die Teilnahme an diesem Vertrag.

(6) Der Projektmitarbeiter nimmt eine ausführliche Beratung über die Leistungsinhalte der besonderen Versorgung vor und händigt der teilnehmenden Familie die Versicherteninformation gemäß Anlage 4 des Selektivvertrages sowie die Einverständniserklärung zur Datenerhebung gemäß Anlage 5 des Selektivvertrages aus.

(7) Der Kooperationspartner leitet die unterzeichnete Teilnahmeerklärung unverzüglich im Original an das UKE.

(8) Die Leistungsinhalte der besonderen Versorgung ergeben sich aus der Anlage 1a des Selektivvertrages für CHIMPS (Face-to-Face-Interventionen) und Anlage 1b des Selektivvertrages für iCHIMPS.

## § 3 Vergütung und Abrechnung

(1) Die Vergütungshöhe ergibt sich aus Anlage 6 des Selektivvertrages. Die Vergütung erfolgt ausschließlich aus dem Innovationsfonds.

(2) Der Kooperationspartner rechnet die zusätzlichen Leistungen, die dieser in der Umsetzung der besonderen Versorgung erbringt, unter Verwendung des Abrechnungsformulars (Anlage 9 des Selektivvertrags) nach Abschluss jedes Falles mit dem UKE ab. Die Abrechnung der abgeschlossenen Fälle erfolgt quartalsweise. Der Vergütungsanspruch entsteht erst nach Eingang der Zahlung der Quartalspauschale durch den Innovationsfonds auf das Konto des UKE. Endet die Versorgung oder wird diese ausgesetzt, besteht auch kein Vergütungsanspruch des Kooperationspartners gegenüber dem UKE. Alle Leistungen sind mit der Fallpauschale abgegolten. Ein Vergütungsanspruch außerhalb der Finanzierung durch den Innovationsfonds besteht nicht.

(3) Inhalte des Abrechnungsformulars sind Name Vers., Geb. Datum, Nummer Einzelvergütung sowie die Daten und Teilnehmer der stattgefundenen Termine.

(4) Die Abrechnung erfolgt in Papierform über das Abrechnungsformular (Anlage 9 des Selektivvertrags). Der Kooperationspartner ist damit einverstanden, dass die Abrechnung der erbrachten vertragsspezifischen Leistungen durch das UKE über folgendes Konto vorgenommen wird:

Kontoinhaber: _____
IBAN: _____
Geldinstitut: _____

(5) Das UKE nimmt die Vergütung der erbrachten und geprüften Leistungen innerhalb von 28 Tagen nach Rechnungsstellung vor.

(6) Das UKE prüft die sachliche und rechnerische Richtigkeit des Abrechnungsformulars (Anlage 6). Sachliche oder rechnerische Beanstandungen sind vom UKE unter Angabe von Gründen dem Kooperationspartner mitzuteilen. Bis zur abschließenden Klärung besteht für den strittigen Vergütungsanteil kein Vergütungsanspruch.

(7) Dem Kooperationspartner ist bekannt, dass eine gleichzeitige Abrechnung dieser vertraglich vereinbarten zusätzlichen Leistungen mit Kostenträgern der Regelversorgung nicht möglich ist.

## § 5 Dokumentation

(1) Der Kooperationspartner dokumentiert die erbrachten Leistungen vollumfänglich in einer Patientenakte.

(2) Dokumentiert werden für jede Sitzung das Datum und Dauer, alle Teilnehmer des Gesprächs und die zentralen Gesprächsinhalte.

## § 6 Qualitätssicherung

(1) Der Kooperationspartner verpflichtet sich, die organisatorischen, medizinischen, medizintechnischen Voraussetzungen für die besondere Versorgung entsprechend des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu erfüllen.

(2) Der Kooperationspartner stellt vor der Erbringung der Leistungen der besonderen Versorgung eine Teilnahme an der vom UKE durchgeführten Schulung zur face to face Intervention sicher, dokumentiert und weist dies auf Verlangen gegenüber dem UKE nach. Die Schulungsinhalte ergeben sich aus der Anlage 1b des Selektivvertrages für CHIMPS (Face-to-Face-Interventionen ) und aus der Anlage 2b des Selektivvertrages für iCHIMPS.

(3) Der Kooperationspartner stellt sicher, dass die CHIMPS-Net-Berater die Supervision des UKE in Anspruch nehmen.

## § 7 Datenschutz

(1) Der Kooperationspartner verpflichtet sich, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten alle geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften – insbesondere die der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), der Sozialgesetzbücher (SGB) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) – einzuhalten und nur die personenbezogenen Daten zu verarbeiten, deren Verarbeitung zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erforderlich ist.

## § 8 Geheimhaltung

(1) Der Kooperationspartner ist verpflichtet, alle mit dieser Versorgung im Zusammenhang stehenden überlassenen Unterlagen und übermittelten Informationen vertraulich zu behandeln und nicht ohne schriftliche Einwilligung der Partner des Vertrages gem. Anlage 1 an Dritte weiterzugeben.

(2) Diese Verpflichtung bleibt auch nach Beendigung dieses Vertragsverhältnisses bestehen.

(3) Die Geheimhaltungsverpflichtung besteht nur, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen oder gerichtliche Anordnungen zur Offenbarung verpflichten.

## § 9 Laufzeit der Kooperationsvereinbarung

(1) Die Kooperationsvereinbarung ist in ihrer Wirkung an die Laufzeit des zugrundeliegenden Vertrages zur besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V zwischen dem UKE als Konsortialführer und den Konsortialpartnerkassen gem. Anlage 1 gebunden.

(2) Eine Verlängerung der Laufzeit der Kooperationsvereinbarung über den Geltungszeitraum des zugrundeliegenden Vertrages zur besonderen Versorgung nach § 140 a SGB V ist nicht möglich.

## § 10 Kündigung

(1) Die Kooperationsvereinbarung kann von jeder Partei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Monatsende gekündigt werden.

(2) Die Kooperationsvereinbarung ist darüber hinaus für jede der beiden Parteien jederzeit aus wichtigem Grund kündbar. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor

a. bei einem schuldhaften Verstoß gegen die vertraglich festgelegten Pflichten
b. wenn die Voraussetzungen des Vertrages gem. Anlage 1 aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlicher medizinisch-wissenschaftlicher oder tatsächlicher Gründe entfallen,
c. wenn die Qualitätsvoraussetzungen, die Gegenstand dieser Versorgung sind, vom Kooperationspartner nicht erfüllt oder in erheblichem Umfange mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden.

(3) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

## § 11 Schlussbestimmungen

(1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieser Kooperationsvereinbarung einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Ausgenommen von dieser Regelung bleibt die Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung der Versicherten sowie die Versicherteninformation (Anlage 4 des Selektivvertrags), welche infolge tatsächlicher oder rechtlicher Notwendigkeiten durch die Parteien des Vertrages gem. Anlage 1 stets aktuell gehalten werden.

(2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder durch gesetzliche oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt, es sei denn, diese waren für einen Partner dieser Vereinbarung so wesentlich, das ihm ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vereinbarungspartner zusammen mit den Partnern des Vertrages gem. Anlage 1 unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlagen:
Anlage 1: Selektivvertrag inklusive aller Anlagen

Ort: _____
Datum: _____

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Prof. Wiegand-Grefe<br>Projektleitung CHIMPS-NET<br>Klinik für Kinder- und Jugend-psychiatrie,<br>-psychotherapie und -psychosomatik<br>Universitätsklinikum<br>Hamburg-Eppendorf | Kooperationspartner |

## Dokumentationsbogen zur Abrechnung

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik
Projektleitung Prof. Dr. Wiegand-Grefe
Gebäude West 35
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Kooperationspartner: _____
Code: _____
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Versicherung: _____

Dokumentationsbogen - CHIMPS - für jede Familie ausfüllen:

Intervention: CHIMPS-T ☐ CHIMPS-MFT ☐ CHIMPS-P ☐

| **Gespräch Nr.** | **Datum** | **Teilnehmer aus der Familie (Namen)** | **Therapeuten (Druckbuchstaben und Unterschrift)** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

Bemerkungen zum Verlauf:

## Dokumentationsbogen

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik
z.Hd. Prof. Dr. Wiegand-Grefe
Martinistr. 52, W35
20246 Hamburg

Kooperationspartner: _____

Abzurechnendes Quartal/Jahr: _____

Code (Familie): _____

Dokumentations- und Abrechnungsbogen - CHIMPS - für jede Familie ausfüllen:

Intervention: CHIMPS-T CHIMPS- MFT CHIMPS-P ☐

| Gespräch Nr | Datum | Teilnehmer aus der Familie | Therapeut/en(Druckbuchstaben) | Therapeut/en (Unterschrift) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

Bemerkungen zum Verlauf:

# Beitrittserklärung

## zum Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern und ihren Familien

zwischen dem
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
Gebäude West 35
20246 Hamburg
vertreten durch den Vorstand

ausführende Stelle Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Konsortialführung Verbund CHIMPS-NET

- im Folgenden *„UKE“* genannt -

und dem
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstraße 1
89075 Ulm

- im Folgenden *„Uniklinik Ulm“* genannt -

und der
Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
vertreten durch den Vorstand

- im Folgenden *„KKH“* genannt -

der
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg

- im Folgenden *„DAK-G“* genannt -

der
Techniker Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

- im Folgenden *„TK“* genannt -
der
BARMER
Axel Springer Str. 44
10969 Berlin

Korrespondenzadresse Projektleitung:

BARMER
Hauptverwaltung Süd
Gottlieb-Daimler-Str. 19
73529 Schwäbisch Gmünd

-im Folgenden *„BARMER“* genannt-

und der
Betriebskrankenkasse Mobil Oil
Friedenheimer Brücke 29
80639 München
Vertreten durch den Vorstand

- im Folgenden *„BKK Mobil Oil“* genannt -

und der
IKK classic
Tannenstraße 4b
01099 Dresden

- Im Folgenden *„IKK classic“* genannt -

und der
AOK Baden-Württemberg
Presselstraße 19
70191 Stuttgart

- im Folgenden *„AOK Baden-Württemberg“* genannt -

und der
AOK Hessen
Basler Straße 2
61352 Homburg

- im Folgenden *„AOK Hessen“* genannt -

**Angaben der beitretenden Krankenkasse**

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

_____

Ansprechpartner: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

1. Die oben genannte Krankenkasse erklärt den verbindlichen Beitritt zum Vertrag über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern und ihren Familien gemäß § 140a SGB V für das im Rahmen des Innovationsfonds gemäß § 92a SGB V geförderten Projekts "CHIMPS-NET ".

2. Das UKE, die Uniklinik Ulm sowie die am Vertrag beteiligten Krankenkassen (KKH, DAK, TK, BARMER, BKK Mobil Oil, IKK classic, AOK Baden-Württemberg, AOK Hessen) stimmen dem Beitritt zu.

3. Mit dem Beitritt erkennt die o.a. Krankenkasse die sich aus dem oben genannten Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenen Rechte und Pflichten an und lässt diese gegen sich gelten. Dies gilt nicht für die Besetzung des Lenkungskreises gemäß § 10 des Selektivvertrages.

4. Die Formulare für die Einschreibung von Versicherten der o.a. Krankenkasse in den Vertrag sind als Anlage Teil dieser Beitrittserklärung. Änderungen dieser Formulare auf Grund tatsächlicher oder rechtlicher Notwendigkeiten bedürfen keiner Schriftform bzw. keiner Änderung dieser Beitrittserklärung.

5. Die o.a. Krankenkasse regelt ihre individuellen Abwicklungsmodalitäten (z. B. Benennung eines internen Ansprechpartners, Abrechnung etc.) direkt mit dem UKE unter Beachtung der vertraglichen Regelungen.

7. Diese Vereinbarung tritt am xx.xx.xxxx in Kraft.

## Anlagen

Anlage 1: Anlage 3 Teilnahmeerklärung der Versicherten (Name Krankenkasse)

| | | |
|---|---|---|
| Ort, Datum | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Vorstand | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| Ort, Datum | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ausführende Stelle | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| Ort, Datum | Universitätsklinikum Ulm | Universitätsklinikum Ulm |
| Ort, Datum | Bevollmächtigte Krankenkasse | |
| Ort, Datum | (Name beitretende Krankenkasse) | |

**Beitrittserklärung**

**zum Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern und ihren Familien**

zwischen dem

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52,
Gebäude West 35
20246 Hamburg
vertreten durch den Vorstand

ausführende Stelle Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Konsortialführung Verbund CHIMPS-NET

- im Folgenden *UKE* genannt -

und dem

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstraße 1
89075 Ulm

- im Folgenden *Uniklinik Ulm* genannt -

und der

Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
vertreten durch den Vorstand

- im Folgenden *KKH* genannt -

der

DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg

- im Folgenden *DAK-G* genannt -

der

Techniker Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

- im Folgenden *TK* genannt -

der

BARMER
Axel Springer Str. 44,
10969 Berlin,

Korrespondenzadresse Projektleitung:

BARMER

Hauptverwaltung Süd,
Gottlieb-Daimler-Str. 19
73529 Schwäbisch Gmünd

-im Folgenden *BARMER* genannt-

und der

Betriebskrankenkasse Mobil Oil
Friedenheimer Brücke 29
80639 München
Vertreten durch den Vorstand

- im Folgenden *BKK Mobil Oil* genannt –

und der

IKK Classic
Tannenstraße 4b
01099 Dresen

Im Folgenden IKK classic genannt

Und der AOK Baden-Württemberg

Presselstraße 19
70191 Stuttgart

Im Folgenden AOK BW genannt

Und der AOK Hessen

Adresse

**Angaben der beitretenden Krankenkasse**

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

_____

Ansprechpartner: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

1. Die oben genannte Krankenkasse erklärt den verbindlichen Beitritt zum Vertrag über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern und ihren Familien gemäß § 140a SGB V für das im Rahmen des Innovationsfonds gemäß § 92a SGB V geförderten Projekts " CHIMPS-NET ".

2. Das UKE, die Uniklinik Ulm sowie die am Vertrag beteiligten Krankenkassen (KKH, DAK, TK, BARMER, BKK Mobil Oil, IKK classic, AOK Baden-Württemberg, AOK Hessen) stimmen dem Beitritt zu.

3. Mit dem Beitritt erkennt die o.a. Krankenkasse die sich aus dem oben genannten Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenen Rechte und Pflichten an und lässt diese gegen sich gelten. Dies gilt nicht für die Besetzung des Lenkungskreises gemäß § 10 des Selektivvertrages.

4. Die Formulare für die Einschreibung von Versicherten der o.a. Krankenkasse in den Vertrag sind als Anlage Teil dieser Beitrittserklärung. Änderungen dieser Formulare auf Grund tatsächlicher oder rechtlicher Notwendigkeiten bedürfen keiner Schriftform bzw. keiner Änderung dieser Beitrittserklärung.

5. Die o.a. Krankenkasse regelt ihre individuellen Abwicklungsmodalitäten (z. B. Benennung eines internen Ansprechpartners, Abrechnung etc.) direkt mit dem UKE unter Beachtung der vertraglichen Regelungen.

7. Diese Vereinbarung tritt am xx.xx.xxxx in Kraft.

## Anlagen

Anlage 1: Anlage 3 Teilnahmeerklärung der Versicherten (Name Krankenkasse)

| | | |
|---|---|---|
| Ort, Datum | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Vorstand | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| Ort, Datum | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ausführende Stelle | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| Ort, Datum | Universitätsklinikum Ulm | Universitätsklinikum Ulm |
| Ort, Datum | Bevollmächtigte Krankenkasse | |
| Ort, Datum | (Name beitretende Krankenkasse) | |

# DAK

**Name**
**Vorname**
**KV-NR**
**Geburtsdatum**
**Straße**
**PLZ**
**Ort**
**Beginn der Intervention**
**Ende der Intervention**
**Widerruf Teilnahme**
**Therapieabbruch**
**Art der Intervention**
**Leistungserbringer**
**Arztnummer (LANR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Betriebsstättennummer (BSNR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Institutionskennzeichen (IK) des LE -bei Abrechnung außerhalb ärztl. Leistungen**
**Vertragskennzeichen (IV-Vertragsnummer)**
**Versichertenstatus**
**IK der Krankenkasse KV-Karte/eGK**
**Geschlecht des Versicherten**
**Diagnose (ICD-10)**
**ggf. Sekundärdiagnose**
**Diagnosesicherheit**
**Diagnosen-Seitenlokalisation, soweit vorhanden**
**Vertragsindividueller Entgeltschlüssel**
**Anzahl der in Rechnung gestellten Entgeltschlüssel**
**Einzelbetrag des in Rechnung gestellten Entgeldschl.**
**Tag der Leistungserbringung des in Rechnung gest. Entgeltschlüssels**
**Rechnungsschlüssel**
**Institutionskennzeichen des Rechnungsstellers**
**Rechnungsnummer**
**Rechnungsdatum**

# IKK-Classic

**Name**
**Vorname**
**KV-NR**
**Geburtsdatum**
**Straße**
**PLZ**
**Ort**
**Beginn der Intervention**
**Ende der Intervention**
**Widerruf der Teilnahme**
**Therapieabbruch**
**Art der Intervention**
**Leistungserbringer**
**Arztnummer (LANR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Betriebsstättennummer (BSNR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Institutionskennzeichen (IK) des LE lb ärztl. Leistungen**
**Vertragskennzeichen (IV-Vertragsnummer)**
**Versichertenstatus**
**Geschlecht des Versicherten**
**Diagnose (ICD-10)**
**ggf. Sekundärdiagnose**
**Diagnosesicherheit**
**Diagnosen-Seitenlokalisation, soweit vorhanden**
**Vertragsindividueller Entgeltschlüssel**
**Anzahl der in Rechnung gestellten Entgeltschlüssel**
**Tag der Leistungserbringung des in Rechnung gestellten Entgeltschlüssels**
**Rechnungsschlüssel**
**Institutionskennzeichen des Rechnungsstellers**
**Rechnungsnummer**
**Rechnungsbetrag**
**Rechnungsdatum**

**Ende der Intervention**
**Widerruf der Teilnahme**
**Therapieabbruch**
**Art der Intervention**
**Leistungserbringer**
**Arztnummer (LANR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Betriebsstättennummer (BSNR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Institutionskennzeichen (IK) des LE -bei Abrechnung außerhalb ärztl. Leistungen**
**Vertragskennzeichen (IV-Vertragsnummer)**
**Versichertenstatus**
**Geschlecht des Versicherten**
**Diagnose (ICD-10)**
**ggf. Sekundärdiagnose**
**Diagnosesicherheit**
**Diagnosen-Seitenlokalisation, soweit vorhanden**
**Vertragsindividueller Entgeltschlüssel**
**Anzahl der in Rechnung gestellten Entgeltschlüssel**
**Tag der Leistungserbringung des in Rechnung gestellten Entgeltschlüssels**
**Rechnungsschlüssel**
**Institutionskennzeichen des Rechnungsstellers**
**Rechnungsnummer**
**Rechnungsdatum**

## KKH

**Name**
**Vorname**
**KV-NR**
**Geburtsdatum**
**Straße**
**PLZ**
**Ort**
**Beginn der Intervention**
**Ende der Intervention**
**Widerruf der Teilnahme**
**Therapieabbruch**
**Art der Intervention**
**Leistungserbringer**
**Arztnummer (LANR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Betriebsstättennummer (BSNR) - bei Abrechnung vor ärztl. Leistungen**
**Institutionskennzeichen (IK) des LE -bei Abrechnung außerhalb ärztl. Leistungen**
**Vertragskennzeichen (IV-Vertragsnummer)**
**Versichertenstatus**
**Geschlecht des Versicherten**
**Diagnose (ICD-10)**
**ggf. Sekundärdiagnose**
**Diagnosesicherheit**
**Diagnosen-Seitenlokalisation, soweit vorhanden**
**Vertragsindividueller Entgeltschlüssel**
**Anzahl der in Rechnung gestellten Entgeltschlüssel**
**Tag der Leistungserbringung des in Rechnung gest. Entgeltschlüssels**
**Rechnungsschlüssel**
**Institutionskennzeichen des Rechnungsstellers**
**Rechnungsnummer**
**Rechnungsdatum**

# Abrechnungstabelle

## TK

**Name**
**Vorname**
**KV-NR**
**Geburtsdatum**
**Straße**
**PLZ**
**Ort**
**Beginn der Intervention**
**Ende der Intervention**
**Widerruf d.Teilnahme**
**Therapieabbruch**
**Art der Intervention**
**Leistungserbringer**
**Arztnummer (LANR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Betriebsstättennummer (BSNR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Institutionskennzeichen (IK) des LE -bei Abrechnung außerhalb ärztl. Leistungen**
**Vertragskennzeichen (IV-Vertragsnummer)**
**Versichertenstatus**
**Geschlecht des Versicherten**
**Diagnose (ICD-10)**
**ggf. Sekundärdiagnose**
**Diagnosesicherheit**
**Diagnosen-Seitenlokalisation, soweit vorhanden**
**Vertragsindividueller Entgeltschlüssel**
**Anzahl der in Rechnung gestellten Entgeltschlüssel**
**Tag der Leistungserbringung des in Rechnung gest. Entgeltschlüssels**
**Rechnungsschlüssel**
**Institutionskennzeichen des Rechnungsstellers**
**Rechnungsnummer**
**Rechnungsdatum**

# BKK Mobil Oil

**Name**
**Vorname**
**KV-NR**
**Geburtsdatum**
**Straße**
**PLZ**
**Ort**
**Beginn der Intervention**
**Ende der Intervention**
**Widerruf Teilnahme**
**Therapieabbruch**
**Art der Intervention**
**Leistungserbringer**
**Arztnummer (LANR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Betriebsstättennummer (BSNR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Institutionskennzeichen (IK) des LE -bei Abrechnung außerhalb ärztl. Leistungen**
**Vertragskennzeichen (IV-Vertragsnummer)**
**Versichertenstatus**
**Geschlecht des Versicherten**
**Diagnose (ICD-10)**
**ggf. Sekundärdiagnose**
**Diagnosesicherheit**
**Diagnosen-Seitenlokalisation, soweit vorhanden**
**Vertragsindividueller Entgeltschlüssel**
**Anzahl der in Rechnung gestellten Entgeltschlüssel**
**Tag der Leistungserbringung des in Rechnung gestellten Entgeltschlüssels**
**Einzelbetrag des in Rechnung gestellten Entgeldschlüssels**
**Rechnungsschlüssel**
**Institutionskennzeichen des Rechnungsstellers**
**Rechnungsnummer**
**Rechnungsdatum**

# AOK Baden-Württemberg

**Name**
**Vorname**
**KV-NR**
**Geburtsdatum**
**Straße**
**PLZ**
**Ort**
**Beginn der Intervention**
**Ende der Intervention**
**Widerruf Teilnahme**
**Therapieabbruch**
**Art der Intervention**
**Leistungserbringer**
**Arztnummer (LANR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Betriebsstättennummer (BSNR) - bei Abrechnung von ärztl. Leistungen**
**Institutionskennzeichen (IK) des LE -bei Abrechnung außerhalb ärztl. Leistungen**
**Vertragskennzeichen (IV-Vertragsnummer)**
**Versichertenstatus**
**IK der Krankenkasse KV-Karte/eGK**
**Geschlecht des versicherten**
**Diagnose (ICD-10)**
**ggf. Sekundärdiagnose**
**Diagnosesicherheit**
**Diagnosen-Seitenlokalisation, soweit vorhanden**
**Vertragsindividueller Entgeltschlüssel**
**Anzahl der in Rechnung gestellten Entgeltschlüssel**
**Einzelbetrag des in Rechnung gestellten Entgeltschlüssel**
**Tag der Leistungserbringung des in Rechnung gestellten Entgeltschlüssels**
**Rechnungsschlüssel**
**Institutionskennzeichen des Rechnungsstellers**
**Rechnungsnummer**
**Rechnungsdatum**

# AOK Hessen

Name
Vorname
KV-NR
Geburtsdatum
Straße
PLZ
Ort
Beginn der Intervention
Ende der Intervention
Widerruf Teilnahme
Therapieabbruch
Art der Intervention
LANR
BSNR

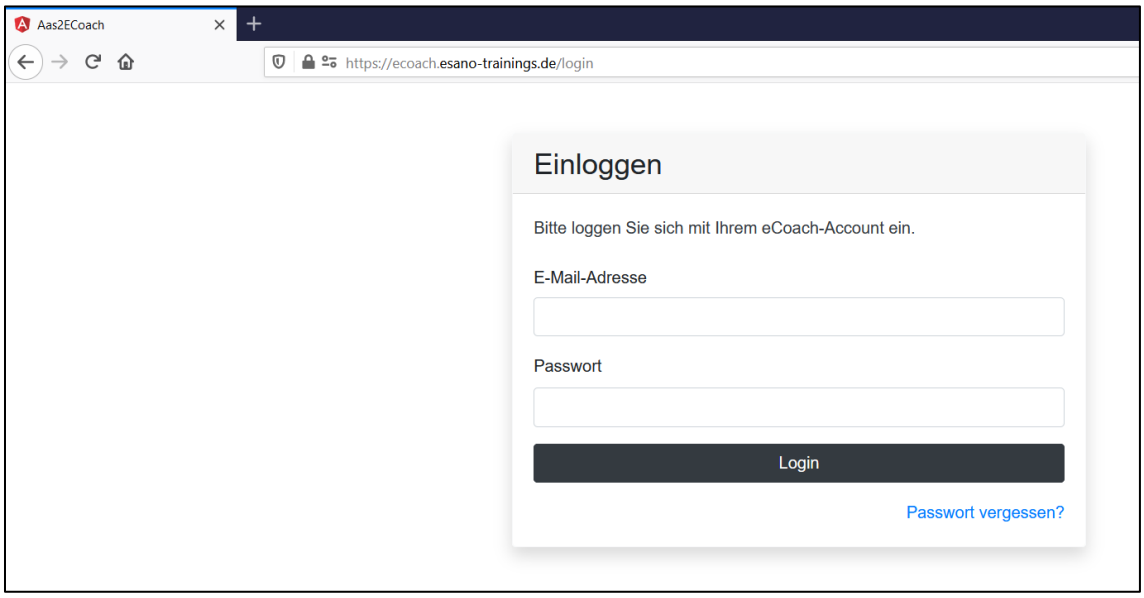
# Barmer

**Rechnungstelle IK**
**Zahlungsempfänger IK**
**Nachrichten- Kennung**
**Abrechnungszeitraum von**
**Abrechnungszeitraum bis**
**Rechnungsnummer**
**Rechnungsdatum**
**Vertragskennzeichen**
**Rechnungsbetrag**
**Verarbeitungskennzeichen**
**Korrekturzähler**
**Fall-Nr.**
**Arztnummer**
**Betribsstättennummer**
**Leistunsg-erbringer IK**
**Unfallkennzeichen /BVG**
**Versichertennummer**
**Versichertennachname**
**Versicherten Vorname**
**Versicherten Geburtsdatum**
**Geschlecht des Versicherten**
**Entgeldschüssel**
**Entgeldbezeichnung**
**Leistung_Von**
**Leistung_Bis**
**Einzelbetrag**
**Anzahl**
**Zuzahlungsbetrag**

# E-Coach-Plattform

Die Plattform für E-Coaches finden Sie unter https://ecoach.esano-trainings.de

## Login



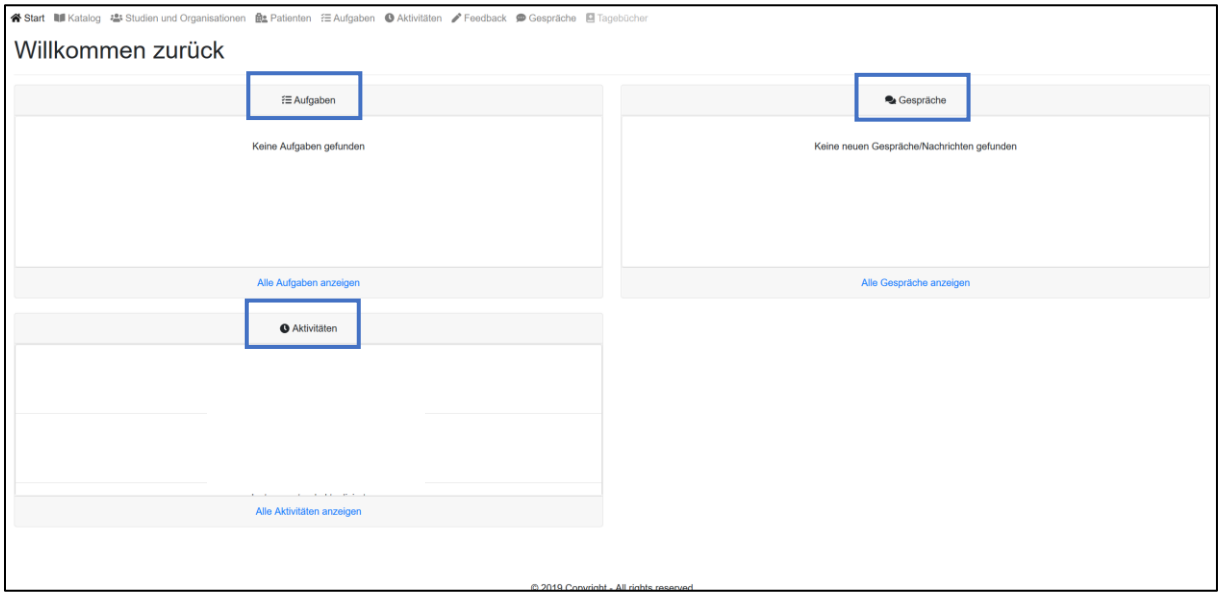

Ihre Login-Daten (E-Mail-Adresse und Passwort) haben Sie bereits bei der Schulung erstellt. Sollten Sie Ihr Passwort einmal vergessen haben, so können Sie dieses unter „Passwort vergessen?“ bequem zurücksetzen lassen. Sie erhalten dann eine E-Mail mit weiteren Anweisungen.

Sollten Sie Ihre E-Mail-Adresse vergessen, oder sonstige Fragen haben, dann wenden Sie sich bitte an: **iCHIMPS-studie@uni-ulm.de**

# Funktionen der E-Coach-Plattform

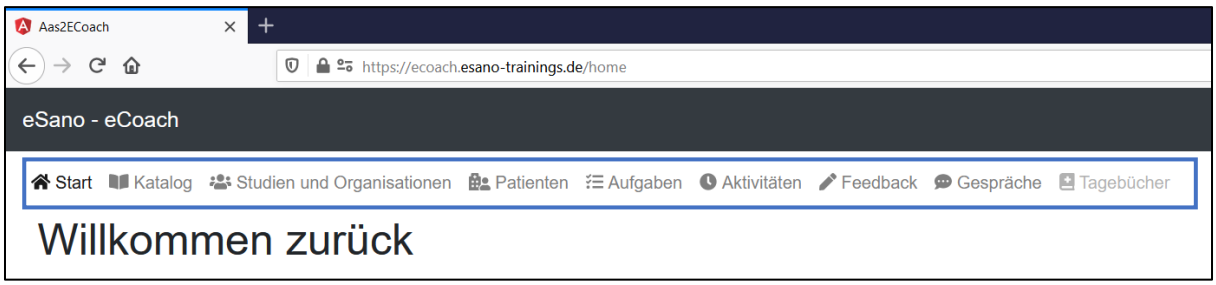
## Startseite („Dashboard“)

Nach erfolgreichem Login haben Sie auf der Startseite einen Überblick über alle Aufgaben, Aktivitäten und Gespräche. Sollten Ihre Teilnehmer:innen Sie beispielsweise kontaktiert haben („Gespräche“) oder eine Lektion beendet haben („Aufgaben“ → Feedback), können Sie das hier direkt sehen. Sobald Sie eines davon erledigt haben (z.B. Nachricht gelesen oder Feedback gegeben), verschwindet die jeweilige Aufgabe/Aktivität/Gespräch von der Startseite. Mit einem Klick auf „Alle Aufgaben/Aktivitäten/Gespräche anzeigen“ erhalten Sie einen Überblick über die jeweilige Rubrik.

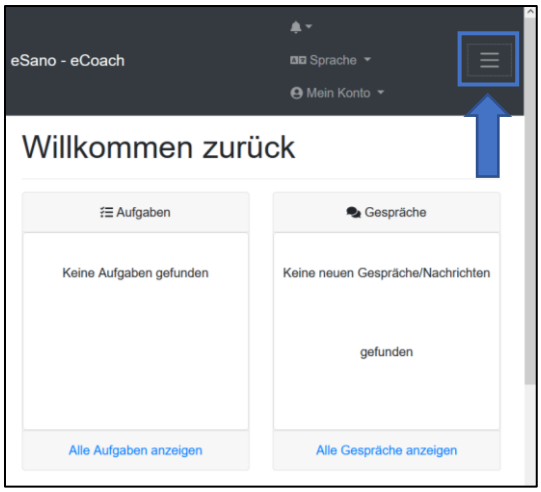


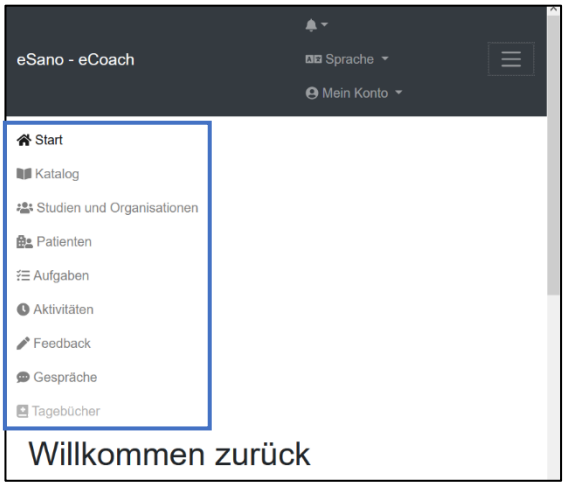

## Startleiste

In der Startleiste oberhalb der Überschrift „Willkommen zurück“ haben Sie schnell Zugriff auf weitere Funktionen, über die wir Ihnen nun einen kurzen Überblick geben möchten.

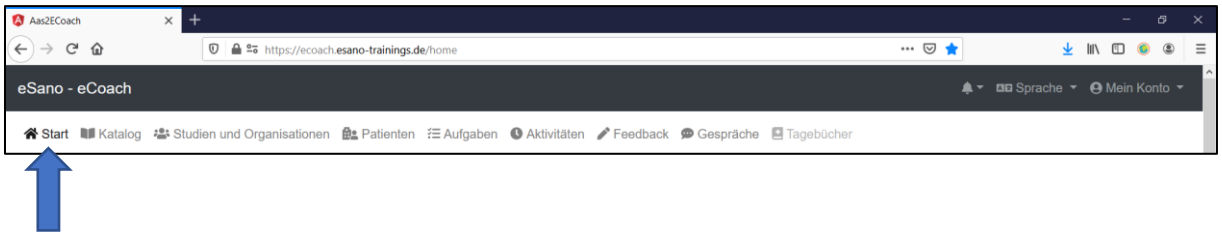



Sollten Sie die Website auf einem Smartphone, Tablet oder kleineren Fenster eines PCs geöffnet haben, so kann diese Startleiste auch durch einen Klick auf drei horizontale Linien oben rechts (siehe Pfeil) zugänglich gemacht werden. In diesem Fall klappt sich das Menü dann nach unten auf.

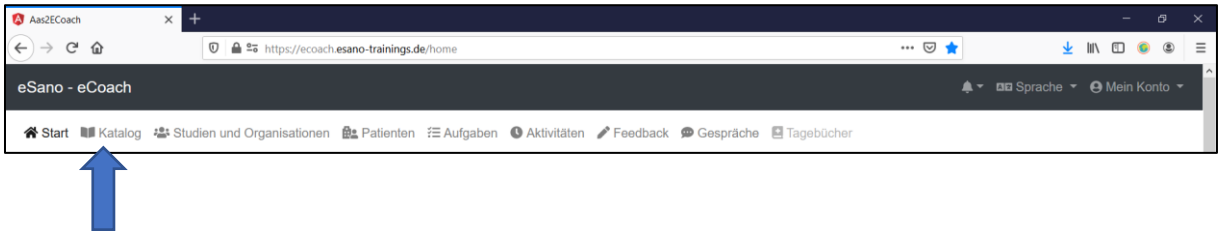


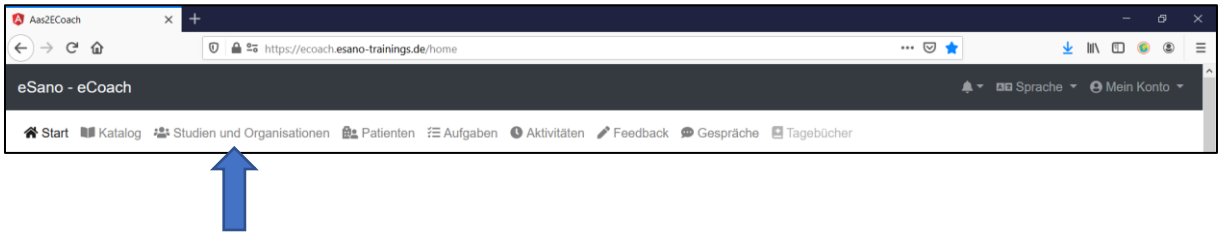

Die verschiedenen Funktionen in der Startleiste werden im Folgenden knapp beschrieben.



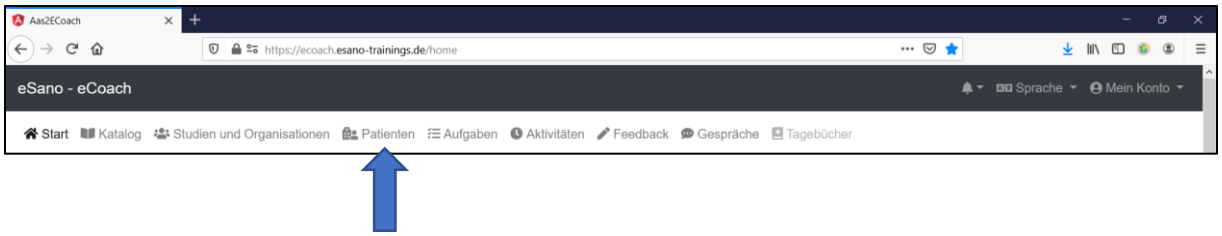

Über „Start“ kommen Sie von jeder aufgerufenen Seite zurück zum Dashboard.



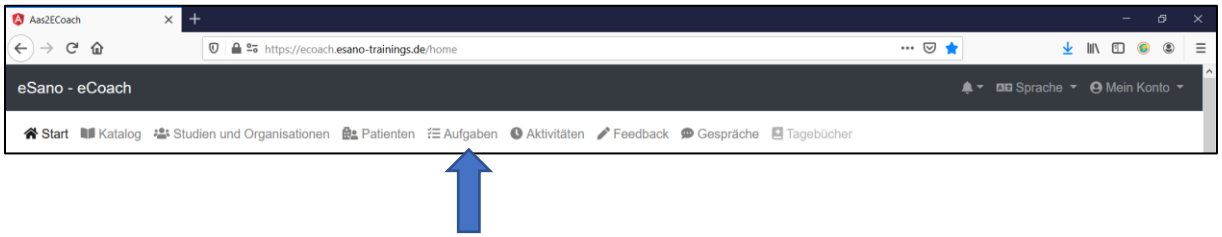

Im „Katalog“ haben Sie Zugriff auf die Intervention iCHIMPS. Hier bekommen Sie später eine Übersicht über die Online-Module und können diese Ihren Teilnehmer:innen zuweisen (s. „“).



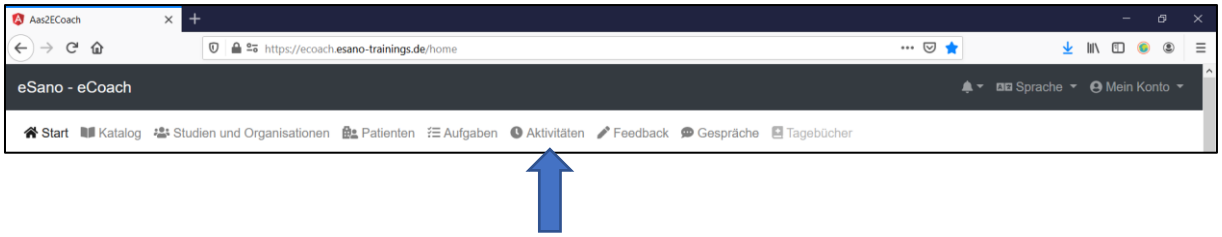

Unter „Studien und Organisationen“ können Sie auf iCHIMPS zugreifen und Teilnehmer:innen zur Studie einladen (s. „“).




Unter „Patienten“ sehen Sie eine Übersicht Ihrer Teilnehmer:innen und können neue Teilnehmer:innen-Accounts erstellen.



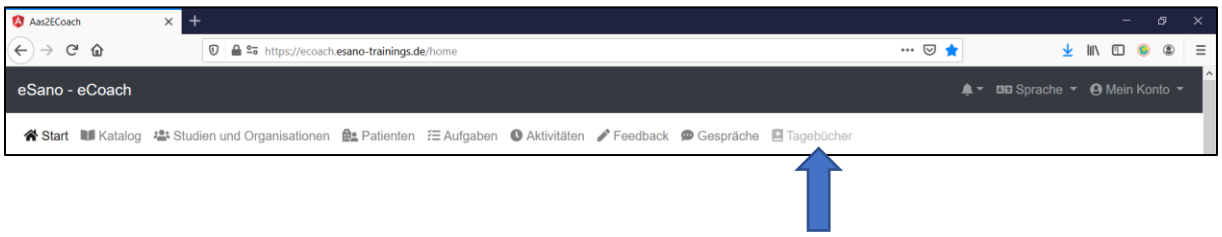

Unter „Aufgaben“ finden Sie in einer Tabelle Ihre aktuellen Aufgaben in iCHIMPS (z. B. eine Aufforderung, Teilnehmer:innen für abgeschlossene Online-Module Feedback zu geben) und können diese sortieren.




Unter „Aktivitäten“ sehen Sie alle Aktivitäten von Teilnehmer:innen mit den dazugehörigen Benutzernamen (z. B. wenn eine Online-Modul abgeschlossen wurde), die Sie ebenfalls sortieren können.

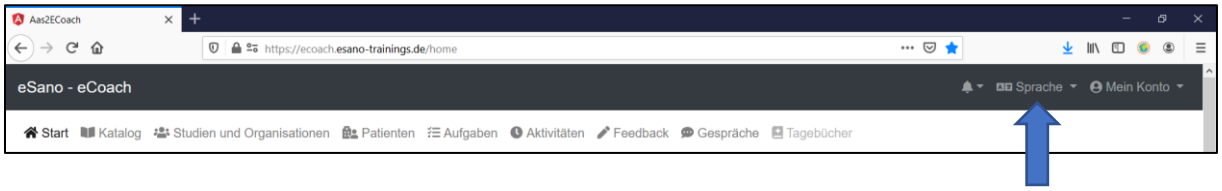
Unter „Feedback“ sehen Sie bereits gegebenes oder noch ausstehendes Feedback.

Unter „Gespräche“ können Sie mit Teilnehmer:innen über eine Chatfunktion schreiben.

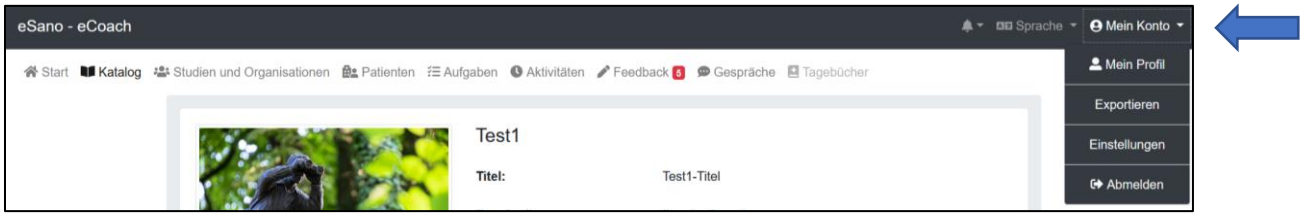



Die „Tagebücher“-Funktion steht noch nicht zur Verfügung und ist für ICHIMPS bisher nicht relevant.

Wenn Sie auf die Glocke klicken, sehen Sie Ihre Benachrichtigungen.



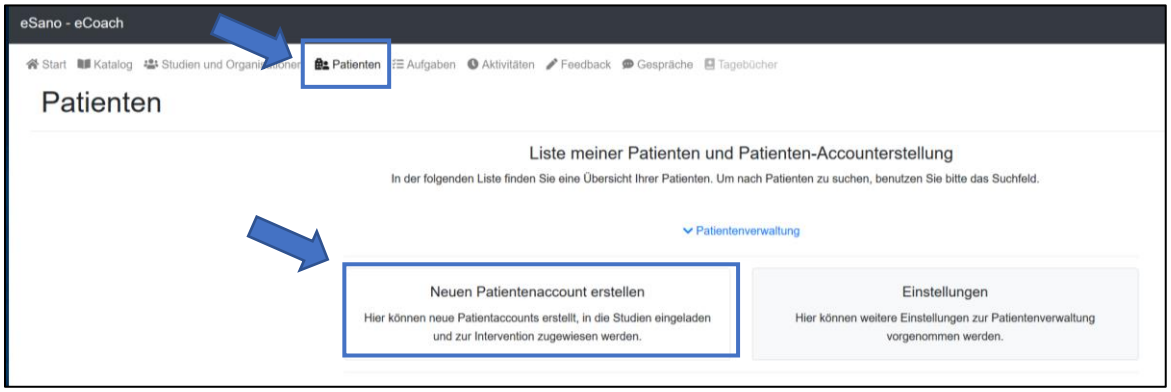

Hier können Sie die Sprache der Online-Plattform (Deutsch, Englisch) einstellen. Die Online-Module im Rahmen von ICHIMPS sind bislang nur auf Deutsch verfügbar.



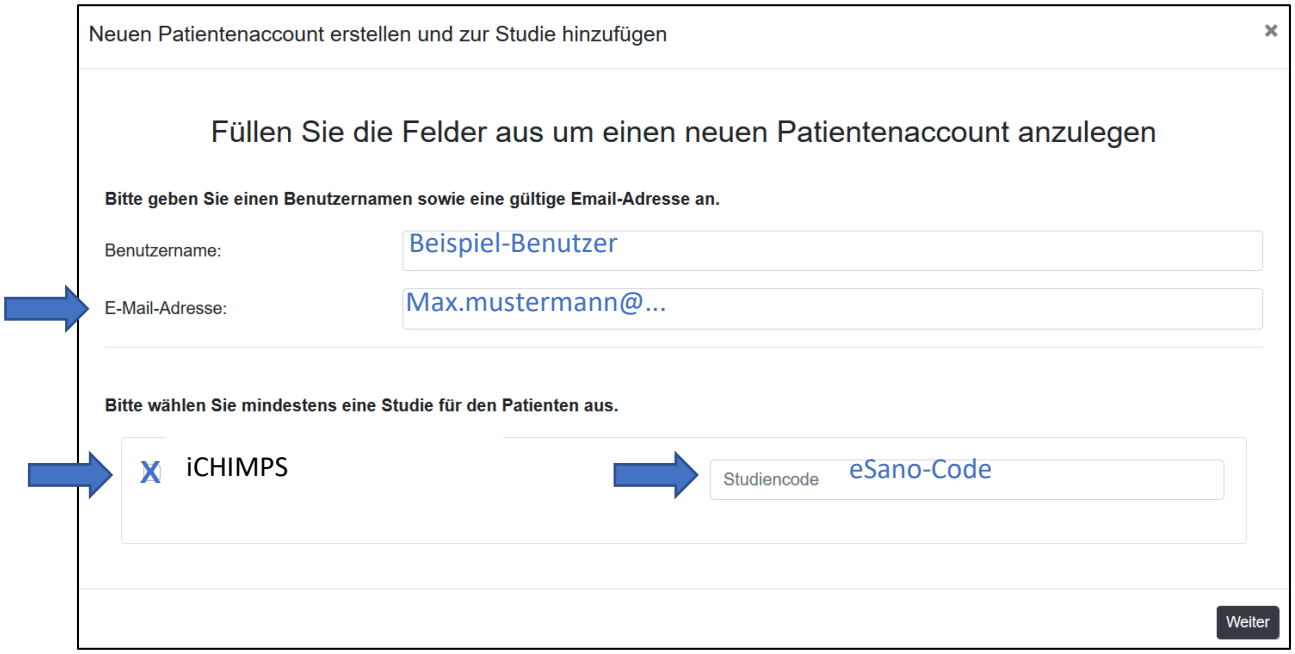

Im Aufklappmenü unter „Mein Konto“ finden Sie Ihre Profilinformationen (Name, Passwort ändern), Exportieren, Einstellungen, und den Abmelde-Button.

# Neue Accounts für Teilnehmer:innen anlegen

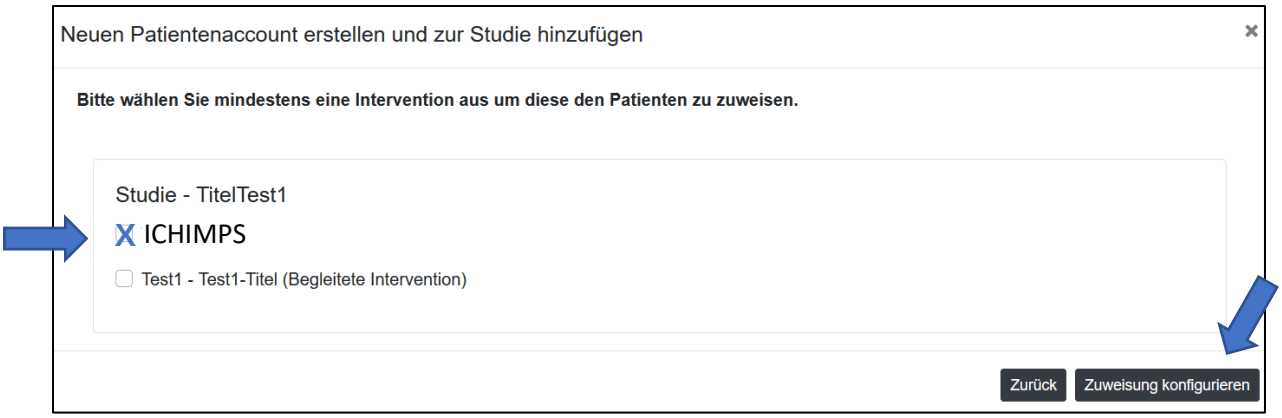
Schritt 1: In der Startleiste den Reiter „Teilnehmern“ auswählen und auf „Neuen Teilnehmeraccount erstellen“ klicken.




Schritt 2: Es öffnet sich ein Fenster, in das Sie die E-Mail-Adresse und den eSano-Code (Achtung: nicht die Studien-ID!) der/des Teilnehmer:in eintragen sowie ein Häkchen bei der Studie iCHIMPS setzen.

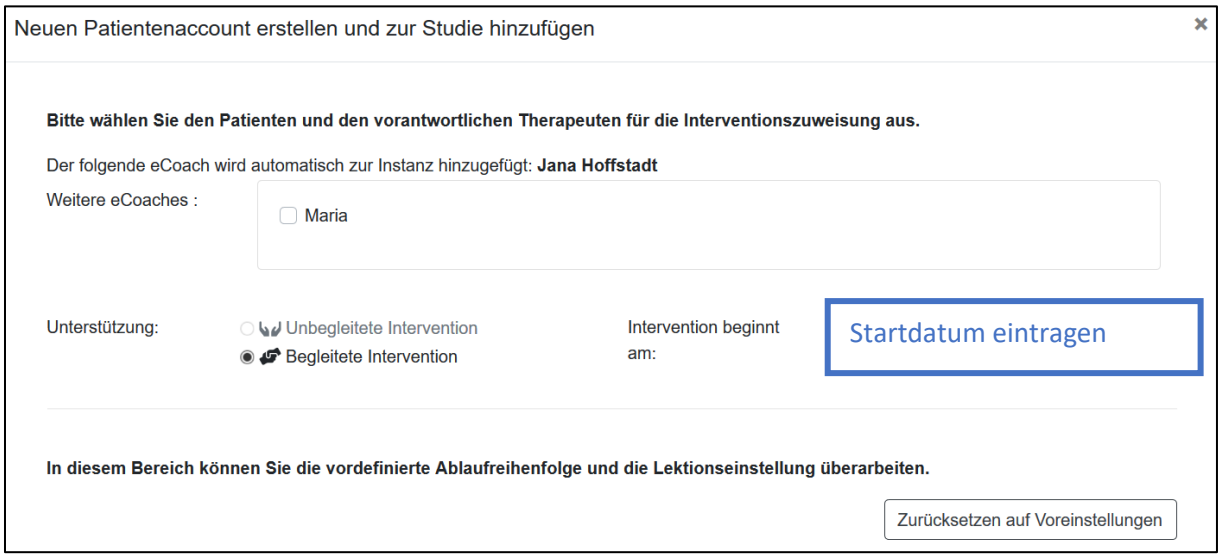



Schritt 3: Sie wählen die Intervention iCHIMPS aus und klicken auf „Zuweisung konfigurieren“.

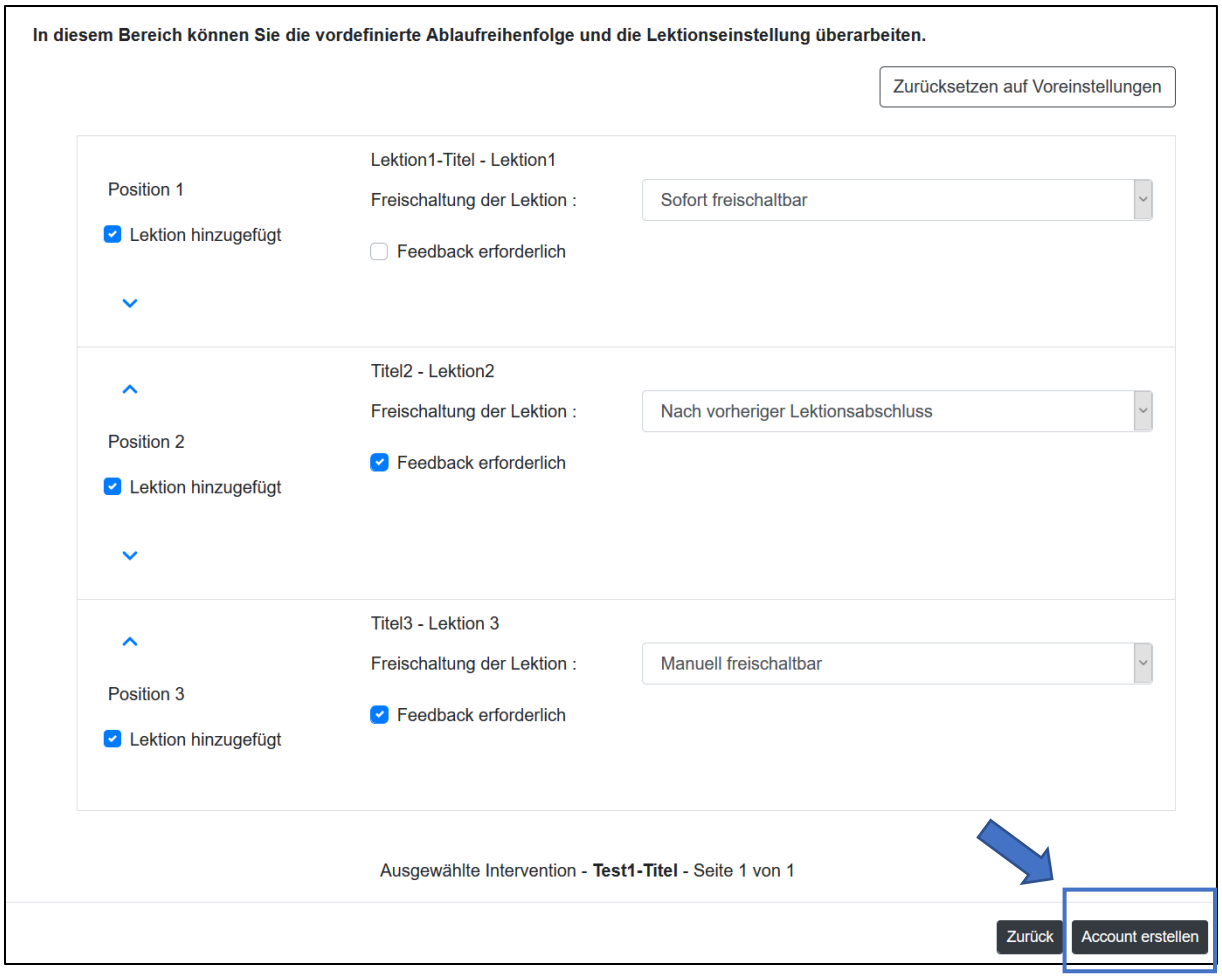



Schritt 4: Konfiguration

Hier tragen Sie lediglich das Datum ein, zu dem die Intervention für die/den Teilnehmer:in freigeschaltet werden soll. Sonst müssen Sie an dieser Stelle nichts einstellen.



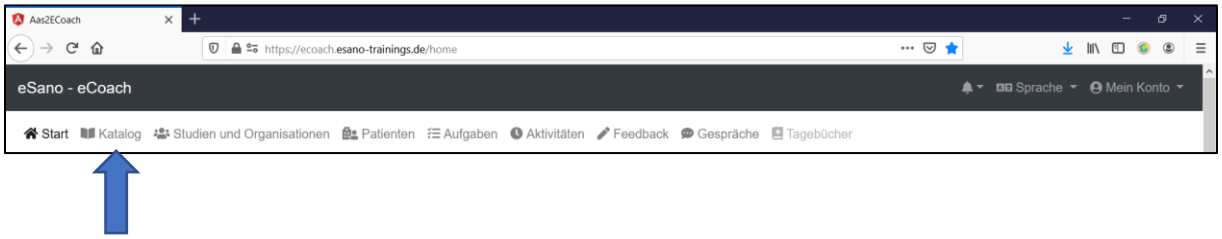

Bei der vordefinierten Ablaufreihenfolge müssen Sie nichts verändern. Klicken Sie abschließend auf „Account erstellen“.

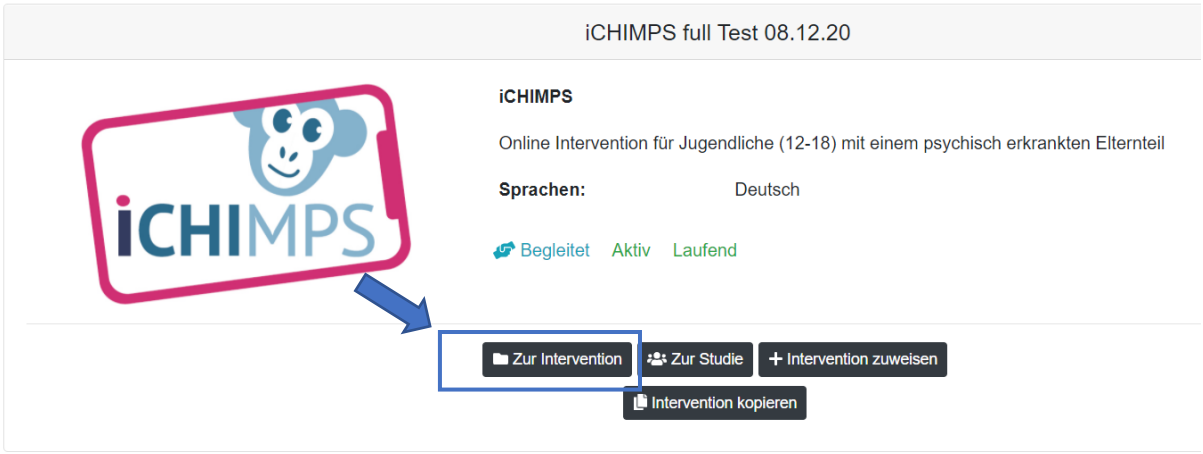



Es erscheint eine Bestätigung, dass der Teilnehmer:innen-Account erstellt und die Studieneinladung per Mail versendet wurde.

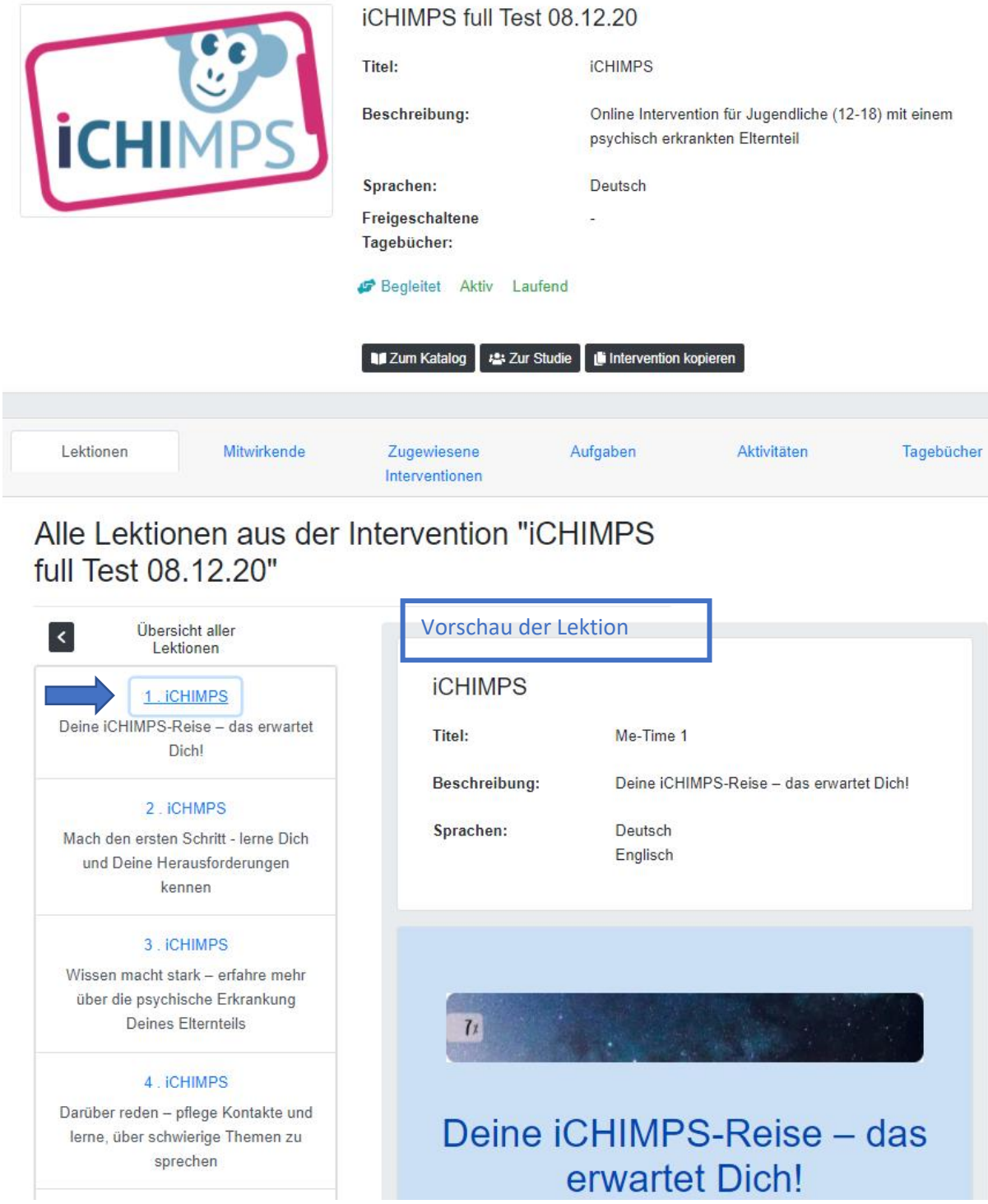
# Teilnehmer:innen ihre Online-Module zuweisen

Schritt 1: In der Startleiste den Katalog wählen, dann bei iCHIMPS auf „Zur Intervention“ klicken



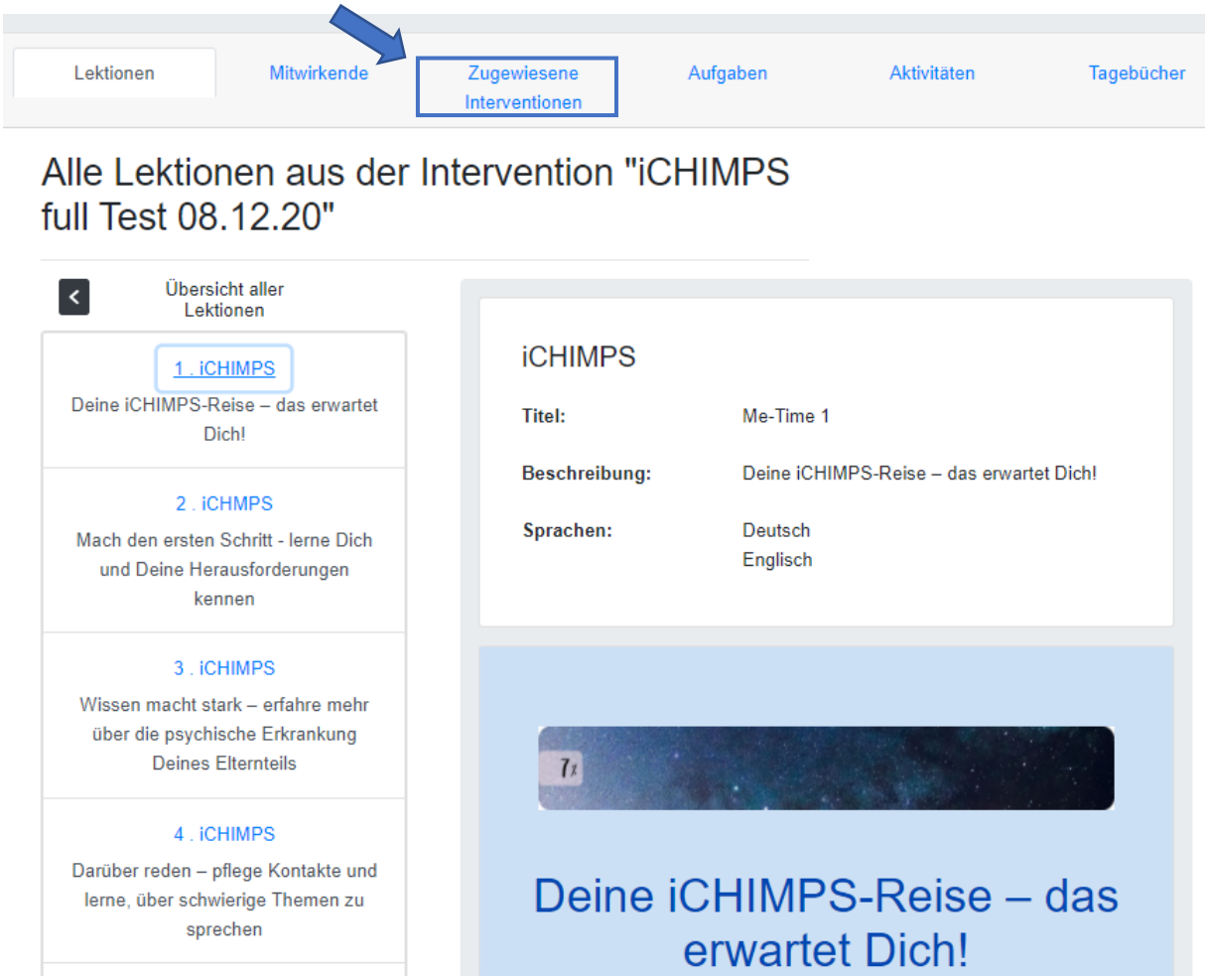




Hier sehen Sie (im Reiter „Lektionen“) alle Online-Module von iCHIMPS und können mit Klick auf das Modul eine Vorschau des Inhalts sehen.

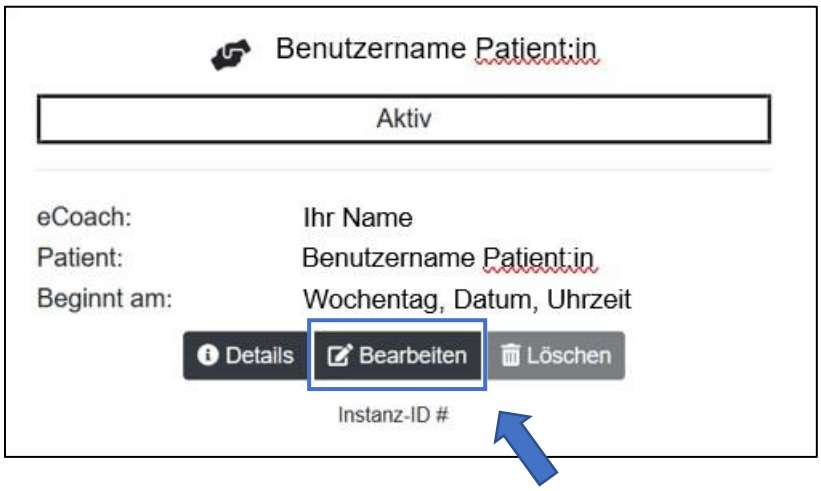


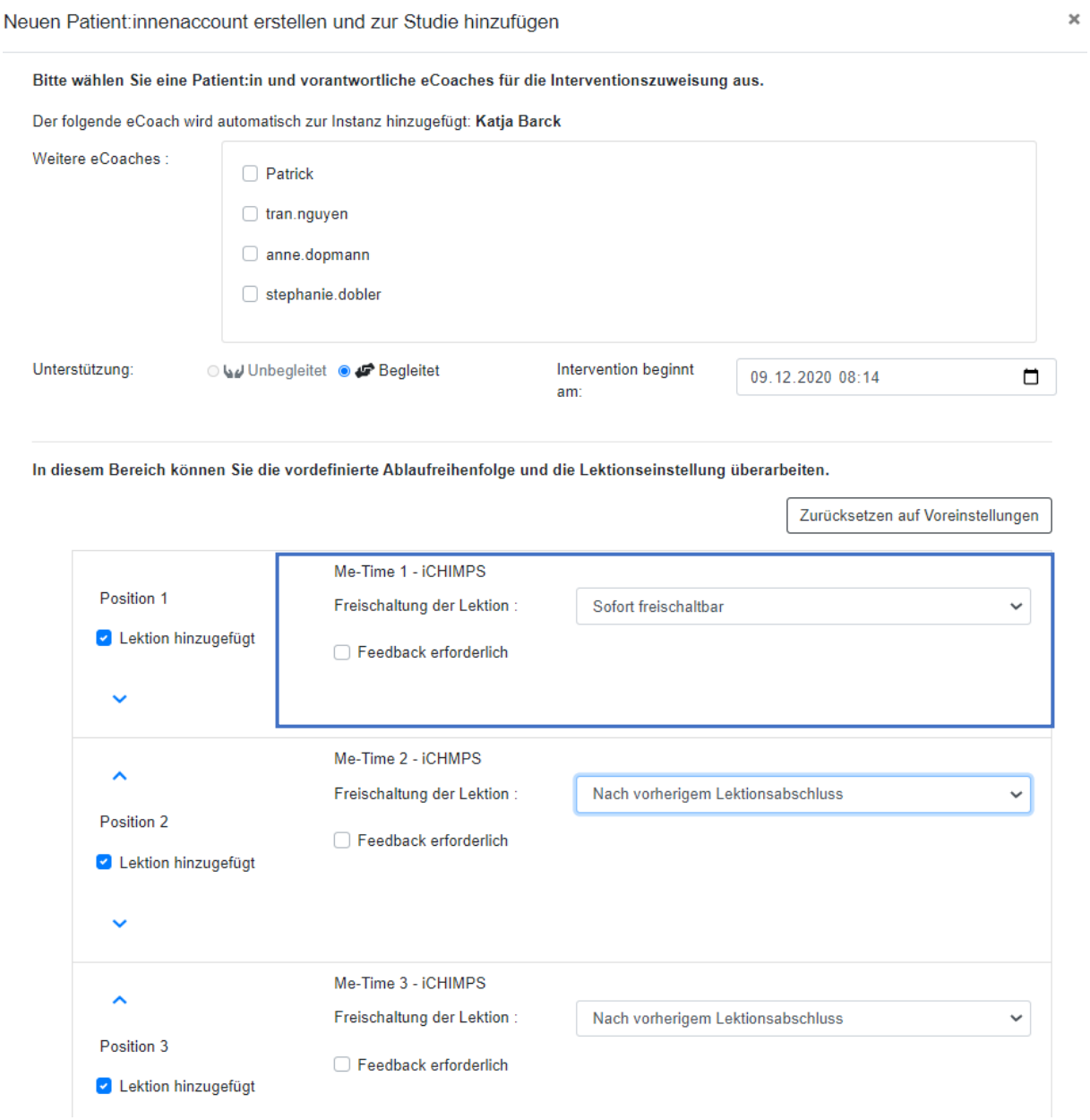

Weisen Sie dann zunächst das erste iCHIMPS-Modul zu.

Schritt 2: Den Reiter „Zugewiesene Interventionen“ auswählen




Schritt 3: bei der/dem entsprechenden Teilnehmer:in auf „Bearbeiten“ klicken






Nun sehen Sie eine Übersicht über alle Online-Module mit deren Titel und Eigenschaften (Feedback und Freischaltung).

Beim Feedback können Sie angeben, ob dieses erforderlich ist oder nicht.

Hier bitte immer: **Feedback erforderlich** einstellen!

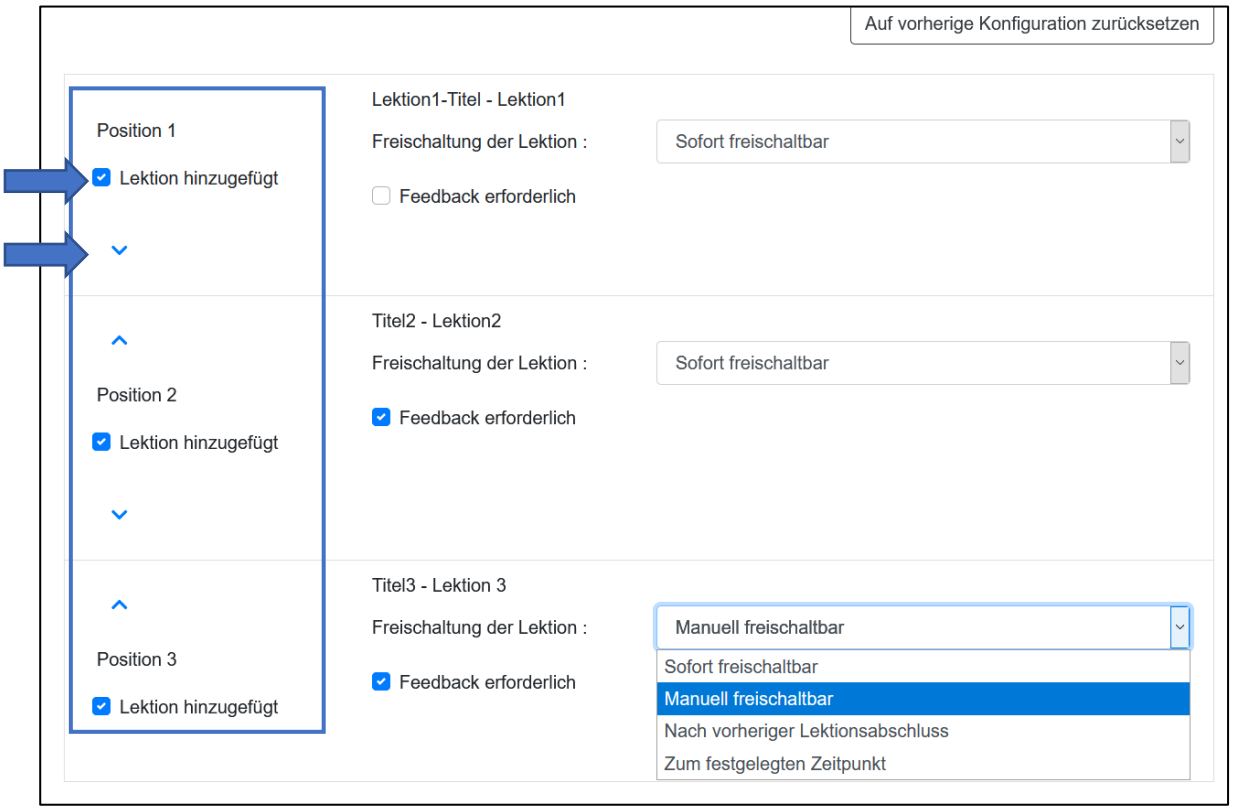
Bei der Freischaltung gibt es die folgenden vier Optionen:

- Sofort freischaltbar = die/der Teilnehmer:in kann immer auf das Online-Modul zugreifen.
- Manuell freischaltbar = Sie als Therapeut:in schalten das Online-Modul für die/den Teilnehmer:in manuell frei.

- Nach vorherigem Lektionsabschluss = sobald die/der Teilnehmer:in das vorige Online-Modul abgeschlossen hat, wird automatisch das Modul freigeschaltet.
- Zum festgelegten Zeitpunkt = hier können Sie Datum und Uhrzeit für die Freischaltung festlegen.

**Bitte immer: XXXXXX auswählen**

In der linken Spalte können Sie zunächst über das Häkchen Online-Module an- und abwählen. Außerdem können Sie die Position bzw. Reihenfolge der Online-Module mithilfe der Pfeile verändern.

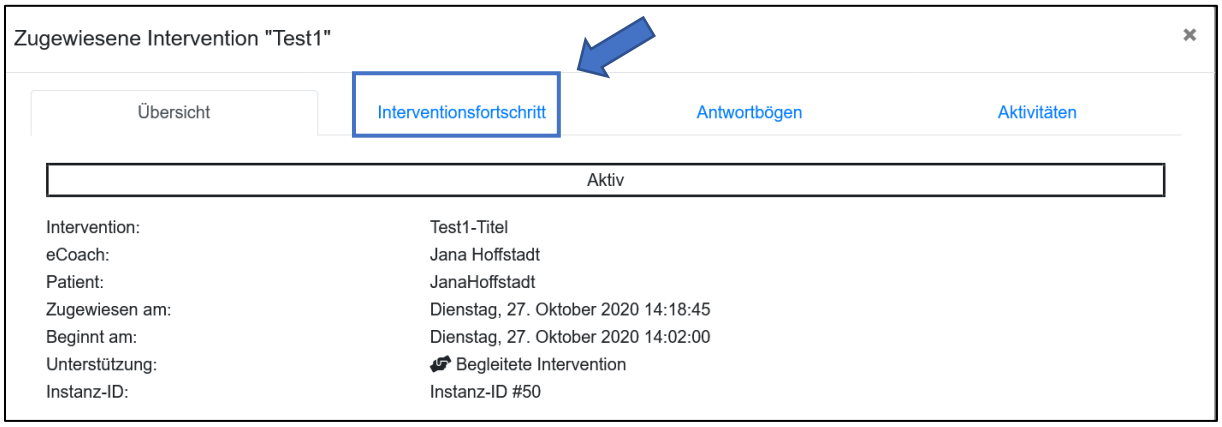



Wenn Sie fertig sind, klicken Sie unten rechts auf „Weiter“. Es erscheint eine weitere Seite, auf der Sie Ihre Einstellungen noch einmal überprüfen können. Wenn alles stimmt, klicken Sie nun unten rechts auf „Speichern“.

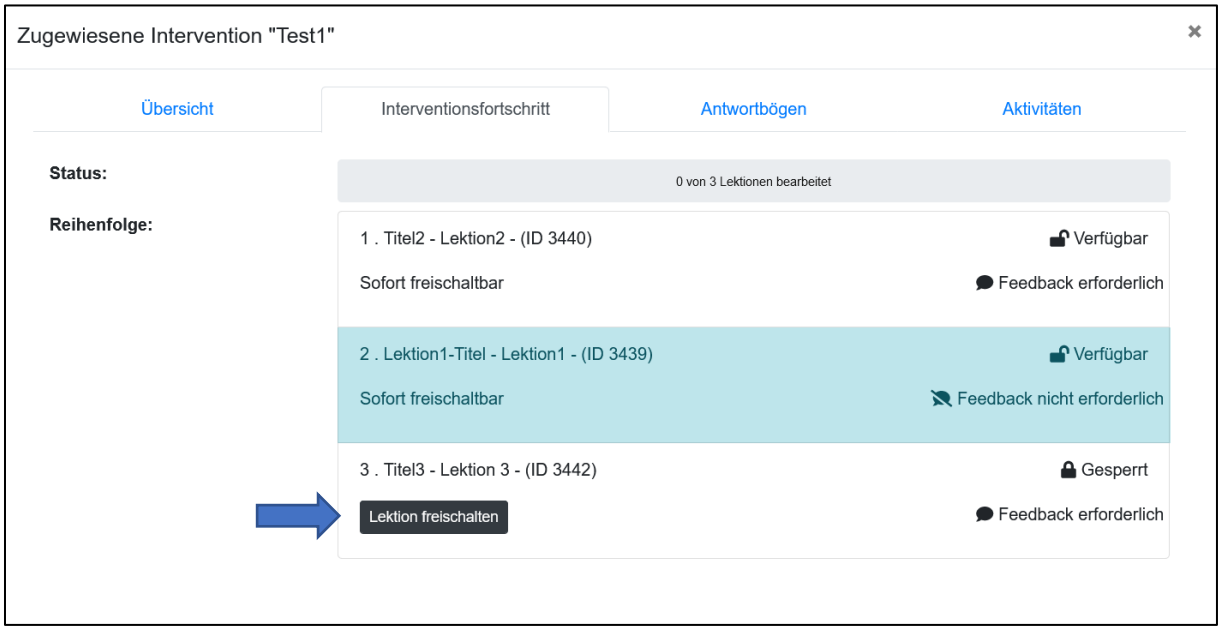
# Online-Module freischalten

Manuelle Freischaltung von Online-Module: Katalog > Zur Intervention > Zugewiesene Interventionen > bei der/dem Teilnehmer:in auf „Details“ klicken

Es erscheint ein Pop-Up. Wählen Sie den Reiter „Interventionsfortschritt“ aus.

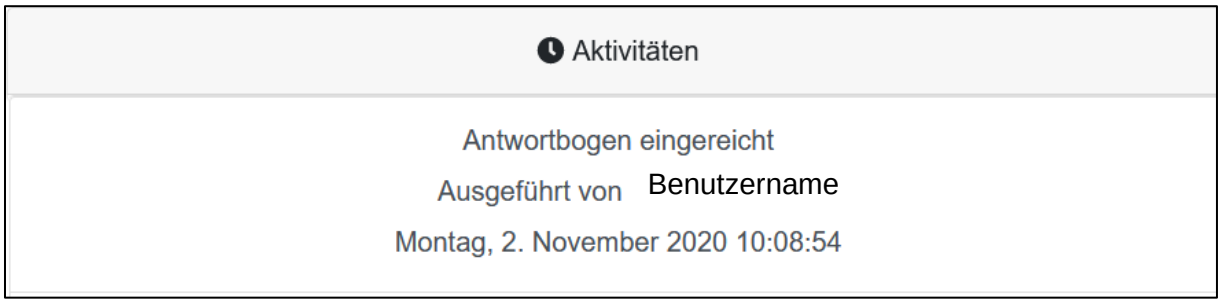



Hier sehen Sie unter dem Titel der jeweiligen Lektion den Button „Lektion freischalten“.



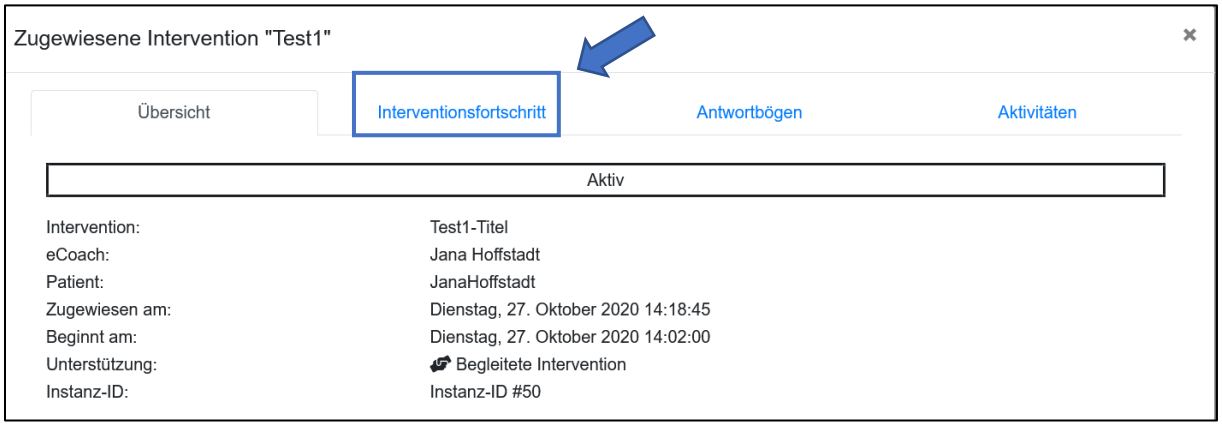
## Fortschritte von Teilnehmer:innen einsehen

Möglichkeit 1: Fortschritt wird im Dashboard angezeigt:

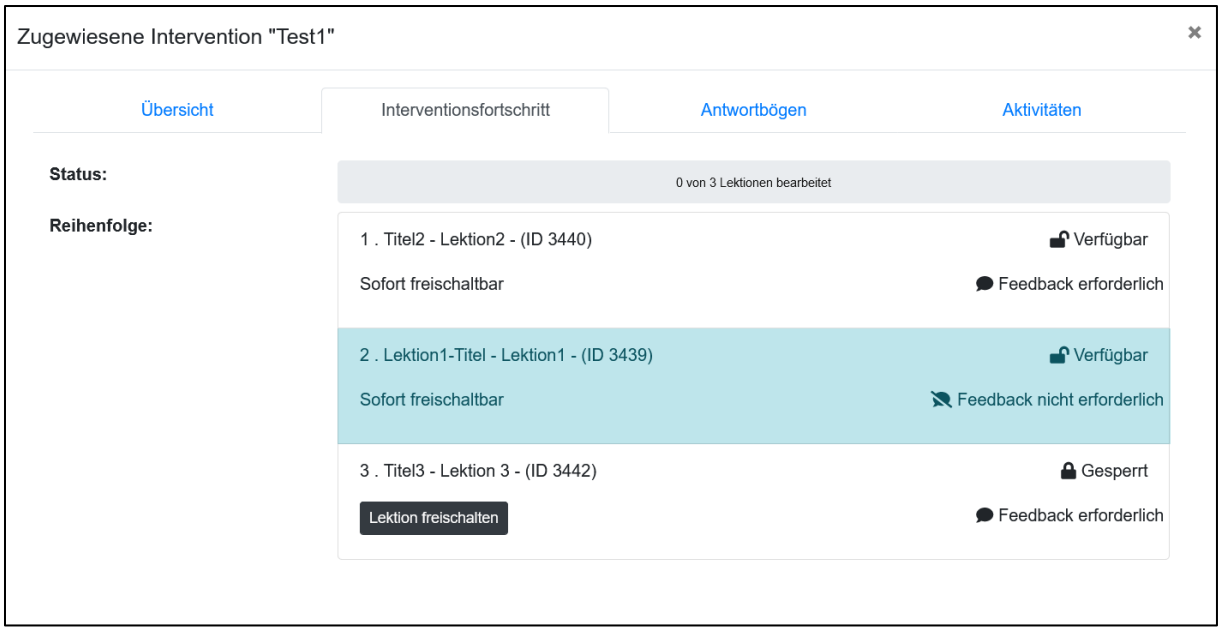



Möglichkeit 2: Katalog > Zur Intervention > Zugewiesene Interventionen > bei der/dem Teilnehmer:in auf „Details“ klicken

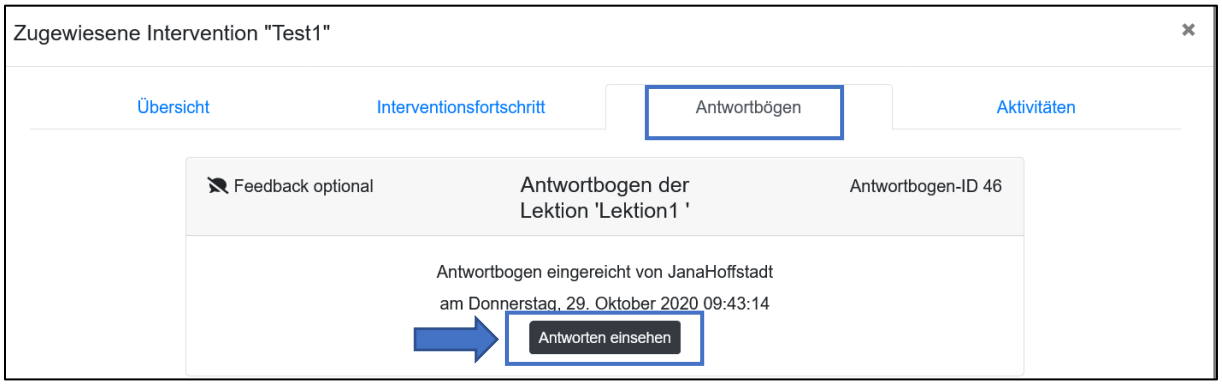
Es erscheint ein Pop-Up. Wählen Sie den Reiter „Interventionsfortschritt“ aus.




Hier sehen Sie, welche Online-Module für die/den Teilnehmer:in aktuell verfügbar sind, ob Feedback von Ihnen erforderlich ist und je nach Einstellung können Sie hier manuell freischaltbare Online-Module freischalten.



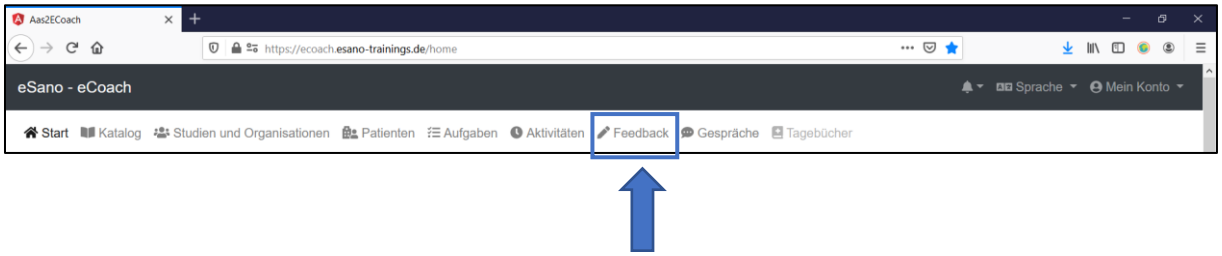

Unter „Antwortbögen“ können Sie die Antworten der/des Teilnehmer:in zum jeweiligen Online-Modul einsehen.



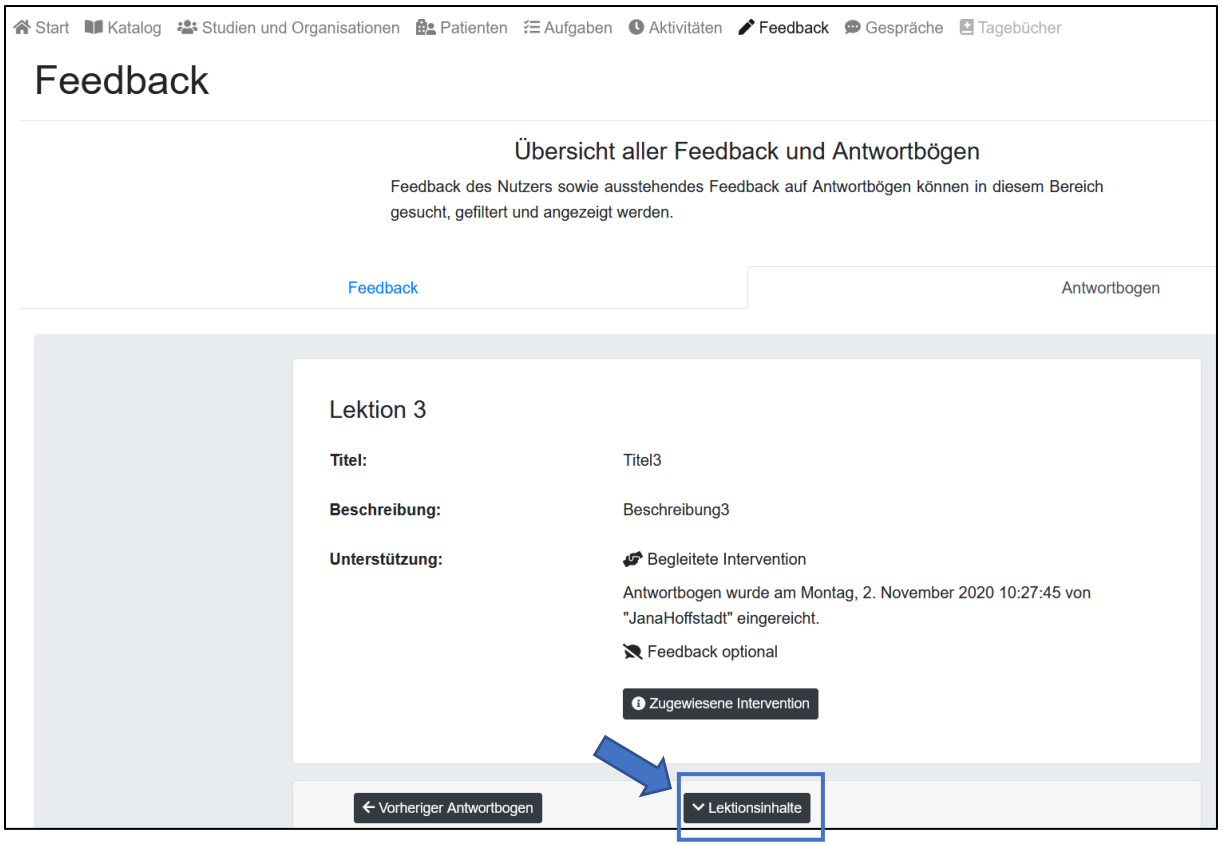
## Teilnehmer:innen online Feedback geben

Möglichkeit 1: Übers Dashboard direkt auf „Feedback abgeben“ klicken:

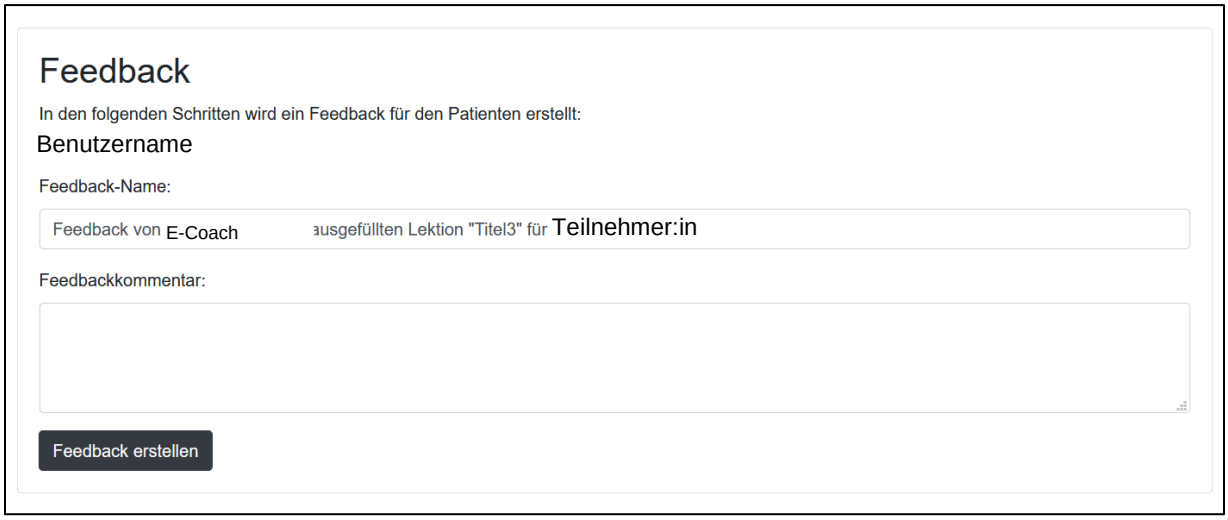
Möglichkeit 2: In der Startleiste den Reiter „Feedback“ auswählen




Unter „Lektionsinhalte“ können Sie die ganze Seite des Online-Moduls inklusive der Antworten Ihrer / Ihres Teilnehmer:in sehen. Sie können die Lektionsinhalte aber auch ausblenden, indem sie auf den kleinen Pfeil daneben klicken (▼).

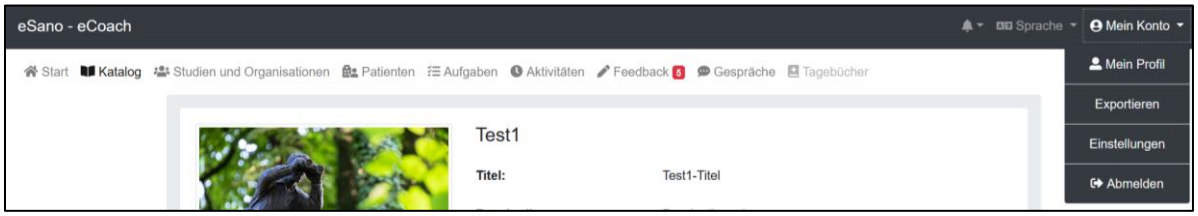


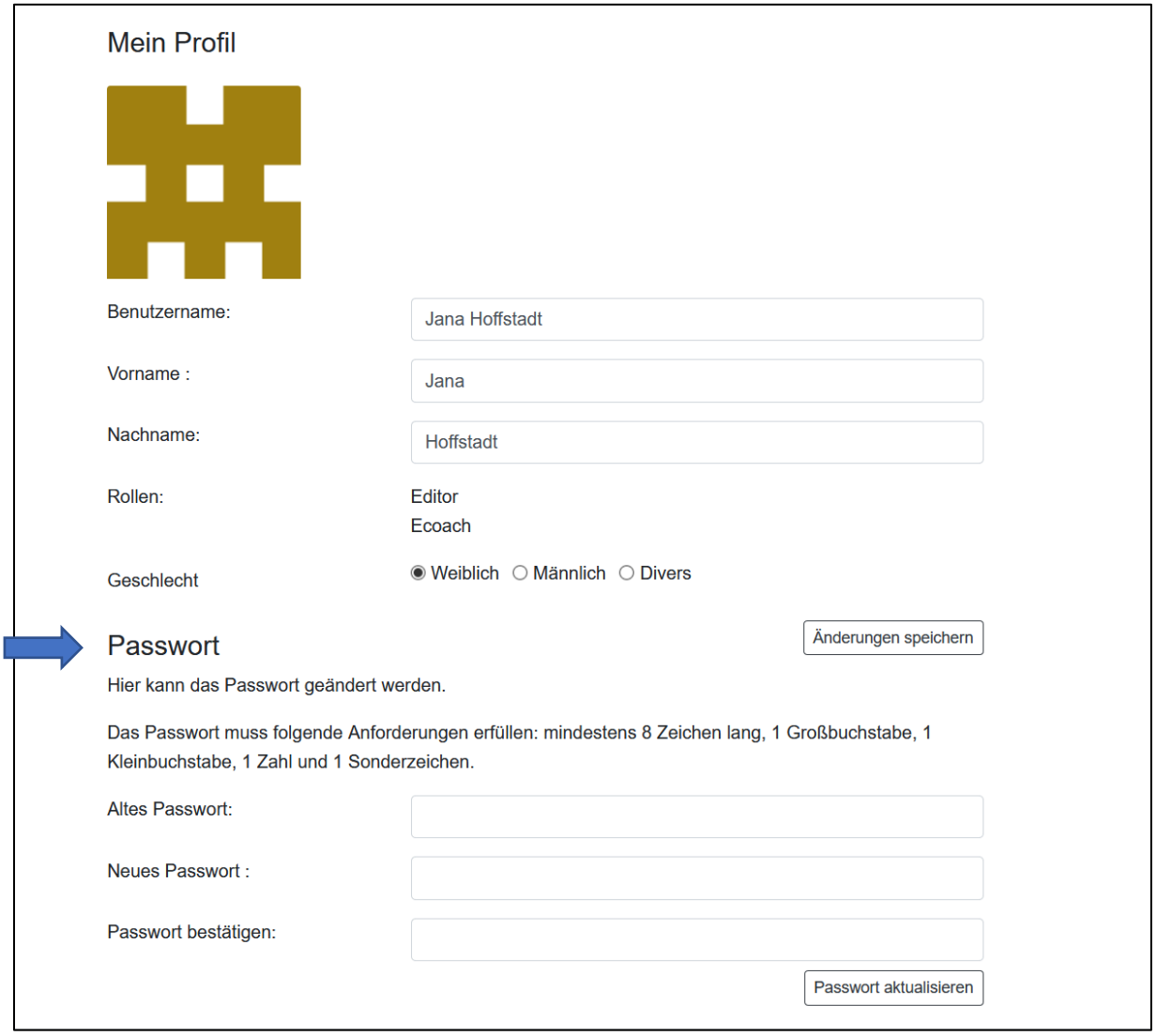

Darunter erscheint das Eingabefenster für Ihr Feedback.



# Passwort ändern

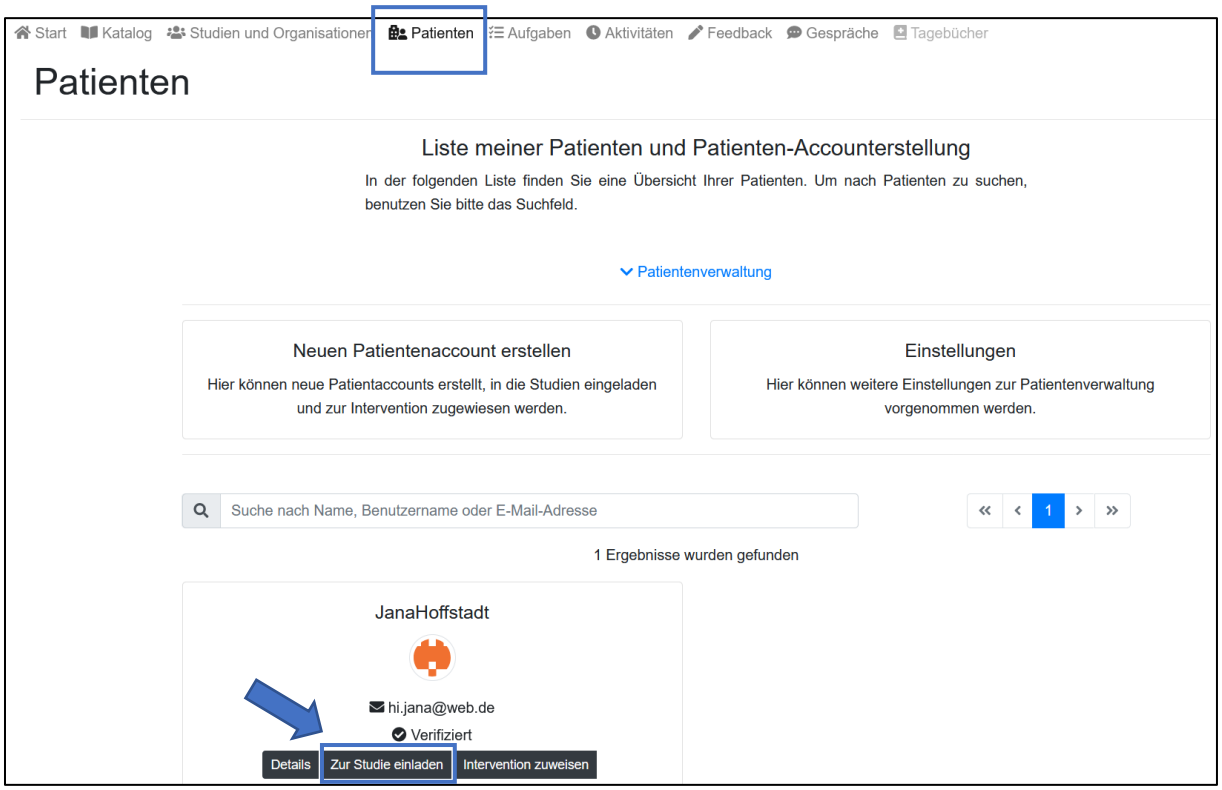
In der Startleiste unter „Mein Konto“ auf „Mein Profil“ gehen:

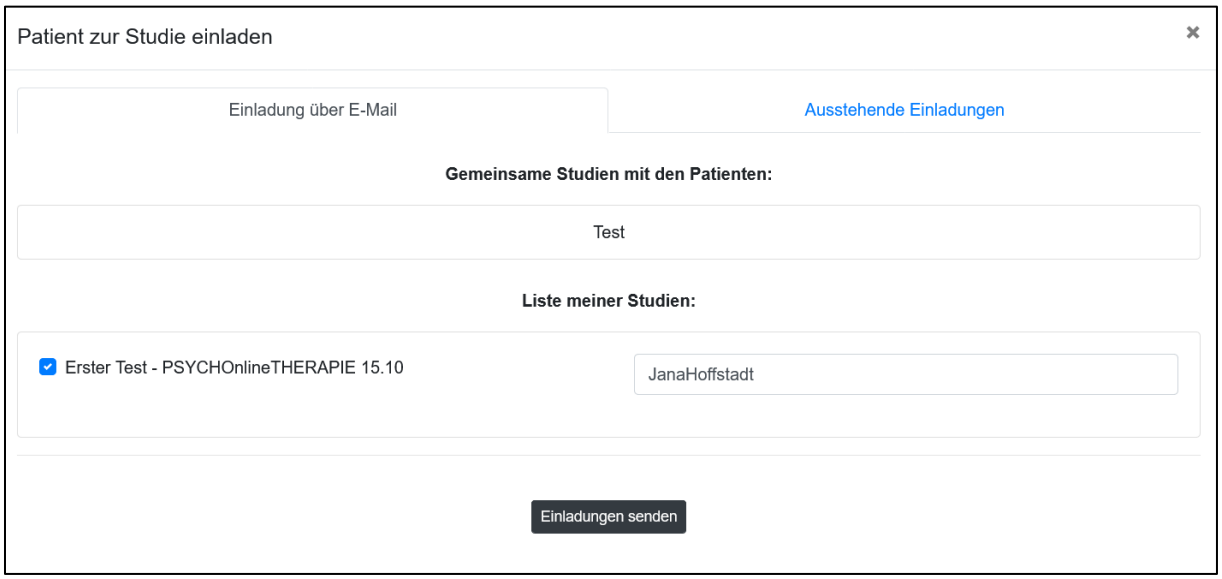


# Studieneinladungsmail erneut verschicken

In der Startleiste auf den Reiter „Teilnehmern“ gehen und bei der/dem Teilnehmer:in den Button „Zur Studie einladen“ klicken.



# Willkommen!

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir möchten Ihnen die Gelegenheit geben, sich an der deutschlandweiten, multizentrischen Studie CHIMPS als Zuweiser in psychiatrische Fachkliniken zu beteiligen.

Am Institut für Medizinsiche Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg, wird aktuell untersucht, ob und nach welchen Kriterien Haus- und Fachärzte ihre Patientinnen und Patienten in psychiatrische Fachkliniken überweisen.

Sie finden hier eine Fragenauswahl, die in der Beantwortung nicht länger als 10 Minuten benötigt und uns hilfreiche Einblicke in die Zuweiserpraxis in Deutschland geben kann.

Wir danken Ihnen sehr für die Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen
PD Dr. Silke Pawils
Philip Kaczmarek M.Sc.

# Datenschutzerklärung

Sie erklären sich damit einverstanden, dass die im Online-Fragebogen mitgeteilten Angaben („Forschungsdaten“) vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre erhoben, gespeichert, übermittelt und genutzt werden. Die Forschungsdaten werden mit wissenschaftlichen Methoden ausschließlich gruppenstatistisch ausgewertet, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Institution oder Person möglich sind. Die genutzten Forschungsdaten werden ggf. für wissenschaftliche Veröffentlichungen genutzt.

Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung der Daten ist unwiderruflich, da aufgrund der anonymisierten Form der Umfrage keine teilnehmerbezogene Löschung durchgeführt werden kann.

Die Forschungsergebnisse und Forschungsdaten werden zum Nachweis der guten wissenschaftlichen Praxis nach Projektabschluss für 10 Jahre beim Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf aufbewahrt und in einem Forschungsdatenzentrum archiviert.

Durch die Teilnahme an der Umfrage bestehen für Sie zu keinem Zeitpunkt weder Vor- noch Nachteile.

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind somit geschlechtsneutral zu verstehen.

**Sind Sie mit der Datenschutzerklärung einverstanden und möchten somit die Befragung starten?**

- ◯ Ja, ich bin mit der Datenschutzerklärung einverstanden
- ◯ Nein, ich bin mit der Datenschutzerklärung NICHT einverstanden

**B102** B2

1 = Ja, ich bin mit der Datenschutzerklärung einverstanden
2 = Nein, ich bin mit der Datenschutzerklärung NICHT einverstanden
-9 = nicht beantwortet

**2 aktive(r) Filter**

**Filter B102/F1**
Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann nach dem Klick auf "Weiter" den Text **G101** anzeigen und das Interview beenden

**Filter B102/F2**
Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **3**
Dann nach dem Klick auf "Weiter" den Text **G101** anzeigen und das Interview beenden

**Des Weiteren bitten wir Sie, die folgenden Schritte zur Erstellung ihrer individuellen Chiffre zu befolgen.**

| | |
|---|---|
| Letzter Buchstabe des Geburtsmonats | |
| Zweiter Buchstabe des Vornamens der Mutter | |
| Erster Buchstabe des Geburtsorts | |
| Zweiter Buchstabe des Geburtsorts | |

**B103_01** Letzter Buchstabe des Geburtsmonats
**B103_02** Zweiter Buchstabe des Vornamens der Mutter
**B103_03** Erster Buchstabe des Geburtsorts
**B103_04** Zweiter Buchstabe des Geburtsorts
Offene Texteingabe

## Seite 04

**Ich weise aktuell Patienten in die Erwachsenenpsychiatrie XY ein.**

Ja

Nein

**C101** Auswahl Kärtchen
1 = Ja
2 = Nein
-9 = nicht beantwortet

**1 aktive(r) Filter**

**Filter C101/F1**
Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann nach dem Klick auf "Weiter" den Text **G101** anzeigen und das Interview beenden

## Seite 05

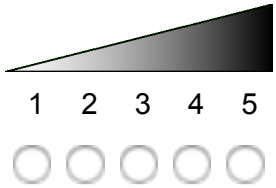
**Um wie viele Patienten handelt es sich dabei durchschnittlich pro Quartal?**

**C102_01** [01]
Offene Texteingabe

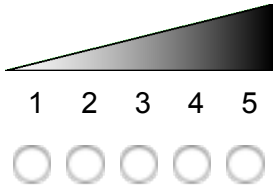
## Seite 06

**Welchen Stellenwert haben folgende patienten- und krankheitsbezogenen Kriterien für Ihre Verordnung einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung?**

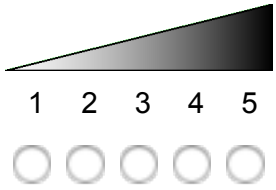
Schweregrad der aktuellen Symptomatik



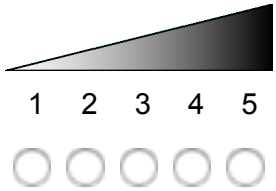

Berufliche Situation



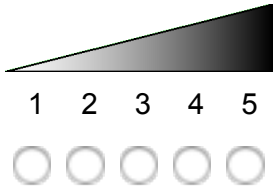

Krankheitsgeschichte



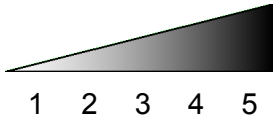

Minderjährige Kinder im gleichen Haushalt lebend



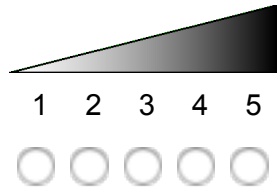

Bisheriger Krankheitsverlauf



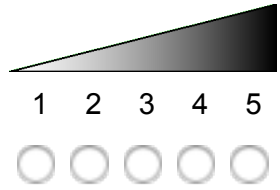

Familienstand



Patientenwunsch einer stationären Behandlung




Alter des Patienten




**D101_01** Schweregrad der aktuellen Symptomatik
**D101_08** Berufliche Situation
**D101_02** Krankheitsgeschichte
**D101_07** Minderjährige Kinder im gleichen Haushalt lebend
**D101_03** Bisheriger Krankheitsverlauf
**D101_06** Familienstand
**D101_04** Patientenwunsch einer stationären Behandlung
**D101_05** Alter des Patienten

1 = [1]
2 = [2]
3 = [3]
4 = [4]
5 = [5]
-9 = nicht beantwortet

**Welchen Stellenwert haben die von Ihnen bewerteten Kriterien untereinander? Bitte bringen Sie folgende Kriterien in eine Rangreihenfolge, bei der 1) das wichtigste und 8) das unwichtigste globale Kriterium für Ihre Verordnung einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung darstellt.**

Bitte ziehen Sie die Kärtchen auf den von Ihnen ausgewählten Rang.

| | | |
|---|---|---|
| **Schweregrad der Symptomatik** | **Krankheitsgeschichte** | **1** |
| **Bisheriger Krankheitsverlauf** | **Patientenwunsch einer stationären Behandlung** | **2** |
| **Alter des Patienten** | **Familienstand** | **3** |
| **Minderjährige Kinder im gleichen Haushalt lebend** | **Berufliche Situation** | **4** |
| | | **5** |
| | | **6** |
| | | **7** |
| | | **8** |

**D102_01** Schweregrad der Symptomatik
**D102_02** Krankheitsgeschichte
**D102_03** Bisheriger Krankheitsverlauf
**D102_04** Patientenwunsch einer stationären Behandlung
**D102_05** Alter des Patienten
**D102_06** Familienstand
**D102_07** Minderjährige Kinder im gleichen Haushalt lebend
**D102_08** Berufliche Situation

1 = Rangplatz 1
2 = Rangplatz 2
3 = Rangplatz 3
4 = Rangplatz 4
5 = Rangplatz 5
6 = Rangplatz 6
7 = Rangplatz 7
8 = Rangplatz 8
-9 = nicht eingeordnet

**Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?**

**Minderjährige, im gleichen Haushalt lebende Kinder psychisch kranker Eltern...**

weisen erhöhte Vulnerabilitäten für (psychische-) Auffälligkeiten auf.

| stimme gar nicht zu | | | | stimme voll zu | kann ich nicht beurteilen |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

werden in der Therapieplanung des betroffenen Elternteils berücksichtigt.

| stimme gar nicht zu | | | | stimme voll zu | kann ich nicht beurteilen |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

benötigen zusätzlich Unterstützung, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt.

| stimme gar nicht zu | | | | stimme voll zu | kann ich nicht beurteilen |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

sollten durch familienzientrierte Interventionen mit in die Therapie einbezogen werden.

| stimme gar nicht zu | | | | stimme voll zu | kann ich nicht beurteilen |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

spielen für die Behandlung psychisch kranker Eltern eine untergeordnete Rolle.

| stimme gar nicht zu | | | | stimme voll zu | kann ich nicht beurteilen |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

sollten bei stationärer Behandlung der Eltern ebenfalls einem psychologischen Screening unterzogen werden.

| stimme gar nicht zu | | | | stimme voll zu | kann ich nicht beurteilen |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

**E101_01** weisen erhöhte Vulnerabilitäten für (psychische-) Auffälligkeiten auf.

**E101_02** werden in der Therapieplanung des betroffenen Elternteils berücksichtigt.

**E101_03** benötigen zusätzlich Unterstützung, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt.

**E101_04** sollten durch familienzientrierte Interventionen mit in die Therapie einbezogen werden.

**E101_05** spielen für die Behandlung psychisch kranker Eltern eine untergeordnete Rolle.

**E101_06** sollten bei stationärer Behandlung der Eltern ebenfalls einem psychologischen Screening unterzogen werden.

1 = stimme gar nicht zu [0]
2 = [1]
3 = [2]
4 = [3]
5 = stimme voll zu [4]
-1 = kann ich nicht beurteilen
-9 = nicht beantwortet

**Sind Ihnen in der Erwachsenenpsychiatrie XY klinikinterne Angebote für Eltern mit minderjährigen Kindern wie bspw. Eltern-Kind-Behandlungen, Elternberatungen, oder -gruppen bekannt?**

- ○ Ja, nämlich:
- ○ Nein.

**E102** E1b
1 = Ja, nämlich:
2 = Nein.
-9 = nicht beantwortet

**E102_01** Ja, nämlich
Offene Texteingabe

**2 aktive(r) Filter**

**Filter E102/F1**
Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **E103** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

**Filter E102/F2**
Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann Seite(n) **jump1, jump2** des Fragebogens ausblenden

## Seite 10

**jump1**

**Haben Sie bereits explizit wegen der genannten Familienintervention in die Erwachsenenpsychiatrie XY eingewiesen?**

- ◯ Ja
- ◯ Nein

**E103** e1c
1 = Ja
2 = Nein
-9 = nicht beantwortet

**2 aktive(r) Filter**

**Filter E103/F1**
Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann in Frage **E104** die Items ausblenden

**Filter E103/F2**
Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann Seite(n) **jump2** des Fragebogens ausblenden

## Seite 11

**jump2**

**Um wie viele Patienten handelt es sich dabei etwa im letzten Quartal?**

**E104** Anzahl der Nennungen
Ganze Zahl

**E104x01** Nennung 1
Offene Texteingabe

## Seite 12

**Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an**

- ◯ Weiblich
- ◯ Männlich
- ◯ Divers

**F101** F1a
1 = Weiblich
2 = Männlich
3 = Divers
-9 = nicht beantwortet

**Bitte geben Sie Ihr Alter an**

**F102_01** [01]
Offene Texteingabe

**Bitte geben Sie an, welcher der folgenden Berufsgruppen Sie angehören**

- ☐ Psychiater / Facharzt für Psychiatrie / Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- ☐ Neurologen / Facharzt für Neurologie / Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
- ☐ Nervenheilkunde / Facharzt für Nervenheilkunde
- ☐ Hausarzt / Allgemeinmediziner / Praktischer Arzt
- ☐ Internist (hausärztlich/ fachärztlich) / Facharzt für Innere Medizin
- ☐ Ärztlicher Psychotherapeut / (Facharzt für) Psychotherapeutische Medizin
- ☐ Psychologischer Psychotherapeut

**F103** F1c: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen
Ganze Zahl
**F103_01** Psychiater / Facharzt für Psychiatrie / Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
**F103_02** Neurologen / Facharzt für Neurologie / Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
**F103_03** Nervenheilkunde / Facharzt für Nervenheilkunde
**F103_04** Hausarzt / Allgemeinmediziner / Praktischer Arzt
**F103_05** Internist (hausärztlich/ fachärztlich) / Facharzt für Innere Medizin
**F103_06** Ärztlicher Psychotherapeut / (Facharzt für) Psychotherapeutische Medizin
**F103_07** Psychologischer Psychotherapeut
1 = nicht gewählt
2 = ausgewählt

**Bitte geben Sie die Dauer Ihrer Berufstätigkeit in Jahren an.**

**F104_01** [01]
Offene Texteingabe

**Bitte geben Sie die Art ihrer Praxis an**

- ◯ Einzelpraxis
- ◯ Gemeinschaftspraxis
- ◯ MVZ

**F105** F1e
1 = Einzelpraxis
2 = Gemeinschaftspraxis
3 = MVZ
-9 = nicht beantwortet

Ich behandle ausschließlich...

- ◯ gesetzlich versicherte Patienten
- ◯ privat versicherte Patienten
- ◯ sowohl als auch
- ◯ keine Angabe

**F106** F1f
1 = gesetzlich versicherte Patienten
2 = privat versicherte Patienten
3 = sowohl als auch
4 = keine Angabe
-9 = nicht beantwortet

Meine Patienten stammen überwiegend aus einem ...

- ◯ städtischen Umkreis
- ◯ ländlichen Umkreis
- ◯ sowohl als auch

**F107** F1g
1 = städtischen Umkreis
2 = ländlichen Umkreis
3 = sowohl als auch
-9 = nicht beantwortet

---

**Letzte Seite**

# Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Bei Rückfragen melden Sie sich bitte unter p.kaczmarek@uke.de

# 1. Methodik TP: Optimale Zugangswege (Pathway to Care)

## 1.1 Durchführung

Zum Erhebungszeitpunkt wurden *N* = 18 psychiatrische Kliniken in Deutschland aus dem CHIMPS-NET-Konsortium einer von zwei Studienbedingungen (IG oder KG) cluster-randomisiert zugeteilt. Die Cluster-Randomisierung fand ohne Stratifizierungen oder Gewichtungen statt. Insgesamt wurden so acht Kliniken der IG und zehn Kliniken der KG zugeteilt. Jede teilnehmende Klinik implementierte die Interventionen (NVF) aus CHIMPS-NET in ihre stationäre und ambulante Versorgung, wobei die Kliniken in der IG zusätzlich durch das hier beschriebene TP zur Optimierung der ambulanten Zugangswege sowie durch die Implementierungsprojekte TP Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten der Fachkräfte und TP Screening, Früherkennung und Inanspruchnahme unterstützt wurden. Um die Wirksamkeit der implementierungsinterventionen zu prüfen, fand eine zufällige Auswahl der Implementierungskliniken statt (Laser et al., 2022).

Wenngleich der Begriff der psychiatrischen Pflichtversorgung keiner finalen Definition unterliegt, ist damit grundsätzlich eine gesetzliche Verpflichtung des Krankenhauses gemeint, psychisch kranke Menschen aus einer bestimmten Region, folglich Versorgungsregion, aufzunehmen (Ziereis et al., 2020). Zur Stichprobenakquise wurden im ersten Schritt die teilnehmenden Kliniken nach ihren Versorgungsregionen telefonisch oder per E-Mail befragt. Diese wurden als Postleitzahl übermittelt. Als Stichprobe wurden dementsprechend alle ambulanten Haus- und Fachärzt*innen, Psychiater*innen und Neurolog*innen innerhalb der durch Postleitzahlen definierten Versorgungsregionen definiert und eingeschlossen. Auf dieser Grundlage wurde eine onlinebasierte Suche über die Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer in den zuvor definierten Versorgungsregionen getätigt. Dazu wurden übergeordnet die Begriffe *Neurologe*, *Psychiater* und *Hausarzt* verwendet (11880, o. J.; Doctolib, o. J.; Gelbe Seiten, o. J.; jameda, o. J.; MEDPERTISE, 2008; Qimeda, o. J.; sanego, o. J.; Weisse Liste, o. J.; Gesundheit, o. J.). Zusätzlich wurde die Suche durch Berufsqualifikationen, die häufig ein ähnliches oder gleiches Tätigkeitsfeld abdecken, erweitert. So wurden beispielsweise ebenfalls für die Berufsgruppe der Psychiater*innen die Begriffe *Facharzt für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychotherapie* verwendet und für die Berufsgruppe der Hausärzt*innen ebenfalls Begriffe wie *praktischer Arzt* oder *Facharzt für Innere Medizin/Allgemeinmedizin*. Zusätzlich wurden 245 Adressen ambulanter Fachärzt*innen für Psychiatrie durch den Adressanbieter *Scitrace* (2021) zur weiteren Akquise erworben. Auf diesem Weg wurden alle genannten Ärzt*innen dieser Berufsangehörigkeit in den 18 Versorgungsregionen mit ihren Kontaktdaten (Postanschrift oder E-Mail-Adresse) inkludiert.

## 1.2 Fragestellung und Hypothesen

Welche Einstellungen und Kenntnisse haben die ambulanten Hausärzt*innen und Psychiater*innen hinsichtlich familienzentrierter Angebote bei psychischen Erkrankungen ihrer erwachsenen Patient*innen? Kann sich dieses Vorwissen im Prä-Post-Vergleich zwischen IG und KG (TAU) verändern? In der vorliegenden Studie wurde geprüft, inwiefern eine niedrigschwellige, an die ambulanten Zuweiser*innen adressierte Informationskampagne dazu beitragen kann, dass a) die Sensibilität der Zuweiser*innen (*gatekeeper*) für die Problematik in Familien mit psychisch kranken Elternteilen erhöht wird, so dass b) die Patient*innen eher einen Zugang zu spezifischen Versorgungsangeboten finden.

Dementsprechend wurden folgende Arbeitshypothesen formuliert:

Zur Baseline (T0) unterscheiden sich die Zuweiser*innen der beiden Gruppenbedingungen in den abgefragten Konstrukten 1 bis 5 (siehe **Operationalisierung** nicht. Nachdem die Zuweiser*innen der IG den Flyer erhalten haben und neun Monate später erneut zum zweiten Messzeitpunkt (T1) befragt werden, lässt sich ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied im Vergleich zur KG, vor allem im Konstrukt 4 *Minderjährige Kinder im Haushalt* feststellen. Zuweiser*innen, die über die NVF aus CHIMPS-NET informiert wurden, können dies benennen, können Prävalenzen der Betroffenen genauer der Studienlage nach einschätzen und tätigen eine erhöhte Rate an zielgruppenspezifischen Überweisungen in die jeweilige regionale Klinik. Im Vergleich zu anderen soziodemographischen Zuweisungskriterien wird das Kriterium *Patient*innen mit minderjährigen Kindern im Haushalt* in der IG höher bewertet. Insgesamt wurde durch eine Veränderung der angesprochenen Parameter erwartet, dass die Zuweiser*innen die KJPKE vermehrt und bestenfalls in einem familienzentrierten Kontext wahrnehmen, wodurch die Betroffenen an für sie passende Intervention vermittelt würden.

### 1.3 Operationalisierung

Zur Operationalisierung der Fragestellung wurde den identifizierten Behandler*innen bei vorliegender E-Mail-Adresse ein semi-strukturierter Onlinefragebogen inklusive Datenschutzerklärung (siehe **Anlage Nr. 10**) geschickt. Der Onlinefragebogen wurde durch die Web-Applikation zum Erstellen von Online-Fragebögen SoSci Survey (Leiner, 2021) erstellt. Konnte keine E-Mail-Adresse erhoben werden, wurde ein semi-strukturierter Paper-Pencil-Fragebogen an die hinterlegte Postanschrift versendet. Die Fragebögen unterschieden sich nicht und unabhängig vom Befragungsmedium wurde ausschließlich ein Fragebogen pro Anschrift versendet. Doppelte Adressen, beispielsweise aufgrund von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Gemeinschaftspraxen, wurden demnach vor der Erhebung ausgeschlossen. Zum ersten Messzeitpunkt (T0) Ende 2020 und unabhängig von der jeweiligen Gruppenbedingung wurden alle Zuweiser*innen danach befragt, ob diese auch tatsächlich Patient*innen in die regionale Klinik zuwiesen und um wie viele es sich hierbei durchschnittlich im Jahr handelte. Folglich wurde so zwischen potenziellen und tatsächlichen Zuweiser*innen unterschieden, um die zuvor aufgestellte Hypothese der (Pflicht-)Versorgungsregionen zu unterstützen. Darüber hinaus wurden die Versorger*innen zu folgenden Konstrukten befragt:
(1) Kriterien der Krankenhauszuweisung
(2) Gewichtung der Zuweisungskriterien
(3) Prävalenzschätzung von minderjährigen KJPKE
4) Sind familienzentrierte Angebote in der Klinik bekannt?
5) Soziodemographische Daten der Zuweiser*innen.
Drei Monate nach der Baseline (T0) aller Zuweiser*innen erhielten die Zuweiser*innen der IG Informationsmaterial über die NVF in CHIMPS-NET. Dieses Informationsmaterial wurde den Zuweiser*innen in Form eines Flyers postalisch zugesendet. Der Flyer verfolgte das Ziel, die ambulanten Versorger*innen über die Notwendigkeit von CHIMPS-NET aufzuklären und sie für die Thematik psychisch belasteter Patient*innen mit KJ, aber auch in ihrer Verantwortlichkeit (Lotsenfunktion) als ambulante Zuweiser*innen, zu sensibilisieren. Überschriften des Flyers lauteten beispielsweise *Was ist CHIMPS-NET?*, *Notwendigkeit* und *Was kann ich als Zuweiser*in tun?* Ein Jahr nach dem ersten Messzeitpunkt (T0) wurde der zweite Messzeitpunkt (T1) initiiert. Hier wurden erneut alle Zuweiser*innen, unabhängig von der Gruppenbedingung, mit dem zu T0 identischen Fragebogen befragt.

## 2. Ergebnisse TP: Optimale Zugangswege (Pathway to Care)

## 2.1 Deskriptive Statistik

Die Zuweiser*innen wurden als Erstes zu den Kriterien der Krankenhauszuweisung befragt, diese konnten jeweils von 1-5 bewertet werden (1 = *sehr unwichtig* bis 5 = *sehr wichtig*). Von den insgesamt *N* = 512 befragten Zuweiser*innen wurden *Schweregrad der aktuellen Symptomatik* (*M* = 4,90; *sd* = 0,34) und *Bisheriger Krankheitsverlauf* (*M* = 4,17, *sd* = 0,73) als wichtigstes Kriterium der Zuweisung bewertet. Als unwichtigste Kriterien wurden *Familienstand* (*M* = 2,40, *sd* = 1,04) und *Alter der Patient*innen* (*M* = 2,35, *sd* = 1,06) bewertet. Eine vollständige Übersicht zeigt **Tabelle 1**. Die Bewertung sowohl im Vergleich der Prä-Post-Befragung als auch KG und IG zeigte keine signifikanten Veränderungen.

| Zuweisungskriterien | Missing n | Gesamt *M* (*sd*) range | T0 *M* (*sd*) range | | T1 *M* (*sd*) range | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Intervention *n* = 88 | Kontrolle *n* = 221 | Intervention *n* = 69 | Kontrolle *n* = 134 |
| Schweregrad der aktuellen Symptomatik | 11 | 4,90 (0,34) 1 – 5 | 4,84 (0,40) 3 – 5 | 4,91 (0,28) 4 – 5 | 4,94 (0,24) 4 – 5 | 4,90 (0,43) 1 – 5 |
| Bisheriger Krankheitsverlauf | 13 | 4,17 (0,73) 1 – 5 | 4,14 (0,72) 2 – 5 | 4,16 (0,70) 2 – 5 | 4,14 (0,89) 1 – 5 | 4,21 (0,69) 2 – 5 |
| Krankheitsgeschichte | 14 | 3,98 (0,82) 2 – 5 | 3,98 (0,85) 2 – 5 | 3,96 (0,79) 2 – 5 | 3,85 (0,90) 2 – 5 | 4,07 (0,82) 2 – 5 |
| Patient*innenwunsch einer stationären Behandlung | 10 | 3,83 (0,93) 1 – 5 | 3,80 (0,96) 1 – 5 | 3,84 (0,92) 1 – 5 | 3,80 (0,96) 1 – 5 | 3,84 (0,94) 1 – 5 |
| Minderjährige Kinder im Haushalt | 27 | 3,37 (1,03) 1 – 5 | 3,43 (1,22) 1 – 5 | 3,33 (1,03) 1 – 5 | 3,45 (1,00) 1 – 5 | 3,35 (0,93) 1 – 5 |
| Berufliche Situation | 22 | 2,83 (0,99) 1 – 5 | 2,81 (1,10) 1 – 5 | 2,80 (0,94) 1 – 5 | 2,99 (0,99) 1 – 5 | 2,80 (1,01) 1 – 5 |
| Familienstand | 19 | 2,40 (1,04) 1 – 5 | 2,41 (1,08) 1 – 5 | 2,33 (0,99) 1 – 5 | 2,45 (1,03) 1 – 5 | 2,49 (1,01) 1 – 5 |
| Alter der Patient*innen | 25 | 2,35 (1,06) 1 – 5 | 2,45 (1,15) 1 - 5 | 2,35 (0,98) 1 – 5 | 2,27 (1,12) 1 – 5 | 2,34 (1,10) 1 – 5 |

**Tabelle 1:** *Kriterien der Krankenhauszuweisung (N = 512)*

Daraufhin wurden die Zuweiser*innen gebeten, die Zuweisungskriterien untereinander zu gewichten, von Rang 1 bis 8 (Rang 1 = wichtigstes Kriterium; Rang 8 = unwichtigstes Kriterium). Die Zuweisungskriterien *Schweregrad der aktuellen Symptomatik* (*M* = 1,11; *sd* = 0,74) und *Bisheriger Krankheitsverlauf* (*M* = 3,06; *sd*

= 1,48) wurden erneut als am wichtigsten bewertet. *Familientand* (*M* = 6,5; *sd* = 1,46) und Alter der Patient*innen (*M* = 6,67; *sd* = 1,60) wurden als unwichtigste Kriterien gesehen. Zwischen der T0- und T1-Befragung sowie zwischen der IG und KG gab es keine signifikanten Unterschiede. Eine vollständige Übersicht zeigt **Tabelle 2**.

| Zuweisungskriterien | Missing n | Gesamt *M* (*sd*) range | T0 *M* (*sd*) range | | T1 *M* (*sd*) range | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Intervention *n* = 88 | Kontrolle *n* = 221 | Intervention *n* = 69 | Kontrolle *n* = 134 |
| Schweregrad der Symptomatik | 18 | 1,11 (0,74) 1 – 8 | 1,13 (0,79) 1 – 8 | 1,08 (0,61) 1 – 8 | 1,04 (0,21) 1 – 2 | 1,19 (1,02) 1 – 8 |
| Bisheriger Krankheitsverlauf | 27 | 3,06 (1,48) 1 – 8 | 2,98 (1,13) 1 – 7 | 2,81 (1,16) 1 – 7 | 3,49 (1,98) 1 – 8 | 3,31 (1,76) 1 – 8 |
| Krankheitsgeschichte | 29 | 3,09 (1,33) 1 – 8 | 3,07 (1,33) 1 – 7 | 3,12 (1,26) 1 – 7 | 3,25 (1,47) 2 – 8 | 2,97 (1,37) 1 – 8 |
| Patientenwunsch einer stationären Behandlung | 24 | 4,15 (1,76) 1 – 8 | 4,20 (1,90) 1 – 8 | 4,11 (1,77) 1 – 8 | 4,08 (1,68) 1 – 8 | 4,21 (1,71) 1 – 8 |
| Minderjährige Kinder im Haushalt | 37 | 4,81 (1,71) 1 – 8 | 5,01 (1,89) 1 – 8 | 4,76 (1,66) 1 – 8 | 4,63 (1,77) 1 – 8 | 4,87 (1,62) 1 – 8 |
| Berufliche Situation | 38 | 5,32 (1,75) 1 – 8 | 5,54 (1,75) 1 – 8 | 5,39 (1,69) 1 – 8 | 5,03 (1,72) 1 – 8 | 5,22 (1,84) 1 – 8 |
| Familienstand | 35 | 6,5 (1,46) 1 – 8 | 6,46 (1,71) 1 – 8 | 6,59 (1,41) 1 – 8 | 6,54 (1,38) 1 – 8 | 6,37 (1,42) 2 – 8 |
| Alter des Patienten | 29 | 6,67 (1,60) 1 – 8 | 6,65 (1,63) 2 – 8 | 6,65 (1,57) 1 – 8 | 6,88 (1,41) 2 – 8 | 6,60 (1,72) 1 – 8 |

**Tabelle 2:** *Gewichtung der Zuweisungskriterien (N = 512)*

Im nächsten Teil der Befragung sollten die Zuweiser*innen den Anteil erwachsener Psychiatriepatient*innen, bei denen ein minderjähriges Kind im Haushalt lebt (Prävalenz in Deutschland) schätzen. Im Durchschnitt wurde die Prävalenz mit 28,39% (*sd* = 16,57; range = 0,00-85,00) geschätzt.
Von der IG wurde die Prävalenz zu T0 höher eingeschätzt (28,32%) als von der KG (27,76%); ebenso zu T1 (IG 30,49%; KG 28,33%). Insgesamt wurde die Prävalenz zu T1 als höher eingeschätzt als zu T0.

Von den befragten *N* = 512 Zuweiser*innen weisen *n* = 405 (79,1%) in die Erwachsenenpsychiatrie der jeweiligen Fachklinik ein. 20,5% der Befragten weisen nicht in die Erwachsenenpsychatrie der nächstgelegenen Fachklinik ein. Befragte

Zuweiser*innen der IG weisen öfter in Kliniken ein als in der KG. Durchschnittlich weisen die befragten Zuweiser*innen 9,6 Patient*innen pro Jahr in die Erwachsenenpsychiatrie ein, wobei in der IG mehr Patient*innen eingewiesen werden als in der KG. Eine vollständige Übersicht zeigt **Tabelle 3**.

| Kategorie | Missing *n* | Gesamt *M* (*sd*) range | T0 *M* (*sd*) range | | T1 *M* (*sd*) range | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Intervention *n* = 88 | Kontrolle *n* = 221 | Intervention *n* = 69 | Kontrolle *n* = 134 |
| Ja | 2 (0,4%) | 405 (79,1%) | 73 (83,0%) | 173 (78,6%) | 55 (80,9%) | 104 (77,6%) |
| Nein | | 105 (20,5%) | 15 (17,0%) | 47 (21,4%) | 13 (19,1%) | 30 (22,4%) |
| | | Gesamt *M* (*sd*) range | t0 *M* (*sd*) range | t1 *M* (*sd*) range | t0 *M* (*sd*) range | t1 *M* (*sd*) range |
| | | | Intervention *n* = 88 | Kontrolle *n* = 221 | Intervention *n* = 69 | Kontrolle *n* = 134 |
| Durchschnittliche Patient*innenüberweisung in Fachklinik pro Jahr (*n* = 412) | 50 | 9,60 (12,52) 0,00 – 100,00 | 12,29 (17,35) 0,25 – 100,00 | 7,59 (8,40) 0,00 – 70,00 | 10,77 (11,63) 0,00 – 50,00 | 10,49 (14,38) 1,00 – 100,00 |

**Tabelle 3:** *Zuweisung in Fachklinik (N = 512)*

Als Nächstes wurden die Zuweiser*innen befragt, ob ihnen in den jeweiligen Erwachsenenpsychiatrien Angebote für Eltern mit minderjährigen KJ bekannt sind. Insgesamt waren 39 Zuweiser*innen (7,6%) Angebote bekannt. Ein Grund zur Einweisung war dieses Angebot in 28,9% der Fälle. Eine vollständige Übersicht zeigt **Tabelle 4**.

| Kategorie | Missing *n* | Gesamt *n* (%) | T0 *n* (%) | | T1 *n* (%) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Intervention *n* = 88 | Kontrolle *n* = 221 | Intervention *n* = 69 | Kontrolle *n* = 134 |
| Ja | 4 (0,8%) | 39 (7,6%) | 6 (6,8%) | 14 (6,3%) | 7 (10,1%) | 12 (9,0%) |
| Nein | | 469 (91,6%) | 82 (93,2%) | 206 (93,2%) | 61 (88,4%) | 120 (89,6%) |
| War Angebot jemals Grund für Einweisung (*n* = 38) | | | | | | |
| Ja | 0 (0%) | 11 (28,9%) | 3 (50%) | 4 (30,8%) | 1 (16,7%) | 3 (23,1%) |
| Nein | | 27 (71,1%) | 3 (50%) | 9 (69,2%) | 5 (83.3%) | 10 (76,9%) |

**Tabelle 4:** *Bekanntheit von Familienangeboten in Kliniken (N = 512)*

Von den *N* = 512 befragten Zuweiser*innen waren 50,9% weiblich, 48,9% männlich und 0,2% identifizierten sich als divers. Als häufigste Berufsgruppe waren Hausärzt*innen/Allgemeinmediziner*innen/Internist*innen/Praktische Ärzt*innen (74,0%) und Psychiater*innen (12,5%) vertreten. Die Mehrheit der Zuweiser*innen waren in Einzelpraxen (65,9%) oder Gemeinschaftspraxen (29,5%) tätig und nahezu alle (98,2%) behandeln sowohl gesetzlich Versicherte als auch Privatpatient*innen. Im Durchschnitt waren die befragten Zuweiser*innen 56,22 Jahre alt und hatten 26,4 Jahre Berufserfahrung. Eine vollständige Übersicht zeigt **Tabelle 5**.

| Kategorie | Total *n* (%) | T0 *n* (%) | | T1 *n* (%) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | IG *n* = 88 | KG *n* = 221 | IG *n* = 69 | KG *n* = 134 |
| Geschlecht | | | | | |
| Weiblich | 257 (50,9%) | 49 (55,7%) | 111 (50,7%) | 36 (53,7%) | 61 (46,6%) |
| Männlich | 247 (48,9%) | 39 (44,3%) | 108 (49,3%) | 30 (44,8%) | 70 (53,4%) |
| Divers | 1 (0,2%) | 0 | | 0 | |
| Beruf | | | | | |
| Psychiater*in | 64 (12,5%) | 14 (15,9%) | 23 (10,5%) | 11 (16,4%) | 16 (12,2%) |
| Neurolog*in | 34 (6,6%) | 4 (4,5%) | 13 (5,9%) | 6 (9,0%) | 11 (8,4%) |
| Nervenheilkunde | 8 (1,6%) | 0 | 3 (1,4%) | 1 (1,5%) | 4 (3,1%) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Hausärzt*in/Allgemeinmediziner*in/Internist*in/Praktische*r Ärzt*in | 379 (74,0%) | 66 (75%) | 172 (78,2%) | 45 (67,2%) | 96 (73,3%) |
| Ärztliche*r Psychotherapeut*in | 41 (8,0%) | 4 (4,5%) | 13 (5,9%) | 11 (16,4%) | 13 (9,9%) |
| Fachärzt*in Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | 11 (2,1%) | 1 (1,1%) | 8 (3,6%) | 0 | 2 (1,5%) |
| Sonstiges | 12 (2,4%) | 3 (3,4%) | 6 (2,7%) | 1 (1,5%) | 2 (1,5%) |
| Art der Praxis | | | | | |
| Einzelpraxis | 331 (65,9%) | 51 (58,6%) | 147 (67,4%) | 41 (62,1%) | 92 (70,2%) |
| Gemeinschaftspraxis | 148 (29,5%) | 32 (36,8%) | 62 (28,4%) | 23 (34,8%) | 31 (23,7%) |
| MVZ | 23 (4,6%) | 4 (4,6%) | 9 (4,1%) | 2 (3,0%) | 8 (6,1%) |
| Kassensitz | | | | | |
| Gesetzlich | 5 (1,0%) | 0 | 1 (0,5%) | 1 (1,5%) | 3 (2,3%) |
| Privat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Gesetzlich & privat | 503 (98,2%) | 88 (100%) | 219 (99,5%) | 67 (98,5%) | 129 (97,7%) |
| Kategorie | Total *n* (%) | T0 *M* (*sd*) range | | T1 *M* (*sd*) range | |
| | | IG *n* = 88 | KG *n* = 221 | IG *n* = 69 | KG *n* = 134 |
| Alter | 56,22 (9,5) 34 – 86 | 56,04 (10,24) 36 – 80 | 56,37 (9,63) 34 – 86 | 55,62 (9,86) 35 – 78 | 56,39 (8,69) 36 – 80 |
| Dauer Berufstätigkeit | 26,4 (10,6) 2 – 60 | 26,07 (10,88) 3 – 51 | 26,31 (11,06) 2 – 60 | 25,98 (10,21) 4 – 50 | 26,98 (10,01) 3 – 55 |

**Tabelle 5:** *Soziodemographie der Zuweiser*innen (N = 512)*

Insgesamt entschieden sich *N* = 230 der befragten Zuweiser*innen gegen eine Teilnahme bei der Studie. Unter den Gründen für die Nicht-Teilnahme waren *Keine Zeit* (57,0%), *Sonstiges* (33,9%), *Kein Interesse* (28,3%) und *Schlechte Erfahrungen mit Umfragen* (5,2%), eine Mehrfachnennung war möglich. Die Rücklaufquote nach Einzugsgebiet ist in **Tabelle 6** dargestellt. Insgesamt wurden *N* = 1.486 Fragebögen (online und postalisch) versandt, wovon die Gesamtrücklaufquote 34,5% beträgt (*n* = 512). Die Rücklaufquoten der jeweiligen Einzugsgebiete unterschieden sich zum Teil deutlich, mit Rückläufen von 55,8% (LWL-Klinikum Gütersloh) und 54,9% (Universitätsklinikum Freiburg) bis hin zu 18,8% (Campus Charité Mitte, Berlin). Die postalische Rücklaufquote (30,5%) war höher als die Onlinebefragung (4,0%).

| Zuweisungsklinik | Gesamt Netto *n* (Rücklauf %) | Gesamt Netto |
|---|---|---|

| | Gesamt Brutto *n*<br><br>*N* = 1.486 | *n* = 512 | *n* (Rücklauf %) | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Online | Paper-Pencil |
| Helios Kliniken Schwerin | 99 | 37 (37,4%) | 2 (2,0%) | 35 (35,4%) |
| Campus Charité Mitte, Berlin | 32 | 6 (18,8%) | 3 (9,4%) | 3 (9,4%) |
| Bezirkskrankenhaus Augsburg | 108 | 42 (38,9%) | 6 (5,6%) | 36 (33,3%) |
| Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld | 77 | 22 (28,6%) | 3 (3,9%) | 19 (24,7%) |
| Helios Klinikum Erfurt | 52 | 19 (36,5%) | 3 (5,8%) | 16 (30,8%) |
| Universitätsklinikum Frankfurt am Main | 66 | 22 (33,3%) | 7 (10,6%) | 15 (22,7%) |
| Immanuel Klinik Rüdersdorf | 68 | 14 (20,6%) | 0 (0%) | 14 (20,6%) |
| Universitätsklinikum Freiburg | 71 | 39 (54,9%) | 7 (9,9%) | 32 (45,1%) |
| LWL-Klinikum Gütersloh | 86 | 48 (55,8%) | 6 (7,0%) | 42 (48,8%) |
| Universitätsklinikum Homburg | 13 | 4 (30,8%) | 1 (7,7%) | 3 (23,1%) |
| Universitätsklinikum Köln | 44 | 18 (40,9%) | 3 (6,8%) | 15 (34,1%) |
| Pfalzklinikum Landau | 95 | 28 (29,5%) | 1 (1,1%) | 27 (28,4%) |
| Universitätsklinikum Leipzig | 22 | 10 (45,5%) | 1 (4,6%) | 9 (40,9%) |
| Universitätsklinikum Magdeburg | 100 | 35 (35%) | 2 (2,0%) | 33 (33,0%) |
| Universitätsklinikum Marburg | 54 | 20 (37,0%) | 2 (3,7%) | 18 (33,3%) |
| Universitätsklinikum Rostock | 109 | 46 (42,2%) | 1 (0,9%) | 45 (41,3%) |
| Universitätsklinikum Tübingen | 278 | 69 (24,8%) | 7 (2,5%) | 62 (22,3%) |
| Universitätsklinikum Ulm | 112 | 33 (29,5%) | 4 (3,6%) | 29 (25,9%) |
| Gesamt | 1.486 | 512 (34,5%) | 59 (4,0%) | 453 (30,5%) |

**Tabelle 6:** *Rücklaufquote nach Einzugsgebiet (N = 1.486)*

## 2.2 Gruppenvergleiche

Für einen Mittelwertvergleich der Zuweisungskriterien in der IG und KG wurden zu beiden Studienzeitpunkten einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt. Es gab keinen statistisch

signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in der Wichtigkeit des Zuweisungskriteriums *Minderjährige Kinder im Haushalt* ($F$[1,132.92] = 0.39, $p$ = .534 zum Zeitpunkt T0. Auch zum Zeitpunkt T1 wurde kein signifikanter Unterschied gefunden [$F$(1, 190) = 0.40, $p$ = .508]. Einfaktorielle Varianzanalysen wurden außerdem für die Gewichtung der Zuweisungskriterien durchgeführt. Die ANOVA der Gewichtung des Kriteriums *Minderjährige Kinder im Haushalt* ergab $F$(1, 285) = 1.28, $p$ = 0.261 für T0 und $F$(1, 186) = 0.91, $p$ = 0.341 für T1. Es konnte zu keinem der beiden Zeitpunkte ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG gefunden werden.

Die Prävalenz der Patient*innen, bei denen ein minderjähriges Kind im Haushalt lebt, wurde mittels $t$-Test zu Mittelwertsvergleichen in KG und IG untersucht. Es gab weder für T0, $t$(268) = 0.25, noch zu T1, $t$(179) = 0.80, signifikante Unterschiede. Für die statistische Prüfung zwischen T0 und T1 des Bekanntseins des Elternangebots und Grund zur Einweisung bzw. der Zuweisung in die Fachkliniken wurden Pearson Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Für das Bekanntsein eines Elternangebotes zeigt der Chi-Quadrat-Test, dass kein Zusammenhang zwischen IG und KG besteht ($\chi^2$[1] = 0.02, $p$ = 0.88 zu T0; $\chi^2$[1] = 0.08, $p$ = 0.78 zu T1). Falls diese Familienintervention den Befragten bekannt war, wurde untersucht, ob diese jemals ein Grund zur Einweisung war. Bei der statistischen Prüfung zwischen KG und IG zeigten die Chi-Quadrat-Tests keine signifikanten Zusammenhänge ($\chi^2$[1] = 0.65, $p$ = 0.42 für T0; $\chi^2$[1] = 0.10, $p$ = 0.75 für T1).

Auch der Unterschied, ob die befragten Zuweiser*innen in eine Fachklinik einweisen, wurde untersucht. Hierfür zeigen die $\chi^2$-Tests erneut keine signifikanten Ergebnisse ($\chi^2$[1] = 0.73, $p$ = 0.39 zu T0; $\chi^2$[1] = 0.29, $p$ = 0.59 zu T1). Anschließend wurden noch statistische Test zu den Unterschieden bzw. Zusammenhängen zwischen den Facharztgruppen durchgeführt. Hierzu wurden alle Facharztgruppen dichotom, in Hausärzt*innen (Allgemeinmediziner*innen, Hausärzt*innen, Internist*innen und Praktische Ärzt*innen) oder Psychologisch/Psychiatrisch tätige Ärzt*innen (Fachärzt*innen für Nervenheilkunde, Neurolog*innen, Psychiater*innen, Fachärzti*innen für Psychsomatische Medizin, Ärztliche Psychotherapeut*innen) unterteilt. Es wurde ein Chi-Quadrat-Test zum Zusammenhang der Facharztgruppe und der Einschätzung der Prävalenz der Patient*innen mit einem minderjährigen Kind im Haushalt durchgeführt. Der $\chi^2$-Test zeigte ein signifikantes Ergebnis des Zusammenhangs zwischen der Facharztgruppe und der Bekanntheit von klinikinternen Angeboten für Eltern mit minderjährigen Kindern in der Erwachsenenpsychiatrie ($\chi^2$[1] = 20.15, p < .001, mit einer Effektstärke Cramérs V von 0.2, was für einen schwachen bis moderaten Zusammenhang spricht. Die $\chi^2$-Tests zeigten zu beiden Zeitpunkten ein signifikantes Ergebnis des Zusammenhangs zwischen der Facharztgruppe und der Bekanntheit von klinikinternen Angeboten für Eltern mit minderjährigen Kindern in der Erwachsenenpsychiatrie.

Zum Zeitpunkt T0 ($\chi^2$[1] = 12.60, p > .001) mit einer Effektstärke Cramérs V von -0.2, was für einen schwachen bis moderaten Zusammenhang spricht, zum Zeitpunkt T1 ($\chi^2$[1] = 6.94, p < .01) mit einer Effektstärke Cramérs V von -0.19, was für einen schwachen bis moderaten Zusammenhang spricht. Zusätzlich wurden weitere einfaktorielle Varianzanalysen für den Mittelwertvergleich der Schätzung der Prävalenz von erwachsenen Patient*innen mit minderjährigen Kindern und der Facharztgruppe, sowie der Anzahl der pro Jahr eingewiesenen Patient*innen durch den Facharzt und der Facharztgruppe über jeweils beide Zeitpunkte durchgeführt. Die durchgeführten ANOVA ergeben für die Prävalenz F(1, 267) = 0.90, $p$ = 0.34 zu T0, und F(1, 174) = 5.44, $p$ = 0.021 zu T1, wobei das Ergebnis zum Zeitpunkt T1 signifikant ist. Für die eingewiesenen Patient*innen pro Jahr errechnen die durchgeführten ANOVA F(1, 51.6) = 2.89, $p$ = 0.095 zu T0, und F(1, 68.5) = 1.52, $p$ = 0.22 zu T1, wobei die Ergebnisse jeweils nicht signifikant ausfallen.

**3. Diskussion TP: Optimale Zugangswege (Pathway to Care)**

Ambulante Ärzt*innen und Fachärzt*innen sind oftmals die erste Anlaufstelle für (psychisch) kranke Menschen. In einer Zugangsweganalyse von Hübner-Liebermann et al. (2005) konnte gezeigt werden, dass bis zu 29% aller erwachsenen Psychiatriepatient*innen durch ihre*n

ambulante*n Allgemeinärzt*in oder Nervenärzt*in überwiesen wurden. Dementsprechend ist neben den Kenntnissen und Einstellungen der Zuweiser*innen gegenüber den Kindern ihrer Patient*innen auch das Wissen über Behandlungsangebote in ihrer regionalen Klinik von großer Bedeutung. Studien deuten jedoch an, dass nicht nur das Problembewusstsein über KJPKE, sondern auch das Wissen über (präventive) familienzentrierte Behandlungsangebote in psychiatrischen Fachkliniken auf Seiten der Zuweiser*innen ungenügend ist.
Daran anknüpfend war es das Ziel der vorliegenden Studie, die Zugangswege für ein familienzentriertes Behandlungsangebot (CHIMPS-NET) in *N* = 18 deutschen psychiatrischen Fachkliniken zu optimieren. In einem cluster-randomisierten Prä-Post-Studiendesign wurden die 18 psychiatrischen Fachkliniken entweder der KG oder der IG zugeteilt. Im Sinne der psychiatrischen Pflichtversorgung erhielten die regional identifizierten Zuweiser*innen der Interventionskliniken Informationsmaterial in Form eines Flyers. Ziel des Flyers war es, das Problembewusstsein über KJPKE zu sensibilisieren und auf die NVF CHIMPS-NET in ihrer regionalen psychiatrischen Fachklinik aufmerksam zu machen.

## 3.1 Limitationen

Vor der Ergebnisdiskussion sollen zunächst mögliche Limitationen der Studie berücksichtigt werden. Sowohl der Messzeitpunkt T0 im Jahr 2020 als auch der Messzeitpunkt T1 im Jahr 2021 und somit die Befragung von hauptsächlich internistisch und allgemeinärztlich tätigen ambulanten Zuweiser*innen wurden im Winter und während der Covid-19-Pandemie umgesetzt. Dies kann sich maßgeblich auf die geringe Rücklaufquote von lediglich 34,5% ausgewirkt haben und wird durch den primär genannten Grund für eine Nicht-Teilnahme *keine Zeit* (57%) gestützt.
Durch das zusätzlich bestehende Stadt-Land-Gefälle der teilnehmenden Kliniken und der nicht vorhandenen Stratifizierung bei der projektübergreifenden Cluster-Randomisierung ergeben sich weitere Limitationen für diese Studie. So müssen exemplarisch regionale Unterschiede in den Einzugsgebieten der Kliniken, die Anzahl an psychiatrischen Fachkliniken pro Standort, aber auch die regionale Arzt- und Bevölkerungsdichte berücksichtigt werden. Dementsprechend eingeschränkt sind ebenfalls die methodischen Auswertungsmöglichkeiten aufgrund fehlender Proband*innencodes und die Effekte der Flyer-Intervention bleiben spekulativ.

## 3.2 Zusammenfassung und Kritik

Unter Berücksichtigung der psychiatrischen Pflichtversorgungsgebiete wurde im Rahmen der Zuweiser*innenanalyse ein geographisches und regionales Zuweisungsgebiet definiert und durch eine Onlinerecherche die dort niedergelassenen Akteur*innen erfasst. Insgesamt konnte so festgestellt werden, dass 405 (79%) aller Akteur*innen auch tatsächliche Zuweiser*innen sind und durchschnittlich 10 Patient*innen im Jahr in die regionale psychiatrische Fachklinik einweisen. Demnach konnte die Studie erfolgreich die definierte Zielgruppe der ambulanten Zuweiser*innen im Einzugsgebiet der jeweiligen psychiatrischen Fachklinik erreichen.
Unter den befragten Zuweiser*innen waren familienzentrierte Behandlungsangebote kaum bekannt. Insgesamt 39 (8%) Zuweiser*innen beantworteten diese Frage unabhängig vom Messzeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit mit *ja* und 469 (92%) mit *nein*. Jedoch gaben 11 (29%) Proband*innen an, dass, wenn es Kenntnisse über ein familienzentriertes Angebot in der Fachklinik gibt, dies auch ein Einweisungsgrund war.
Umso interessanter ist es, dass, befragt nach der Prävalenz erwachsener Psychiatriepatient*innen mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt, ein Durchschnittswert von 29% ermittelt wurde. Dieser Wert deckt sich mit den Erkenntnissen anderer Studien, denn Schätzungen nach sind zwischen 17 und 45% aller stationär-psychiatrischen Patient*innen Eltern minderjähriger Kinder (Grube & Dorn, 2007; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Es lässt sich also vermuten, dass die befragten Zuweiser*innen sich im Durchschnitt der Prävalenz durchaus bewusst sind, aber keine Behandlungsangebote kennen (Wissenslücke) oder regional keine vorhanden sind (Versorgungslücke), und infolgedessen in

einer adäquaten Indikationsstellung eingeschränkt sind. Diesen Informationsbarrieren sollte die Flyer-Intervention entgegenwirken. Im statistischen Gruppenvergleich zwischen KG und IG konnte jedoch zum Messzeitpunkt T1 kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied festgestellt werden. An dieser Stelle muss die Effektivität einer flyerbasierten Informationskampagne in Frage gestellt werden. Gegebenenfalls sollte in zukünftigen Studien der Flyer häufiger versendet werden und auch die Möglichkeit, die Praxen telefonisch zu kontaktieren, muss berücksichtigt werden. Dabei sollte dennoch die Praktikabilität im Sinne einer Aufwand-Nutzen-Balance bedacht werden.

Ebenso kritisch muss die Gewichtung und Bewertung der Zuweisungskriterien hinterfragt werden. Wenngleich keine signifikanten Gruppenunterschiede und Veränderungen über Zeit berichtet werden können, gibt es klar definierte (Klecha & Bochardt, 2007) Kriterien als Entscheidungsgrundlage einer Zuweisung in die Psychiatrie. Dabei werden Kriterien wie selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten oder die Schwere der Krankheitssymptome immer an hierarchisch vorderer Stelle stehen und gegenüber sozialdemographischen Kriterien, wie dem Vorhandensein von minderjährigen Kindern im Haushalt, priorisiert. Dies spiegeln auch die Ergebnisse dieser Studie wider, denn von insgesamt acht Kriterien, ist das Kriterium *minderjährige Kinder im Haushalt der Patient*innen* im Durchschnitt an fünfter Stelle. Wenngleich das Vorhandensein minderjähriger Kinder im Haushalt der Patient*innen nicht als ausschlaggebendes Primärkriterium für eine Zuweisung in die psychiatrische Fachklinik gewertet werden kann, sollte dieses Kriterium dennoch als praktische Implikation von den Zuweiser*innen berücksichtigt werden.

Dies ist vor allem dann von großer Relevanz, wenn zwischen mehreren regionalen psychiatrische Fachkliniken differenziert werden muss, wovon möglicherweise nur eine Klinik ein familienzentriertes Behandlungsangebot anbietet. Weitere explorative Datenanalysen konnten jedoch zeigen, dass familienzentrierte Angebote psychiatrisch (psychologisch, therapeutisch, psychiatrisch, neurologisch) tätigen (Fach-)Ärzt*innen statistisch signifikant häufiger bekannt waren als hausärztlich (praktisch, allgemeinmedizinisch) tätigen (Fach-)Ärzt*innen. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass psychiatrisch tätige (Fach-)Ärzt*innen zum Messzeitpunkt T1 die Prävalenz erwachsener Psychiatriepatient*innen mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt statistisch signifikant höher einschätzten. Eine erhöhte Prävalenzschätzung kann dabei für ein erhöhtes Problembewusstsein und eine erhöhte Sensibilität der Zuweiser*innen gegenüber der Problematik sprechen. Dies deckt sich mit den Studienerkenntnissen von Franz et al. (2012), dass sich (stationäre) Psychiater*innen typischer Belastungen für KJPKE bewusst sind, und lässt sich gegebenenfalls auf die ambulanten psychiatrischen Zuweiser*innen in der vorliegenden Studie übertragen.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass nach den Erkenntnissen von Hübner-Liebermann et al. (2005) 20% aller erwachsener Psychiatriepatient*innen von Allgemeinärzt*innen und zu 10% von niedergelassenen Psychiater*innen überwiesen wurden. Hausärztlich tätige Zuweiser*innen weisen also doppelt so viele Patient*innen in die psychiatrische Fachklinik ein und sind demnach häufiger in die Indikationsstellung involviert. Konträr dazu deutet die vorliegende Studie jedoch an, dass hausärztlich tätige Zuweiser*innen tendenziell weniger Kenntnisse über familienzentrierte Klinikangebote haben. Demnach sollten vor allem hausärztlich tätige Zuweiser*innen engmaschiger und häufiger informiert und für die Problematik sensibilisiert werden.

Alles in allem bietet die vorliegende Studie einen bisher nicht dagewesenen Versuch, die ambulante Versorgungslandschaft psychiatrischer Fachkliniken abzubilden und im Sinne eines Pathway-to-Care-Ansatzes zu verstehen. Dabei steht vor allem das begrenzte Wissen der Zuweiser*innen um klinikinterne (präventive) Behandlungsangebote im Vordergrund. Für zukünftige Interventionsstudien wird eine engmaschigere und höher frequentierte Informationskampagne empfohlen. Zur praktischen Umsetzung sollte sich daher für dieses Vorgehen auf lediglich eine Klinikregion beschränkt werden. Um den explorativen Erkenntnissen nachzugehen, sollten zudem Zuweiser*innen expliziter danach befragt werden, ob die minderjährigen Kinder im Behandlungsprozess ihrer psychisch kranken Eltern berücksichtigt werden. Abschließend sollte berücksichtigt werden, dass es zu jedem *pathway*

auch ein *care* geben muss. Ein Zugangsweg ohne Behandlungsmöglichkeit ist genau so wenig wert wie eine Behandlungsmöglichkeit ohne Zugangsweg. Der Pathway-to-Care-Ansatz setzt implizit das Vorhandensein beider Enden des Kontinuums voraus, um die bestmögliche Versorgung der Patient*innen zu gewährleisten.

## 1. Methodik TP: Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten der Fachkräfte

### 1.1 Struktur, Inhalte und Ziele

Ein integratives Literaturreview über das Konzept des familienfokussierten Gesundheitswesens identifizierte u. a. die folgenden Faktoren als relevant: Psychoedukation für die Familie, Erhebung von Familieninformationen und -funktionen, Koordination zwischen unterschiedlichen helfenden Systemen und Kooperation mit allen Familienmitgliedern (Foster et al., 2015). Das vom Institut für Psychosoziale Prävention des Universitätsklinikums Heidelberg entwickelte Training zielt darauf ab, eine bifokale Perspektive bei den medizinischen Fachkräften zu etablieren, d. h., sowohl die psychisch kranken Eltern als auch die KJ und weitere Familienmitglieder in den professionellen Blick zu nehmen sowie ein klinikübergreifendes und abgestimmtes Behandlungsangebot zu etablieren.

Die Grundidee einer familienorientierten Psychiatrie besteht darin, die Folgen der psychischen Erkrankung für das Familiensystem professionell einzuschätzen, Symptome aus dem familiären Kontext heraus zu verstehen, Hilfsangebote auszusprechen und beim Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung auch im Sinne des Kinderschutzes einzuschreiten. Kindeswohlgefährdendes Verhalten umfasst sowohl Gefahren für die psychische und physische Gesundheit von Kindern als auch Belastungen für ihre soziale und emotionale Entwicklung. Nach dem Bundeskinderschutzgesetz des SGB VIII (BKiSchG) besteht inzwischen eine ausreichende rechtliche Grundlage, die es medizinischen Fachkräften ermöglicht einzuschreiten, wenn kein ausreichender Schutz für Kinder im Sinne einer gesunden Entwicklung besteht. Alle Heilberufler*innen können nach § 4 des BKiSchG beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung tätig werden und sind somit von der Geheimnisträgerschaft entlastet. Dazu können sie dies mit den Betroffenen erörtern, auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, sich durch Fachkräfte extern beraten lassen und dürfen das Jugendamt informieren. Auf dieser gesetzlichen Grundlage können Standardverfahren für das Vorgehen (Standard Operating Procedures, SOP) abgeleitet werden.

Um Kliniker*innen in ihren Einstellungen, ihrem Wissen und ihren Fertigkeiten zu unterstützen, eine familienorientierte Praxis an ihrer Klinik umzusetzen, wurde das Training folgendermaßen konzipiert: Zu vermittelnde Kenntnisse umfassen die transgenerationale Weitergabe psychischer Erkrankung und rechtliche Aspekte der Kindeswohlgefährdung. Die Fertigkeiten umfassen die Themen Haltung, Kommunikation und Perspektiverweiterung in der Kontaktgestaltung mit bifokaler Perspektive auf die Familie. Das Training war in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil bestand aus einer Vorlesung, über die die oben genannten Kenntnisse vermittelt wurden. Außerdem wurde die bifokale Haltung in einem Beispielvideo zur Familienorientierung und zur Abklärung von Kindeswohlgefährdung im Gespräch mit einem erwachsenen Patienten dargestellt. Der zweite Teil des Trainings wurde als interaktives Seminar geplant. Struktur, Inhalt und Ziele des Seminars können **Tabelle 1** entnommen werden.

| Tab. 1 Struktur des interaktionellen Seminars sowie dessen Inhalte und Ziele | |
|---|---|
| **Inhalte** | **Ziele** |
| *1. Austausch zur Vorlesung*<br>Sammlung von Eindrücken bzw. offenen Fragen zur Vorlesung sowie zu den Interessen der Teilnehmer für das interaktive Seminar | Ermittlung von Schwerpunkten für das interaktionelle Seminar sowie Klärung von grundlegenden Fragen |
| *2. Bifokale Perspektive: Diskussion und Reflexion des Beispielvideos zur Familienorientierung im Gespräch*<br>Diskussion: Wie wurden die Interventionen von den Teilnehmenden eingeschätzt? Wie wäre deren Herangehensweise? Welche vergleichbaren Situationen kennen sie aus ihrem Arbeitskontext, und wie haben sie dabei gehandelt? | Bewusstwerdung bzw. Entwicklung einer eigenen Haltung zur bifokalen Perspektive sowie die Bewusstwerdung von dazugehörigen therapeutischen Interventionen |
| *3. Vorgehen bei möglicher Kindeswohlgefährdung*<br>Wiederholung der wichtigsten theoretischen Punkte; Fragen an die Teilnehmenden: Wie wird in der eigenen Klinik damit umgegangen? Gibt es eine SOP? Was würden Sie sich hier wünschen? | Aneignung von Wissen sowie dem praktischen Umgang mit (potenzieller) Kindeswohlgefährdung. Austausch über den Umgang mit (potenzieller) Kindeswohlgefährdung innerhalb der eigenen Klinik |
| *4. Psychische Erkrankung kindgerecht erklärt*<br>Austausch über die Erfahrungen, ob und wie die Patient*Innen den eigenen Kindern ihre psychische Erkrankung erklären. Was wären Möglichkeiten hierzu? Ergänzend wird eine Herangehensweise vorgestellt, die mit kindgerechter Literatur arbeitet | Bereitstellung von Ideen für die Eltern, um mit ihren Kindern über die eigene psychische Erkrankung in Kontakt zu treten |
| *5. Übungen in Gesprächsführung zur bifokalen Perspektive*<br>Auflistung möglicher therapeutischer Interventionen sowie Austausch über den praktischen Umgang hiermit | Wissen über mögliche therapeutische Interventionen und Schritte, sich einem Perspektivenwechsel annähern zu können |
| *6. Offene Fragen* | Klärung von offenen Fragen |
| *SOP* „standard operating procedure" | |

**Tabelle 1:** *Struktur des interaktionellen Seminars*

Das Training und die Begleitstudie zur Stärkung von Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten im Hinblick auf eine Familienorientierung von Fachkräften im Gesundheitswesen basiert auf internationalen Vorstudien. So wurden in den vergangenen Jahren z. B. in Portugal, Norwegen, Irland und Australien verschiedene Bemühungen unternommen, in der Erwachsenenpsychiatrie einen Paradigmenwechsel von einem Patient*innenfokus zu einem Familienfokus mit stärkerer Berücksichtigung der Kinder zu erzielen (Lauritzen et al., 2014; van Doesum et al., 2019). Zu diesem Zweck implementierten Lauritzen et al. (2014) zwei Interventionen: die Einführung eines Erhebungsinstrumentes zur routinierten Erfassung von Familieninformationen sowie den Einsatz von Familiengesprächen. Die Effekte der Maßnahmen wurden longitudinal nach drei und nach fünf Jahren erfasst, mit dem Ergebnis, dass die Anzahl identifizierter Eltern-Patient*innen über den Verlauf deutlich zunahm. Das Wissen der Klinikmitarbeitenden über die Familienorientierung im Gesundheitswesen nahm zu, während positive Einstellungen bzgl. der Familienorientierung zunächst zunahmen (Lauritzen et al., 2014), in der Follow-up-Analyse aber tendenziell geringer wurden (Lauritzen et al., 2018). Van Doesum et al. (2019) berichten von einer Zunahme von Wissen und Fertigkeiten über familienorientierte Praxis bei Fachkräften der KPP sowie der KJP durch ein Training in familienorientierten Kurzinterventionen in der Klinikroutine. Das Training bestand aus einer Vorlesung, Rollenspielen und Diskussionen zu Hürden und Lösungen einer erfolgreichen Implementierung. Die Ergebnisse dieser Studien weisen einerseits auf die Herausforderungen hin, Implementierungsprozesse erfolgreich und langfristig umzusetzen. Andererseits scheint der Ansatz vielversprechend, haltungs- einstellungs- und kompetenzorientierte Fachkräftetrainings zur Förderung von Implementierungsprozessen zu verwenden.

Diese könnten hinsichtlich der Wahrnehmung der Bedeutung familienorientierter Praxis und einer Fokusverschiebung auf die Familie im erwachsenenpsychiatrischen Setting vielversprechend sein. Unseres Wissens lag im deutschsprachigen Raum bislang keine Untersuchung zu Einstellungen von Klinikmitarbeitenden unterschiedlicher Professionen in

der KPP und KJP zum Thema eines familienorientierten Gesundheitswesens vor. Ebenso wenig ist bekannt, wie bewusst die Thematik bereits im Alltag der Kliniker*innen integriert ist, was sich beispielsweise anhand eines hohen Anteils an Patient*innen darstellen ließe, von denen Kliniker*innen wissen, ob sie Eltern sind oder nicht. Solche Ergebnisse würden die Ausgangslage für Implementierungsmaßnahmen wie Trainings zur Familienorientierung beschreiben, auf deren Basis die Bewertung der Fachkräfte einer solchen Maßnahme und deren Wirksamkeit besser beurteilt werden können.
Aus diesem Grund wurden drei Ziele verfolgt:
(1) die Beantwortung der Fragestellung, welche Einstellungen gegenüber einem familienorientierten Gesundheitswesen vorliegen und wie stark das Bewusstsein für Eltern-Patient*innen im psychiatrischen Alltag bei Fachkräften ausgeprägt ist
(2) die qualitative Evaluation der Akzeptanz und Wirksamkeit eines Fachkräftetrainings zur Verbesserung von Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten einer familienorientierten Psychiatrie auf Basis der Gedächtnisprotokolle der Trainerinnen
(3) die quantitative Beantwortung der Fragestellung, ob ein Fachkräftetraining zu einer Verbesserung der von Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten einer familienorientierten Psychiatrie sowie zu einer Verbesserung des Bewusstseins für Eltern-Patient*innen im psychiatrischen Alltag führt.

## 1.2 Durchführung

### 1.2.1 Standorte und Format

Das Training zur Verbesserung der Einstellungen, des Wissens und der Fertigkeiten bezüglich einer familienorientierten Praxis in der Psychiatrie wurde an acht Standorten und 16 Kliniken angeboten. Je Standort sollten Mitarbeitende jeweils der KPP und der KJP teilnehmen. Die Standorte waren Teil des CHIMPS-NET-Konsortiums (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**), wurden aus 20 Standorten des gesamten Konsortiums zufällig ausgewählt und lagen über ganz Deutschland verteilt. Aufgrund der COVID-19-Pandemie musste das Format des ursprünglich als Präsenzveranstaltung geplanten Trainings angepasst werden. Um die Inhalte möglichst vielen Mitarbeitenden zugänglich zu machen, wurde das Training zweiteilig gestaltet: Im ersten Teil wurden die inhaltlichen Grundlagen mithilfe einer aufgezeichneten Videopräsentation vermittelt; die Präsentation wurde den Standorten dauerhaft zur Verfügung gestellt. Im zweiten Teil, der aufgrund der Pandemie als Webinar durchgeführt wurde, wurde die vertiefte Bearbeitung der Inhalte angeregt sowie der Austausch über die Inhalte, Verbesserungspotenziale der Standorte und bereits bestehende Netzwerke. Die Video-Aufzeichnung sowie das interaktive Seminar dauerten jeweils eineinhalb Stunden. Das Training und die Begleitstudie wurden durch die jeweiligen Klinikleitungen unterstützt und über Koordinator*innen vor Ort organisatorisch umgesetzt. Pro Standort wurden spezifische technische Hürden im Kontakt mit den Koordinator*innen gelöst (z. B. keine technische Ausstattung am Arbeitsplatz oder fehlende Freischaltungen für Videokonferenzen; aufgrund der COVID-19-Sicherheitsmaßnahmen begrenzte Möglichkeit, die zur Verfügung stehenden Hörsäle für eine gemeinsame Teilnahme am Webinar zu nutzen). Das Training wurde mit Flyern beworben, um eine Teilnahme über alle Professionen, die therapeutisch/pflegerisch mit Patient*innen arbeiten, hinweg in den psychiatrischen Kliniken zu erreichen. Die Trainings wurden flexibel zu Uhrzeiten und an Tagen durchgeführt, die von den Koordinator*innen vorgeschlagen wurden; die Teilnehmer*innen konnten während ihrer Arbeitszeit an der für sie kostenlosen Fortbildung teilnehmen.

### 1.2.2 Training

Die Trainings fanden ab Oktober 2020 statt, wobei die Videovorlesung den Mitarbeitenden eine bis zwei Wochen vor dem interaktiven Webinar von den Kliniken zur Verfügung gestellt bzw. diese in Klinikhörsälen ausgestrahlt wurde. Um die Ziele des Austausches unter möglichst vielen Mitarbeitenden zu erreichen, wurde das Webinar mehrmals angeboten. An sieben der

angesprochenen acht Standorte fanden insgesamt neun Trainings statt; ein Standort schied aus der Studie aufgrund eines negativen lokalen Ethikvotums aus.
An allen sieben Standorten wurden eine strukturierte teilnehmende Beobachtung in den Webinaren sowie eine Vor- und Nachuntersuchung mittels Fragebögen (unmittelbar vor dem ersten Trainingsteil [T0] und nach 28 Tagen [T1]) über die Online-Plattform SoSci Survey (Leiner, 2021) durchgeführt. Einmalig wurden soziodemografische Informationen (u. a. Alter, Geschlecht, Dauer der Berufstätigkeit und berufliche Qualifikation) erfasst.

### 1.2.3 Familienorientierte Arbeit im psychosozialen Gesundheitswesen

Die deutsche Übersetzung (Laser & Wiegand-Grefe, 2020) des Family-focused Mental Health Practice Questionnaire (FFMHPQ; Maybery et al., 2011) erfasst Fertigkeiten und Einstellungen einer familienorientierten klinischen Praxis im erwachsenenpsychiatrischen Setting mit 49 Items und 16 Subskalen. Der Fragebogen kam bereits in unterschiedlichen beruflichen Disziplinen innerhalb des Gesundheitswesens in Australien, Portugal (van Doesum et al., 2019), Norwegen (Lauritzen et al., 2014) und Irland (Grant et al., 2016) zur Anwendung. Für die vorliegende Studie wurden Subskalen ausgewählt, auf denen ein direkter Effekt durch das Training erwartet werden kann: Wissen und Fertigkeiten (fünf Items, z. B. *Ich verfüge nicht über die notwendigen Kompetenzen, um mit Eltern-Patienten daran zu arbeiten, inwieweit sich ihre psychische Erkrankung auf ihre Kinder und Familie auswirkt.*), Einschätzung des Einflusses auf das Kind (zwei Items, z. B. *Ich kann einschätzen, inwieweit die Kinder in die Symptomatik oder den Substanzmissbrauch ihrer Eltern involviert sind.*), Überweisungen (zwei Items, z. B. *Ich verweise Eltern-Patienten an spezielle Programme für Eltern.*), Weiterbildung (vier Items, z. B. *Ich wünsche mir manchmal, dass ich besser darin wäre, mit Eltern-Patienten die Auswirkungen ihrer psychischen Erkrankungen auf ihre Kinder zu besprechen.*) und Zuversicht (drei Items, *Ich fühle mich unsicher mit Familien von Eltern-Patienten zu arbeiten.*). Die 7-stufige Likert-Skala reicht von *stimme überhaupt nicht zu* bis *stimme voll und ganz zu*. Die Inhaltsvalidität des Fragebogens ist gegeben (Maybery et al., 2011). Die Subskalen erzielten in vorherigen Studien niedrige bis zufriedenstellende interne Konsistenzen (Cronbachs α zwischen .41 und .70). In der vorliegenden Studie waren die internen Konsistenzen ausreichend bis gut (Wissen und Fertigkeiten α = .78; Einschätzung des Einflusses auf das Kind α = .73; Überweisungen α = .64; Weiterbildung α = .60; Zuversicht α = .89).
Weiterhin wurde der Fragebogen zu Einstellungen gegenüber der Implementierung von neuen Routinen in der Versorgung von erwachsenen Patient*innen (Lauritzen et al., 2014) eingesetzt. Für den Einsatz des Fragebogens in der Studie erfolgte eine Übersetzung mittels Vorwärts- und Rückwärtsübersetzung. Der Fragebogen umfasst zehn Items, von denen drei die Skala *Bedenken* und sieben die Skala *Positive Einstellungen* bilden. Die Skala *Bedenken* erfasst mögliche Vorbehalte gegenüber dem Einbringen einer Familienorientierung (z. B. *Durch das Einbringen eines Fokus auf Elternschaft kann die Patienten-Therapeuten-Beziehung gestört werden.*). Die Skala *Positive Einstellungen* erfasst positive Erwartungen und Einstellungen hinsichtlich des Einbringens einer Familienorientierung (z. B. *Wir sollten feststellen, ob Patienten Kinder haben oder nicht.*). Die 5-stufige Likert-Skala reicht von *stimme überhaupt nicht zu* bis *stimme voll und ganz zu*. Die Subskalen erreichten zufriedenstellende interne Konsistenzen (Cronbachs α zwischen .76 bis .91).
Die Anzahl der identifizierten Elternpatient*innen wurde durch das Item *Von wie vielen Ihrer Patient*innen (in Prozent) wissen Sie, ob sie Kinder haben?* erhoben. Die Antworten wurden auf einer visuellen Analogskala von 0 bis 100% erfasst.

### 1.2.4 Strukturierte teilnehmende Beobachtung

Zur stetigen Evaluation und Adaptation wurden direkt im Anschluss an die Webinare ausführliche Protokolle von den Trainingsleiterinnen erstellt, die auch dem Austausch mit der KF und Mitarbeitenden der anderen Implementierungsprojekte dienten. Insgesamt wurden neun Protokolle ausgewertet. Die Protokolle bezogen sich auf Beobachtungen der

Trainingsleiterinnen sowie auf Aussagen der Teilnehmenden während des interaktiven Seminars.

### 1.3 Stichprobe

Über die Zahl der Teilnehmenden für die Vorlesung und damit den ersten Teil des Trainings lässt sich keine Aussage treffen, da die Vorlesung im Videoformat frei zur Verfügung gestellt wurde. Am zweiten Teil des Trainings nahmen 120 Personen teil, wobei die Teilnehmendenzahl zwischen den sieben Standorten von drei bis 45 Personen schwankte, mit einem Mittel von 13 Personen/Trainingsdurchführung. Entgegen der Planung gelang es nur bei zwei Trainings, dass sowohl Mitarbeitende der KPP als auch der KJP vertreten waren. Eines der Trainings erfolgte ausschließlich mit Fachkräften einer KJP, und in den restlichen sechs Trainings waren Teilnehmende ausschließlich aus der KPP vertreten. An der begleitenden Fragebogenstudie nahmen 58 Fachkräfte aus den sieben Standorten teil (ca. 50% der Teilnehmenden der interaktiven Webinare).
Aufgrund der anonymen Erhebung kann nicht nachvollzogen werden, wie sich die Teilnehmenden auf die Standorte verteilten. Insgesamt nahmen $N$ = 65 Teilnehmende zu T0 teil, wodurch eine Teilnahmerate an der Befragung von ca. 50% verzeichnet wurde. Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden an der begleitenden Studie $M$ = 38,16 ($SD$ = 9,47) Jahre alt und wiesen eine durchschnittliche Berufserfahrung von $M$ = 9,4 ($SD$ = 8,9) Jahren auf. Der Schwerpunkt der klinischen Tätigkeit lag vermehrt im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich (48,2%), während 12,5% der Teilnehmenden angaben, sowohl im erwachsenen- als auch im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich tätig zu sein. Mit 50% war die Fachgruppe Ärzt*innen am stärksten vertreten. Von den Teilnehmenden gaben 44,6% an, bereits an einer Fortbildung zum Thema psychische Erkrankungen in der Familie teilgenommen zu haben.

### 1.4 Quantitative statistische Auswertung

Um die Fragen zu beantworten, ob durch die Trainingsteilnahme die Einstellungen bezüglich Weiterbildungen im familienorientierten Gesundheitswesen verbessert wurden und die Rate von als Eltern identifizierten Patient*innen erhöht wurde, werden deskriptive Statistiken dargestellt. Die Analysen wurden mit SPSS (IBM Corp., o. J.) durchgeführt.
Im Rahmen der Datenaufbereitung wurden die Vollständigkeit der Daten und die Bearbeitungszeiten der Proband*innen analysiert. Sechs Teilnehmende brachen die Befragung bereits nach der ersten Seite ab, acht weitere Teilnehmende beantworteten lediglich die demographischen Fragen. Infolgedessen wurden insgesamt vierzehn Fälle ausgeschlossen.
Zur Analyse der Bearbeitungszeiten wurde die Berechnung der minimalen Antwortzeit nach Anderson (2014) angewendet. Demnach lassen sich unrealistisch schnelle Antwortzeiten mithilfe einer Formel (1,4 + [Anzahl der Zeichen im Satz ohne Leerzeichen]/28,125) berechnen. Es wurde ein liberales Kriterium gewählt, so dass die minimale Antwortzeit für eine Fragebogenseite mit dem jeweils kürzesten Item der Seite berechnet und mit der Anzahl der Items auf dieser Seite multipliziert wurde. Keine*r der Teilnehmenden befand sich unter dem Schwellenwert, sodass niemand aufgrund der Bearbeitungszeit ausgeschlossen wurde. Somit ergab sich eine finale Stichprobengröße für die Fragebogenstudie von $N$ = 58.
Da für die zweite Befragung ein hoher Drop-Out zu verzeichnen war und nur $N$ = 18 (Drop-Out von 69%) erneut an der Befragung teilnahmen, werden die Ergebnisse der Vorher-Nachher Daten lediglich unter Angabe von KI berichtet. Aufgrund der Abweichungen von einer Normalverteilung der Daten wurden die Mittelwertsdifferenzen mittels des Wilcoxon-Tests ermittelt und die entsprechenden KI angegeben.

### 1.5 Qualitative Inhaltsanalyse

Für die qualitative Auswertung wurden die Gedächtnisprotokolle des interaktiven Webinars herangezogen. Die Protokolle wurden von den Trainingsleiterinnen direkt im Anschluss an das Webinar verfasst. Die Protokolle beinhalteten im ersten Schritt allgemeine Eindrücke und Rückmeldungen der Teilnehmenden zum ersten Teil des Trainings, und im zweiten Teil

dokumentierten sie die allgemeinen Eindrücke der Trainingsleiterinnen in Bezug auf das interaktive Webinar. Letztere bezogen sich auf Beobachtungen, inwiefern beispielsweise die Zahl der Teilnehmenden, das Verhältnis der Teilnehmenden aus KPP vs. KJP sowie die Anwesenheit der Klinikleitung, aber auch die technische Umsetzung des Webinars potenziell Einfluss auf den Austausch gehabt haben könnten. Im letzten Abschnitt wurde der Interessenschwerpunkt der Teilnehmenden erfasst. Für die Auswertung der Gedächtnisprotokolle wurde eine inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2000) genutzt. Die Analyse basierte auf neun Gedächtnisprotokollen von sieben Standorten. An zwei Standorten erfolgte das Training zu zwei Zeitpunkten. Innerhalb der Protokolle und über die Seminare hinweg wurden in einem systematischen Reduktionsprozess Kategorien gebildet, wobei die Häufigkeiten der Kategorien ausgewertet wurden (siehe **2.** Ergebnisse TP: Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten der Fachkräfte Die Häufigkeiten beziehen sich auf die Anzahl der Nennungen pro durchgeführtem Training und werden hinter den extrahierten Aussagen in Klammern aufgeführt.

## 2. Ergebnisse TP: Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten der Fachkräfte

### 2.1 Quantitative Erhebung

Die Einstellungen zu einem familienorientierten Gesundheitswesen fielen unterschiedlich aus. Bezüglich der Frage, wie gut Teilnehmende den Entwicklungsstand von Kindern ihrer Patient*innen und deren Involviertheit in die elterliche Symptomatik bzw. den Substanzmissbrauch einschätzen können, zeigten sich durchschnittlich vergleichsweise niedrigere Werte (*M* = 3.53, *SD* = 1.45). Diese weisen auf insgesamt wenig bzw. moderate Zustimmung der Teilnehmenden hin, Entwicklung und Rolle der Kinder in der Familie einzuschätzen. Auch bezüglich der Frage, wie gut Teilnehmende ihr Wissen und ihre Fertigkeiten einschätzen (*M* = 3.90, *SD* = 1.10), sowie ob sie Kinder von Eltern an spezielle Präventionsprogramme oder Eltern an spezielle Elternprogramme überweisen (*M* = 3.80, *SD* = 1.49), zeigten sich wenig bzw. moderate Zustimmung. Zusammenfassend schätzten Teilnehmende im Schnitt ihre eigenen Kompetenzen und klinische Praxis im Umgang mit psychisch kranken Eltern und ihrem Wissen über diese Themen als weniger ausgeprägt ein. Derweil war die Zuversicht, diese Arbeit durchzuführen (*M* = 4.04, *SD* = 1.56) und auch die Bereitschaft, an Weiterbildungen zu diesem Thema teilnehmen (*M* = 4.39, *SD* = .088), etwas stärker ausgeprägt. Die Zuversicht fiel jedoch auch unterschiedlich aus, mit 25,7% der Teilnehmenden, die eher bzw. deutlich einer niedrigen Zuversicht zustimmten.

Im Mittel gaben die Teilnehmenden an, von 73,65% ihrer Patient*innen zu wissen, ob sie Eltern sind oder nicht. Diese Einschätzung variierte jedoch, und 17,1% gaben an, über diese Information nur bei 50% oder weniger ihrer Patient*innen zu verfügen. Dagegen teilten 34,5% der Befragten mit, diese Information von 100% ihrer Patient*innen erhalten zu haben. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass über die Hälfte der Teilnehmenden an der Online-Umfrage im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig ist.

Der Vorher-Nachher-Vergleich bezüglich der Einstellungen zu einem familienorientierten Gesundheitswesen und der Identifikation von Eltern-Patient*innen lässt sich auf Grund der kleinen Stichprobe und des hohen Drop-Outs zu T1 nur deskriptiv darstellen (**Tabelle 2**). Die KI deuten darauf hin, dass zwischen den Mittelwerten der Vorher- und Nachher-Testung keine signifikanten Unterschiede bestehen, da alle Intervalle die Null beinhalten.

Die Identifikation von Eltern-Patient*innen lag vor dem Training (T0) bei *M* = 73.65 (*SD* = 37.00) und nach dem Training (T1) bei *M* = 82.44 (*SD* = 34.90). Deskriptiv zeichnet sich hier demnach eine Verbesserung der Häufigkeit identifizierter Patient*innen als Eltern ab, die auf ein besseres Bewusstsein für Elternschaft im Kontext der Arbeit mit erwachsenen Patient*innen hinweist.

| Fragebogen | Vorher (T0) | Nachher (T1) |
|---|---|---|

| | *N* | *M* | *SD* | Range | *N* | *M* | *SD* | Range | 95%-KI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FFMHPQ** | | | | | | | | | |
| **Wissen und Fertigkeiten** | 57 | 3.90 | 1.10 | 1.60-5.60 | 19 | 4.38 | 1.30 | 0.60-6.0 | [-0.80;0.30] |
| **Einfluss auf das Kind** | 55 | 3.53 | 1.45 | 0.50-6.0 | 18 | 3.86 | 1.35 | 1.50-6.0 | [-1.25;0.50] |
| **Überweisungen** | 52 | 3.80 | 1.49 | 0.50-6.0 | 14 | 3.64 | 1.89 | 0-6.0 | [-1.00;4.50] |
| **Weiterbildung** | 56 | 4.39 | 0.88 | 2.67-6.0 | 18 | 3.79 | 1.43 | 1.0-5.75 | [-4.69e-05;0.08] |
| **Zuversicht** | 56 | 4.06 | 1.56 | 1.0-6.0 | 17 | 4.75 | 0.33 | 1.0-6.0 | [-0.50;1.00] |
| **Attitudes & Concerns** | | | | | | | | | |
| Bedenken | 58 | 2.24 | 0.73 | 1.0-4.0 | 19 | 1.86 | 0.83 | 1.0-3.3 | [-0.33;0.83] |
| Positive Einstellungen | 58 | 4.75 | 0.33 | 3.43-5.0 | 19 | 4.85 | 0.23 | 4.14-5.0 | [-0.29;0.14] |

**Tabelle 2:** *Einstellungen zu einem familienorientierten Gesundheitswesen vor (T0) und nach (T1) der Trainingsteilnahme*

## 2.2 Qualitative Evaluation

### 2.2.1 Aussagen zur Vorlesung

Bei einem überwiegenden Teil der Standorte wurde die Vorlesung auf den Klinikservern hinterlegt (4), jedoch gab es teils Übertragungsschwierigkeiten (3). Nicht alle Teilnehmenden hatten zuvor die Vorlesung angesehen (3). Die Vorlesung wurde als gute Zusammenfassung und Übersicht zum Thema bifokale Perspektive aufgefasst (3), wobei die Inhalte teilweise bereits bekannt waren (2). Besonderes Interesse galt dem Thema Kindeswohlgefährdung und den damit einhergehenden Anzeichen (3); als weniger relevant wurden die vorgestellten Gesprächstechniken angesehen (3). Zudem wurde kritisch angemerkt, inwiefern andere Berufsgruppen das Konzept der bifokalen Perspektive umsetzen können (1).

### 2.2.2 Aussagen zum interaktiven Webinar

Die technische Umsetzung des interaktiven Webinars erfolgte in 6 Durchgängen zufriedenstellend, in 3 Durchgängen war die Interaktion durch die unzureichende Umsetzung (kein Bild oder Ton der Teilnehmenden) deutlich eingeschränkt. In der Mehrheit der Durchgänge nahmen die Teilnehmenden an ihrem Arbeitsplatz (5) oder gemeinsam im Hörsaal (3) und nur vereinzelt aus dem Homeoffice (2) teil, es waren auch Kombinationen davon möglich. Bei 4 Durchgängen waren die Klinikleitenden vertreten, und bei 2 Durchgängen nahmen Mitarbeitende aus der KPP und der KJP teil. Ein Durchgang erfolgte ausschließlich an einer KJP. Die Teilnehmenden waren größtenteils Ärzt*innen, Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen. Nur bei 2 Durchgängen waren auch andere Berufsgruppen vertreten; bei 2 dieser Durchgänge waren dies Sozialarbeiter*innen. Insgesamt war die Beteiligung der

Teilnehmenden zufriedenstellend: Zu 3 Durchgängen wurde explizit eine gute Beteiligung vermerkt. Jedoch war die Beteiligung bei 2 Durchgängen deutlich zurückhaltend; hier wurde vermutet, dass dies mit der Anwesenheit der Klinikleitung einherging. In 3 Durchgängen wurde die Expertise der Klinik zum Thema Familienfokus bereits zu Anfang von den Teilnehmenden stark betont. Innerhalb des Seminars wurden besonders das Standardvorgehen bei Anzeichen zur Kindeswohlgefährdung vorgestellt und besprochen (6), Kooperationen besprochen und geknüpft sowie bestehende Projekte benannt (5).

**3. Diskussion TP: Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten der Fachkräfte**

Ziele des TP waren die Entwicklung und die Evaluation eines Trainings zur Verbesserung der Einstellung, des Wissens und der Fertigkeiten von medizinischen Fachkräften im Hinblick auf eine Familienorientierung in der Psychiatrie. Zunächst kann resümiert werden, dass ein Training entwickelt werden konnte, welches auch unter Pandemiebedingungen im digitalen Format durchführbar ist und in den klinischen Alltag von Psychiatrien integriert werden kann. Das Training umfasst die international vorgeschlagenen Elemente von Psychoedukation und Koordination der Helfendensysteme (Foster et al., 2015) und ergänzt diese um deutschlandspezifische rechtliche Rahmenbedingungen des Kinderschutzes und die Benennung einer therapeutischen familienorientierten Haltung, die als bifokale Perspektive bezeichnet wurde.

Trotz der Niedrigschwelligkeit des Trainings (kurze Dauer, kostenlose Teilnahme, Absolvierung während der Arbeitszeit, Klinik bestimmt die Termine) ist es nicht gelungen, den überwiegenden Teil der Gesundheitsfachkräfte der jeweiligen Standorte professionsübergreifend zu schulen. An den interaktiven Webinaren nahmen überwiegend Ärzt*innen und Psycholog*innen teil, was sich auch in der Fragebogenerhebung widerspiegelt. So kann das TP keine Aussagen zu Akzeptanz und Wirksamkeit im Bereich der Sozialarbeit, der nichtpsychologischen Therapien und der Pflege treffen.

Auch ist es zumeist nicht gelungen, dass mehrere Kliniken (KPP und KJP) gleichzeitig an den Trainings teilnahmen. Die Gründe für die relativ einseitige Teilnahme der akademischen Professionen können an Rekrutierungsmissverständnissen liegen oder im Fallführungsverständnis der Klinikhierarchien begründet sein. Weitere Gründe könnten in der Art des Trainings bestehen (zu digital oder zu sehr auf psychotherapeutisches Arbeiten fokussiert), so dass sich andere Professionen nicht ausreichend angesprochen fühlten. Zukünftige Studien/Trainings sollten daher berücksichtigen, dass diese Zielgruppen vermutlich eine gesonderte Ansprache und vermutlich ein adaptiertes Programm erfordern. Die weitere Diskussion der Ergebnisse erfolgt also mit der Limitation, dass nur die akademischen medizinischen Fachkräfte repräsentiert sind. Eine weitere Limitation, die bei der Auswertung in Betracht gezogen werden muss, ist, dass von einer selektiven, hochmotivierten Stichprobe auszugehen ist, da 44% der an der Fragebogenstudie Teilnehmenden bereits vor dem Training an Schulungen zur familienorientierten Arbeit teilgenommen hatten. Vor diesem Hintergrund zeigt sich eine Stichprobe von Ärzt*innen und Psycholog*innen, die durchschnittlich von drei Vierteln ihrer Patient*innen wissen, ob diese Kinder haben. Der Wert ist höher als in vergleichbaren Studien bei Gesundheitsfachkräften (Lauritzen et al., 2014) und könnte auf eine stärkere Integration familienorientierter Praxis in den Kliniken hinweisen, die sich im CHIMPS-NET engagierten. Dieser hohe Wert relativiert sich allerdings auch daran, dass über 60% der Teilnehmenden kinder- und jugendpsychiatrisch tätig sind und somit eher aufgrund des Fokus auf die therapeutische Arbeit mit den KJ in einem Familienfokus arbeiten.

Teils waren die deskriptiv beobachteten Veränderungen bei den für den Erfolg des Trainings relevanten Konstrukte vielversprechend: So zeigten sich deskriptiv zum Beispiel sowohl Hinweise auf eine Verbesserung des Wissens und der Fertigkeiten der teilnehmenden Fachkräfte sowie eine Reduktion ihrer Bedenken von vor zu nach dem Training. Diese Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant und können nur als Hinweise auf mögliche Effekte des Trainings bewertet werden. Dabei ist auch zu beachten, dass ein hoher Drop-Out zu einer selektiven Stichprobe möglicherweise sehr motivierter Teilnehmenden führte, was die Aussagekraft weiter einschränkt. Weiterhin handelt es sich lediglich um eine

gemessene Veränderung über die Zeit, da keine Kontrollintervention stattfand und nur ein Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb derselben Gruppe von Teilnehmenden des Trainings vorgenommen wurde. Die deskriptiv beobachteten Veränderungen könnten beispielsweise durch natürliche Entwicklungen im Kontext des Klinikumfelds erklärt werden. Zukünftige Studien sollten ein kontrolliertes Design verwenden, indem Teilnehmende in das Training oder eine KG randomisiert werden. Weiterhin wären Maßnahmen zur Reduktion von Teilnahme-Drop-Out höchst relevant, um Aussagen über die Wirksamkeit und untersuchte Population verlässlich treffen zu können.

Zusammenfassend bestand in der Stichprobe ein hohes Bewusstsein für Eltern-Patient*innen im psychiatrischen Alltag der Fachkräfte, womit sehr gute Bedingungen für die Durchführung eines Fachkräftetrainings zur Familienorientierung gegeben sind. Andererseits zeigen die Ergebnisse auf, dass viele Patient*innen nicht als Eltern identifiziert werden, was möglicherweise durch die Vermittlung von Wissen über KJPKE, gesetzliche Bestimmungen und Behandlungsmöglichkeiten sowie eine Förderung positiver Einstellungen und Wirksamkeitserwartungen und den Abbau von Bedenken gesteigert werden kann (Foster et al., 2015; Lauritzen et al., 2014).

Die qualitative Evaluation der Akzeptanz und Wirksamkeit des tatsächlichen Fachkräftetrainings spiegelte diesen Eindruck ebenfalls wider. In Bezug auf die Wissensvermittlung bestand bereits ein hohes Grundlagenwissen bei den Teilnehmenden; lediglich im Bereich der rechtlichen Grundlagen konnte das Training substanziell Neues und im Hinblick auf die Symptome von Kindeswohlgefährdung beitragen. Im digitalen Format gelang es jedoch weniger gut, übende Elemente für eine verbesserte oder motivierende Gesprächsführung umzusetzen. Hier wäre also ein Face-to-face-Element die Voraussetzung für eine gelingende Schulung, sodass eine Umsetzung in der konkreten Praxis mithilfe von Rollenspielen an Musterfällen simuliert werden könnte. Besonders bedeutsam erschienen den Teilnehmenden die Netzwerkarbeit und eine klare Übereinkunft am jeweiligen Standort über Verantwortlichkeiten und Vorgehensweisen im Sinne einer SOP, d. h., dass ein Training an der Stelle als nachhaltig erlebt wird, wenn es Strukturen-bildend oder -klärend ist. Hier zeigten sich jedoch auch die Grenzen einer institutionsüberschreitenden gemeinsamen SOP zwischen KPP und KJP, die zu etablieren den Rahmen eines Trainings überschreitet. In den Webinaren wurde deutlich, dass der Austausch insbesondere in den Standorten gut gelang, in denen bereits in der Vergangenheit gemeinsam im Sinne einer Familienorientierung klinikübergreifend gearbeitet wurde. Ein einmaliges Training kann diese Form der kontinuierlichen institutionellen Zusammenarbeit nicht ersetzen, sondern nur weiteren Rückhalt bieten oder Anstoß dazu geben. Da die meisten Standorte bereits Programme zur familienorientierten Arbeit implementiert hatten (CHIMPS und andere), ist auch auf der Ebene der Institution von einer gewissen Selektion auszugehen und die Stichprobe an teilnehmenden Kliniken kann daher nicht als repräsentativ angesehen werden. Gleichwohl verweisen diese Kliniken auf einen möglichen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie in Richtung einer Familienorientierung.

**Code des Kindes** _____ ***„Wie geht es meinem Kind?“*** **für 3 – 5 Jahre**

**Geschlecht** des Kindes: O Weiblich O Männlich O Divers **Alter** des Kindes (in Jahren): _____

**Kita/Tagesmutter seit:** _____O besucht aktuell keine Kita/ Tagesmutter **Geburtsdatum** des Kindes: _____

**Ihre Beziehung zum Kind**:
O leibliche Mutter O leiblicher Vater O Stiefmutter O Stiefvater O Pflege-/Adoptivmutter O Pflege-/Adoptivvater

**Liebe Eltern,**
**bitte überlegen Sie, wie es Ihrem Kind innerhalb der letzten 6 Monate gegangen ist und beantworten Sie die folgenden Aussagen:**

***0 = nicht zutreffend, 1 = manchmal zutreffend, 2 = häufig zutreffend***

**Mein Kind…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| … hat Freunde. | 0 | 1 | 2 |
| … ist dem Alter entsprechend selbstständig. | 0 | 1 | 2 |
| ... geht gerne in die Kita/ zur Tagesmutter. | 0 | 1 | 2 |
| … isst zu viel; isst zu wenig. | 0 | 1 | 2 |
| … zeigt wenig Aktivität, ist träge. | 0 | 1 | 2 |
| … hat Schlafprobleme. | 0 | 1 | 2 |
| … zieht sich zurück. | 0 | 1 | 2 |
| … klagt über Schmerzen. | 0 | 1 | 2 |
| … verhält sich zu jung für sein Alter. | 0 | 1 | 2 |
| … kann sich schlecht entspannen. | 0 | 1 | 2 |
| … wirkt traurig. | 0 | 1 | 2 |
| … muss bestimmte Dinge wiederholen, wie unter Zwang. | 0 | 1 | 2 |
| … kann nicht stillsitzen. | 0 | 1 | 2 |
| … macht sich viele Sorgen. | 0 | 1 | 2 |
| … ist sehr ungeduldig. | 0 | 1 | 2 |
| … neigt zu Unfällen und Verletzungen. | 0 | 1 | 2 |
| … ist zu furchtsam, ängstlich. | 0 | 1 | 2 |
| … ist schnell irritiert durch Veränderungen im Tagesablauf. | 0 | 1 | 2 |
| … kann sich nicht lange konzentrieren. | 0 | 1 | 2 |
| … hat Schwierigkeiten vor anderen zu sprechen. | 0 | 1 | 2 |
| … hat Wutanfälle, ist leicht reizbar. | 0 | 1 | 2 |
| … benutzt zu viele Schimpfwörter. | 0 | 1 | 2 |

**Mein Kind…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| … kann sich schwer von Bezugspersonen trennen. | 0 | 1 | 2 |
| … hat Probleme mit der Sauberkeits-erziehung. | 0 | 1 | 2 |
| … widerspricht Eltern/ Erziehern, ist ungehorsam. | 0 | 1 | 2 |
| … schlägt oder verletzt andere Personen oder Tiere. | 0 | 1 | 2 |

Wird Ihr Kind durch die genannten Schwierigkeiten beeinträchtigt? O Ja O Nein

**Nur falls *Ja* angekreuzt:**

Wie häufig beeinträchtigen die Schwierigkeiten Ihr Kind in den folgenden Bereichen?

*0 = nie 1 = manchmal 2 = häufig*

| | | | |
|---|---|---|---|
| - Zu Hause | 0 | 1 | 2 |
| - Mit Freunden | 0 | 1 | 2 |
| - In der Kita | 0 | 1 | 2 |
| - In der Freizeit | 0 | 1 | 2 |

Wünschen Sie sich aktuell Unterstützung für Ihr Kind? O Ja O Nein

Was macht Ihnen aktuell am meisten Sorgen bei Ihrem Kind?

Was gefällt Ihnen gut an Ihrem Kind?

© Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

**Code des Kindes** _____ ***„Wie geht es meinem Kind?“*** **3 - 5 Jahre – Auswertung durch Projektmitarbeiter**

**Geschlecht** des Kindes: O Weiblich O Männlich O Divers **Alter des Kindes (in *Jahren; Monaten*)**_____

**Bitte zählen Sie alle Antworten**, die das Elternteil markiert hat, zu einem **Gesamtergebnis (*„Score“)*** zusammen.

Bei den **ersten drei Items sind die Antworten jeweils mit dem umgekehrten Wert zu bewerten**, wie in der Auswertungs-schablone dargestellt, s.u. gelbe Markierung. Falls die Eltern angeben, dass das **Kind beeinträchtigt** ist („*Falls Ja*“), dann summieren Sie auch hier die markierten Angaben zu einem Gesamtwert „***Beeinträchtigung***“ zusammen.

**Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt nach dem Ampelschema (s.u.):**

***0 = nicht zutreffend, 1 = manchmal zutreffend, 2 = häufig zutreffend***

**Mein Kind…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| … hat Freunde. | **2** | **1** | **0** |
| … ist dem Alter entsprechend selbstständig. | **2** | **1** | **0** |
| … geht gerne in die Kita/ zur Tagesmutter. | **2** | **1** | **0** |
| … isst zu viel; isst zu wenig. | 0 | 1 | 2 |
| … zeigt wenig Aktivität, ist träge. | 0 | 1 | 2 |
| … hat Schlafprobleme. | 0 | 1 | 2 |
| … zieht sich zurück. | 0 | 1 | 2 |
| … klagt über Schmerzen. | 0 | 1 | 2 |
| … verhält sich zu jung für sein Alter. | 0 | 1 | 2 |
| … kann sich schlecht entspannen. | 0 | 1 | 2 |
| … wirkt traurig. | 0 | 1 | 2 |
| … muss bestimmte Dinge wiederholen, wie unter Zwang. | 0 | 1 | 2 |
| … kann nicht stillsitzen. | 0 | 1 | 2 |
| … macht sich viele Sorgen. | 0 | 1 | 2 |
| … ist sehr ungeduldig. | 0 | 1 | 2 |
| … neigt zu Unfällen und Verletzungen. | 0 | 1 | 2 |
| … ist zu furchtsam, ängstlich. | 0 | 1 | 2 |
| … ist schnell irritiert durch Veränderungen im Tagesablauf. | 0 | 1 | 2 |
| … kann sich nicht lange konzentrieren. | 0 | 1 | 2 |
| … hat Schwierigkeiten vor anderen zu sprechen. | 0 | 1 | 2 |
| … hat Wutanfälle, ist leicht reizbar. | 0 | 1 | 2 |
| … benutzt zu viele Schimpfwörter. | 0 | 1 | 2 |

**Mein Kind…**

| | | | |
|---|---|---|---|
| … kann sich schwer von Bezugspersonen trennen. | 0 | 1 | 2 |
| … hat Probleme mit der Sauberkeits-erziehung. | 0 | 1 | 2 |
| … widerspricht Eltern/ Erziehern, ist ungehorsam. | 0 | 1 | 2 |
| … schlägt oder verletzt andere Personen oder Tiere. | 0 | 1 | 2 |

**Wird Ihr Kind durch die genannten Schwierigkeiten beeinträchtigt?** **O Ja** **O Nein**

**Falls *Ja:* *Beeinträchtigung*:**

**Wie häufig beeinträchtigen die Schwierigkeiten Ihr Kind in den folgenden Bereichen?**

*0 = nie 1 = manchmal 2 = häufig*

| | | | |
|---|---|---|---|
| **- Zu Hause** | **0** | **1** | **2** |
| **- Mit Freunden** | **0** | **1** | **2** |
| **- In der Kita** | **0** | **1** | **2** |
| **- In der Freizeit** | **0** | **1** | **2** |

**Falls *„Wird Ihr Kind durch die genannten Schwierigkeiten beeinträchtigt?“* mit *„Ja“* beantwortet, bitte zählen Sie die markierten Antworten zur Häufigkeit der Beeinträchtigung zusammen:** Sorgen bei Ihrem Kin

***Beeinträchtigung*:** ☐

***Score:*** **Bitte zählen Sie alle markierten Antworten zusammen, Anleitung s.o. im Kasten:**

☐ + ☐ = ***Score:*** ☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Score < 7** | und **Beeinträchtigung < 3** | ○ **GRÜN** | Im Screening **keine Hinweise auf bedeutsame psychische Probleme → Teilnahme an CHIMPS-NET** |
| **Score < 7** | und **Beeinträchtigung ≥ 3** | ○ **Gelb** | **Hinweise auf Beeinträchtigung vorhanden → weitere diagnostische Abklärung in CHIMPS-NET** |
| **Score ≥ 7** | | ○ **Gelb** | **Hinweise auf psychische Probleme vorhanden → weitere diagnostische Abklärung in CHIMPS-NET** |
| **Score ≥ 11** | | ○ **ROT** | **Deutliche Hinweise auf psychische Probleme → weitere Abklärung in CHIMPS-NET dringend indiziert!** |

**Code des Kindes** _____ ***„Wie geht es meinem Kind?“*** **für 6 – 18 Jahre**

**Geschlecht** des Kindes: O Weiblich O Männlich O Divers **Alter** des Kindes (in Jahren): _____

**Schulform:** _____ Klasse: _____ **Geburtsdatum** des Kindes: _____

**Ihre Beziehung zum Kind**:
O leibliche Mutter O leiblicher Vater O Stiefmutter O Stiefvater O Pflege-/Adoptivmutter O Pflege-/Adoptivvater

**Liebe Eltern,**
**bitte überlegen Sie, wie es Ihrem Kind innerhalb der letzten 6 Monate gegangen ist und beantworten Sie die folgenden Aussagen:**

***0 = nicht zutreffend, 1 = manchmal zutreffend, 2 = häufig zutreffend***

| **Mein Kind…** | | | |
|---|---|---|---|
| … hat gute Freunde. | 0 | 1 | 2 |
| … ist dem Alter entsprechend selbstständig. | 0 | 1 | 2 |
| … geht gerne in die Schule. | 0 | 1 | 2 |
| … hat mind. ein Hobby, dem es regelmäßig nachgeht. | 0 | 1 | 2 |
| … klagt über Schmerzen. | 0 | 1 | 2 |
| … isst zu viel; isst zu wenig. | 0 | 1 | 2 |
| … hat Probleme mit Einnässen; Einkoten. | 0 | 1 | 2 |
| … verhält sich zu jung für sein Alter. | 0 | 1 | 2 |
| … muss bestimmte Dinge wiederholen, wie unter Zwang. | 0 | 1 | 2 |
| … kann nicht stillsitzen. | 0 | 1 | 2 |
| … ist sehr ungeduldig. | 0 | 1 | 2 |
| … kann Gefahren nicht abschätzen. | 0 | 1 | 2 |
| … kann sich nicht lange konzentrieren. | 0 | 1 | 2 |
| … hat Schwierigkeiten vor anderen zu sprechen. | 0 | 1 | 2 |
| … kann sich schlecht entspannen. | 0 | 1 | 2 |
| … benutzt zu viele Schimpfwörter. | 0 | 1 | 2 |
| … ist zu furchtsam, ängstlich. | 0 | 1 | 2 |
| … wirkt traurig. | 0 | 1 | 2 |
| … zieht sich zurück. | 0 | 1 | 2 |
| … hat große Schuldgefühle. | 0 | 1 | 2 |
| … hat Schlafprobleme. | 0 | 1 | 2 |
| … macht sich viele Sorgen. | 0 | 1 | 2 |

| **Mein Kind…** | | | |
|---|---|---|---|
| … denkt nicht nach, bevor es handelt. | 0 | 1 | 2 |
| … lügt zum eigenen Vorteil. | 0 | 1 | 2 |
| … hört Stimmen/ Geräusche, die nicht da sind. | 0 | 1 | 2 |
| … verletzt sich selbst; äußert lebensmüde Gedanken. | 0 | 1 | 2 |
| … widerspricht Eltern / Lehrern; ist ungehorsam. | 0 | 1 | 2 |
| … konsumiert zu viel Alkohol/ Drogen. | 0 | 1 | 2 |
| … stiehlt; beschädigt absichtlich fremdes Eigentum. | 0 | 1 | 2 |
| … schlägt oder verletzt andere Personen oder Tiere. | 0 | 1 | 2 |

Wird Ihr Kind durch die genannten Schwierigkeiten beeinträchtigt? O Ja O Nein

**Nur falls *Ja* angekreuzt:**
Wie häufig beeinträchtigen die Schwierigkeiten Ihr Kind in den folgenden Bereichen?

*0 = nie, 1 = manchmal, 2 = häufig*

| | | | |
|---|---|---|---|
| - Zu Hause | 0 | 1 | 2 |
| - Mit Freunden | 0 | 1 | 2 |
| - In der Schule | 0 | 1 | 2 |
| - In der Freizeit | 0 | 1 | 2 |

Wünschen Sie sich aktuell Unterstützung für Ihr Kind? O Ja O Nein

Was macht Ihnen aktuell am meisten Sorgen bei Ihrem Kind?

_____

_____

Was gefällt Ihnen gut an Ihrem Kind?

_____

© Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

**Code des Kindes** _____ ***„Wie geht es meinem Kind?“*** **6-18 Jahre** - ***Auswertung durch Projektmitarbeiter*in***

**Geschlecht** des Kindes: O Weiblich O Männlich O Divers **Alter des Kindes (in *Jahren; Monaten*)**_____
**Schulform:** _____ Klasse_____

**Bitte zählen Sie alle Antworten**, die das Elternteil markiert hat, zu einem **Gesamtergebnis (*„Score“*)** zusammen.

Bei den **ersten vier Items sind die Antworten jeweils mit dem umgekehrten Wert zu bewerten**, wie in der Auswertungsschablone dargestellt, s.u. gelbe Markierung. Falls die Eltern angeben, dass das **Kind beeinträchtigt** ist (*„Falls Ja“*), dann summieren Sie auch hier die markierten Angaben zu einem Gesamtwert ***„Beeinträchtigung“*** zusammen.
**Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt nach dem Ampelschema (s.u.):**

**Auswertungsschablone:**

| **Mein Kind…** | | | |
|---|---|---|---|
| … hat gute Freunde. | **2** | **1** | **0** |
| … ist dem Alter entsprechend selbstständig. | **2** | **1** | **0** |
| … geht gerne in die Schule. | **2** | **1** | **0** |
| … hat mind. ein Hobby, dem es regelmäßig nachgeht. | **2** | **1** | **0** |
| … klagt über Schmerzen. | **0** | **1** | **2** |
| … isst zu viel; isst zu wenig. | **0** | **1** | **2** |
| … hat Probleme mit Einnässen; Einkoten. | **0** | **1** | **2** |
| … verhält sich zu jung für sein Alter. | **0** | **1** | **2** |
| … muss bestimmte Dinge wiederholen, wie unter Zwang. | **0** | **1** | **2** |
| … kann nicht stillsitzen. | **0** | **1** | **2** |
| … ist sehr ungeduldig. | **0** | **1** | **2** |
| … kann Gefahren nicht abschätzen. | **0** | **1** | **2** |
| … kann sich nicht lange konzentrieren. | **0** | **1** | **2** |
| … hat Schwierigkeiten vor anderen zu sprechen. | **0** | **1** | **2** |
| … kann sich schlecht entspannen. | **0** | **1** | **2** |
| … benutzt zu viele Schimpfwörter. | **0** | **1** | **2** |
| … ist zu furchtsam, ängstlich. | **0** | **1** | **2** |
| … wirkt traurig. | **0** | **1** | **2** |
| … zieht sich zurück. | **0** | **1** | **2** |
| … hat große Schuldgefühle. | **0** | **1** | **2** |
| … hat Schlafprobleme. | **0** | **1** | **2** |
| … macht sich viele Sorgen. | **0** | **1** | **2** |

| **Mein Kind…** | | | |
|---|---|---|---|
| … denkt nicht nach, bevor es handelt. | **0** | **1** | **2** |
| … lügt zum eigenen Vorteil. | **0** | **1** | **2** |
| … hört Stimmen/ Geräusche, die nicht da sind. | **0** | **1** | **2** |
| … verletzt sich selbst; äußert lebensmüde Gedanken. | **0** | **1** | **2** |
| … widerspricht Eltern / Lehrern; ist ungehorsam. | **0** | **1** | **2** |
| … konsumiert zu viel Alkohol/ Drogen. | **0** | **1** | **2** |
| … stiehlt; beschädigt absichtlich fremdes Eigentum. | **0** | **1** | **2** |
| … schlägt oder verletzt andere Personen oder Tiere. | **0** | **1** | **2** |

**Wird Ihr Kind durch die genannten Schwierigkeiten beeinträchtigt?** **O Ja** **O Nein**

***Falls Ja*: *Beeinträchtigung:***
**Wie häufig beeinträchtigen die Schwierigkeiten Ihr Kind in den folgenden Bereichen?**

*0 = nie, 1 = manchmal, 2 = häufig*

| | | | |
|---|---|---|---|
| **- Zu Hause** | **0** | **1** | **2** |
| **- Mit Freunden** | **0** | **1** | **2** |
| **- In der Schule** | **0** | **1** | **2** |
| **- In der Freizeit** | **0** | **1** | **2** |

**Falls *„Wird Ihr Kind durch die genannten Schwierigkeiten beeinträchtigt?“* mit *„Ja“* beantwortet,**
**bitte zählen Sie die markierten Antworten zur Häufigkeit der Beeinträchtigung zusammen:** sorgen bei Ihrem Kin

***Beeinträchtigung*:** ☐

***Score:*** **Bitte zählen Sie alle markierten Antworten zusammen, Anleitung s.o. im Kasten:**

☐ + ☐ = ***Score:*** ☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Score < 8** | und **Beeinträchtigung < 3** | ○ **GRÜN** | Im Screening **keine Hinweise auf bedeutsame psychische Probleme → Teilnahme an CHIMPS-NET** |
| **Score < 8** | und **Beeinträchtigung ≥ 3** | ○ **Gelb** | **Hinweise auf Beeinträchtigung vorhanden** → weitere **diagnostische Abklärung in CHIMPS-NET** |
| **Score ≥ 8** | | ○ **Gelb** | **Hinweise auf psychische Probleme vorhanden** → weitere **diagnostische Abklärung in CHIMPS-NET** |
| **Score ≥ 12** | | ○ **ROT** | **Deutliche Hinweise** auf **psychische Probleme →** weitere **Abklärung in CHIMPS-NET dringend indiziert!** |

CHIMPSNET

# Implementierungsstudie

# *„Familien-Screening“*

**Liebe Eltern,**

wir freuen uns, dass Sie sich Zeit dafür nehmen, diesen Fragebogen zum Familienleben zu beantworten!

Wir stellen **allen Eltern dieselben Fragen**, bitte beantworten Sie diese Fragen einfach so, *wie es auf Sie und Ihre Familie zutrifft*.

Zur **Verbesserung der Lesbarkeit** sprechen wir von „Elternteilen“ und „Familienmitgliedern“. Bitte fühlen Sie sich in jedem Fall angesprochen, auch wenn Sie eine andere Bezugsperson des Kindes sind.

Im ***ersten* Teil** fragen wir nach **familiären Faktoren**. Kreuzen Sie bitte „*unbekannt*“ nur an, wenn es keine Möglichkeit gibt, die Information zu erhalten.

Im ***zweiten* Teil**, ab Frage 9, fragen wir Sie nach **besonderen Ereignissen**. Dabei interessiert uns, ob es jemals im Leben Ihres Kindes zu einer der genannten Situationen kam (deshalb ist die Formulierung „*Gab es jemals eine Zeit, in der …*“ vor jeder Frage in Gedanken zu ergänzen).

Es ist allgemein bekannt, dass **Elternschaft nicht immer einfach** ist und *viele Eltern oft vor großen Herausforderungen* stehen. Manchmal kommen *stressreiche Lebensumstände* oder Situationen hinzu und auch Kinder haben manchmal schwierige Phasen. Wir wissen, dass solche Umstände und Situationen auch die Erziehung beeinflussen können und dazu führen können, dass nicht immer alles perfekt läuft. Wir wollen *gemeinsam mit Ihnen* herausfinden, ob es evtl. für Sie und Ihre Familie hilfreich sein könnte, Unterstützung in irgendeiner Form zu erhalten und ob Sie dies wünschen.

Über das Ergebnis des Fragebogens können Sie **im Anschluss mit den Projektmitarbeitern*innen in CHIMPS-NET sprechen**. Diese beraten Sie bei Bedarf, *welche Möglichkeiten der Unterstützung es gibt* und ob, sowie ggf. welche Unterstützungsmöglichkeiten dabei evtl. für Sie in Frage kommen könnten.

Wenn Sie irgendwelche **Fragen** dazu haben, können Sie sich jederzeit an die **Projektmitarbeiter*innen in CHIMPS-NET** oder an Ihren behandelnden Arzt/ Ärztin bzw. Psychotherapeut*in wenden!

© Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow,
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

FAMILIENCODE: **Familienscreening – Fragebogen für die Eltern** Ausfüllende Person:

Codes des Kindes: Alter des Kindes: Geschlecht des Kindes: Wo lebt das Kind?

## Teil I:

1. Hat das Kind den Kontakt zu einem Elternteil verloren (z.B. durch Fremdunterbringung, fehlenden Umgang nach Trennung oder aus anderen Gründen wie Tod eines Elternteils)?
   ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
2. Liegen bei einem der Elternteile psychische oder psychiatrische Erkrankungen vor?
   ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
3. Gab es bei einem der Elternteile Eltern Gewalterfahrungen in der Kindheit?
   ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
4. Hat Ihr Kind psychische oder körperliche Probleme bzw. ist seine/ ihre Entwicklung in einem oder mehreren Bereichen verzögert?
   ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
5. Gibt es im Familienumfeld des Kindes jemanden, der Alkoholprobleme hat oder Drogen konsumiert?
   ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
6. Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht und/ oder Alkohol/ Drogen konsumiert?
   ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
7. Wurde jemals ein Familienmitglied strafrechtlich verurteilt oder musste ins Gefängnis?
   ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
8. Hatten Sie als Familie schon einmal Kontakt mit dem Jugendamt?
   ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt

## Teil II:

### Gab es jemals eine Zeit, in der …

9. … Ihr Kind sehr viel Verantwortung übernehmen musste (z.B. sich um andere Familienmitglieder kümmern musste)?
   ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
10. … Ihr Kind über einen längeren Zeitraum die Schule nicht besucht hat?
    ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
11. ... Ihr Kind oft von Familienmitgliedern beschimpft, beleidigt oder gedemütigt wurde?
    ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
12. ... Ihr Kind für eine gewisse Zeit in einer Situation alleine war, in der man eigentlich hätte aufpassen müssen?
    ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
13. … Ihr Kind nicht ausreichend versorgt war (z.B. angemessene Kleidung und Hygiene, ausreichend Nahrung, angemessener Schlafraum)?
    ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
14. … Ihr Kind in einer Situation war, in der sich Familienmitglieder extrem gestritten haben oder Gewalt stattgefunden hat?
    ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
15. … Ihr Kind gepackt, geschlagen, gestoßen oder anderweitig verletzt wurde?
    ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
16. … Ihr Kind bei illegalen Handlungen (z.B. Drogen, Diebstahl etc.) anwesend oder auch beteiligt war?
    ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt
17. … Ihr Kind sexuelle Handlungen oder den Versuch eines sexuellen Kontakts selbst erlebt oder auch beobachtet hat (incl. Pornographie)?
    ○ Ja ○ Nein ☐ Unbekannt

**Vielen Dank für Ihre Bereitschaft und, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten!**



© Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow,
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

FAMILIENCODE: **Familienscreening: Auswertung durch Projektmitarbeiter** Ausfüllende Person:

Codes des Kindes: Alter des Kindes: Geschlecht des Kindes: Wo lebt das Kind?

**Diese Auswertungsseite ist nur für die Projektmitarbeiter*innen!**

Liebe Kolleg*innen, bitte nehmen Sie nun die **Auswertung des Fragebogens** wie angegeben vor. Lesen Sie sich vor der Auswertung bitte den Leitfaden durch.

**Teil I: Anzahl der familiären Risikofaktoren:**

**Zur Auswertung** zählen Sie bitte jede ***„Ja"*-Antwort** in den Fragen **1-8** als **einen Punkt.**
Bitte tragen Sie das Ergebnis hier ein:

1 2 3 4 5 6 7 8

**Kommentare:**

**Teil II: Liegen auf Basis des Fragebogens derzeit Hinweise vor, die auf Misshandlung/ Vernachlässigung hindeuten?**

O **Nein**

Wenn bei einer der zugehörigen Fragen **einmal *„Ja"*** angekreuzt ist, bitte das entsprechende „Ja, Hinweise auf…" ankreuzen:

**Ja, Hinweise auf:**

O … bildungsbezogene Misshandlung → s. Frage 10
O … mangelnde Versorgung → s. Frage 13
O … mangelnde Beaufsichtigung → s. Frage 12
O … emotionale Misshandlung → s. Fragen 9, 11, 14
O … körperliche Misshandlung →s. Frage **15 (Beachte unten)**
O … moralisch-rechtlich-erzieherische Misshandlung → s. 16
O … sexuellen Missbrauch → s. Frage **17 (Beachte unten)**
O Ja, aus anderen Gründen (*bitte angeben*):

**Auswertung nach Ampelschema:**

Liegen auf Basis des Fragebogens **Hinweise auf Belastungsfaktoren** bzw. **Kindeswohlgefährdung** vor?

| | | | |
|---|---|---|---|
| **< 4 Risikofaktoren** | **und keine Hinweise** auf Gewalt oder Vernachlässigung (Fragen 9-17, Teil II) | ○ **GRÜN** | im Screening **keine Hinweise** auf Belastungsfaktoren bzw. Gewalt in der Familie: → **Teilnahme an CHIMPS-NET** |
| **≥ 4 Risikofaktoren** | **oder Hinweise bei Fragen 9-12** | ○ **Gelb** | **Hinweise auf Kindeswohlgefährdung** vorhanden, → weitere **Klärung und Beratung in CHIMPS-NET indiziert** |
| | **Hinweise bei Fragen 13-17** | ○ **ROT** | **Dringliche Hinweise auf Kindeswohlgefährdung** → zeitnahe **Klärung und Beratung in CHIMPS-NET dringend indiziert!** |
| **IMMER** | **wenn Frage 15** oder **17 bejaht** oder dabei Zweifel vorhanden | ○ **ROT** | **Sehr dringliche Hinweise auf Kindeswohlgefährdung,** → sofortige **Klärung und Beratung in CHIMPS-NET sehr dringend indiziert!** |

☐ Unklarheiten vorhanden, weitere Klärung unbedingt notwendig in CHIMPS-NET in Kooperation mit lokalem Netzwerk!

Bei Unsicherheiten können Sie sich auch an die ***medizinische Kinderschutz-Hotline*** (**0800 19 210 00**) wenden, die eine *anonyme Beratung* anbietet.

In **akuten Gefährdungsfällen**, v.a. wenn das Kind aktuell einer akuten Gefahr ausgesetzt ist oder absehbar ist, dass es dies in kürzester Zeit sein wird, wenden Sie sich bitte sofort an das **zuständige Jugendamt** und **ggf. die Polizei.**



© Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow,
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

# 1. Methodik TP: Systematisches Screening, Früherkennung und Inanspruchnahme

## 1.1 Die Screenings

Es wurden zwei Screenings entwickelt und diese im Rahmen des CHIMPS-NET-Projekts für Familien mit psychisch kranken Eltern implementiert, um die Daten für die Validierung der Screenings zu erheben. Das *Kinder-Screening* und das *Familien-Screening* sind zwei kurze Elternfragebögen, die nach einem einfachen Ampelsystem (grün – gelb – rot) ausgewertet werden (Holl-Etten et al., 2022; **Anlage Nr. 13, Anlage Nr. 14** und **Anlage Nr. 15**).
Im Kinder-Screening werden psychische Auffälligkeiten bei KJPKE sowie ihre Ressourcen in Kurzform erfasst. Die drei bzw. vier Ressourcenitems und 23 bzw. 26 Problemitems (je nach Altersgruppe) sind simpel formuliert. Außerdem wird nach Beeinträchtigung der KJ durch die Symptomatik sowie dem Wunsch nach Unterstützung gefragt und mit zwei offenen Fragen nach aktuellen Sorgen der Eltern über ihr Kind, aber auch nach positiven Eigenschaften.
Das Familien-Screening wurde als Screening auf psychosozialen Unterstützungsbedarf entwickelt, um Hilfebedarf bei von drohender Kindeswohlgefährdung durch primäre, sekundäre oder tertiäre Prävention frühzeitig zu identifizieren. Dafür werden familiäre Risiko- und Belastungsfaktoren mit acht Items erfasst sowie Hinweise auf Misshandlung und Vernachlässigung mit neun Items. Der Fokus des psychosozialen Screenings liegt auf den Bezugspersonen, die systematisch nach familiären Risikofaktoren und Gewalterfahrungen der im Haushalt lebenden Kinder befragt werden, wobei ein niedrigschwelliger Zugang gewährleistet ist. Es wurde auf eine ressourcenorientierte, entstigmatisierende Formulierung geachtet. Die Auswertungsseite enthält Handlungsanweisungen in Form eines Ampelschemas (grün, gelb, (dunkel-)rot) dazu, welche Schritte bei Hinweisen auf Unterstützungsbedarf bzw. Kindeswohlgefährdung eingeleitet werden sollen.

## 1.2 Durchführung

In den sieben ausgewählten Kliniken CHIMPS-NET wurde bei psychisch kranken Eltern innerhalb der klinischen Diagnostik (CBCL, K-SADS-PL) zusätzlich ein Kinder- und Familien-Screening eingesetzt, um Anhaltspunkte zu erhalten, ob diese Screenings psychische Auffälligkeiten, Risikofaktoren und Gewalterleben im Elternurteil zuverlässig erfassen können.
In den sieben aus dem CHIMPS-NET Konsortium zufällig ausgewählten Kliniken in Bielefeld, Gütersloh, Homburg, Marburg, Rüdersdorf, Ulm und Berlin, die als Interventionskliniken der Implementierungsstudie zugewiesen wurden, erreichten die Screenings eine gute Akzeptanz. Es wurden insgesamt $N$ = 209 Kinder-Screenings erhoben, davon $n$ = 46 für die Altersgruppe 3 bis 5 Jahre und $n$ = 163 für die Altersgruppe 6 bis 18 Jahre.
Die psychometrischen Eigenschaften des Kinderscreenings wurden anhand der Reliabilität und Validität des Gesamtfragebogens beurteilt. Kriteriumsvalidität und Konstruktvalidität wurden mithilfe weiterer Diagnostik (CBCL, K-SADS-PL) berechnet.
Insgesamt wurden $N$ = 131 Familien-Screenings vollständig ausgefüllt, von denen $n$ = 72 in die Validitätsanalyse einschgeschlossen wurden. Für die Übereinstimmungsvalidität wurden die Ergebnisse des Familienscreenings mit dem diagnostischen Interview K-SADS-PL verglichen.

# 2. Ergebnisse TP: Systematisches Screening, Früherkennung und Inanspruchnahme

Insgesamt bestand die Stichprobe für die Validitätsanalyse der Screenings aus 166 KJ ($n$ = 88 [53%] weiblich; $n$ = 78 [47%] männlich) im Alter zwischen 3 und 18 Jahren ($M$ = 9.13, $SD$ = 4.23; $M_w$ = 9.13, $SD_w$ = 4.10; $M_m$ = 9.13, $SD_m$ = 4.39) mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil.
Es war vorgesehen, dass zwei Elternteile jeweils ein Kinder-Screening ausfüllen könnten. Insgesamt konnten in die Validitätsanalyse $N$ = 209 Kinder-Screenings über $N$ = 143 Kinder eingeschlossen werden. Davon gehörten $n$ = 46 der Altersgruppe 3-5 an und $n$ =163 der Altersgruppe 6-18.
Zur Ermittlung der Konstruktvalidität wurde der Kinder-Screening-Score mit dem CBCL-Gesamtproblemwert korreliert. Das Kinder-Screening 3-5 zeigt mit der CBCL/1½-5 eine hohe konvergente Validität ($r$ = 0,76, p < .001). Die Übereinstimmungsvalidität konnte mit einem

AUC-Wert von 0,88 (95%-KI = 0,79-0,98, p < .001) sowie Sensitivität = 100% und Spezifität = 29% ermittelt werden. Die Übereinstimmungsvalidität mit dem K-SADS-PL konnte mit einem AUC-Wert von 0,71 (95%-KI = 0,50-0,93, p < .001) sowie Sensitivität = 100% und Spezifität = 21% geprüft werden. Die interne Konsistenz beträgt Cronbachs α = 0,85.
Das Kinder-Screening 6-18 zeigt mit CBCL/6-18R eine sehr hohe konvergente Validität (*r* = 0,90, p < .001). Die Übereinstimmungsvalidität konnte mit einem AUC-Wert von 0,95 (95%-KI= 0,92-0,98, p < .001) sowie Sensitivität = 100% und Spezifität = 72% ermittelt werden. Die Übereinstimmungsvalidität mit K-SADS-PL-Diagnosen konnte mit einem AUC-Wert von 0,78 (95%-KI = 0,67-0,89, p < .001) sowie Sensitivität = 95% und Spezifität = 49% geprüft werden. Die interne Konsistenz war mit Cronbachs α = 0,91 sehr gut. Insgesamt wurden *N* = 131 Familien-Screenings vollständig ausgefüllt, von denen wir *n* = 72 in die Validitätsanalyse einschließen konnten.
Da das Familien-Screening auf Basis eines formativen Modells konzipiert wurde – das heißt, mit heterogenen Items unterschiedliche Risikofaktoren und Misshandlungsformen abfragt –, ist die Berechnung der inneren Konsistenz nicht sinnvoll. Eine Reliabilitätsanalyse könnte durch die Schätzung der Retest-Reliabilität sowie der Interrater-Reliabilität erfolgen, was für zukünftige Validitätsberechnungen empfohlen wird. Wichtiger in unserem Kontext ist die Überprüfung der Inhaltsvalidität des Familien-Screenings. Die Entwicklung des Familien-Screenings hat sich an der Forschung zur frühen Traumatisierung und Erfassung von Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen orientiert. Hinzu kommt, dass die Iteminhalte den empfohlenen Kriterien zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB entsprechen. Zusätzlich stellt das deutschlandweite Expert*innenurteil dank CHIMPS-NET die inhaltliche Validität sicher.
Die Gütekriterien des Familien-Screenings in Bezug auf Kriteriumsvalidität sind ausreichend erfüllt (Sensitivität = 58-78%, Spezifizität = 65-98%). Im K-SADS-PL im Bereich posttraumatische Belastungsstörung werden Fragen zu Gewalterfahrungen gestellt. Diese können in emotionale, körperliche und sexuelle Gewalt unterteilt werden und wurden zur Ermittlung der Übereinstimmungsvalidität herangezogen. Die Übereinstimmungsvalidität mit K-SADS-PL konnte bei emotionaler Gewalt mit Sensitivität = 69% und Spezifität = 65% geprüft werden, bei körperlicher Gewalt war die Sensitivität = 58% und Spezifität = 90%, bei sexualisierter Gewalt war die Sensitivität = 78% und Spezifität = 98%.

**3. Diskussion TP: Systematisches Screening, Früherkennung und Inanspruchnahme**

Gemäß erster Validierung der psychometrischen Eigenschaften erweisen sich das *Kinder-Screening* und das *Familien-Screening* als geeignet, in die RV bzw. in erwachsenenpsychiatrische Klinikabläufe integriert zu werden. Beide sind zeitökonomische, leichtverständliche und nicht-stigmatisierende Screening-Instrumente, die für Fachkräfte eine hilfreiche Grundlage für eine weitere klinische Exploration und Gefährdungseinschätzung darstellen. In der Folge können präventive Interventionen eingeleitet und somit transgenerationale Transmissionen psychischer Störungen bzw. von Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung unterbrochen werden.
Als Limitation für die vorgestellte Analyse ist zu nennen, dass die Stichprobe noch relativ klein ist. Weitere Analysen sollen auf Grundlage größerer Stichproben erfolgen.
Neben der Erwachsenenpsychiatrie sollen die beiden Screenings zukünftig auch in anderen relevanten Bereichen wie Kita oder Schule implementiert werden, da wir wissen, dass viele Eltern nicht in Behandlung sind. Ebenso wäre es wichtig, diese Screenings in andere Sprachen zu übersetzen, um jede Familie erreichen zu können.
Implementierung in die RV präventiver Maßnahmen in Form von Screening-Verfahren kann weitreichenden negativen Folgen für KJPKE vorbeugen und damit das Gesundheitssystem langfristig entlasten. Wir sind überzeugt, dass diese Screenings helfen können, solche KJ, die bisher für uns unsichtbar waren, sichtbar zu machen.

# 1. Methodik TP: Evaluiertes Webportal

Im Verlauf der Entwicklung des Webportals wurden vier Evaluierungsschritte durchgeführt: *Vor* der Entwicklung spezifischer Module wurden eine quantitative Bedarfsanalyse (Online-Befragung) und eine qualitative Bedarfsevaluation (Telefoninterviews mit Expert*innen und Betroffenen*)* durchgeführt. *Nach* der Entwicklung spezifischer Module wurde eine quantitative Prozessevaluation (Online-Befragung) und eine qualitative Prozessevaluation (Online-Fokusgruppe mit Betroffenen) durchgeführt. Dies diente der Evaluation der Website. Zunächst wurde der konkrete psychosoziale Informationsbedarf aus den Bedarfsanalysen abgeleitet und anschließend die auf dieser Grundlage entwickelten Informationsmodule bewertet. Die jeweiligen Methoden, die im Rahmen der Bedarfsanalysen und der Prozessevaluation angewandt wurden, werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

## 1.1 Bedarfsevaluationen

### 1.1.1 Einschlusskriterien und Rekrutierung

#### *1.1.1.1 Quantitative Bedarfsevaluation*

Teilnahmeberechtigt waren Eltern mit einer psychischen Erkrankung und deren erwachsene Kinder mit einem Mindestalter von 18 Jahren. Die Rekrutierung der Teilnehmer*innen fand vom 22. September 2021 bis zum 05. Januar 2022 statt. Die Umsetzung erfolgte mittels einer Pop-Up-Einladung auf der Website chimpsnet.org. Eine weitere Pop-Up-Einladung wurde auf psychenet.de, einer Informationsseite rund um das Thema psychische Gesundheit, über einen Zeitraum von ca. sechs Wochen (21.10.2021-06.12.2021) implementiert.

#### *1.1.1.2 Qualitative Bedarfsevaluation*

Im Rahmen der qualitativen Bedarfsevaluation erfolgte die Rekrutierung von Betroffenen sowie Expert*innen. Für die Rekrutierung der Betroffenen wurde mit Informationsblättern auf die Studie aufmerksam gemacht und grundlegende Informationen vermittelt. Teilnahmeberechtigt waren Mütter, Väter sowie erwachsene Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil. Als Expert*innen und somit als teilnahmeberechtigt im Rahmen der Expert*innen-Interviews galten Personen, die sich entweder wissenschaftlich und/oder im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit mit dem Thema KJPKE beschäftigen. Auch für die Expert*innen standen entsprechende Informationsblätter zur Verfügung.

### 1.1.2 Stichprobe

#### *1.1.2.1 Quantitative Bedarfsevaluation*

Für die quantitative Bedarfsevaluation (Online-Befragung) wurde eine Stichprobengröße von $N = 200$ angestrebt.

#### *1.1.2.2 Qualitative Bedarfsevaluation*

Im Rahmen der qualitativen Bedarfsevaluation (Telefoninterviews) wurde eine Stichprobengröße von $N = 10$ Angehörigen und $N = 10$ Betroffenen angestrebt.

### 1.1.3 Datenerhebung

#### *1.1.3.1 Quantitative Bedarfsevaluation*

Die Datenerhebung erfolgte mit einem Online-Fragebogen, der die Bedarfe der KJPKE und die der Eltern erfassen sollte. Des Weiteren wurden demographische Variablen erhoben. Die meisten Fragen konnten durch Ankreuzen beantworten werden. Bei anderen Fragen waren freie Textfelder vorgesehen. Die Dauer betrug 8-20 Minuten.

#### *1.1.3.2 Qualitative Bedarfsevaluation*

Die Datenerhebung der qualitativen Bedarfsevaluation erfolgte mittels Telefoninterviews von Mitarbeiter*innen des Institutes für Medizinische Psychologie des UKE. Die Dauer der Betroffenen-Interviews betrug 30- 50 Minuten. Nach der Begrüßung und einleitenden Informationen wurden die demographischen Daten der Betroffenen erfasst. Anschließend wurden Fragen zur Erkrankung des Elternteils sowie Beeinträchtigungen der Familie bzw. Kinder in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung erfasst. Es wurden allgemeine Informationsbedarfe und des allgemeinen Bedarfs einer Website für Familien mit psychisch krankem Elternteil erhoben sowie spezifische Themenbereiche für eine Website für Familien mit psychisch krankem Elternteil erfasst. Die Teilnehmer*innen bewerteten die Relevanz der fünf Themenebereiche auf einer Skala von 1 (*gar nicht relevant*) bis 10 (*sehr relevant*). Zudem wurde nach weiteren relevanten Themen gefragt. **Tabelle 1** gibt eine Übersicht der Themenbereiche. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

| **Themenbereiche** | **Beispiele für dem Themenbereich zugehörige Inhalte** |
|---|---|
| 1: Allgemeine Informationen zu psychischen Erkrankungen und psychischer Gesundheit, um zunächst ein Verständnis der eigenen Erkrankung zu bekommen | |
| 2: Informationen speziell für Eltern | • Wie kann ich für mich sorgen und trotzdem ein/e gute/r Mutter/Vater sein (z. B. während eines Klinikaufenthaltes)?<br>• Wie kann ich Konflikte und den Alltag managen, speziell wenn es mir nicht gut geht?<br>• Informationen speziell für Mütter und für Väter getrennt dargestellt, da in manchen Bereichen Rollenunterschiede bestehen<br>• Wie kann ich meinem Kind helfen, z. B. psychische Erkrankung kindgerecht erklären, Kommunikation mit der Schule/dem Kindergarten? |
| 3: Informationen speziell für KJ | • Informationen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen Warum hat mein/e Vater/Mutter eine psychische Erkrankung?<br>• Werde ich selber auch erkranken? Wie gehe ich in der Schule mit familiären Problemen um?<br>• Wo kann ich mir (anonyme) Unterstützung holen? |
| 4: Hilfe finden | • Links zu (internationalen) Informationsseiten<br>• Anlaufstellen für Unterstützungsmöglichkeiten |

| | |
|---|---|
| 5: Erfahrungsberichte/ Zitate von betroffenen KJ/Eltern (jeweils zu den spezifischen Themen) | |

**Tabelle 1:** *Themenbereiche im Rahmen der Betroffenen-Interviews*

Die Expert*innen-Interviews wurden ebenfalls telefonisch durchgeführt. Die Dauer betrug 30-50 Minuten. Nach der Begrüßung und der Mitteilung einleitender Informationen wurden sowohl demographische als auch berufsbezogene Daten der Expert*innen erhoben. Anschließend wurden der allgemeine Bedarf eines Online-Angebots für Familien und KJPKE sowie die Themen, welche die Expert*innen als besonders relevant für Familien bzw. Kinder mit psychisch erkranktem Elternteil erachteten, erfasst. Dies geschah durch Fragen zu relevanten Themen für Eltern bzw. KJ sowie Erfahrungen mit (bereits existierenden) Angeboten, die Inhalte zu Themen für diese Zielgruppe bereithalten. Der dritte Fragenblock befasste sich mit spezifischen Themenbereichen für eine Website für Familien mit psychisch krankem Elternteil. Die Expert*innen wurden aufgefordert, die Relevanz einzelner Themenbereiche auf einer Skala von 1 (*gar nicht relevant*) bis 10 (*sehr relevant*) zu bewerten. Zusätzlich wurden die Expert*innen nach weiteren relevanten Themen gefragt.

Die einzelnen Themenbereiche können **Tabelle 2** und **Tabelle 3** entnommen werden. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

| **Themenbereiche** | **Beispiele für dem Themenbereich zugehörige Inhalte** |
|---|---|
| 1: Allgemeine Informationen zu psychischen Erkrankungen und Möglichkeiten zur Prävention und Behandlung | • Störungsbilder<br>• Erkennung von Informationsbedarfen von Familien mit psychisch krankem Elternteil<br>• psychische Gesundheit<br>• allgemeine Informationen zur Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen |
| 2: Mögliche Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die KJ | • Was macht das mit den Kindern?<br>• Wie können Kinder reagieren?<br>• Anzeichen psychischer Belastungen bei Kindern erkennen<br>• Wie können belastete Eltern ihre KJ unterstützen |
| 3: Informationen zur Kommunikation mit den KJ (und ggf. anderen) | • Wie und wann den KJ eigene Erkrankung altersgerecht erklären?<br>• Und wie und wann mit anderen Angehörigen und Institutionen (z. B. Schule der KJ) über eigene psychische Erkrankung reden |
| 4: Informationen zur Selbstfürsorge und wie Betroffene ihre Familien unterstützen können | • Tipps zur Selbstfürsorge/Psychohygiene<br>• Wie kann ich für mich selbst sorgen und trotzdem ein guter Elternteil sein?<br>• Wie bekomme ich familiären Alltag und Konflikte unter einen Hut? |
| 5: Hilfen für Eltern | • Anlaufstellen und Hilfesystem für Erwachsene<br>• Hilfsangebote für KJ, die Eltern in Anspruch nehmen können |

**Tabelle 2:** *Themenbereiche für betroffene Eltern*

| Themenbereiche | Beispiele für dem Themenbereich zugehörige Inhalte |
|---|---|
| 1: Allgemeine Informationen zu psychischen Erkrankungen, deren Auswirkungen auf die Familie und die KJ, und Möglichkeiten zur Prävention und Behandlung | • Störungsbilder<br>• Was ist dadurch anders (Gedanken, Gefühle, Verhalten)?<br>• Was macht es mit der Familie?<br>• Warum ist mein Elternteil psychisch krank?<br>• Werde ich auch psychisch krank?<br>• Wer hilft meinem erkrankten Elternteil und mir? |
| 2: Informationen zur Selbstfürsorge (*Was kannst du selber für dich tun?*) | • darüber reden (mit wem und wann)<br>• Abgrenzung<br>• Umgang mit Ängsten und Unsicherheiten<br>• eigene Belastungen erkennen |
| 3: Hilfen für KJ | • Auflistung von Anlaufstellen im Hilfesystem für Kinder und Jugendliche (auch für Notfälle)<br>• anonyme Hilfen<br>• Linksammlung mit hilfreichen Websites, sowie Verweise zu unterstützenden Selbsthilfegruppen<br>• Literatur (Broschüren, Ratgeber etc.) |

**Tabelle 3:** *Themenbereiche für KJPKE*

### 1.1.4 Analyse

#### *1.1.4.1 Quantitative Bedarfsevaluation*

Die quantitative Bedarfsevaluation wurde mit IBM SPSS Statistics 25 (IBM Corp., 2017) deskriptiv ausgewertet.

#### *1.1.4.2 Qualitative Bedarfsevaluation*

Die im Rahmen der qualitativen Bedarfsevaluation durchgeführten Interviews wurden zunächst transkribiert und anschließend mithilfe literaturbasierter Kategoriensysteme ausgewertet.

## 1.2 Prozessevaluationen

### 1.2.1 Einschlusskriterien und Rekrutierung

#### *1.2.1.1 Quantitative Bedarfsevaluation*

Teilnahmeberechtigt im Rahmen der quantitativen Prozessevaluation waren Eltern mit einer psychischen Erkrankung sowie erwachsene Kinder im Alter von mindestens 18 Jahren.

#### *1.2.1.2 Qualitative Bedarfsevaluation*

Im Rahmen der qualitativen Prozessevaluation wurde eine Fokusgruppe mit Betroffenen durchgeführt. Für die Betroffenenfokusgruppen waren psychisch erkrankte Mütter, Väter, Sorgeberechtigte und KJPKE teilnahmeberechtigt. Die Rekrutierung erfolgte mithilfe von Informationsblättern, die Betroffene auf die Studie aufmerksam machen und grundlegende Informationen vermitteln sollten.

### 1.2.2 Stichprobe

#### *1.2.2.1 Quantitative Bedarfsevaluation*

Im Rahmen der quantitativen Prozessevaluation (Online-Befragung) wurde eine Stichprobengröße von *N* = 200 angestrebt.

#### *1.2.2.2 Qualitative Bedarfsevaluation*

Für die qualitative Prozessevaluation (Online-Fokusgruppe) wurde eine Stichprobengröße von *N* = 10 Betroffenen angestrebt.

### 1.2.3 Datenerhebung

#### *1.2.3.1 Quantitative Bedarfsevaluation*

Die Datenerhebung erfolgte mithilfe eines Online-Fragebogens, welcher über die Plattform LimeSurvey (LimeSurvey GmbH, o. J.) zugänglich war. Neben demographischen Angaben wurden Fragen zur allgemeinen Internetnutzung sowie der Nutzung der Website chimpsnet.org gestellt. Des Weiteren hatten die Teilnehmer*innen die Möglichkeit, die Website mit einer Note von 1 (*sehr gut*) bis 6 (*ungenügend*) zu bewerten und Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge mitzuteilen. Die Dauer betrug ca. 5-10 Minuten.

#### *1.2.3.2 Qualitative Bedarfsevaluation*

Die Betroffenen-Fokusgruppe fand am 15.02.2023 online über die Plattform Zoom (Zoom, o. J.) statt. Die Fokusgruppe dauerte ca. 90 Minuten und wurde von wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen des UKE moderiert.

### 1.2.4 Analyse

#### *1.2.4.1 Quantitative Bedarfsevaluation*

Die Auswertung der quantitativen Prozessevaluation erfolgte deskriptiv mithilfe von IBM SPSS Statistics 25 (IBM Corp., 2017).

#### *1.2.4.2 Qualitative Bedarfsevaluation*

Die im Rahmen der qualitativen Bedarfsevaluation durchgeführte Fokusgruppe wurde mithilfe der Audiospuren zusammengefast und ausgewertet.

## 2. Ergebnisse TP: Evaluiertes Webportal

### 2.1 Bedarfsevaluationen

### 2.1.1 Quantitative Bedarfsevaluation

#### *2.1.1.1 Stichprobenbeschreibung*

Im Rahmen der quantitativen Bedarfsanalyse wurden insgesamt 187 Teilnehmer*innen rekru-tiert. Sieben Teilnehmer*innen erfüllten die Einschlusskriterien aufgrund des Alters

nicht und wurden von der Analyse ausgeschlossen. Die finale Stichprobe bestand folglich aus *N* = 180 Teilnehmer*innen.
Das durchschnittliche Alter betrug 35,92 Jahre (*SD* = 12,49, Range 18-69). Es identifizierten sich 16,1% (*n* = 29) der Stichprobe als männlich, 73,3% (*n* = 132) als weiblich und 1,1% (*n* = 2) als divers, wobei 9,4% (*n* = 17) keine Angabe bezüglich des Geschlechts machten. Ein Großteil der Teilnehmer*innen war ledig (*n* = 52; 28,9%), lebte in Deutschland (*n* = 149; 82,8%) und besaß einen Fachhochschulabschluss oder einen Hochschulabschluss (*n* = 72; 40%). Die meisten Teilnehmer*innen arbeiteten in einem Angestelltenverhältnis entweder in Vollzeit (*n* = 46; 25,6%) oder in Teilzeit (*n* = 33; 18,3%) oder waren Schüler*innen bzw. Student*innen (*n* = 38; 21,1%). Genauere Angaben zur Stichprobe können **Anhang Nr. 3** entnommen werden.
N=127 (53,6%) Teilnehmer*innen gaben an, selbst von einer psychischen Erkrankung betroffen zu sein. Verwertbare Daten lagen für *n* = 123 Teilnehmer*innen vor. Im Durchschnitt traten die psychischen Probleme bzw. Beschwerenden erstmalig in einem Alter von 17,50 (*SD* = 8,78, Range: 5-69) Jahren auf. Des Weiteren gaben 78,3% der Teilnehmer*innen (*n* = 141) an, Kind eines psychisch kranken Elternteils zu sein bzw. gewesen zu sein.
Insgesamt gaben *n* = 60 der Teilnehmer*innen mit einer psychischen Erkrankung an, Kinder zu haben. Das Alter des ersten Kindes (*n* = 58) betrug durchschnittlich 12,81 Jahre (*SD* = 8,99), wobei das durchschnittliche Kindesalter zu Erkrankungsbeginn 3,00 Jahre (*SD* = 4,72; *n* = 45) betrug. Informationen über Geschlecht und Wohnsitze der Kinder 1-3 können **Anhang Nr. 4** entnommen werden. Das zweite Kind (*n* = 28) war im Durchschnitt 12,21 (*SD* = 8,99) Jahre alt. Das durchschnittliche Kindesalter zu Erkrankungsbeginn lag bei 3,23 (*SD* = 5,10; *n* = 22) Jahren. Das Alter des dritten Kindes (*n* = 7) betrug durchschnittlich 15,71 (*SD* = 9,43) Jahre. Das durchschnittliche Kindesalter zum Erkrankungsbeginn betrug 3,40 (*SD* = 3,91; *n* = 5) Jahre. Des Weiteren gaben zwei Teilnehmer*innen an, ein viertes Kind zu haben. Das Alter der beiden männlichen Kinder betrug 31 bzw. 7 Jahre. Weitere Informationen waren nur für eins der Kinder vorhanden: Das Alter zum Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns lag bei 0 Jahren und das Kind war wohnhaft bei den Großeltern. Ein*e Teilnehmer*in berichtete, ein fünftes Kind zu haben. Das Mädchen war fünf Jahre alt. Das Alter zum Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns lag bei 0 Jahren und das Kind war wohnhaft bei beiden Elternteilen. Die Mehrzahl der Kindeseltern (*n* = 31; 51,7%) gab an, zusammen zu leben, *n* = 22 (36,7%) lebten getrennt oder waren geschieden, *n* = 3 (5%) lebten noch nie zusammen und *n* = 4 (6,7%) fiel unter Sonstiges.

#### *2.1.1.2 Deskription der erfassten Skalen*

##### *2.1.1.2.1 Eltern mit einer psychischen Erkrankung*
In **Anhang Nr. 5** sind die 5 Skalen des Fragebogens mit den entsprechenden Items und den dazugehörigen Mittelwerten und Standardabweichungen dargestellt. Insgesamt galt es für die Gruppe der Eltern mit einer psychischen Erkrankung, 44 Items auszufüllen. Davon gehörten zwölf Items zur Skala *Psychische Erkrankungen verstehen,* acht Items zur Skala *Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Familie,* neun Items zur Skala *Die Familie stärken*. Die Skala *Für mich Hilfe finden* umfasste weitere zwölf Items und die Skala *Für meine Kinder Hilfe finden* drei Items (**Anhang Nr. 5**).

Zusätzlich bestand die Möglichkeit, in einem Freitextfeld eigene Gedanken zu der Frage *Gibt es noch weitere Informationen, die Sie sich für betroffene Eltern wünschen würden?* zu äußern. Eine vollständige Liste der Antworten befindet sich in **Anhang Nr. 6**.
Auf die Frage, ob die Teilnehmer*innen bereits Internetseiten kennen, die sich mit dem Thema Elternschaft und psychische Erkrankungen befassen, wurden u. a. Psychenet, Selfapy und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie genannt. Eine vollständige Liste der Antworten befindet sich in **Anhang Nr. 7**.

#### *2.1.1.2.2 KJPKE*

Für die Gruppe der KJPKE galt es, insgesamt 29 Items auszufüllen. Die Skala *Psychische Erkrankungen der Eltern verstehen* umfasste 17 Items, während die Skala *Hilfe finden* zwölf Items beinhaltete (**Anhang Nr.8**). Zusätzlich bestand die Möglichkeit, in einem Freitextfeld eigene Gedanken zu der Frage *Gibt es noch weitere Informationen, die Sie sich für betroffene Kinder wünschen würden?* zu äußern. Eine vollständige Liste der Antworten (eher von erwachsenen KJPKE ausgefüllt) befindet sich in **Anhang Nr. 9**. Auf die Frage, ob die Teilnehmer*innen bereits Internetseiten kennen, die sich mit den Thema KJPKE befassen, wurden Netz und Boden, NACOA und KidKit genannt. Abschließend hatten alle Teilnehmer*innen der Umfrage die Möglichkeit, weitere Anmerkungen zu äußern.

### 2.1.2 Qualitative Bedarfsevaluation

#### *2.1.2.1 Expert*innen-Interviews*

An den Expert*innen-Interviews (*n* = 8 Teilnehmer*innen) nahmen Wissenschaftler*innen (*n* = 3), Selbsthilfe-Vorsitzende (*n* = 4) und ein*e Ärzt*in (*n* = 1) teil. Drei Teilnehmer*innen waren in der Forschung tätig, die anderen fünf waren in der Versorgung beschäftigt, wobei dies teils indirekt durch eine Vereinstätigkeit erfolgte. Durchschnittlich übten die teilnehmenden Expert*innen ihre Tätigkeit seit 14,63 Jahren aus (Range 4-32 Jahre).

#### *2.1.2.1.1 Allgemeiner Bedarf einer Website für Familien mit psychisch krankem Elternteil*

Wichtige Themenbereiche für Eltern beinhalteten die Auswirkungen der Erkrankung des Elternteils auf die KJ sowie den Umgang mit der Erkrankung auch im Hinblick auf die KJ. Die Kommunikation in der Familie sei ein weiterer wichtiger Themenblock, obgleich die Thematisierung der Erkrankung häufig ein empfindliches Thema darstelle. Darüber hinaus benannten die Expert*innen das genetische Risiko für die KJ als relevant, ebenso wie angemessene Hilfsangebote. Ein wichtiges Thema für KJ sei die Vermittlung des Grundsatzes *Du bist nicht allein*. Kinder sollen Kind sein dürfen, daher stelle die Entlastung ein wichtiges Thema dar. Des Weiteren sollen KJ altersgerechte Aufklärung erhalten und über mögliche Ansprechpartner*innen informiert sein. Bereits bekannte Internetangebote beinhalteten u. a. das *Aktionsbündnis seelische Gesundheit* und das *Münchner Bündnis gegen Depression*. Bereits bekannte Offline-Angebote beinhalteten u. a. den Film *Wir sind hier* und das Buch *Warum ist Mama so traurig?*

#### *2.1.2.1.2 Spezifische Themenbereiche für eine Website für Familien mit psychisch krankem Elternteil*

Bezüglich des Themenblocks Allgemeine Informationen zu psychischen Erkrankungen und Möglichkeiten zur Prävention und Behandlung wurde erwähnt, dass viele Informationen

bekannt seien und Erfahrungsberichte eine gute Alternative darstellen. Weiterhin würde das Ansehen solcher Inhalte die Compliance eines kranken Elternteils voraussetzen. Wichtig sei, die Informationen in der Sprache der Betroffenen zu formulieren. Außerdem solle mehr Raum für die Auswirkungen der Erkrankung auf die Familie gegeben werden, als jede Indikation abdecken zu wollen.
Bezüglich des Themas Mögliche Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder wurde hervorgehoben, dass diese sehr individuell seien und das gesamte Umfeld betreffen würden. Daher solle ein Fokus auf der Stärkung des Wohlbefindens liegen. Anstelle von harten Fakten sollen Gefühlszustände und Situationen in den Familien thematisiert werden. Im Rahmen des Themenkomplexes könne eine Möglichkeit zum „Selbstcheck" (*Ist das normal oder krank?*) dargeboten werden, der zusätzlich Informationen zu den Auswirkungen auf die KJ und Tipps zum Umgang mit der Situation gebe.
Im Rahmen des Themenbereiches Informationen zu Kommunikation mit dem KJ solle die Perspektive der KJ beachtet werden. Die Expert*innen betonten jedoch die Schwierigkeit, die Betroffenen mit Online-Informationen zu erreichen. Die Kommunikation könne stattdessen auch durch Bücher oder Filme erfolgen. Allgemein handele es sich dabei um ein schwieriges Thema. Tipps zur Kommunikation seien hilfreich, aber ein sensibles Vorgehen sei notwendig.
Bezüglich des Themenbereiches Informationen zur Selbstfürsorge und wie Betroffene ihre Familien unterstützen können wurde hervorgehoben, dass die Aufklärung der Familie über die Erkrankung des betroffenen Elternteils sehr relevant sei. Jedoch stehe nicht die Erkrankung im Fokus, sondern die Aufrechterhaltung der Familie. Wichtig seien ausreichende Transparenz und die Entlastung der KJ. Es sollen außerdem Tipps gegeben werden, wo man sich Hilfe suchen könne. Der Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten solle erleichtert werden, beispielsweise durch Hinweise auf teletherapeutische Angebote und/oder Institutsambulanzen. Allgemeine Psychohygienetipps hingegen seien eher unwichtig.
Bezüglich des Themenbereiches Hilfen für Eltern wurde angeregt, dass nach Möglichkeit auf regionale Angebote, Online-Angebote (z. B. Chats) sowie andere Möglichkeiten, (frühe) Hilfe zu erhalten, verwiesen werden solle. Für Betroffene sei es schwierig, zwischen Angeboten zu differenzieren. Deswegen sei es wichtig, eine übersichtlich gestaltete Bewertung der Angebote zu bieten, damit schnell die relevanten Informationen gefunden werden. Dabei solle der Fokus auf der Qualität und nicht auf der Quantität liegen.
Weitere relevante Themen beinhalten Informationen für erwachsene Angehörige sowie die Vernetzung mit anderen Betroffenen. Zusätzlich sollen nicht nur Eltern adressiert werden, sondern nach Möglichkeit auch Lehrer*innen und Ärzt*innen. Zusätzlich solle auf das nationale Zentrum *Frühe Hilfen* und den Kinderschutzbund verwiesen werden.

#### *2.1.2.1.3 Themenbereiche für KJPKE*

Bezüglich des Themenbereiches Allgemeine Informationen zu psychischen Erkrankungen, deren Auswirkungen auf die Familie und die KJ, und Möglichkeiten zur Prävention und Behandlung wurde hervorgehoben, dass die Darstellung sensibel und nicht zu theoretisch erfolgen solle. Beschreibungen sollten auf der Erlebnisebene erfolgen und durch altersentsprechende Visualisierungen ergänzt werden. Denkbar sei ebenfalls die Darstellung von Erfolgsberichten (Empowerment). Den KJ solle Hilfe zur Selbsthilfe geboten werden.

Bezüglich des Themenbereiches Informationen zur Selbstfürsorge wurde hervorgehoben, dass die Wichtigkeit von Kommunikation in diesem Kontext betont werden müsse. Dabei müsse das Alter der KJ berücksichtigt werden, um eine zielgruppengerechte Ansprache zu gewährleisten. Die Botschaft *Du bist nicht schuld* sei zentral. Weiterhin sollen Möglichkeiten, sich Hilfe zu suchen, dargeboten werden.
Bezüglich des Themas Hilfen für KJ wurde erwähnt, dass die Nutzung vermutlich davon abhängig sei, wie Hilfsangebote dargestellt werden. Aufgrund der Heterogenität gebe es keine universelle Anlaufstelle. Jedoch sei die immer *Nummer gegen Kummer* stets eine gute Alternative. Auch hier sei ein Regionalbezug sinnvoll. Eventuell solle eine Abstimmung auf die Erkrankung des Elternteils erfolgen.
Des Weiteren wurden im Rahmen der Fokusgruppe verschiedene Altersgruppen adressiert und deren Unterteilung diskutiert. Diese waren die folgenden:

- 6 bis 14 Jahre/14 bis 21 Jahre
- 12 bis 14 Jahre/16 bis 18 Jahre
- unter 12 Jahren/12 bis 16 Jahre
- 9 bis 14 Jahre/14 bis 16 Jahre/16 bis 18 Jahre
- 11 oder 12 bis 21 Jahre; mindestens eine Unterteilung
- 12 bis 16 Jahre/17 bis 23 Jahre
- 10 bis 14 Jahre/14 bis 18 oder 21 Jahre
- 11 bis 16 Jahre/16 bis 18 Jahre

Bezüglich der Gestaltung der Online-Informationen wurde angeregt, für jüngere Kinder Videos, Bilder und Comicsprache zu verwenden. Für die älteren Kinder (ab 14 Jahren) könne man YouTube-Videos verwenden, ebenso wie Chats (z. B. Care Leaver) und eventuell auch Texte. Interaktive Formate sollen miteingebracht werden, z. B. in Form von Quiz oder Selbsttests. Dabei müsse eine Brücke zu professionellen Beratungsstellen gebaut werden, da das Kind wissen müsse, an wen es sich im Anschluss wenden könne. Sehr wichtig sei die sprachliche Formulierung, da diese sehr unterschiedlich über die Altersgruppen hinweg sei.

Weitere relevante Themen beinhalteten: *Mut machen*, Erfolgsgeschichten, Berufswahl, Unterstützung zur Selbstständigkeit und Identitätsbildung (evtl. Ansprechpartner*innen verlinken), (Aus-)Wirkungen von Medikamenten, Befürchtung, selbst krank zu werden, Schuldfrage, Entstigmatisierung, Möglichkeiten, das Jugendamt zu kontaktieren, Verknüpfung aller Angebote miteinander.

Sonstige Empfehlungen, Hinweise und Anregungen beinhalteten: Empfehlung Jonas Popp (ALADIN) als Ansprechpartner, Seelenerbe e.V. verlinken, andere Systeme im Blick behalten (*Helfende Hände* vernetzen), wissenschaftlich fundierte Informationen vermitteln, auch in Bezug auf Interventionen. Sehr positiv wurde aufgenommen, dass CHIMPS-NET auch Behandlungsansätze anbieten will!

Bei den Themenbereichen für betroffene Eltern wurde der Themenbereich 1 mit 7,2 bewertet, der Themenbereich 2 mit 9,1, der Themenbereich 3 mit 8,1, der Themenbereich 4 mit 8,3 und der Themenbereich 5 mit 9,6.

Bei den Themenbereichen für KJPKE wurde der Themenbereich 1 mit 9,4 bewertet, der Themenbereich 2 mit 9,4 und der Themenbereich 3 mit 9,2.

#### *2.1.2.2 Betroffenen-Interviews*

Insgesamt konnten *N* = 7 Teilnehmer*innen für die Betroffenen-Interviews rekrutiert werden. Teilgenommen haben erwachsene Kinder von psychisch kranken Eltern (*n* = 4), ein psychisch kranker Elternteil (*n* = 1), ein*e Partner*in eines kranken Elternteils (*n* = 1) und ein erwachsenes Kind eines psychisch kranken Elternteils, welches gleichzeitig auch selbst ein kranker Elternteil war (*n* = 1). Ein Großteil der Teilnehmer*innen war weiblich (*n* = 6). Das Durchschnittsalter betrug 37,29 Jahre (Range 19-52 Jahre). Drei Teilnehmer*innen gaben an, ledig zu sein, weitere drei waren verheiratet und ein*e Teilnehmer*in war geschieden bzw. getrennt. Zu den Diagnosen gehörten Depression (*n* = 4), Bipolare Störung (*n* = 3), aber auch Zwangs- und Angststörungen (*n* = 2). Mit jeweils n=1 wurden angegeben: ADHS, Schizoaffektive Störung, PTSD, OSDD (dissoziative Störung), Dysthymie, Schizophrene Psychose, Alkoholabhängigkeit. Zu den nicht-diagnostizierten Erkrankungen gehörten Depressionen (*n* = 3), Angststörungen („Arbeitsangst“) (*n* = 2) und mit jeweil n=1 Burnout, Burnout, Schizoaffektive Störung und Messie-Syndrom.

##### *2.1.2.2.1 Erfahrungsberichte*

In Hinblick auf ihre eigenen Erfahrungen berichteten die Betroffenen über <u>verschiedene Beeinträchtigungen und Belastungen</u> der Kinder bzw. der Familie im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung. Dazu gehörten starke Unsicherheiten und ein beeinträchtigtes Sicherheitsgefühl, Ängste, Gefühle der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit sowie fehlende Kommunikation in der Familie und mangelnde gesunde Selbstfürsorge. Des Weiteren wurden Anpassungsschwierigkeiten, emotionale Instabilität und Schlafstörungen genannt. Betroffene gaben an, das Gefühl zu haben, allein dazustehen, teils wurde von destruktiven Verhaltenswiesen berichtet. Ebenfalls in diesen Zusammenhang wurde ein fehlendes Selbstverständnis von Gesundheit und Verschlechterungen der Schulleistung aufgeführt.
Als <u>besonders belastende Themen bzw. Ereignisse</u> wurden von teilnehmenden Betroffenen Suizidversuche von Elternteilen, starke Krankheitsschübe und damit verbundene Langzeit-Klinikaufenthalte sowie eine schlechte Beziehung zu den Eltern und Belastungen durch schlechte Selbstfürsorge der Eltern genannt.

Die folgenden <u>Themen</u> wurden in diesem Zusammenhang als bedeutsam erachtet:

- Wie kann man glücklich leben?
- Wie geht man mit starker Belastung um?
- Fragen nach emotionaler Sicherheit (Ängste nehmen)
- Woher kommt das Verhalten der Eltern? (Förderung des Verständnisses einer Erkrankung > generelle Infos zu verschiedenen Erkrankungen
- entstigmatisierende Inhalte
- An wen kann ich mich wenden? Mit wem kann ich sprechen? (für seelische Belastungen, für konkrete Hilfen, auch für behördliche Fragen etc. > Selbsthilfegruppen, Kliniken, Beratungsstellen, Therapeuten etc.)
- Infos zur Förderung der Kommunikation

- Infos zu einem Behandlungsprozess (vor allem klinisch) > Sicherheiten geben, Möglichkeiten aufzeigen, Rechte aufzeigen

Den Betroffenen zufolge haben Erfahrungsberichte, Ehe- und Familienberatung, die *Anonymen Alkoholiker* und Informationen zu den spezifischen Krankheiten hilfreiche Informationen dargestellt.

#### *2.1.2.2.2 Allgemeiner Bedarf einer Website für Familien mit psychisch krankem Elternteil*

Betroffene, die bereits online Informationen zu KJPKE gesucht haben, haben folgende Informationen gesucht: Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf das Umfeld (insb. Kinder), Unterschiede zu einer Beziehung mit gesunden Eltern, Infos zu Bindungstheorien, Thema „Messie-Kinder", diverse Selbsthilfegruppen. Als Infos zu spezifischen Krankheiten wurde genannt: Was hätte man (besser) machen können? Zu den gesuchten Themen wurden folgende Informationen bzw. Seiten gefunden: Wikipedia, Seiten mit Infos zu Krankheiten (keine spezifischen Nennungen), Infos von Apotheken-Webseiten, Forenberichte von Kindern erkrankter Eltern, *„Websites von Institutionen",* Infos zu Traumatherapie.
Die gefundenen Inhalte wurden als teilweise hilfreich bewertet, seien jedoch oft nicht umfassend genug gewesen. Laut der Betroffenen haben die Inhalte selten etwas bewirkt, bei manchen Teilnehmer*innen sei eine Therapie nötig gewesen. Erfahrungsberichte wurden als am wirkungsvollsten angesehen. Auf die Frage hin, welche Informationen online nicht gefunden wurden, wurde eine systematische Übersicht über die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf die Kinder bzw. das Umfeld, diverse Selbsthilfegruppen und Kontakte zu Beratung und Informationsbeschaffung (Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen o. ä.) benannt.
Auf die Frage, welche Online-Informationen helfen würden, wurden folgende Aspekte aufgeführt:

- Informationen zu Einrichtungen/Anlaufstellen zur Informations-/Hilfebeschaffung, „Notruf"; *Wer sind überhaupt Ansprechpartner?*
- Welche Möglichkeiten gibt es, sich in den Behandlungsprozess einzubinden?
- eine Website, auf der die nützlichsten Infos gebündelt sind
- Verhaltenshinweise für bestimmte (besonders schwierige) Situationen
- mehr (vor allem positive) Erfahrungsberichte

#### *2.1.2.2.3 Spezifische Themenbereiche für eine Website für Familien mit psychisch krankem Elternteil*

Die Bewertung der einzelnen Themenbereiche kann **Anhang Nr. 10** entnommen werden.
Im Themenbereich Allgemeine Informationen zu psychischen Erkrankungen und psychische Gesundheit, um zunächst ein Verständnis der eigenen Erkrankung zu bekommen wurde von den Betroffenen das Wissen und Bewusstsein über die Erkrankung als wichtig beurteilt, ebenso wie die Sprache und Art der Adressierung, die nicht zu abstrakt oder wissenschaftlich sein solle. Auch die Kommunikation solle entstigmatisierend sein und das Eingeständnis fördern und potenziell vorhandene Hemmungen abbauen. Weiterhin solle geholfen werden, Verständnis bzw. ein Gefühl für mentale Gesundheit zu entwickeln und zu lernen, Symptome zu erkennen. Zusätzlich wurden Selbsthilfe- bzw. Erklärungsvideos (z. B. auf YouTube) von einer Betroffenen sehr empfohlen.

Der Themenbereich Informationen speziell für Eltern wurde in mehrere Unterthemen gegliedert. Bezüglich des Unterthemas *Wie kann ich für mich sorgen und trotzdem ein guter Elternteil sein (z. B. während eines Klinikaufenthaltes)?* wurde die Wichtigkeit der Koordination der eigenen Bedürfnisse und der Bedürfnisse der KJ betont. Weiterhin solle geklärt werden, was es bedeute, ein guter Elternteil zu sein. Zusätzlich solle thematisiert werde, welche Informationen Kinder brauchen, um keine Ängste zu entwickeln und wie diese Informationen entwickelt werden sollen. Des Weiteren sollten praktische bzw. umsetzbare Hilfen benannt werden. Betroffenen solle vermittelt werden, wie man sich selbst ins Gleichgewicht bringen könne. Ein*e Teilnehmer*in mit einem psychisch kranken, gewalttätigen Ex-Partner führte auf, dass vermittelt werden solle, wie man sich selbst in Sicherheit bringen könne.
Hinsichtlich des Unterthemas *Wie kann ich Konflikte und den Alltag managen, speziell wenn es mir nicht gut geht?* wurde erklärt, dass man mit einer psychischen Erkrankung häufig selbst ein Auslöser für Konflikte sei. Des Weiteren stelle der Aspekt eine besondere Schwierigkeit für Betroffene mit pubertären Kindern dar. Es wurde jedoch auch hervorgehoben, dass dieses Unterthema auch für psychisch gesunde Menschen wichtig und relevant sei, da Stress- und Problemmanagement vor allem mit Kindern bzw. in Familien eine große Rolle spiele.
Bezüglich des Aspektes Informationen speziell für Mütter und Väter getrennt darstellen, da in manchen Bereichen Rollenunterschiede bestehen wurde erwähnt, dass man aufpassen müsse, Rollenbilder nicht unnötig festzuschreiben. Allerdings wurde das Vorhandensein von Rollenunterschieden oft als abhängig vom Umfeld eingeschätzt, so dass der Aspekt für manche Personen relevant sein könne, für andere wiederum nicht. Bestimmte Situationen, in der spezielle Informationen für Mütter und Väter relevant sein können, seien laut Betroffenen Konflikte zwischen Müttern und Vätern, z. B. Gewaltvorwürfe oder Sorgerechtsfragen. In diesem Zusammenhang könne u. a. auf Möglichkeiten, Rechte und Pflichten eingegangen werden.
Im Rahmen des Unterthemas *Wie kann ich meinem Kind helfen, z. B. psychische Erkrankung kindgerecht erklären oder Kommunikation in der Schule/Kindergarten unterstützen*? wurde hervorgehoben, dass die Verantwortung immer mehr beim Elternteil als beim Kind liegen solle. Eltern solle geholfen werden, eine Balance zwischen *Infos zur Krankheit und Belastungen für die Kinder* und *Wohlbefinden schützen* einzuschätzen. Als Format zur Vermittlung wurden Broschüren und Kinderbücher vorgeschlagen. Des Weiteren wurde aufgeführt, dass vor allem die Kommunikation in der Schule unterstützt werden solle, um Kinder die Verantwortung bzw. Ängste zu nehmen. Dieses Unterthema sei ebenfalls für Angehörige, vor allem Partner*innen relevant.
Der Themenbereich Informationen speziell für KJ wurde ebenfalls in mehrere Unterthemen gegliedert. Im Rahmen des Unterthemas Informationen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen wiesen Betroffene darauf hin, dass Vorsicht bei der Sprache geboten sei, da eine zu pathologisierende oder abstrakte Sprache verunsichernd oder abschreckend wirken könne. Es solle darüber aufgeklärt werden, was gesund und was krank sei, und wie man mit bestimmten Symptomen umgehe. Weiterhin sei es wichtig zu thematisieren, woher Ängste kommen, was man tun könne, um sie zu vermeiden und wie man mit bestehenden Ängsten umgehen könne. Wichtig sei außerdem, Informationen zu Kommunikation zu bieten (*Wann?*

*Wann nicht? Wie? Mit wem? Worüber?*). Zusätzlich regten die Betroffenen eine Differenzierung nach Altersgruppen an.
Für das Unterthema *Warum ist mein Elternteil krank und kann ich selbst erkranken?* wurde ebenfalls eine Differenzierung nach Altersgruppen vorgeschlagen. Das Thema müsse aus Sicht der Betroffenen sensibel behandelt werden. Die Frage nach der Herkunft von psychischen Erkrankungen sowie das Thema *genetische Veranlagung* sollen angesprochen werden. Außerdem solle thematisiert werden, was die Krankheit für das Kind bedeute (Thema: *seelische Auswirkungen der Erkrankung auf das Kind*). Der Aspekt *Mitgefühl* solle laut Betroffenen angesprochen werden, indem darauf eingegangen wird, wie sich Mitgefühl im gesunden und im erkrankten Kontext unterscheide, wie viel Mitgefühl gut bzw. gesund sei und wie man sich richtig bzw. gesund abgrenzen könne. Es sei weiterhin relevant, Kindern das Schuldgefühl zu nehmen und sie zu ermuntern, Hilfe zu holen, falls nötig. Ein Fokus solle darauf liegen, Ängste zu nehmen und zu vermitteln, dass man auch mit Krankheit glücklich bzw. gut leben könne. Abschließend wurde angeregt, Informationen zu bieten, die die Einschätzung des eigenen Risikos unterstützten.
Zm Unterthema *Wie gehe ich in der Schule mit familiären Problemen um? Wo kann ich mir (ggfs. anonyme) Hilfe suchen?* wurde betont, Stigmatisierung entgegenzuwirken. Es solle dazu ermuntert werden, zu der Erkrankung zu stehen und ein Bewusstsein dafür zu schaffen. Vor allem der Aspekt der Anonymität sei wichtig, ebenso wie Informationen dazu, wo und wie man sich elternunabhängige Hilfe suchen kann. Es wurde hervorgehoben, dass vor allem unter dem Leistungsdruck, den die KJ in der Schule haben, dieser Aspekt durchaus relevant sei.
Zum Unterthema *Wie kann ich meinen Elternteil auf seine psychische Erkrankung ansprechen?* wurde angeregt, nach Altersgruppen zu differenzieren. Besonders wichtig sei es zu vermitteln, wann man kommunizieren solle und wann nicht. Dies könne unterschiedlich sein, je nach Art, Ausprägung und Behandlung(-sfortschritt) der Erkrankung. Nochmal solle das Thema *Mitgefühl* thematisiert werden, wie oben bereits ausgeführt. Laut Betroffenen solle darüber informiert werden, wie man eine gesunde Kommunikationsweise entwickeln könne. Dabei sollen Eltern hauptsächlich für die Kommunikation verantwortlich sein, während Kinder jederzeit, wenn sie möchten, darüber kommunizieren dürfen sollen. Dadurch solle dem Kind das Gefühl von Verantwortung und Schuld genommen werden. Zusätzlich solle gezielt auf Themen wie Missverständnisse und Ängste eingegangen werden und konkrete Verhaltenstipps zur Kommunikation und Umgang vor allem mit verschiedenen Symptomen und Krankheitsbildern gegeben werden.
Zum Themenbereich *Hilfe finden* wurde aufgeführt, dass Informationen häufig schon vorhanden seien, aber der Zugang schlecht bzw. schwer sei, was häufig als Hindernis empfunden werde. Daher sollen gebündelte Verweise auf Hilfskontakte gegeben werden, wobei diese jedoch nicht unbedingt im Fokus der Website stehen sollen. Des Weiteren wurde erwähnt, dass die Seriosität der Quellen oft schwer einzuschätzen sei. Daher sei es wichtig, von einer Quelle wie CHIMPS-NET diese Informationen zu erhalten. Verweise auf internationale Seiten wurden ebenfalls als wichtig bewertet.
Im Rahmen des Themenbereiches Erfahrungsberichte/Zitate von betroffenen Kindern/Eltern (jeweils zu den spezifischen Themen) wurde das Stichwort *Entstigmatisierung* hervorgehoben. Dieser Themenbereich wurde durchweg als sehr wichtig und hilfreich bewertet. Durch Erfahrungsberichte und Zitate sollen Mut und Sicherheit geschaffen und

Ängste genommen werden, indem vermittelt wird, dass man gut mit psychischen Krankheiten umgehen bzw. diese behandeln könne. Des Weiteren würde man durch die Veröffentlichung von Erfahrungsberichten und Zitaten Zuversicht und ein Gefühl von Verbundenheit schaffen und die Kommunikation sowie das Interesse für das Thema psychische Erkrankungen fördern. Außerdem könne man dadurch eine Mobilisierung erreichen (z. B. Inanspruchnahme bestimmter Hilfen, Beendigung einer Beziehung). Die Tendenz ginge jedoch eher zu tiefergehenden Erfahrungsberichten statt kurzen Zitaten.
Als sonstige relevante Themen wurde erneut betont, dass gegen Stigmatisierung vorgegangen werden müsse und die Grenzen zwischen gesund und krank aufgezeigt werden müssen. Es wurde noch einmal hervorgehoben, dass Hemmungen, sich Hilfe zu suchen, verringert, Kontakte zugänglicher gemacht und Hilfe niedrigschwelliger gemacht werden müsse. Generelle Informationen zur Förderung der mentalen Gesundheit seien ebenfalls wichtig. Es wurde zusätzlich angeregt, Inhalte ggf. in verschiedenen Sprachen zu veröffentlichen.
Laut Betroffenen bereits ausreichend vorhandene Themen seien allgemeine Informationen zu spezifischen Erkrankungen in unterschiedlicher Aufbereitung. Generell sei nahezu alles theoretisch vorhanden, aber oft nie gebündelt oder möglicherweise unseriös.
Sonstige Empfehlungen, Hinweise und Anregungen waren: mehr Infos zur Förderung der Kommunikation zwischen Eltern und KJ, *Wie bringe ich das Thema oder Gefühle zum Thema psychische Erkrankungen zur Sprache (auch wenn der Betroffene diese selbst noch nicht anerkennt)?* (ins Gespräch einladen, Eltern besser moderieren). Hier kam als Vorschlag: als Medium der Geschichte/Storytelling zu vewenden, dies könne schwere Themen leichter und zugänglicher machen/näher am Erleben, eventuell dieselben Inhalte aus zwei Perspektiven (Eltern und KJ).
**Anhang Nr. 10** bietet eine Übersicht über die Bewertungen der einzelnen Themenbereiche.

## 2.2 Prozessevaluationen

### 2.2.1 Quantitative Prozessevaluation

#### *2.2.1.1 Stichprobenbeschreibung*

Insgesamt haben *N* = 77 Teilnehmer*innen die Umfrage ausgefüllt. Teilgenommen haben Elternteile mit einer psychischen Erkrankung (*n* = 13; 16,9%) und KJPKE (*n* = 41; 53,3). Weitere 13 Teilnehmer*innen waren sowohl ein Elternteil mit einer psychischen Erkrankung als auch ein KJPKE (16,9%). Die übrigen zehn Teilnehmer*innen waren in folgender Weise betroffen: undiagnostizierte Eltern *(n* = 1), betroffen, ohne Kind (*n* = 4), Eltern eines psychisch kranken Kindes (*n* = 2), Eltern erkrankt, selbst erkrankt und Kinder erkrankt (*n* = 1), keine Angabe (*n* = 2). Ein Großteil der Teilnehmer*innen war weiblich (*n* = 66; 85,7%). Das Geburtsjahr reichte von 1960 bis 2004. Die meisten Teilnehmer*innen hatten einen Fachhochschulabschluss bzw. einen Hochschulabschluss (*n* = 32; *n* = 41,6%) und kamen aus Deutschland (*n* = 74; 96,1%). Detaillierte Angaben zur Stichprobenbeschreibung finden sich im **Anhang Nr.11**.

### *2.2.1.2 Nutzungsverhalten*

Ein Großteil der Teilnehmer*innen (*n* = 75; 97,4%) gab an, das Internet fast täglich zu benutzen, während zwei Teilnehmer*innen (2,6%) berichteten, es mindestens einmal pro Woche zu verwenden. Das beliebteste Endgerät zur Nutzung der CHIMPS-NET-Website waren der Laptop bzw. der Desktop-Computer (*n* = 48; 62,3) und die meisten Teilnehmer*innen (*n* = 64; 83,1%) berichteten, die Website an dem Tag der Umfrage zum ersten Mal besucht zu haben. Eine vollständige Übersicht findet sich in **Anhang Nr. 12**. Zudem wurden die Teilnehmer*innen gebeten, eine Umfrage zur Bewertung der Website, bestehend aus 21 Items, auszufüllen. In dieser Umfrage wurden sie mit einer Reihe von Aussagen über die Website www.chimpsnet.org konfrontiert und sollten beurteilen, inwiefern sie den jeweiligen Aussagen zustimmten. Die Ergebnisse finden sich im **Anhang Nr. 13**.

### *2.2.1.3 Gesamteindruck der Website*

Darüber hinaus wurden die Teilnehmer*innen gebeten, die Website www.chimpsnet.org mit einer Note von 1 (*sehr gut*) bis 6 (*ungenügend*) zu bewerten. Die meisten Teilnehmer*innen bewerteten die Website mit der Note 2 (*n* = 40; 51,9%), weitere *n* = 18 (23,4%) bewerteten die Website mit der Note 3. Detaillierte Ergebnisse können **Abbildung 1** entnommen werden.

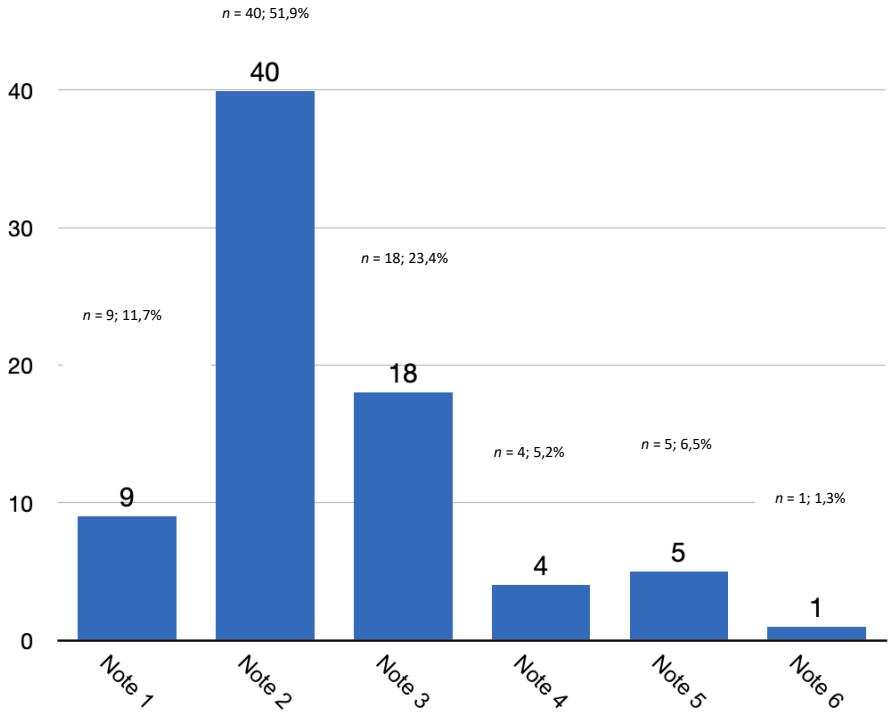



**Abbildung 1:** *Benotung der Website chimpsnet.org*

Außerdem konnten die Teilnehmer*innen Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge für die Website www.chimpsnet.org mitteilen. Es wurde angeregt, Informationen für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern zu erstellen, da diese auf der Seite momentan nicht abgebildet werden. Weiterhin wurde vorgeschlagen, einen Bereich für den selbst nicht

betroffenen Elternteil zu erstellen. Weiterhin erwähnt wurde das Fehlen verschiedener Zielgruppen (Verwandte, Nachbar*innen, Erzieher*innen, Lehrer*innen), die feststellen könnten, dass Kinder bei psychisch kranken Elternteilen leben und die Kinder und deren Eltern unterstützen möchten. Inhaltlich wurden ausführlichere Informationen zu den verschiedenen psychischen Erkrankungen und entsprechende Literaturhinweise gewünscht. Ferner wurde angeregt, Hinweise für Jugendliche, deren Eltern psychisch auffällig sind, aber jegliche Hilfe verweigern, zu ergänzen. In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls darauf hingewiesen, dass bei nicht krankheitseinsichtigen Eltern die Auseinandersetzung der KJ mit diesem Thema einen Vertrauensbruch darstelle und der Aspekt *Was passiert in der Familie?/Tabuisierung* zu wenig erörtert werde. Zudem fehlen Hinweise zu Leistungen der Teilhabe in Form von Elternassistenz (§ 78 Abs 3 SGB IX), sowohl auf der Seite für Eltern als auch für KJ, und eine Auflistung von Selbsthilfegruppen/-blogs samt Kontaktdaten. Bei der Gestaltung der Website wurde die Farbauswahl als negativ bewertet. Ferner wurden kürzere, stärker gegliederte Texte gewünscht, sowie eine stärkere optische Gliederung der Website (z.B. Icons/Kacheln, Dropdown-Menüs). Es sollte sich für Fotos oder Grafiken entschieden werden und bei der Auswahl die Diversität der Gesellschaft berücksichtigt werden. Bei den Formulierungen wurde angemerkt, dass die Website für jüngere Kinder (unter ca. 12 Jahren) schwer verständlich sei.

### 2.2.2 Qualitative Prozessevaluation

#### *2.2.2.1 Soziodemographische Daten*

Insgesamt nahmen vier Betroffene an den Fokusgruppen teil. Alle Teilnehmer*innen waren weiblich. Unter den Teilnehmerinnen waren sowohl psychisch kranke Elternteile (*n* = 3), als auch ein bereits erwachsenes Kind eines psychisch kranken Elternteils (*n* = 1).

#### *2.2.2.2 Themenwahl*

Bezüglich der Themenwahl wurde angemerkt, dass die relevanten Aspekte gut abdeckt werden. Eine Teilnehmerin äußerte: *„Ich selbst hätte mir gewünscht, dass ich diese Website vor anderthalb Jahren gefunden hätte, wo ich halt in einer tiefen Episode war, weil ich denke, dass da unter den einzelnen Bullets das ganz gebündelt ist und auch systematisch aufgearbeitet worden ist.“* Insbesondere die Themenbereiche *Hilfe für mein Kind finden*, *Hilfe für Eltern* und *Wie erkläre ich es meinen Kindern?* wurden sehr positiv hervorgehoben. Ebenfalls positiv vermerkt wurde, dass die Themenwahl für Betroffene chronologisch dargestellt wird. Es wurden verschiedene Vorschläge für ergänzende Themenbereiche gemacht. Die Teilnehmerinnen betonten, dass es wichtig sei, die Angst, die psychisch kranke Eltern beim Aufsuchen von Hilfestellen verspüren (*Wann wird das Jugendamt eingeschaltet? Was passiert?*) zu thematisieren und ggf. auf den Themenbereich *Anonyme Angebote* zu verweisen. Weiterhin wurde vorgeschlagen, einen Themenbereich für Freund*innen oder Bekannte des psychisch kranken Elternteils einzurichten (Anmerkung: Der Moderator wies darauf hin, dass der Fokus der Website auf der Eltern-Kind-Beziehung liegt.). Gleicherweise wurde ein Themenbereich für den nicht-betroffenen Elternteil mit Informationen sowohl für den Umgang mit dem betroffenen Elternteil als auch für den Umgang mit dem Kind angeregt. Für den Fall einer akutpsychiatrischen Krise sollen Informationen bezüglich der

Unterbringung von Kindern bereitgestellt werden (*Wo kann ich als Elternteil mit meinem minderjährigen Kind unterkommen? Wo gehe ich hin mit meinem Kind, wenn ich jetzt kurz vorm Durchdrehen bin?*) Eine Teilnehmerin betonte: *„Gerade in diesem und in diesem Reiter [‚Direkte Hilfe - Wenn es schnell gehen muss'], quasi diesem Themenfeld, vermisse ich so das, was eigentlich das Besondere an Ihrem Internetangebot ist, nämlich wir sind nicht einfach nur psychisch kranke Erwachsene, wir sind Eltern mit unseren Kindern und das muss der Fokus sein."* Folglich sollen Angebote aufgeführt werden, wohin Eltern ihre minderjährigen Kinder mitnehmen können oder wo Eltern ihre Kinder schnell unterbringen können. Im Kinderbereich solle laut der Fokusgruppen-Teilnehmerinnen ein Themenbereich ergänzt werden, der konkrete Hilfen für die Kinder selbst anbietet (*Mama und Papa sind krank, aber mir geht es schlecht*). Dazu könne u. a. das Thema *Anzeichen psychischer Belastungen bei Kindern* aus dem Bereich für betroffene Eltern kindgerecht aufgearbeitet werden. Sonstige Vorschläge beinhalteten Möglichkeiten zum Austausch in Form von Foren o. ä. (der Moderator wies daraufhin, dass ggf. auf Angebote hingewiesen werden könne), sowie Bastelideen für jüngere Kinder, *„um sich einfach locker mit dieser Thematik beschäftigen zu können"*, wobei generell ein spielerischerer Umgang mit dem Thema gewünscht wurde. Bezüglich des Rausnehmens von bestehenden Themenbereichen erfolgte eine Diskussion um das Oberthema *Psychische Erkrankungen verstehen.* Diese Informationen seien auch auf anderen Websites verfügbar. Dem entgegnete jedoch eine Teilnehmerin, dass sie es toll finde, dass alles *„auf einem Blick"* sei. Insbesondere das Unterthema *Wie werden psychische Erkrankungen erkannt?* sei ausreichend im Internet zu finden. Auch hier wurde entgegnet, dass der Bereich bestehen bleiben solle, da man sonst auf Websites wie Wikipedia ankomme, auf denen *„irgendjemand irgendwas reingeschrieben hat"*. Im Kinderbereich wurden vergleichbare Themen erwähnt: *„All die Sachen – psychische Erkrankung, psychische Gesundheit, wie entsteht die Krankheit –, da würde ich jetzt denken […], damit muss mein Kind sich nicht auseinandersetzen, das ist mein Job eher. Also da könnte man eventuell etwas rauslassen."*

#### *2.2.2.3 Auf Textebene*

Die Teilnehmerinnen betonten, dass die Texte sowohl für Erwachsene als auch für Jugendliche gut lesbar seien, nicht aber für Kinder. In diesem Zusammenhang taucht die Frage auf, an welche Altersgruppe der Kinderinformationsbereich der Website gerichtet sei. Es wurde außerdem angemerkt, dass es fraglich sei, ob Texte während einer akuten Krankheitsphase gut erfassbar seien: *„Im Tief selbst würde ich halt auch gar nicht das kognitive Verständnis haben, das alles aufzufassen und wahrzunehmen und deswegen finde ich diese bildliche Ansprache und diese Metaphern auch sinnvoll"* (siehe *Ideen zur Verbesserung*). Zum Thema *Psychische Erkrankungen* verstehen wurde angemerkt: *„Also ich kann meine psychische Erkrankung selbst nicht verstehen und das schon nach acht Jahren, die ich dabei bin. Das stößt mir so ein bisschen auf für mich."*

#### *2.2.2.4 Ideen zur Verbesserung*

Im Folgenden werden die von den Teilnehmerinnen vorgeschlagenen Ideen zur Verbesserung in den Bereichen *Formulierung*, *Formatierung und Design* und *Sonstiges* aufgeführt.

#### *2.2.2.4.1 Formulierung*

Die Teilnehmerinnen wünschten sich eine kinderfreundlichere Formulierung in dem Bereich *Für Kinder und Jugendliche* und insgesamt eine sinnbildlichere Sprache für alle Informationsmodule allgemein. Diskutiert wurden weiterhin Formulierungen wie *Eltern*, *Mama*, *Papa* und *Familie*, da diese laut einer Teilnehmerin eher dem klassischen Familienbild entsprechen und nicht inklusiv genug seien im Hinblick auf beispielsweise alleinerziehende oder homosexuelle Elternteile.

#### *2.2.2.4.2 Formatierung und Design*

Es wurde bemängelt, dass die breiten Seitenränder auf der Website dazu führen, dass der Fließtext lang sei und viel gescrollt werden müsse. Es wurde angeregt, mehr visuelle Darstellungen, insbesondere in dem Bereich *Für Kinder und Jugendliche*, aber auch in dem Bereich *Für betroffene Eltern* zu integrieren. Zudem wurde vorgeschlagen, Blocksatz zu verwenden, da dies ordentlicher aussehen würde.
Auf der Startseite wurde angemerkt, dass die Buttons *Der Verbund*, *Die Forschung* und *Die Intervention* zuerst ins Auge stechen, jedoch eher die Buttons *Für betroffene Eltern* und *Für Kinder und Jugendliche* in den Fokus gestellt werden sollten. Eine Teilnehmerin bemängelte, dass die Bilder auf der Website nicht adäquat dargestellt werden. Die Texte sollten mit einem direkten Zugriff auf weiterführende Links versehen werden (*„Guck mal hier!“*).
Das Farbkonzept wurde von einer Teilnehmerin als nicht ansprechend empfunden, eine weitere finde es schön, aber könne sich vorstellen, dass Väter dies nicht so sehen. Eine Teilnehmerin betonte, dass das Farbkonzept zu unruhig wirke *(„Ich finde den unruhig und wenn ich eh gestresst und… und auf einem hohen Level bin, dann auch noch irgendwie blau und diese… diese Unruhe hat mich gestört.“*). Als Alternative wurden sanfte Farben (z. B. Grün, Gelb, Orange) vorgeschlagen.

#### *2.2.2.4.3 Sonstiges*

Sonstige Verbesserungsvorschläge beinhalteten den Verweis auf entsprechende kindgerechte Literatur beim Thema *Wie erkläre ich es meinen Kindern?* Weiterhin wurde angeregt, Entscheidungsdiagramme für *Überforderungssituationen* zu ergänzen. Auch sollen spezielle Hilfsangebote hinzugefügt werden, konkret genannt wurde das *Wir2-Bindungstraining* sowie die *Stiftung Waisenhaus* in Frankfurt am Main. Der Bereich *Für betroffene Eltern* solle mehr hilfreiche Quellen anbieten (z. B. Links zu spezifischen Erkrankungen) und allgemein solle darauf geachtet werden, auf viele andere Angebote hinzuweisen. Außerdem solle die Versorgungsrealität (z. B. lange Wartelisten) thematisiert werden.

### 2.3 Schlussfolgerungen

Im Rahmen des TP *Evaluiertes Webportal* wurde die Website chimpsnet.org entwickelt, welche neben ausführlichen Informationen zu vier NVF (CHIMPS-T, CHIMPS-MFT, CHIMPS-P, iCHIMPS) auch einen Informationsbereich für Elternteile mit einer psychischen Erkrankung sowie KJ mit psychisch kranken Elternteilen bietet. Der Informationsbereich vermittelt Wissen und gibt niedrigschwellige Hilfestellungen für Betroffene, unabhängig von der Teilnahme an einer der vier NVF. Zusätzlich dient er als Ankerseite für psychisch kranke

Eltern sowie deren Kinder, so dass diese einen schnellen Überblick über relevante Aspekte im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen im familiären Setting erhalten können. Die Entwicklung des Informationsbereiches erfolgte auf Grundlage einer umfassenden, zielgruppenorientierten quantitativen und qualitativen Bedarfsevaluation (Betroffenen- und Exper*innen-Telefoninterviews sowie Online-Fragebögen) durch wissenschaftliche Mitarbeiter*innen am Institut für Medizinische Psychologie am UKE. Die Bedarfsanalyse deutete auf einen hohen Informationsbedarf im Zusammenhang mit psychisch kranken Eltern hin. Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Prozessevaluation (Betroffenen-Fokusgruppe, Online-Befragung) lieferten wichtige Hinweise bezüglich der Überarbeitung der bestehenden Website. Zur Qualitätssicherung durchliefen alle Informationsmodule mehrere interne Feedback-Schleifen und wurden erst nach rigider Prüfung online gestellt.
Darüber hinaus konnten die Ergebnisse der Prozessevaluation eine gute Annahme der Website belegen.

## 3. Diskussion TP: Evaluiertes Webportal

### 3.1 Ausblick

Die Internetseite chimpsnet.org soll den Betroffenen auch nach Projektende zur Verfügung stehen. Die Mitarbeiter*innen des UKE werden voraussichtlich weiterhin die technische Wartung der Website übernehmen und gegebenenfalls kleinere inhaltliche Korrekturen durchführen. Mithilfe des Webanalyse-Tools Matomo sollen die Nutzer*innenzahlen der Website fortlaufend evaluiert werden.

### 3.2 Empfehlungen

Für die Versorgung von KJPKE können niedrigschwellige Gesundheitsinformationen im Online-Format eine hilfreiche Ergänzung sein. Allgemein dienen Gesundheitsinformationen dazu, den Wissensstand bezüglich der jeweiligen Krankheit zu vergrößern und die Entscheidungsfindung in Gesundheitsfragen unter Berücksichtigung der Einstellung und Lebenssituation zu unterstützen (Arbeitsgruppe, 2016).
Die oben beschriebenen Ergebnisse weisen auf eine hohe psychosoziale Belastung sowie einen hohen Informationsbedarf von psychisch kranken Eltern sowie deren Kindern hin. Gesundheitsinformationen können daher eine wertvolle Ergänzung zur sonstigen psychologischen Betreuung darstellen. Mit der Website chimpsnet.org sollen daher wissenschaftlich fundierte Informationen und Entscheidungshilfen geboten werden, die für die Allgemeinheit leicht verständlich und zugänglich sind und zur Unterstützung sowie Stärkung der Betroffenen beitragen.

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Stand 30.06.2024

# Children of mentally ill parents – network CHIMPS-NET

## Abschlussbericht TP9: Externe Qualitätssicherung

# Impressum

**Herausgeber**

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Thema**

CHIMPS-NET Abschlussbericht TP9: Externe Qualitätssicherung

**Autoren**

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Hinweis**

Im aQua-Institut bemühen wir uns, eine gendergerechte Sprache umzusetzen und gleichzeitig die Lesbarkeit und Barrierefreiheit der Texte zu gewährleisten.
Im Text werden daher möglichst neutrale Formen verwendet. Ist dies nicht möglich, werden an manchen Stellen (z. B. bei direkter Ansprache) die weibliche und männliche Form ausgeschrieben. Darüber hinaus wird weiterhin das generische Maskulinum verwendet. Personenbezeichnungen beziehen sich dann auf alle Geschlechter.

**Anschrift des Herausgebers**

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10 · 37073 Göttingen

Telefon (+49) 0551-789 52-0
Telefax (+49) 0551-789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015
und ISO/IEC 27001:2013

# Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung und Zielsetzung ....5
2 Methodik zur Entwicklung der Qualitätskriterien ....5
2.1 Systematische Literaturrecherche ....5
2.2 Qualitative und quantitative Themenerschließung ....6
2.3 Konsensusverfahren ....7
2.3.1 Bildung des Expertenpanels ....8
2.3.2 Relevanz- und Praktikabilitätsbewertung ....8
3 Ergebnisse ....10
3.1 Qualitäts- und Anforderungsmodell ....10
3.2 Ergebnisse der Relevanz- und Praktikabilitätsbewertung ....10
4 Qualitätskriterien der CHIMPS-Intervention ....12
5 Diskussion / Limitationen ....18
6 Verstetigung der neuen Versorgungsform in der Versorgungsrealität ....18
6.1 Ausgangslage ....19
6.2 Umsetzung der Intervention als Regelversorgung ....19
6.3 Alternative Umsetzungsoptionen ....20
6.3.1 (Fortsetzung als) Selektivvertrag nach § 140a SGB V ....20
6.3.2 Institutionalisierung der Rahmenbedingungen ....20
6.3.3 Umsetzung im Kontext einer ambulanten Behandlung in einer PIA oder KJP-PIA ....21
6.3.4 Leistungsträgerübergreifende Kooperationen ....21
6.3.5 Weitere Voraussetzungen zur Verstetigung des therapeutischen Ansatzes ....22

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche ..... 5
Tabelle 2: Ergebnisse der Relevanzbewertung der 1. Onlinebefragung ..... 11
Tabelle 3: Ergebnisse der Praktikabilitätsbewertung der 1. Onlinebefragung ..... 11
Tabelle 4: Ergebnisse der Relevanzbewertung der 2. Onlinebefragung ..... 11

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vorgehen bei der Auswahl und Bewertung der Qualitätskriterien ..... 7
Abbildung 2: Qualitätsmodell der CHIMPS-Intervention ..... 10
Abbildung 3: Zielpopulation der CHIMPS-Intervention(en) ..... 18

# 1 Einleitung und Zielsetzung

Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern haben ein mehrfach erhöhtes Risiko, selbst psychisch zu erkranken. Psychische Erkrankungen setzen sich dadurch oft über mehrere Generationen fort. Das vom Innovationsausschuss geförderte Projekt CHIMPS-NET (Children of mentally ill parents – network) hat das Ziel, dieser transgenerationalen Weitergabe zu begegnen und die bestehende Lücke an psychosozialer und bei Bedarf psychotherapeutischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern zu schließen. Dafür wurden indikationsgeleitet in einem Stepped Care Modell bundesweit vier neue sektorenübergreifende Ansätze eingeführt (CHIMPS-P, CHIMPS-T, CHIMPS-T-Gruppe, iCHIMPS). Die neuen Versorgungsformen (NVF) umfassen sowohl die Diagnostik psychischer Erkrankungen als auch je nach Indikation entweder Prävention oder Therapie der Kinder und Jugendlichen und deren Familien. Die NVF wurden fortlaufend evaluiert und sollen bei Erfolg in die Versorgung überführt werden. Eine bedeutsame Versorgungslücke wird damit geschlossen und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern nachhaltig verbessert.

Ziel des Teilprojektes 9 „Externe Qualitätssicherung“ war die Entwicklung und Konsentierung von Qualitätsanforderungen und -kriterien an die neue Versorgungsform (NVF) und die Entwicklung eines entsprechenden Qualitätsmodells sowie die Erarbeitung von Empfehlungen hinsichtlich eines Transfers der CHIMPS-Versorgungsmodelle in die Regelversorgung.

Grundlage der Qualitätsanforderungen und -kriterien an die NVF sowie der Empfehlungen zum Transfer der Versorgungsmodelle bildeten Recherchen, Expertengespräche, eine Befragung von Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie verschiedene Workshops. Außerdem konnte auf Vorerfahrung aus einem ähnlich gelagerten, ebenfalls vom Innovationsfonds geförderten Projekt (CARE-FAM-NET – Children affected by rare disease and their families – network) zurückgegriffen werden.

# 2 Methodik zur Entwicklung der Qualitätskriterien

## 2.1 Systematische Literaturrecherche

Ziel der systematischen Literaturrecherche war es, vorhandene Qualitätsaspekte bzw. -kriterien für die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern zu identifizieren. Fokussiert wurden dabei psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten (auch webbasiert) sowie die Diagnostik der psychosozialen Erkrankungen.

In nachfolgender Tabelle sind die Ein-/Ausschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche gelistet.

*Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche*

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|---|---|
| Publikationen, die sich auf psychosoziale Interventionen bei Familien mit psychisch kranken Eltern und deren Kinder beziehen | Publikationen mit inadäquatem Studiendesign (z. B Fallstudien) |
| Publikationen, die sich auf psychosoziale Diagnostik bei Familien mit psychisch kranken Eltern und deren Kinder beziehen | Publikationen fokussieren nicht die psychosoziale Versorgung bei psychisch kranken Eltern und deren Kindern |
| Publikationen in deutscher oder englischer Sprache | Publikationen, die sich auf die psychische Erkrankung von Kindern beziehen |
| Publikationen mit Abstract | Publikationen, die sich auf die rein medizinische Versorgung der Erkrankung beziehen |

Für die systematische Literaturrecherche wurden die Literaturdatenbanken EMBASE (inkl. MEDLINE) und PsycINFO (via EBSCOhost) herangezogen. Für beide Datenbanken bzw. Suchoberflächen wurde eine individuelle Suchstrategie unter Einbezug des jeweils vorhandenen kontrollierten Vokabulars (z. B Emtree bei Embase) und der Möglichkeiten zur Verschlagwortung sowie Optionen zu verschiedenen Limits erarbeitet. Die Suchstrategie hatte in beiden Datenbanken eine analoge Struktur und bestand jeweils aus 2 Säulen:

- 1. Säule: Begriffe, die die Zielgruppe der Kinder von psychisch kranken Eltern beschreiben, z. B Kinder von depressiven Müttern, Kinder alkoholkranker Eltern etc.
- 2. Säule: Begriffe, die insbesondere die Therapie (aber auch die Diagnostik) beschreiben, z. B Psychotherapie, Familientherapie, webbasierte Interventionen

Die Begriffe innerhalb einer Säule wurden zunächst mit dem Bool'schen Operator OR verknüpft, anschließend wurden die Säulen mit dem Bool'schen Operator AND verknüpft. Die Recherche wurde auf die Jahre 1990 bis 2020 beschränkt und es wurden nur Publikationen einbezogen, die in englischer oder deutscher Sprache veröffentlicht wurden. Die detaillierten Suchstrategien sind in Anhang B.1 dargestellt. Die Recherche wurde in beiden Datenbanken am 25. März 2020 durchgeführt.

Die mit der Suchstrategie identifizierten Treffer wurden exportiert und in eine Literaturdatenbank importiert. Hier erfolgten zunächst eine Prüfung und der Ausschluss von Dubletten. Anschließend erfolgte ein Titel- und Abstractscreening, bei dem alle verbliebenen Treffer hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien überprüft und ggf. ausgeschlossen wurden. Dieses Screening, sowie das anschließende Volltextscreening, erfolgten durch zwei voneinander unabhängig bewertende wissenschaftliche Mitarbeiter. Unterschiede in den Bewertungen wurden gemeinsam besprochen und entschieden. Alle eingeschlossenen Treffer sowie Treffer, bei denen anhand des Titels und Abstracts nicht ersichtlich war, inwieweit Ein- oder Ausschlusskriterien erfüllt wurden, wurden im Volltext geprüft (Volltextscreening).

Aus allen eingeschlossenen Treffern wurden die relevanten Informationen, die für die Entwicklung der Qualitätskriterien potenziell genutzt werden könnten, in eine Exceltabelle extrahiert.

Zusätzlich zur systematischen Literaturrecherche erfolgte eine händische Recherche nach Publikationen, die bisher nicht in einem peer-reviewed Journal veröffentlicht wurden. Der Fokus lag hierbei, wie auch bei der systematischen Literaturrecherche, auf Qualitätsaspekten bei der psychosozialen Versorgung von Kindern psychischer Eltern und deren Familien. In diesen Rechercheprozess wurde ergänzend ebenfalls die Fragestellung nach möglichen Implementierungswegen der neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung eingebunden. Die Recherche erfolgte überwiegend via Google und Google Scholar mit einschlägigen Schlagwörtern. Die ergänzende Recherche fand fortlaufend vom Beginn des Projektes bis zum Abschluss des Konsensusprozesses und der Erarbeitung von möglichen Implementierungswegen statt.

Alle relevanten Dokumentationen zur Literaturrecherche sind in Anhang A zu finden.

## 2.2 Qualitative und quantitative Themenerschließung

Im Rahmen der weiteren Themenerschließung wurden Expertengespräche sowie eine standardisierte Befragung aller am Projekt teilnehmenden Erwachsenenpsychiatrien (EWP) und Kinder- und Jugendpsychiatrien (KJP) durchgeführt.

Zu Projektbeginn wurde ein Expertengespräch mit der Konsortialführung zu konkreten Inhalten der CHIMPS-Intervention geführt. Zudem wurde in einem Expertengespräch mit einer Krankenkassenvertreterin die Vorgeschichte der CHIMPS-Intervention und deren Erfahrung zur Umsetzung mit Fokus auf Abrechnungsaspekten eruiert. Eine Teilnahme an der CHIMPS-Schulung brachte weitere wichtige Informationen, die zur Entwicklung der Qualitätskriterien beigetragen haben. In einem Austausch mit den Entwicklern von iCHIMPS wurden ergänzend relevante Aspekte der Onlinevariante der CHIMPS-Intervention in Erfahrung gebracht. In allen Gesprächen wurden der Transfer der neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung thematisiert. Die Expertengespräche fanden im Zeitraum von September 2020 bis Februar 2022 statt.

Die standardisierte Befragung unter den projektbeteiligten EWP und KJP wurde im Zeitraum vom 4. November bis zum 20. November 2020 als explorative Onlinebefragung durchgeführt. Ziel der Befragung war es, die Versorgungssituation von Familien (und insbesondere den Kindern) mit psychisch erkranktem Elternteil zu eruieren und damit die Entwicklung der Qualitätskriterien zu unterstützen. Zentrale Themenbereiche der Befragungen waren der Zugang zur Versorgung, die bisherige Versorgung psychisch erkrankter Eltern und deren Kindern, die Zusammenarbeit/Kooperation/Vernetzung der EWP und KJP sowie Aspekte der Implementierung und Barrieren von psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten.

Die Leitfäden beider Onlinebefragungen sind in Anhang B zu finden. Die Ergebnisse der Befragungen sind in die Entwicklung und Ausarbeitung der Qualitätskriterien eingeflossen.

## 2.3 Konsensusverfahren

Zur Vorbereitung des Konsensusverfahrens wurden im Rahmen eines Scoping Workshops die bisherigen identifizierten Themenbereiche eines möglichen Qualitätsmodells sowie die als wichtig identifizierten Qualitätskriterien bzw. -anforderungen mit Therapeuten und weiteren wichtigen Stakeholdern vorgestellt und diskutiert. Ziele des Workshops waren, Erfahrungen aus der bisherigen Umsetzung der CHIMPS-Intervention einzuholen, spezifische Anforderungen an die präventive und therapeutische Intervention sowie das Netzwerk zu erarbeiten sowie die generelle Überprüfung, ob die vorgeschlagenen Anforderungen sich als Qualitätsmerkmal eignen. Zudem war auch eine Sensibilisierung für bestimmte Anforderungen der Überführung in die Regelversorgung Ziel der Veranstaltung.

Der Scoping-Workshop wurde am 31. Mai 2022 als Online-Veranstaltung mit 17 Teilnehmern durchgeführt.

Im Rahmen des Konsensusverfahrens sollten die spezifischen Eigenschaften und Merkmale der CHIMPS-Intervention hinsichtlich ihrer Relevanz und Praktikabilität für eine qualitativ hochwertige und effektive Versorgung bewertet und als Expertenmeinung festgehalten werden. In methodischer Hinsicht erfolgte die Bewertung in Anlehnung an die sogenannte RAND/UCLA-Methode (Fitch et al. 2001[1]), die für diesen Projektkontext und die Projektziele spezifisch und in verkürzter Form angepasst wurde.

Die vom aQua-Institut adaptierte bzw. hinsichtlich der projektspezifischen Anforderungen angepasste Methode sieht nach Abschluss der Vorarbeiten ein zweistufiges Bewertungsverfahren vor, das sich aus einer online-Bewertungsrunde mit einem folgenden Präsenztreffen mit Diskussion der Ergebnisse sowie einer auf den Ergebnissen basierenden, abschließenden weiteren online-Bewertung zusammensetzt. Die folgende Abbildung veranschaulicht die grundlegende Vorgehensweise bei der Auswahl und Bewertung der (Qualitäts-)Kriterien.

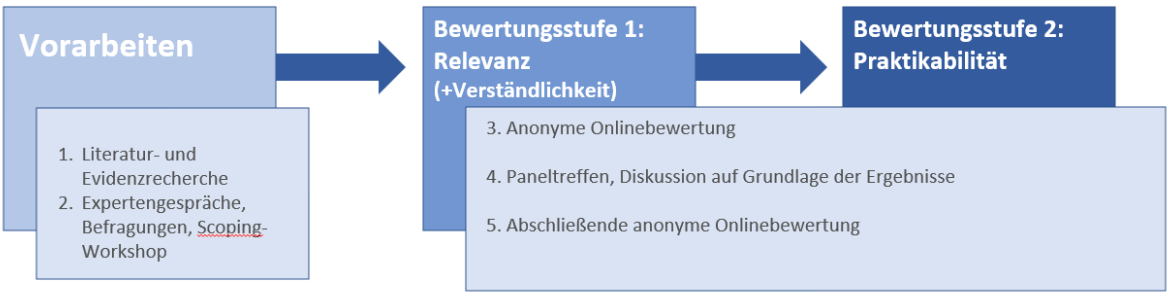



*Abbildung 1: Vorgehen bei der Auswahl und Bewertung der Qualitätskriterien*

[1] Fitch, K; Bernstein, SJ; Aguilar, MD; Burnand, B; et al. (2001). The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: RAND.

Im Ergebnis dieses formalen Bewertungsverfahrens werden spezifische Kriterien für die CHIMPS-Intervention beschrieben, die von Expertinnen und Experten hinsichtlich ihrer Relevanz und Praktikabilität eingeschätzt wurden.

### 2.3.1 Bildung des Expertenpanels

Idealerweise repräsentieren die Experten des Konsensusverfahrens alle Interventionsbeteiligten, inklusive Stakeholder(gruppen), die an einer möglichen Umsetzung der Intervention in die Regelversorgung beteiligt sind oder die von einer Umsetzung „systemisch" betroffen sind. Gemäß der institutseigenen Adaption der RAND/UCLA-Methode bilden diese Experten ein Panel, welches sowohl die Relevanz als auch die Praktikabilität der Kriterien (die adaptierte Methode bezieht sich auf die Bewertung von Indikatoren) bewertet.

Für das Konsensusverfahren besteht keine Begrenzung der Teilnehmerzahl, es wurden all diejenigen zur Teilnahme aufgefordert, die bereits im Vorfeld Interesse an dem Verfahren bekundet haben und im Projektkontext tätig sind bzw. auch diejenigen, die aus den Erfahrungen in einem ähnlichen Projekt („CARE-FAM-NET") als gewinnbringende Experten bekannt sind.

### 2.3.2 Relevanz- und Praktikabilitätsbewertung

In beiden Bewertungsrunden wurde jeweils die Relevanz und Praktikabilität der entwickelten Qualitätskriterien bewertet.

Da es sich bei der Relevanz um eine globale Einschätzung der jeweiligen Kriterien handelt, die unterschiedliche Erwägungen und individuelle Prioritäten beinhalten kann, wurde den Teilnehmern der Expertenpanels als Orientierung mit an die Hand gegeben, dass ein Kriterium grundsätzlich umso relevanter ist,

- je stärker die Evidenz dafür ist, dass das Kriterium in einem kausalen Zusammenhang mit dem gewünschten Outcome steht
- je stärker sein Nutzen für die betroffenen Familien ist
- je stärker seine Bedeutung für eine effektive Versorgung ist
- je stärker seine Bedeutung zur Charakterisierung der Besonderheit der CHIMPS-Intervention gegenüber anderen Therapien ist

Die Relevanz der Kriterien sollte nicht unter Studienbedingungen, sondern unter der hypothetischen Annahme bewertet werden, dass die CHIMPS-Intervention eine regulär angebotene Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Für die Beurteilung der Relevanz standen in beiden Bewertungsrunden folgende Bewertungsoptionen zur Verfügung:

- 1 = Sehr relevant
- 2 = Eher relevant
- 3 = Weniger relevant
- 4 = Nicht relevant
- 5 = Ich kann/will dieses Kriterium nicht beurteilen

Die Relevanzbewertung wurde zunächst in der 1. Bewertungsrunde rein deskriptiv ausgewertet und für die Darstellung die Lage des Medians genutzt. Abschließend wurden die Kriterien als „relevant" gewertet, die in den Kategorien „Sehr relevant" und „Eher relevant" bewertet wurden.

Neben der Bewertung der Relevanz eines Kriteriums folgte – je nach Antwortverhalten als bedingte Frage – eine objektive Beurteilung, ob dieses Kriterium in der Regelversorgung – und damit außerhalb von Studienbedingungen – auch praktikabel/umsetzbar ist bzw. ggf. auch: welche Anforderungen erfüllt sein müssen, damit diese Aspekte praktikabel sind.

Eine „Umsetzung in die Regelversorgung“ setzt voraus:

a) eine Finanzierbarkeit von Leistungen für einen definierten Kreis von Anspruchsberechtigten aus den Geldern von gesetzlich Krankenversicherten (Kollektiv- oder Selektivvertrag)
b) grundsätzliche Rechtskonformität (z. B Datenschutz, Ethik, Psychotherapierichtlinie)
c) die Verfügbarkeit der Leistung für Anspruchsberechtige durch entsprechend geeignete Leistungserbringer in einem ordnungspolitischen Rahmen (z. B klinische Angebote, niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten)
d) Konformität mit berufs-/verbandspolitischen Rahmenbedingungen (z. B Berufsordnung, Therapieinhalte, Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung).

Für die Beurteilung der Praktikabilität/Umsetzbarkeit standen den Teilnehmenden in der 1. Bewertungsrunde folgende Bewertungsoptionen zur Verfügung:

**Praktikabel/Umsetzbar**
Erläuterung: Diese Option sollte genutzt werden, wenn hinsichtlich der Umsetzbarkeit des Kriteriums in die Regelversorgung bzw. einer analogen selektivvertraglichen Regelung keine nennenswerten Implementierungshürden gesehen werden.

**Praktikabel/Umsetzbar unter bestimmten Voraussetzungen**
Erläuterung: Diese Option sollte genutzt werden, wenn hinsichtlich der Umsetzbarkeit zwar Implementierungshürden gesehen werden, diese aber für überwindbar gehalten werden, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen oder geschaffen würden. In einem Freitextfeld konnten die Implementierungshürde(n) und mögliche Lösungen genannt werden.

**Nicht praktikabel/umsetzbar**
Erläuterung: Diese Option sollte genutzt werden, wenn hinsichtlich der Umsetzbarkeit unüberwindbare Implementierungshürden gesehen werden. In einer Liste konnten die entsprechende(n) Implementierungshürde(n) ausgewählt werden und/oder (weitere) in einem Freitextfeld genannt werden. Als grundsätzliche Implementierungshürden konnten folgende Begründungen ausgewählt werden (Mehrfachauswahl möglich):

- patientengefährdend/ethisch bedenklich
- nicht richtlinienkonform
- nicht datenschutzkonform
- grundsätzlich nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierbar
- nicht vereinbar mit Berufsordnung
- nicht vereinbar mit lokalen/regionalen institutionellen Vorgaben/Abläufen (z. B Klinikorganisation, Arbeitgebervorgaben usw.)

**Ich kann/will dieses Kriterium nicht beurteilen**
Erläuterung: Diese Option sollte genutzt werden, wenn das Kriterium aus Sicht der jeweiligen speziellen Stakeholder-Rolle und der Expertise nicht beurteilt werden kann. Auf diese Weise sollte eine möglichst fundierte/objektive Beurteilung der Praktikabilität sichergestellt werden.

Nach Diskussion der Kriterien auf Basis der Ergebnisse der 1. Bewertungsrunde in einem Onlinetreffen wurden die Kriterien überarbeitet und ggf. spezifische Implementierungsvoraussetzungen formuliert. In einer abschließenden Onlinebewertung standen somit abweichend für die 2. Onlinebefragung folgende Kategorien zur Verfügung:

- Praktikabel unter den genannten Voraussetzungen
- Nicht praktikabel
- Kann/will ich nicht beurteilen

Hinsichtlich der Auswertung wurde die Anzahl der jeweiligen Bewertungen gezählt.

# 3 Ergebnisse

## 3.1 Qualitäts- und Anforderungsmodell

Auf der Basis der durchgeführten Themenerschließung, der systematischen Recherche, des Scoping-Workshops sowie des weiteren Bewertungsverfahrens wurde ein Qualitätsmodell entworfen, das die versorgungsrelevanten Aspekte, also die zu bewertenden charakteristischen Eigenschaften, der CHIMPS-Intervention in Dimensionen aggregiert abbildet. Dabei wird explizit zwischen dem Interventionsnetzwerk und der Intervention unterschieden. Alle entwickelten und im Laufe des Bewertungsprozesses überarbeiteten Qualitätskriterien lassen sich folgendem Qualitätsmodell zuordnen:

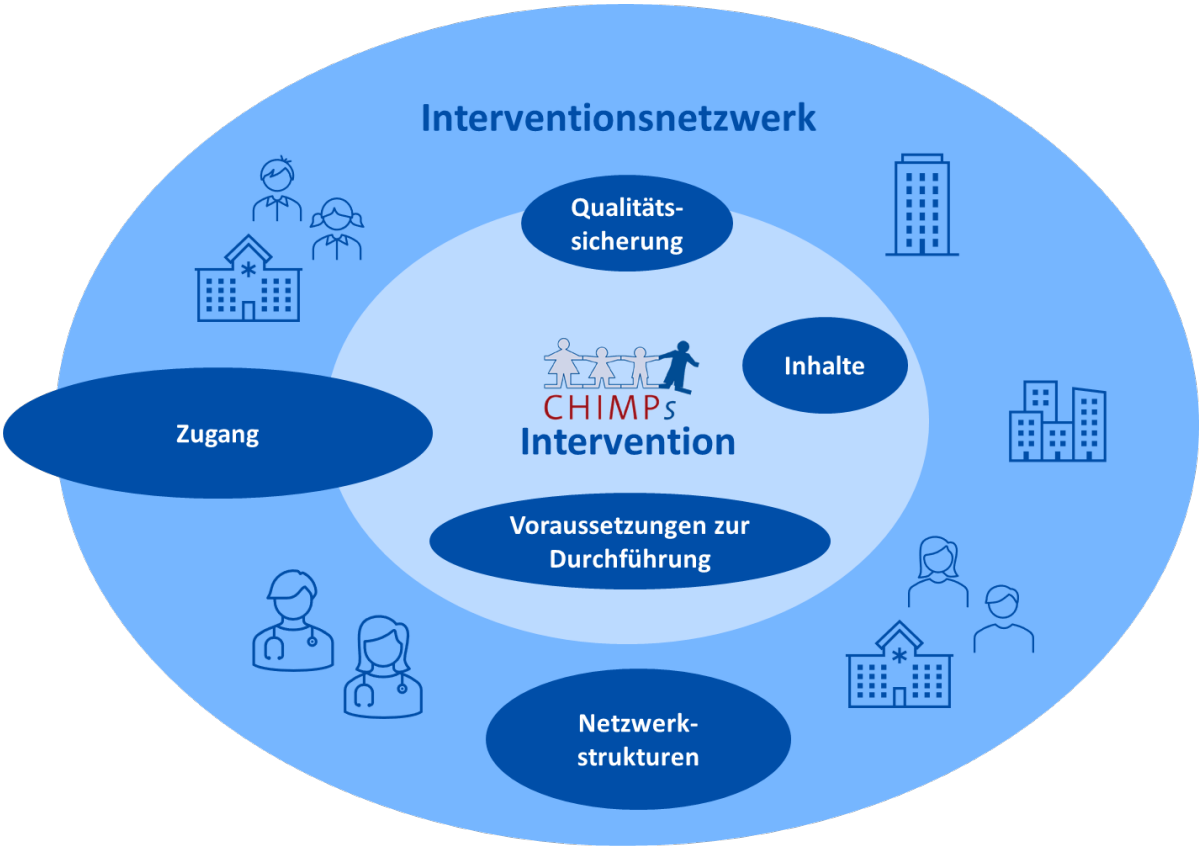



*Abbildung 2: Qualitätsmodell der CHIMPS-Intervention*

## 3.2 Ergebnisse der Relevanz- und Praktikabilitätsbewertung

An der 1. Onlinebefragung zur Bewertung der Relevanz und Praktikabilität der Qualitätskriterien der CHIMPS-Intervention, die von August bis September 2022 stattgefunden hat, haben 20 projektbeteiligte Personen bzw. Expertinnen und Experten verschiedener Stakeholdergruppen teilgenommen. Insgesamt waren 35 Kriterien zu bewerten.

Nachfolgende Tabelle zeigt das Ergebnis der Relevanzbewertung anhand der Lage des Medians. Die detaillierten Bewertungsergebnisse für alle Kriterien sind in Anhang C.1 zu finden.

*Tabelle 2: Ergebnisse der Relevanzbewertung der 1. Onlinebefragung*

| Ergebnis | Anzahl der Kriterien |
|---|---|
| Sehr relevant | 16 |
| Eher relevant | 17 |
| Weniger relevant | 2 |
| Nicht relevant | 0 |

Für die Praktikabilitätsbewertung mussten von den Teilnehmern nur die Kriterien bewertet werden, die sie als relevant oder eher relevant bewertet hatten. Anhand der Lage des Medians ergeben sich hier folgende Ergebnisse:

*Tabelle 3: Ergebnisse der Praktikabilitätsbewertung der 1. Onlinebefragung*

| Ergebnis | Anzahl der Kriterien |
|---|---|
| Praktikabel / Umsetzbar | 22 |
| Praktikabel / Umsetzbar unter bestimmten Voraussetzungen | 13 |
| Nicht praktikabel /umsetzbar | 0 |

Die detaillierten Ergebnisse dieser Praktikabilitätsbewertung sind in Anhang C.2 zu finden.

Auf Basis dieser Ergebnisse wurden die Kriterien in einem Onlinetreffen am 15.11.2022 mit 12 Teilnehmern, die zuvor auch alle an der Onlinebefragung teilgenommen haben, diskutiert. Der Fokus der Diskussion wurde dabei auf grundsätzliche Implementierungsfragestellungen sowie Anforderungen an das „CHIMPS-Netzwerk“ gelegt.

Auf Basis des Onlinetreffens wurden die Qualitätskriterien grundlegend überarbeitet. Im Rahmen des Überarbeitungsprozesses wurden einige Qualitätskriterien zusammengefasst, Formulierungen geschärft aber auch Kriterien neu entwickelt. Für die erneute finale Bewertung der Kriterien wurden zudem allgemeine, fallbezogene und einrichtungsbezogene Voraussetzungen definiert, die für die Bewertung als erfüllt angenommen werden sollten. Alle Kriterien setzen zudem voraus, dass mindestens eine Zusammenarbeit zwischen der KJP als durchführender Einrichtung und der EWP als Einrichtung für den Zugang zur Intervention besteht. Zudem wurden spezifische Voraussetzungen für die Umsetzung der Kriterien formuliert, die bei der Bewertung der Kriterien berücksichtigt werden sollten.

An der 2. Onlinebewertung der Relevanz und Praktikabilität der Qualitätskriterien der CHIMPS-Intervention, die von April bis Mai 2023 stattgefunden hat, haben 16 Personen teilgenommen (wovon bereits 15 an der 1. Bewertungsrunde und 9 am Onlinetreffen teilgenommen haben). Insgesamt waren 27 Kriterien zu bewerten.

Nachfolgende Tabelle zeigt das Ergebnis der Relevanzbewertung anhand der Lage des Medians. Die detaillierten Bewertungsergebnisse für alle Kriterien sind in Anhang C.3 zu finden.

*Tabelle 4: Ergebnisse der Relevanzbewertung der 2. Onlinebefragung*

| Ergebnis | Anzahl der Kriterien |
|---|---|
| Sehr relevant | 16 |
| Eher relevant | 10 |
| Weniger relevant | 1 |
| Nicht relevant | 0 |

Für die Praktikabilitätsbewertung mussten von den Teilnehmenden alle Kriterien bewertet werden. Es wurden alle Kriterien als praktikabel / umsetzbar unter den genannten Voraussetzungen bewertet. Die detaillierten Ergebnisse der 2. Praktikabilitätsbewertung sind in Anhang C.4 zu finden

# 4 Qualitätskriterien der CHIMPS-Intervention

Nachfolgend werden die entwickelten Qualitätskriterien der CHIMPS-Intervention inklusive der spezifischen Implementierungsvoraussetzungen beschrieben. Zunächst werden alle Kriterien zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der CHIMPS-Intervention (siehe Dimension „Zugang“ im Qualitätsmodell), dann alle Kriterien zur Zusammenarbeit und/oder dem Netzwerk (siehe Dimensionen „Netzwerkstrukturen“ und „Qualitätssicherung“ im Qualitätsmodell) und abschließend alle Kriterien zu Voraussetzungen und Anforderungen an die CHIMPS-Intervention (siehe Dimensionen „Voraussetzungen zur Durchführung“, „Inhalte“ und „Qualitätssicherung“ im Qualitätsmodell“) beschrieben. Ergänzend werden zu jedem Kriterium die finalen Bewertungsergebnisse des Konsensusprozesses sowie der Verlauf des Kriteriums im gesamten Bewertungsprozess beschrieben.

### Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der CHIMPS-Intervention

| A1.1[2] | Verfügbarkeit der CHIMPS-Intervention |
|---|---|
| Beschreibung | Die CHIMPS-Intervention sollte für alle Kinder, deren Eltern an einer psychischen Erkrankung leiden, verfügbar sein. |
| Implementierungsvoraussetzung | Der Einbezug von niedergelassenen EWP-Therapeutinnen und -Therapeuten ist notwendig. |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 100 % (15 von 15)<br>▪ Praktikabilität: 71,4 % (10 von 14) |
| Verlauf | Keine Veränderungen im Laufe des Bewertungsprozesses. |

| A1.2 | Inanspruchnahme der CHIMPS-Intervention |
|---|---|
| Beschreibung | Die CHIMPS-Intervention sollte nur von Familienmitgliedern in Anspruch genommen werden, die nicht an schweren psychischen Erkrankungen mit akuten behandlungsbedürftigen Symptomen (z. B Psychosen, Fremd- und Eigengefährdung) leiden. |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 93,3 % (14 von 15)<br>▪ Praktikabilität: 78,6 % (11 von 14) |
| Verlauf | Keine Veränderungen im Laufe des Bewertungsprozesses. |

| A2 | Informationen zur CHIMPS-Intervention |
|---|---|
| Beschreibung | Alle Akteurinnen / Akteure des Netzwerkes informieren die betroffenen Eltern sowie weitere Akteurinnen / Akteure aus dem ambulanten Bereich wie Sozialpädiatrische Dienste, niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten, Jugendämter usw. über die CHIMPS-Intervention und unterstützen geeignete Maßnahmen zur Information der Familien (z. B durch Aushänge, Flyer, Webseiten). |
| Implementierungsvoraussetzung | ▪ Informationsmaterial muss vorhanden sein.<br>▪ Zeitliche Ressourcen für die Information stehen zur Verfügung.<br>▪ Ansprechpartnerinnen / Ansprechpartner müssen bekannt sein.<br>▪ Verantwortliche für die Webseite müssen definiert sein. |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 100 % (16 von 16)<br>▪ Praktikabilität: 78,6 % (11 von 14) |
| Verlauf | Die Kriterien A2-A5 wurden nach der 1. Bewertung zu A2 zusammengefasst und um den Netzwerkgedanken erweitert. |

[2] Die Nummerierung der Kriterien hat an dieser Stelle keinen eigenen Informations- oder Systematisierungswert. Sie dient hier lediglich zur Orientierung im Zusammenhang mit den Nummerierungen der angehängten Dokumentationen.

| A6 | Zugang zur CHIMPS-Intervention |
|---|---|
| Beschreibung | Der Zugang zur CHIMPS-Intervention erfolgt über:<br>▪ die EWP<br>▪ die ambulanten Therapeutinnen / Therapeuten der Eltern<br>▪ die sozialpädiatrischen Dienste oder Beratungsstellen<br>▪ die KJP<br>▪ die Jugendämter |
| Implementierungsvoraussetzung | ▪ Zeitliche Ressourcen für Information müssen vorhanden sein<br>▪ Die Refinanzierung des Zeitaufwandes muss gegeben sein.<br>▪ Die Refinanzierung der Erstellung des Infomaterials muss gegeben sein.<br>▪ Ansprechpartnerinnen / Ansprechpartner müssen bekannt sein. |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 93,8 % (15 von 16)<br>▪ Praktikabilität: 92,9 % (13 von 14) |
| Verlauf | Die Kriterien A6.1 bis A6.4 wurden nach der 1. Bewertungsrunde zu A6 zusammengefasst. |

| A7 | Ersteinschätzung des Therapiebedarfs |
|---|---|
| Beschreibung | Erwachsene mit psychischer Erkrankung werden im Netzwerk standardmäßig nach ihren Kindern, deren Alter und potenziellem Therapiebedarf gefragt. |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 93,8 % (15 von 16)<br>▪ Praktikabilität: 92,9 % (13 von 14) |
| Verlauf | Die Kriterien A7.1 und A7.2 wurden nach der 1. Bewertungsrunde zusammengefasst und um den Netzwerkgedanken erweitert. |

| A8 | Psychosoziale Diagnostik |
|---|---|
| Beschreibung | Bei Familien mit Therapie-/Beratungsbedarf findet eine psychosoziale Diagnostik statt. Die Durchführungsverantwortung dieser psychosozialen Diagnostik wird von den entsprechend qualifizierten Akteurinnen / Akteuren des Netzwerkes festgelegt. |
| Implementierungsvoraussetzung | Ressourcen und zeitnahe Termine müssen vorhanden sein. |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 93,8 % (15 von 16)<br>▪ Praktikabilität: 76,9 % (10 von 13) |
| Verlauf | Die Kriterien A8.1 bis A8.3 wurden nach der 1. Bewertungsrunde zusammengefasst und um den Netzwerkgedanken erweitert. |

### Zusammenarbeit und/oder Netzwerk

| A1.0 | Mindestanforderungen der Zusammenarbeit |
|---|---|
| Beschreibung | Die CHIMPS-Intervention wird nur dort durchgeführt, wo bestimmte Mindestanforderungen bezüglich der Zusammenarbeit erfüllt sind (z. B mindestens Zusammenarbeit / Kommunikation KJP und EWP, ggf. weitere Akteurinnen / Akteure). |
| Implementierungsvoraussetzung | Möglichkeiten zum Auf- und Ausbau der Netzwerkstrukturen müssen gegeben sein. |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 100 % (16 von 16)<br>▪ Praktikabilität: 71,4 % (10 von 14) |
| Verlauf | Das Kriterium wurde nach der 1. Bewertungsrunde neu entwickelt. |

| A18.2 | Formaler Austausch im Netzwerk (Vernetzung KJP und EWP) |
|---|---|
| Beschreibung | Die CHIMPS-Intervention wird nur dort durchgeführt, wo ein regelmäßiger formaler Austausch zwischen den Akteurinnen / Akteuren des Netzwerkes stattfindet. |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 64,3 % (9 von 14)<br>▪ Praktikabilität: 91,7 % (11 von 12) |
| Verlauf | Das Kriterium wurde nach der 1. Bewertungsrunde um den Netzwerkgedanken erweitert. |

| A19 | Setting der CHIMPS-Intervention |
|---|---|
| Beschreibung | Die Durchführungsverantwortung der CHIMPS-Intervention wird von den Akteurinnen / Akteuren des Netzwerkes selbst festgelegt. |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 73,3 % (11 von 15)<br>▪ Praktikabilität: 100 % (15 von 15) |
| Verlauf | Die Kriterien A19.1 und A19.2 wurden nach der 2. Bewertungsrunde zusammengefasst und die Durchführungsverantwortung rein auf das Netzwerk bezogen. |

| A21 | Informationsfluss |
|---|---|
| Beschreibung | Interventionsrelevante Informationen über Kinder betroffener Eltern werden von den Akteurinnen / Akteuren des Netzwerkes standardisiert an die durchführungsverantwortliche Einrichtung weitergegeben. |
| Implementierungsvoraussetzung | Datenschutzsichere Möglichkeiten für einen Informations- / Datenaustausch müssen gegeben sein. |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 100 % (15 von 15)<br>▪ Praktikabilität: 85,7 % (12 von 14) |
| Verlauf | Das Kriterium wurde nach der 1. Bewertungsrunde auf das Netzwerk fokussiert. |

| A23 | Netzwerkstrukturen |
|---|---|
| Beschreibung | Die Durchführungsverantwortlichen der CHIMPS-Intervention informieren alle anderen Akteurinnen / Akteure des Netzwerkes in regelmäßigen Abständen über die CHIMPS-Intervention. |
| Implementierungsvoraussetzung | Die Zugangsgewährung in den jeweiligen Einrichtungen muss vorhanden sein. |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 100 % (15 von 15)<br>▪ Praktikabilität: 75 % (9 von 12) |
| Verlauf | Das Kriterium wurde nach der 1. Bewertungsrunde auf das Netzwerk fokussiert. |

| A22 | Gemeinsame Dokumentation |
|---|---|
| Beschreibung | Alle Netzwerkpartnerinnen / -partner führen und verwalten interventionsrelevante Informationen in einem gemeinsamen Dokumentationssystem. |
| Implementierungsvoraussetzung | Ein gemeinsames Dokumentationssystem muss vorhanden sein. |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 80 % (12 von 15)<br>▪ Praktikabilität: 72,7 % (8 von 11) |
| Verlauf | Das Kriterium wurde nach der 1. Bewertungsrunde auf das Netzwerk fokussiert. |

| A25 | Mindestanforderungen an das Netzwerk |
|---|---|
| Beschreibung | Das CHIMPS-Netzwerk erfüllt bestimmte Mindestanforderungen bezüglich seiner Strukturen und Prozesse (z. B wie viel und welches Personal mindestens im Netzwerk vertreten sein muss). |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 73,3 % (11 von 15)<br>▪ Praktikabilität: 78,6 % (11 von 14) |
| Verlauf | Das Kriterium wurde nach der 1. Bewertungsrunde neu entwickelt. |

| A26 | Umsetzung der Bestandteile |
|---|---|
| Beschreibung | CHIMPS sollte nur dort angeboten werden, wo alle wirksamen Interventionen (CHIMPS-P, CHIMPS-T, CHIMPS-T-Gruppe, iCHIMPS) durchgeführt werden können. |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 36,4 % (4 von 11)<br>▪ Praktikabilität: 66,7 % (6 von 9) |
| Verlauf | Das Kriterium wurde nach der 1. Bewertungsrunde neu entwickelt. |

### Voraussetzungen und Anforderungen für die CHIMPS-Intervention

| A9 | Fachliche Anforderungen an die Therapeutinnen / Therapeuten |
|---|---|
| Beschreibung | Die CHIMPS-Intervention darf ausschließlich von Personen mit den folgenden fachlichen (Mindest-)Qualifikationen durchgeführt werden:<br>▪ CHIMPS-P: Sozialarbeiter(in)/-therapeut(in) (Qualifikation/ Weiterbildung für Familientherapie)<br>▪ CHIMPS-T: Approbierte(r) Psychotherapeut(in) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)<br>▪ CHIMPS-MFT: Familientherapeut(in) oder Sozialarbeiter(in) mit familientherapeutischer Qualifikation |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 87,5 % (14 von 16)<br>▪ Praktikabilität: 69,2 % (9 von 13) |
| Verlauf | Keine Veränderungen im Laufe des Bewertungsprozesses. |

| A10 | Teilnahme an einer CHIMPS-Schulung |
|---|---|
| Beschreibung | Die CHIMPS-Intervention darf nur von nachweislich für diese Intervention mittels Schulung qualifiziertem Personal durchgeführt werden. |
| Implementierungsvoraussetzung | Angemessene Schulungsstrukturen müssen vorhanden sein. |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 87,5 % (14 von 16)<br>▪ Praktikabilität: 92,3 % (12 von 13) |
| Verlauf | Keine Veränderungen im Laufe des Bewertungsprozesses. |

| A11 | Teilnahmebescheinigung CHIMPS-Schulung |
|---|---|
| Beschreibung | Die Befähigung zur Durchführung der CHIMPS-Intervention ist durch das Vorliegen der Teilnahmebescheinigung an einer CHIMPS-Schulung nachzuweisen. |
| Implementierungsvoraussetzung | Schulungsangebote müssen regelmäßig verfügbar sein. |

| A11 | Teilnahmebescheinigung CHIMPS-Schulung |
|---|---|
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 81,3 % (13 von 16)<br>▪ Praktikabilität: 100 % (11 von 11) |
| Verlauf | Keine Veränderungen im Laufe des Bewertungsprozesses. |

| A14 | Konzept der Schulung |
|---|---|
| Beschreibung | Die Schulung zur CHIMPS-Intervention erfolgt regulär als Gruppenschulung anhand eines verbindlich anzuwendenden Schulungskonzepts, das mindestens die folgenden Themenblöcke enthalten sollte:<br>▪ theoretischer Hintergrund<br>▪ Grundlagen der psychodynamischen familienorientierten Arbeitsweise<br>▪ Setting der Intervention (Aufbau, Struktur & Varianten)<br>▪ Herausforderungen der familienorientierten Arbeit / Familiendynamiken<br>▪ Fallarbeit |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 100 % (16 von 16)<br>▪ Praktikabilität: 100 % (14 von 14) |
| Verlauf | Keine Veränderungen im Laufe des Bewertungsprozesses. |

| A12 | Patientensicherheit (Umgang mit Krisen) |
|---|---|
| Beschreibung | Für den Fall von Krisen (der Kinder oder Erwachsenen) existieren konkrete Vorgaben während der CHIMPS-Intervention zum Umgang und weiteren Vorgehen. |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 100 % (16 von 16)<br>▪ Praktikabilität: 85,7 % (12 von 14) |
| Verlauf | Keine Veränderungen im Laufe des Bewertungsprozesses. |

| A13 | Vorgaben zum Ablauf der Intervention / Manualtreue |
|---|---|
| Beschreibung | Grundlage der CHIMPS-Intervention ist das für diesen Zweck spezifizierte Manual, dessen Beachtung für Therapeutinnen / Therapeuten verpflichtend sein sollte. Dies ist jedoch nicht im Sinne einer Einschränkung der Therapiefreiheit zu verstehen, sondern als therapeutisch-methodisches Rahmenkonzept, das wesentliche Elemente einer wissenschaftlich erprobten und wirksamen Vorgehensweise beschreibt. |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 86,7 % (13 von 15)<br>▪ Praktikabilität: 84,6 % (11 von 13) |
| Verlauf | Keine Veränderungen im Laufe des Bewertungsprozesses. |

| A15 | Angebot der aufsuchenden Therapie |
|---|---|
| Beschreibung | Die CHIMPS-Intervention bietet die Möglichkeit einer aufsuchenden Therapie, wenn diese indiziert ist. |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz:75 % (12 von 16)<br>▪ Praktikabilität: 50 % (6 von 12) |
| Verlauf | Keine Veränderungen im Laufe des Bewertungsprozesses. |

| A16 | Weiterer Unterstützungsbedarf |
|---|---|
| Beschreibung | Im Verlauf der CHIMPS-Intervention wird der weitere Unterstützungsbedarf abgeklärt. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf ergänzend zu der CHIMPS-Intervention notwendig, erfolgt eine Vermittlung an weitere Stellen im Rahmen der Regelversorgung. |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 100 % (15 von 15)<br>▪ Praktikabilität: 85,7 % (12 von 14) |
| Verlauf | Keine Veränderungen im Laufe des Bewertungsprozesses. |

| A17 | Evaluation der Therapie |
|---|---|
| Beschreibung | Die durchführenden Therapeutinnen / Therapeuten erheben und dokumentieren nach Abschluss der CHIMPS-Intervention als Qualitätssicherungsmaßnahme die Zufriedenheit der Familien mit einem standardisierten Instrument. |
| Implementierungsvoraussetzung | Ein geeignetes Instrument muss zur Verfügung stehen. |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 93,3 % (14 von 15)<br>▪ Praktikabilität: 100 % (14 von 14) |
| Verlauf | Keine Veränderungen im Laufe des Bewertungsprozesses. |

| A24.1 | Möglichkeit einer online-basierten CHIMPS-Intervention |
|---|---|
| Beschreibung | Neben der CHIMPS-Intervention gibt es die Möglichkeit einer begleitenden online-basierten CHIMPS-Intervention, über die betroffene Familien standardmäßig informiert werden. |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 93,3 % (14 von 15)<br>▪ Praktikabilität: 100 % (13 von 13) |
| Verlauf | Die Kriterien 24.1 und 24.2 wurden nach der 2. Bewertungsrunde zu 24.1 zusammengefasst und im Titel präzisiert. |

| A24 | Durchführung der online-basierten CHIMPS-Intervention |
|---|---|
| Beschreibung | Eine online-basierte CHIMPS-Intervention sollte für Jugendliche auch die Möglichkeit bieten, diese ohne Beteiligung der Eltern durchzuführen. |
| Implementierungsvoraussetzung | Keine |
| Finale Bewertung | ▪ Relevanz: 100 % (14 von 14)<br>▪ Praktikabilität: 92,3 % (12 von 13) |
| Verlauf | Das Kriterium 24.3 wurden nach der 2. Bewertungsrunde im Titel präzisiert. |

# 5 Diskussion / Limitationen

Die vorstehend berichteten Ergebnisse sind hinsichtlich ihrer Aussagekraft einigen Limitationen unterworfen. So ergab die systematische Literaturrecherche zwar eine durchaus beachtenswerte Menge relevanter Literatur, aber letztlich konnten nur Bruchstücke zur Entwicklung von Qualitätskriterien adaptiert werden. Ursächlich hierfür ist vor allem, dass die CHIMPS-Intervention sowohl primärpräventive als auch niedrigschwellige therapeutische Interventionselemente beinhaltet und diese in einem neuen organisatorischen Ansatz vereint, sodass Erkenntnisse aus anderen Studien kaum übertragbar waren.

Aus den mit dem gleichen Zweck geführten Expertengesprächen sowie auch die standardisierte Befragung der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrien konnten zwar viele allgemeine Erkenntnisse gewonnen werden, aber zur Entwicklung von Qualitätskriterien waren diese nur bedingt geeignet, da die meisten an diesen Befragungsformaten Teilnehmenden (noch) nicht mit den spezifischen Aspekten der CHIMPS-Intervention vertraut waren. Insofern wurden viele Kriterien letztlich aus dem Interventionshandbuch, d. h. aus dem CHIMPS-Manual bzw. der Erfahrungen der Therapeutinnen und Therapeuten abgeleitet.

Zudem wurden übergreifende Qualitätskriterien für vier verschiedene CHIMPS-Interventionen entwickelt, die zwar alle Gemeinsamkeiten aufwiesen, jedoch in ihrer Zielsetzung, der Zielgruppen und Durchführung Spezifika aufweisen. Somit können die Qualitätskriterien oft nur allgemeine Anforderungen aufgreifen, die an manchen Stellen einen gewissen Detailgrad vermissen lassen.

Methodisch ist anzumerken, dass die Voraussetzungen der Anwendung der ansonsten etablierten Methode des formalen Konsensusprozesses in Anlehnung an die sogenannte RAND/UCLA-Methode in diesem Projekt nur ungenügend gegeben waren und somit Anpassungen vorgenommen werden mussten.

# 6 Verstetigung der neuen Versorgungsform in der Versorgungsrealität

Ziel dieses Teilprojektes war es, neben der Entwicklung von Qualitätsanforderung und -kriterien für die neue Versorgungsform, potenzielle Wege und entsprechende Voraussetzungen für eine erfolgreiche sektorenübergreifende Implementierung der CHIMPS-Intervention zu beschreiben. Dies ist ein komplexes Vorhaben, da die Intervention sowohl Prävention als auch niederschwellige Behandlungen im klinisch-psychiatrischen Bereich einschließt.

Die Zielgruppe der CHIMPS-Intervention sind Kinder und Jugendliche im Sinne einer durch die psychische Erkrankung eines Elternteils definierten Gruppe, die zunächst als Risikogruppe identifiziert wird. Die familienorientierte Intervention ist indiziert, wenn Kinder und Jugendliche in diesen Familien präventiv beraten oder (noch) niedrigschwellig, d. h. außerhalb einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung behandelt werden können.

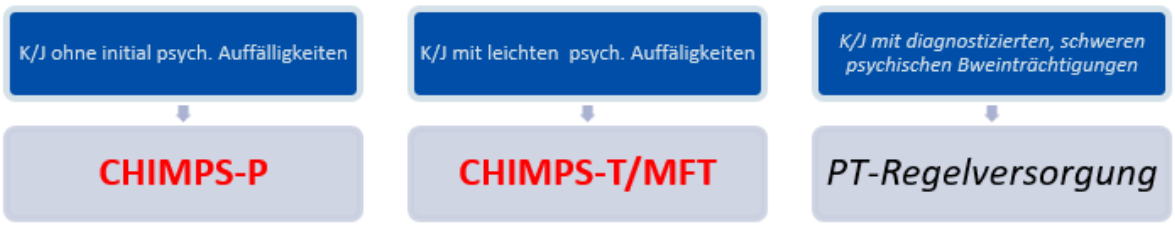



*Abbildung 3: Zielpopulation der CHIMPS-Intervention(en)*

Die Verstetigungsoptionen der CHIMPS-Interventionen wurde in einem Abschlussworkshop mit Experten für die neuen Versorgungsformen diskutiert. Die Ergebnisse des Workshops sowie auch die Erkenntnisse aus den Konsensusworkshops sind in die nachfolgende Diskussion eingeflossen.

## 6.1 Ausgangslage

In Projekten zu Neuen Versorgungsformen werden typischerweise Versorgungen erprobt, die bisher nicht Bestandteil der Regelversorgung sind, weshalb zur Durchführung des Projektes temporäre rechtliche und finanzielle Grundlagen geschaffen werden. Für das CHIMPS-Projekt waren dies ein Selektivvertrag nach § 140a SGB V und die darüber abgewickelte Finanzierung der Intervention sowie die direkten Fördergelder aus dem Innovationsfonds im Umfeld der wissenschaftlichen Projektdurchführung (Finanzierung der Forschungsanteile, der Projektorganisation und -durchführung). Mit Projektende entfallen diese Grundlagen.

Grundlegende Implementierungshürden, die sich durch den Wegfall insbesondere der (leistungsrechtlichen) rechtlichen Grundlagen ergeben, sind folgende Sachverhalte:

- Im SGB V sind nur Individuen, nicht aber Familien Anspruchsberechtigte für Leistungen.
- Das SGB V kennt keine (potenziell) „Mit-Erkrankten“ oder Co-Erkrankte im Sinne eines präventiven Sozialscreenings.
- Eine medizinische Behandlung (wie z. B CHIPMS-T) setzt vorhandene Diagnosen oder Erkrankungen von individuell Betroffenen, also Selbstbetroffenheit, voraus;
  - ein systematisches Risikoscreening von Kindern aufgrund der akuten psychischen Erkrankung eines Elternteils fällt ggf. nicht in den Zuständigkeitsbereich der SGB V, sondern eher in den des SGB VIII (z. B Kindeswohlgefährdung)
  - Die Chimps-Intervention hat präventive Anteile (CHIMPS-P), aber die Primärprävention im SGB V fokussiert „Lebenswelten“ wie z. B Schule oder Betriebe aber keine Familien.
- Familientherapie ist keine zugelassene Therapieform nach der Psychotherapierichtlinie.

Weitere potenzielle Implementierungshürden, wiewohl nicht auf der Ebene von Gesetzen und Richtlinien angesiedelt, sind die in einem potenziellen Regelbetrieb notwendigen und Projektkontext auch mitfinanzierten Rahmenbedingungen. Hierbei handelt es sich z. B um Kooperationen und Datenweitergabe (mindestens zwischen EWP und KJP), das durch Webseiten und Wissenschaftspersonal unterstützte Recruiting, die Befähigung (Schulung) von Therapeuten zur Durchführung der Intervention sowie, last not least, Maßnahmen der Qualitätssicherung (im Projekt: zur Einhaltung der Studienbedingungen).

## 6.2 Umsetzung der Intervention als Regelversorgung

Sowohl im Konsensusworkshop als auch im Abschlussworkshop bestand große Einigkeit, dass die CHIMPS-Intervention für alle Kinder, deren Eltern an einer psychischen Erkrankung leiden, verfügbar sein soll (siehe Kriterium A1.1). Dies impliziert begriffsnotwendig den Übergang in die sogenannte Regelversorgung, d. h. eine Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit Blick auf die grundlegenden, d. h. durch die Rahmenbedingen des SGB V gegebenen Implementierungshürden, lässt sich allerdings zusammenfassen, dass eine 1:1-Umsetzung der Neuen Versorgungsform im Kontext des SGB V entweder zahlreiche einzelne oder grundlegende, d. h. ggf. nicht durch den G-BA allein durchzusetzende, Änderungen erforderlich machen würde.

Ohne hier auf Details einzugehen, finden sich diese notwendigen Änderungsbedarfe bereits in einer an das BMG überreichten Stellungnahmen von Betroffenenvertretern und Fachexperten.[3] Diese lauten zusammengefasst:

3 Vgl. „Stellungnahme zu Änderungsbedarfen im SGB V für Familien mit einem psychisch-/ suchterkrankten Elternteil vom 12.01.2022“ (Empfehlungen der Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern unter Federführung des Familienministeriums und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung). Abrufbar unter: https://www.dgsf.org/themen/stellungnahmen-1/stellungnahme-zu-aenderungsbedarfen-im-sgb-v (letzter Zugriff 15.01.2024).

- Aufnahme/Nennung der Zielgruppe: Psychische Erkrankungen + Suchterkrankungen + Angehörige unter Berücksichtigung der Lage von Familien + Kindheits- und Jugendentwicklungsphase
- Anspruch auf ein sektoren- und leistungsträgerübergreifendes Versorgungsmanagement
- Erweiterung des Präventionskapitels um Familien und „Gruppenangebote“
- Ermöglichung eines Risikoscreenings in Familien
- Präventionsempfehlungen auch durch Psychotherapeuten
- Ausweitung der Soziotherapie

## 6.3 Alternative Umsetzungsoptionen

Da die im vorigen Abschnitt genannten „Forderungen“ sehr grundsätzlicher Natur sind und insofern keine zeitnahe Umsetzung für die Regelversorgung zu erwarten ist, stellt sich die Frage, ob und wenn ja, in welcher Art und Weise sich die Neue Versorgungsform oder einzelne Teile unter den gegebenen gesetzlichen Vorgaben umsetzen ließe.

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass bereits im Konsensusworkshop das Kriterium, dass CHIMPS nur dort angeboten werden sollte, wo alle (wirksamen) Interventionsteile verfügbar sind, eine nur geringe Relevanz bescheinigt wurde. Insofern wird im Folgenden verschiedentlich auf die Möglichkeit der potenziellen Trennbarkeit von CHIMPS-P (Prävention) und CHIMPS-T (Therapie) hingewiesen.

### 6.3.1 (Fortsetzung als) Selektivvertrag nach § 140a SGB V

Die Fortsetzung des Selektivvertrags nach 140a SGB V mit den bisherigen Krankenkassen und das Werben um den Beitritt weiterer Krankenkassen ist nach Ansicht der meisten Teilnehmenden des Abschlussworkshops der „Königsweg“ – auch wenn damit das Kernziel der Regelversorgung, namentlich das Schaffen einer Anspruchsgrundlage für die gesamte Zielpopulation verfehlt wird.

Tatsächlich wäre eine Fortsetzung der bereits im Projektkontext bestehenden Regelungen die am einfachsten vorstellbare Form der Umsetzung im gegebenen gesetzlichen Rahmen. Zumindest wären damit die Rechtsgrundlage und die (im Einzelnen noch klärungsbedürftige) Finanzierung der Intervention gegeben.

Insgesamt wäre allerdings die Institutionalisierung der Rahmenbedingungen zu klären und folgende Fragen zu beantworten:

- Wie institutionalisiert man den Zugang für Betroffene bzw. mindestens die Kooperation zwischen EWP und KJP?
- Welche Institution/Stelle verantwortet das Programm und seine Durchführung?
- Wer bildet Therapeuten aus und weiter?
- Wer führt, wo und mit welcher Legitimität Schulungen durch?
- Wo gibt es psychotherapeutische Kapazitäten?

Generell wäre die Institutionalisierung der Rahmenbedingungen im Kontext stationärer Versorgung möglich.

### 6.3.2 Institutionalisierung der Rahmenbedingungen

Bereits das Konsensusverfahren hat gezeigt, dass die Zusammenarbeit und/oder das Bestehen eines kooperierenden Netzwerkes als versorgungsrelevant erachtet wird (siehe Kriterien zur Zusammenarbeit und/oder Netzwerk in Abschnitt 4). Gleichzeitig wird der Aufbau eines größeren Netzwerkes durch die Einbeziehung des niedergelassenen Bereiches für wenig praktikabel gehalten, was dafür spricht, die Intervention, wie im Projektkontext erprobt, im Verbund zwischen EWP und KJP/PIA umzusetzen.

Faktisch ist jede Klinik (relativ) frei darin, sich selbst bestimmte (Qualitäts-) Standards zu setzen und zu finanzieren. So könnte z. B in den EWP bei infrage kommenden Patienten grundsätzlich nach dem Familienstatus gefragt werden. Sind Kinder vorhanden, könnte die in den Krankenhausbudgets eingeplante Angehörigenberatung vermutlich ohne Probleme auf Kinder und Jugendliche erweitert werden und es könnte z. B auch der

Bedarf einer niedrigschwelligen psychotherapeutischen, d. h. z. B für die CHIMPS-Intervention festgestellt werden. Entsprechende Informationen über vorhandene Kinder oder Interventions-Bedarfe könnten bei Zustimmung der Patienten an die KJP weitergeleitet werden und die KJP könnte ein entsprechendes Familienscreening oder, wenn der Bedarf bereits in der EWP erhoben wurde, auch ein Therapiekonzept wie CHIMPS-P in der KJP bzw. einer PIA vorhalten (Bedarfseinschätzung, Organisation, Durchführung usw.). PIAs könnten das Angebot dann auch in Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich anbieten.

Es ist hierbei der Vorbehalt anzumerken, dass die Teilnehmenden des Konsensusprozess sich nur auf sehr vage Vorgaben einer Zusammenarbeit von EWP und KJP/PIA einigen konnten (siehe Kriterium A1.0). Konkret wird nur die Erhebung und Weitergabe des Familienstatus sowie die Ersteinschätzung des Therapiebedarfs betreffen (siehe Kriterium A.7), da die Durchführungsverantwortung überwiegend in den PIAs und den KJPs gesehen werden (so wie es auch im Projektkontext durchgeführt wurde).

### 6.3.3 Umsetzung im Kontext einer ambulanten Behandlung in einer PIA oder KJP-PIA

Tatsächlich wurde die Intervention im Projektkontext in PIAs bzw. den KJP-Abteilungen an Krankenhäusern angesiedelt, wobei idealerweise Kooperationen mit den EWP bestanden, um die Population zu identifizieren.

Für eine Umsetzung im Kontext einer (KJP-) PIA wäre der rechtliche Rahmen der sogenannten PIA-Richtlinie, d. h. der „Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V“ (dreiseitige Vertragsvereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) zu beachten. Auch hier ist zunächst festzuhalten, dass diese Vereinbarung in der Logik des bestehenden gesetzlichen Rahmens der SGB V ausgestaltet ist. Insofern gilt das vorstehend in Abschnitt 6.2 bereits gesagte: Auch die PIA-Behandlung setzt eine individuelle Erkrankung in Form einer Diagnose voraus – und dies kann nicht die Erkrankung eines Elternteils sein. Allerdings dürfen PIAs eine diagnostische Abklärung vornehmen und insofern bei entsprechender Indikation auch behandeln. Offen bliebe, ob und inwieweit die primärpräventiven Anteile der CHIMPS-Intervention in einer PIA durchgeführt werden könnten.

Mit Blick auf den Richtlinienzweck der PIA-Ermächtigung wäre zu beachten, dass die Fallschwere bzw. die Erforderlichkeit einer krankenhausnahen Versorgung darauf abzielt, keine Versorgung anzubieten, die wesenhaft auch vom niedergelassenen Bereich angeboten werden kann. Im Kontext des Abschlussworkshops wurde verschiedentlich angemerkt, dass der niedergelassene Bereich zur Behandlung dieser Fälle aufgrund des teilweisen akuten Handlungsbedarfs und der notwendigen Flexibilität des Anwendungskonzepts des CHIMS-Manuals nicht geeignet ist. Andererseits sind PIAs zu einer engen Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich aufgefordert, sodass sich hier ggf. Kooperationsmöglichkeiten ergeben.

Insgesamt wären (kleinere) Anpassungen der PIA-Richtlinie erforderlich, v.a. in Bezug auf den Einschluss und die Behandlungsoptionen dieser Population, die auf dem Wege der Absprache mit den Vertragsparteien erfolgen müsste.

### 6.3.4 Leistungsträgerübergreifende Kooperationen

Angesichts einer geschätzten Prävalenz (Kinder mit psychisch kranken Eltern) von ca. 3 bis 4 Millionen Betroffenen ist die projektspezifische und eine auch den Forschungsinteressen folgenden Verengung auf den stationären oder kliniknahen Versorgungskontext nur beschränkt zielführend. Tatsächlich ist anzunehmen, dass die Elternteile nur zu einem kleineren Anteil stationär, sondern zunächst überwiegend im ambulanten Bereich (Hausärzte, Fachärzte, niedergelassene Psychotherapeuten) diagnostiziert und behandelt werden. Ein Aufgreifen der Zielpopulation im niedergelassenen Bereich wäre mutmaßlich deutlich sensitiver und hinsichtlich der frühestmöglichen Intervention und damit auch der Effektivität primärpräventiver Maßnahmen (CHIMPS-P) zielführender.

Wenn indiziert, könnten die Wege dann z. B durch Überweisung in den spezifischen Behandlungskontext einer KJP oder einer PIA münden. Allerdings wären niedrigschwellige Hilfen zunächst Aufgabe der sozialpsychiatrischen Dienste, der gemeindepsychiatrischen Verbünde usw. (sowie auch der Selbsthilfe…). Überall dort könnte man ggf. besser erste Bedarfseinschätzungen und niedrigschwellige Hilfe anbieten und erst bei einem gewissen Bedarf und in Kooperation mit dem ambulanten Bereich, dann auch CHIMPS-T in (bspw.) in einer KJP oder einer PIA anbieten.

Auch wenn das CHIMPS-Projekt im leistungsrechtlichen Kontext des SGB V durchgeführt und unter diesen Rahmenbedingungen erprobt wurde, geht es im Kern des Projektes um psychosoziale Risiken von Kindern. Deshalb ist die grundsätzliche Frage aufzuwerfen, ob hier ggf. auch oder vielleicht sogar primär der Regelungskontext des SGB VIII mit einbezogen werden sollte. Dies gilt bei dieser Population umso mehr, da die Anwendung von CHIMPS ein Mindestalter der Kinder voraussetzt, welches sich vermutlich nicht immer an das elterliche Auftreten einer psychischen Erkrankung hält. Zuständig für das Wohl von Kindern in „schwierigen Verhältnissen“ sind überwiegend die Jugendämter und nur das SGB VIII kennt Familien als zu versorgende Einheit.

Auch wenn die Mechanismen des SGB VIII, insbesondere die Kindeswohlgefährdung bzw. die Risikoabschätzung nach § 8 SGB VIII, eigentlich zu spät greifen, so wären hier doch (finanzielle) Ressourcen für zumindest sekundärpräventive Maßnahmen zu verorten, die im SGB V eher schwer zu etablieren sind. Dies gilt v.a. auch für die frühen Hilfen, die zunächst weniger psychotherapeutisch, sondern psychosozial und erzieherisch ausgerichtet sind. [4] Auch die psychosozialen Beratungsstellen gem. SGB XII könnte niedrigschwellige Aufgaben im Sinne der präventiven Anteile der CHIMPS-Intervention übernehmen.

Zum Wohl der Kinder psychisch kranker Eltern wurde in den letzten Jahren verstärkt darauf hingewiesen, dass es sich hier um eine Gemeinschaftsaufgabe handelt, die nur leistungsträgerübergreifend und vor allem auch auf kommunaler Ebene bewältigt werden kann. Auch hier sind einige gesetzliche Reformen, Neuinterpretationen oder Ergänzungen bestimmter Regelungen erforderlich, die aber nicht unüberwindlich scheinen und sie liegen in einem bereits gut ausformuliert Abschlussbericht der „Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern“ bei den entsprechenden Ministerien auf Bundesebene vor. [5]

### 6.3.5 Weitere Voraussetzungen zur Verstetigung des therapeutischen Ansatzes

In vorigen Abschnitten wurde die Verstetigung von Rahmenbedingungen, Zugängen zur und Durchführung der Intervention(en) v.a. mit Bezug zu rechtlichen Grundlagen und Finanzierungsoptionen diskutiert. Gleichwohl sind rechtliche Grundlagen und (zu einem Großteil darauf basierende) Finanzierungmöglichkeiten von Leistungen nur als Implementierungsvoraussetzungen zu betrachten. Auf die wesentlichen Aspekte der Verstetigung sei im Folgenden erneut kurz hingewiesen:

[4] Vgl. hierzu bereits das Eckpunktepapier des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (2014): Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen (SGB VIII). Abrufbar unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Eckpunktepapier-Kinder-psychisch-kranker-Eltern-b.pdf. Letzter Zugriff 16.01.2024

[5] Vgl. Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern (2020). Abschlussbericht. Hg: AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V., Hannover. Abrufbar unter: https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-kranker-Eltern.pdf. Letzter Zugriff 16.01.2024.

### Verfügbarkeit von Therapeuten

Die theoretische Möglichkeit, eine bestimmte psychotherapeutische Leistung abrechnen zu können, ist nicht mit der faktischen Realisierung der Leistungserbringung gleichzusetzen: Der allenthalben auch bei allen Projektbeteiligten beklagte Mangel an Psychotherapeuten wird nicht durch die Abrechnungsmöglichkeit einer psychotherapeutischen Leistung behoben. Für Verstetigungsüberlegungen sollte die tatsächliche Verfügbarkeit von Therapeuten in Betracht gezogen werden, z. B durch Zentralisierung der Leistungserbringung bzw. Angebotsstrukturen, also an eher wenigen Orten mit hoher Patientenfrequenz implementiert, um eine gewisse Effizienz in der Finanzierung von Angebotsstrukturen sicherzustellen. Dies gilt zumindest für CHIMPS-T.

Dem steht auf der anderen Seite entgegen, dass eine an wenigen Orten verfügbare Angebotsstruktur den Zugang für Familien eher erschwert. Tatsächlich wäre hier ein dezentrales, kommunal verfügbares und auch von niedergelassenen Therapeuten bereitgestelltes Angebot für Familien deutlich vorteilhafter.

### Verfügbarkeit der Qualifikation

Zu den Anforderungen an die CHIMPS-Intervention und den Voraussetzungen zur Durchführung besteht Einigkeit, dass eine Orientierung am Interventions-Manual sehr wichtig ist (siehe Kriterium A13). Zudem wurden sehr viele Aspekte zu Qualifikation, Schulung usw. (z. B Kriterien A9 und A10) als relevant bewertet.

Obwohl die CHIMPS-Intervention dem Wesen nach als Kurzzeittherapie oder ggf. sogar noch niedrigschwelliger als psychosoziale Beratung betrachtet werden könnte, so sind die unterschiedlichen Bestandteile und der manualgestützte Ablauf spezifisch evaluierte Interventionsbestandteile, die entsprechende (Zusatz-)Qualifikationen der Therapeuten erfordern. Im Projekt wurden die Therapeuten anhand des Manuals entsprechend geschult. Die Institutionalisierung der Therapie muss also insbesondere mit einer Institutionalisierung der Schulungen bzw. des Schulungsangebotes einhergehen

Hier sind mehrere implementierungsrelevante Aspekte zu bedenken: Der Aufbau/Erhalt von face-2-face-Schulungsangeboten setzt zunächst voraus, dass eine relevante Nachfrage nach Schulungen existiert, die ihrerseits abhängig von ausreichend hohen Fallzahlen sind. Sollten diese Voraussetzungen gegeben sein, muss es auch „Schulende“ geben, die bereit sind, diese Schulungen anzubieten und durchzuführen. Es ist wahrscheinlich, dass hierfür eine gesonderte Finanzierungsmöglichkeit gesucht werden muss. Anzuraten ist, ein entsprechendes Schulungsangebot bei professionellen Anbietern zu etablieren, zumal Schulungen auch mit Kosten für Schulungsmaterialien und einer gewisse Schulungsbürokratie (Organisation von Terminen, Kommunikation mit Teilnehmenden der Schulenden, Teilnahmebescheinigungen usw.) einhergehen.

Denkbar wäre, den CHIMPS-Ansatz als Weiterbildungsangebot in einer von den Berufskammern anerkannten Ausbildungsstätte (vgl. § 6 PsychThG) zu implementieren.

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Stand 30.06.2024

# CHIMPS-NET

# TP9: Externe Qualitätssicherung

## Anhang zum Abschlussbericht

# Impressum

**Herausgeber**

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Thema**

CHIMPS-NET Abschlussbericht TP9: Externe Qualitätssicherung

**Autoren**

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Hinweis**

Im aQua-Institut bemühen wir uns, eine gendergerechte Sprache umzusetzen und gleichzeitig die Lesbarkeit und Barrierefreiheit der Texte zu gewährleisten.
Im Text werden daher möglichst neutrale Formen verwendet. Ist dies nicht möglich, werden an manchen Stellen (z. B. bei direkter Ansprache) die weibliche und männliche Form ausgeschrieben. Darüber hinaus wird weiterhin das generische Maskulinum verwendet. Personenbezeichnungen beziehen sich dann auf alle Geschlechter.

**Anschrift des Herausgebers**

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10 · 37073 Göttingen

Telefon (+49) 0551-789 52-0
Telefax (+49) 0551-789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015
und ISO/IEC 27001:2013

# Inhaltsverzeichnis

## Anhang A: Rechercheprozess

Anhang A.1 Suchstrategien der systematischen Literaturrecherche

Anhang A.2 Dokumentation der Recherche

Anhang A.3 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

## Anhang B: Leitfäden der Onlinebefragungen der Psychiatrien

Anhang B.1 Leitfaden Onlinebefragung Erwachsenenpsychiatrie

Anhang B.2 Leitfaden Onlinebefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie

## Anhang C: Bewertungsprozess Qualitätskriterien der CHIMPS-Intervention

Anhang C.1 Ergebnisse Relevanzbewertung 1. Onlinebefragung

Anhang C.2 Ergebnisse Praktikabilitätsbewertung 1. Onlinebefragung

Anhang C.3 Ergebnisse Relevanzbewertung 2. Onlinebefragung

Anhang C.4 Ergebnisse Praktikabilitätsbewertung 1. Onlinebefragung

# Anhang A.1 Suchstrategien der systematischen Literaturrecherche

## Embase

| Zielgruppe | | Therapie, Diagnostik |
|---|---|---|
| 'child* of mental* ill parent$' **OR** 'child* of mental* ill mother$' **OR** 'child* of mental* ill father$' | **AND** | 'psychotherapy'/mj **OR** 'short term psychotherapy'/exp **OR** 'short term psychotherap*':ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |
| 'child* of psych* ill parent$' **OR** 'child* of psych* ill mother$' **OR** 'child* of psych* ill father$' | | 'family therapy'/exp **OR** 'family therap*':ti,ab,kw **OR** 'family intervention$':ti,ab |
| **OR** | | **OR** |
| 'child* of parent$ with mental illness*' **OR** 'child* of parent$ with mental disorder$' **OR** 'child* of parent$ with mental disease$' | | 'group therapy'/exp **OR** 'group therapy' **OR** 'group therap*':ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |
| ‘child* of mother$ with mental illness*’ **OR** ‘child* of mother$ with mental disorder$’ **OR** ‘child* of mother$ with mental disease$’ | | 'psychological intervention'/exp **OR** 'psycho* intervention$':ti,ab,kw **OR** 'psycho* support$':ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |
| ‘child* of parent$ with psych* illness*’ **OR** ‘child* of parent$ with psych* disorder$’ **OR** ‘child* of parent$ with psych* disease$' | | 'social support'/exp **OR** 'social support$':ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |
| ‘child* of mother$ with psych* illness*’ **OR** ‘child* of mother$ with psych* disorder$’ **OR** ‘child* of mother$ with psych* disease$’ | | 'child support'/exp **OR** 'child* support$':ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |
| ‘child* of depressed parent$’ **OR** ‘child* of depressed mother$’ **OR** ‘child* of depressed father$' | | 'prevention'/mj |
| **OR** | | **OR** |
| ('depression$ in parent$' OR 'depression$ in mother$' OR 'depression$ in father$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | | 'web based intervention'/exp **OR** 'web based intervention$':ti,ab,kw **OR** 'web based therap*':ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |
| ('parental mental disorder$' **OR** 'parental mental illness*' **OR** 'parental mental disease$') **AND** ('child'/exp **OR** child* **OR** infant$ **OR** adolescent$) | | 'e-counseling'/exp **OR** 'e-counseling$':ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |
| ('maternal mental disorder$' **OR** 'maternal mental illness*' **OR** 'maternal mental disease$') **AND** ('child'/exp **OR** child* **OR** infant$ **OR** adolescent$) | | 'internet therap*':ti,ab,kw **OR** 'e-therap*':ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |
| ('paternal mental disorder$' **OR** 'paternal mental illness*' **OR** 'paternal mental disease$') **AND** ('child'/exp **OR** child* **OR** infant$ **OR** adolescent$) | | 'online therap*':ti,ab,kw **OR** 'online counseling*':ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |
| ('mental* ill parent$' **OR** 'mental* ill mother$' **OR** 'mental* ill father$') **AND** ('child'/exp **OR** child* **OR** infant$ **OR** adolescent$) | | 'child behavior checklist'/exp **OR** cbcl:ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |

| Zielgruppe | | Therapie, Diagnostik |
|---|---|---|
| ('psych* ill parent$' **OR** 'psych* ill mother$' **OR** 'psych* ill father$') **AND** ('child'/exp **OR** child* **OR** infant$ **OR** adolescent$) | | 'family coping'/exp **OR** 'family functioning'/exp **OR** 'family coping':ti,ab,kw **OR** 'family functioning':ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |
| ('parent$ with mental illness*' **OR** 'parent$ with mental disorder$' **OR** 'parent$ with mental disease$') **AND** ('child'/exp **OR** child* **OR** infant$ **OR** adolescent$) | | 'family relation'/exp **OR** 'family relation$':ti,ab,kw |
| **OR** | | **OR** |
| ('mother$ with mental illness*' OR 'mother$ with mental disorder$' OR 'mother$ with mental disease$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | | 'child parent relation'/exp **OR** 'child parent relation$':ti,ab,kw |
| **OR** | | |
| ('father$ with mental illness*' **OR** 'father$ with mental disorder$' **OR** 'father$ with mental disease$') **AND** ('child'/exp **OR** child* **OR** infant$ **OR** adolescent$) | | |
| **OR** | **AND** | |
| ('depressive parent$' **OR** 'depressive mother$' **OR** 'depressive father$') **AND** ('child'/exp **OR** child* **OR** infant$ **OR** adolescent$) | | |
| **OR** | | |
| ('addicted parent$' **OR** 'addicted mother$' **OR** 'addicted father$') **AND** ('child'/exp **OR** child* **OR** infant$ **OR** adolescent$) | | |
| **OR** | | |
| ('parental drug dependence$' **OR** 'maternal drug dependence$' **OR** 'paternal drug dependence$') **AND** ('child'/exp **OR** child* **OR** infant$ **OR** adolescent$) | | |
| **OR** | | |
| ('parental substance use disorder$' **OR** 'maternal substance use disorder$' **OR** 'paternal substance use disorder$') **AND** ('child'/exp **OR** child* **OR** infant$ **OR** adolescent$) | | |
| **OR** | | |
| 'children of alcoholics'/exp **OR** 'child* of alcoholic$' | | |

Limits: ([article]/lim OR [article in press]/lim OR [review]/lim) AND ([english]/lim OR [german]/lim) AND [abstracts]/lim AND [1990-2020]/py

## PsycINFO via EBSCOhost

| Zielgruppe | | Therapie, Diagnostik |
|---|---|---|
| TI (rare diseases **OR** rare disorders **OR** rare illness **OR** rare conditions) **OR** AB (rare diseases **OR** rare disorders **OR** rare illness **OR** rare conditions) | **AND** | MM "Psychotherapy" **OR** TI psychotherapy **OR** AB psychotherapy |
| **OR** | | **OR** |
| DE "Chronically Ill Children" | | DE "Brief Psychotherapy" **OR** TI short term intervention **OR** AB short term intervention |
| **OR** | | **OR** |

| Zielgruppe | | Therapie, Diagnostik |
|---|---|---|
| TI (chronic diseases **OR** chronic illness **OR** chronic conditions **OR** chronic disorders) **OR** AB (chronic diseases **OR** chronic illness **OR** chronic conditions **OR** chronic disorders) | | MM "Cognitive Behavior Therapy" **OR** TI (cognitive behavior therapy **OR** cognitive-behavioral therapy) **OR** AB (cognitive behavior therapy or cognitive-behavioral therapy) |
| **OR** | | **OR** |
| DE "Cystic Fibrosis" **OR** TI (cystic fibrosis **OR** mucoviscidosis) **OR** AB (cystic fibrosis **OR** mucoviscidosis) | | MM "Family Therapy" **OR** MM "Conjoint Therapy" |
| **OR** | | **OR** |
| TI (lysosomal storage diseases **OR** fabry) **OR** AB (lysosomal storages disease **OR** fabry) | | TI (family therapy **OR** family interventions **OR** family care) **OR** AB (family therapy **OR** family interventions **OR** family care) |
| **OR** | | **OR** |
| DE "Phenylketonuria" **OR** TI phenylketonuria **OR** AB phenylketonuria | | TI (psycho* therapy **OR** psycho* intervention **OR** psycho* support **OR** psycho* treatment) **OR** AB (psycho* therapy **OR** psycho* intervention **OR** psycho* support **OR** psycho* treatment) |
| **OR** | | **OR** |
| DE "Muscular Dystrophy" **OR** TI (muscular dystrophy **OR** duchenne) **OR** AB (muscular dystrophy **OR** duchenne) | | MM "Online Therapy" **OR** MM "Computer Assisted Therapy" |
| **OR** | | **OR** |
| DE "Neuromuscular Disorder" **OR** TI (neuromuscular disorders **OR** neuromuscular diseases) **OR** AB (neuromuscular disorders **OR** neuromuscular diseases) | **AND** | TI (online therapy **OR** computer assisted therapy) **OR** (online therapy **OR** computer assisted therapy) |
| **OR** | | **OR** |
| DE "Leukemias" **OR** TI childhood leukemia **OR** AB childhood leukemia | | TI web-based intervention **OR** AB web-based intervention |
| **OR** | | **OR** |
| TI (childhood cancer **OR** children with cancer **OR** paediatric oncology) **OR** AB (childhood cancer **OR** children with cancer OR paediatric oncology) | | TI (online counselling **OR** internet therapy **OR** e-therapy) **OR** AB (online counselling **OR** internet therapy **OR** e-therapy) |
| **OR** | | **OR** |
| TI special health care need **OR** AB special health care need | | TI psycho* test **OR** AB psycho* test |
| **OR** | | **OR** |
| TI medical complexity **OR** AB medical complexity | | MM "Psychological Assessment" **OR** MM "Psychiatric Evaluation" **OR** MM "Psychodiagnostic Interview" |
| | | **OR** |
| | | TI (psycho* evaluation **OR** stress evaluation) **OR** AB (psycho* evaluation **OR** stress evaluation) |
| | | **OR** |
| | | TI (mental disease assessment **OR** psycho* assessment **OR** stress assessment) **OR** AB (mental disease assessment **OR** Psycho* assessment **OR** stress assessment) |
| | | **OR** |
| | | TI (anxiety assessment **OR** depression assessment) **OR** AB (anxiety assessment **OR** depression assessment) |

Limits: Language: english, german; Publication Year 1990-2019, Source Types: all journals

# Anhang A.2 Dokumentation der Recherche

## Embase

Recherchedatum: 25. März 2020

| Nr. | Suchbegriffe | Treffer |
|---|---|---|
| #1 | 'child* of mental* ill parent$' OR 'child* of mental* ill mother$' OR 'child* of mental* ill father$' | 97 |
| #2 | 'child* of psych* ill parent$' OR 'child* of psych* ill mother$' OR 'child* of psych* ill father$' | 16 |
| #3 | 'child* of parent$ with mental illness*' OR 'child* of parent$ with mental disorder$' OR 'child* of parent$ with mental disease$' | 67 |
| #4 | ‘child* of mother$ with mental illness*’ OR ‘child* of mother$ with mental disorder$’ OR ‘child* of mother$ with mental disease$’ | 3 |
| #5 | ‘child* of parent$ with psych* illness*’ OR ‘child* of parent$ with psych* disorder$’ OR ‘child* of parent$ with psych* disease$' | 11 |
| #6 | ‘child* of mother$ with psych* illness*’ OR ‘child* of mother$ with psych* disorder$’ OR ‘child* of mother$ with psych* disease$’ | 4 |
| #7 | ‘child* of depressed parent$’ OR ‘child* of depressed mother$’ OR ‘child* of depressed father$' | 210 |
| #8 | ('depression$ in parent$' OR 'depression$ in mother$' OR 'depression$ in father$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 414 |
| #9 | ('parental mental disorder$' OR 'parental mental illness*' OR 'parental mental disease$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 305 |
| #10 | ('maternal mental disorder$' OR 'maternal mental illness*' OR 'maternal mental disease$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 162 |
| #11 | ('paternal mental disorder$' OR 'paternal mental illness*' OR 'paternal mental disease$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 11 |
| #12 | ('mental* ill parent$' OR 'mental* ill mother$' OR 'mental* ill father$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 256 |
| #13 | ('psych* ill parent$' OR 'psych* ill mother$' OR 'psych* ill father$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 32 |
| #14 | ('parent$ with mental illness*' OR 'parent$ with mental disorder$' OR 'parent$ with mental disease$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 146 |
| #15 | ('mother$ with mental illness*' OR 'mother$ with mental disorder$' OR 'mother$ with mental disease$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 52 |
| #16 | ('father$ with mental illness*' OR 'father$ with mental disorder$' OR 'father$ with mental disease$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 6 |
| #17 | ('depressive parent$' OR 'depressive mother$' OR 'depressive father$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 70 |
| #18 | ('addicted parent$' OR 'addicted mother$' OR 'addicted father$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 329 |
| #19 | ('parental drug dependence$' OR 'maternal drug dependence$' OR 'paternal drug dependence$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 29 |
| #20 | ('parental substance use disorder$' OR 'maternal substance use disorder$' OR 'paternal substance use disorder$') AND ('child'/exp OR child* OR infant$ OR adolescent$) | 62 |
| #21 | 'children of alcoholics'/exp OR 'child* of alcoholic$' | 829 |
| #22 | 'psychotherapy'/mj OR 'short term psychotherapy'/exp OR 'short term psychotherap*':ti,ab,kw | 48.542 |
| #23 | 'family therapy'/exp OR 'family therap*':ti,ab,kw OR 'family intervention$':ti,ab | 15.660 |
| #24 | 'group therapy'/exp OR 'group therapy' OR 'group therap*':ti,ab,kw | 24.120 |
| #25 | 'psychosocial care'/exp OR 'psycho* care':ti,ab, kw | 21.659 |
| #26 | 'psychological intervention'/exp OR 'psycho* intervention$':ti,ab,kw OR 'psycho* support$':ti,ab,kw | 32.104 |
| #27 | 'social support'/exp OR 'social support$':ti,ab,kw | 99.998 |
| #28 | 'child support'/exp OR 'child* support$':ti,ab,kw | 605 |

| Nr. | Suchbegriffe | Treffer |
|---|---|---|
| #29 | 'prevention'/mj | 23.016 |
| #30 | 'web based intervention'/exp OR 'web based intervention$':ti,ab,kw OR 'web based therap*':ti,ab,kw | 1.346 |
| #31 | 'e-counseling'/exp OR 'e-counseling$':ti,ab,kw | 216 |
| #32 | 'internet therap*':ti,ab,kw OR 'e-therap*':ti,ab,kw | 963 |
| #33 | 'online therap*':ti,ab,kw OR 'online counseling*':ti,ab,kw | 304 |
| #34 | 'child behavior checklist'/exp OR cbcl:ti,ab,kw | 6.256 |
| #35 | 'family coping'/exp OR 'family functioning'/exp OR 'family coping':ti,ab,kw OR 'family functioning':ti,ab,kw | 7.391 |
| #36 | 'family relation'/exp OR 'family relation$':ti,ab,kw | 106.110 |
| #37 | 'child parent relation'/exp OR 'child parent relation$':ti,ab,kw | 88.658 |
| #38 | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 | 2.531 |
| #39 | #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 | 348.847 |
| #40 | #38 AND #39 | 1.030 |
| #41 | #40 AND ([article]/lim OR [article in press]/lim) AND ([english]/lim OR [german]/lim) AND [humans]/lim AND [abstracts]/lim AND [1990-2020]/py | 675 |

## PsycINFO

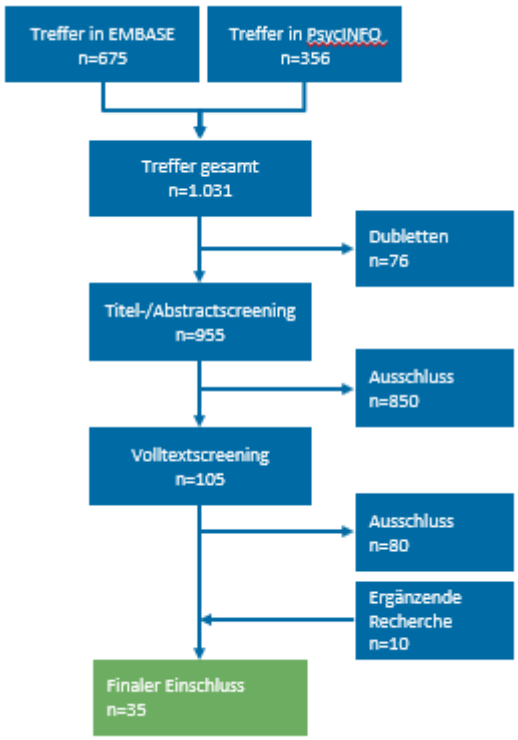
Recherchedatum: 26. Juni 2019

| Nr. | Suchbegriffe | Treffer |
|---|---|---|
| S1 | [child* of mental* ill parent*] OR [child* of mental* ill mother*] OR [child* of mental* ill father*] | 114 |
| S2 | [child* of psych* ill parent*] OR [child* of psych* ill mother*] OR [child* of psych* ill father*] | 19 |
| S3 | [child* of parent* with mental illness*] OR [child* of parent* with mental disorder*] OR [child* of parent* with mental disease*] | 87 |
| S4 | [child* of mother* with mental illness*] OR [child* of mother* with mental disorder*] OR [child* of mother$ with mental disease*] | 7 |
| S5 | [child* of Father* with mental illness*] OR [child* of Father* with mental disorder*] OR [child* of Father* with mental disease*] | 2 |
| S6 | [child* of parent* with psych* illness*] OR [child* of parent* with psych* disorder*] OR [child* of parent* with psych* disease*] | 15 |
| S7 | [child* of mother* with psych* illness*] OR [child* of mother* with psych* disorder*] OR [child* of mother* with psych* disease*] | 5 |
| S8 | [child* of depressed parent*] OR [child* of depressed mother*] OR [child* of depressed Father*] | 343 |
| S9 | ([parental mental disorder*] OR [parental mental illness*] OR [parental mental disease*]) AND (child* OR Infant* OR adolescent*) | 399 |
| S10 | ([maternal mental disorder*] OR [maternal mental illness*] OR [maternal mental disease*]) AND (child* OR Infant* OR adolescent*) | 120 |
| S11 | ([paternal mental disorder*]' OR [paternal mental illness*] OR [paternal mental disease*]) AND (child* OR Infant* OR adolescent*) | 8 |
| S12 | ([mental* ill parent*] OR [mental* ill mother*] OR [mental* ill Father*]) AND (child* OR Infant* OR adolescent*) | 347 |
| S13 | ([psych* ill parent*] OR [psych* ill mother*] OR [psych* ill Father*]) AND (child* OR Infant* OR adolescent*) | 33 |
| S14 | ([parent* with mental illness*] OR [parent* with mental disorder*] OR [parent* with mental disease*]) AND (child* OR Infant* OR adolescent*) | 275 |

| Nr. | Suchbegriffe | Treffer |
|---|---|---|
| S15 | ([mother* with mental illness*] OR [mother* with mental disorder*] OR [mother* with mental disease*]) AND (child* OR infant* OR adolescent*) | 91 |
| S16 | ([father* with mental illness*] OR [father* with mental disorder*] OR [father* with mental disease*]) AND (child* OR infant* OR adolescent*) | 10 |
| S17 | [depressive parent*] OR [depressive mother*] OR [depressive father*]) AND (child* OR infant* OR adolescent*) | 96 |
| S18 | [child* of an alcoholic parent*] OR [child* of an alcoholic*] | 196 |
| S19 | ([addicted parent*] OR [addicted mother*] OR [addicted father*]) AND (child* OR infant* OR adolescent*) | 170 |
| S20 | ([parental drug dependence*] OR [maternal drug dependence*] OR [paternal drug dependence*]) AND (child* OR infant* OR adolescent*) | 12 |
| S21 | ([parental substance use disorder*] OR [maternal substance use disorder*] OR [paternal substance use disorder*]) AND (child* OR infant* OR adolescent*) | 63 |
| S22 | MJ psychotherapy OR MJ psychotherapeutic Counseling OR TI ([short term psychotherap*] OR [short term Intervention*]) OR AB ([short term psychotherap*] OR [short term Intervention*]) | 84.964 |
| S23 | MJ family therapy OR MJ Family Intervention OR TI ([Family therap*] OR [Family Intervention*]) OR AB ([Family therap*] OR [Family Intervention*]) | 27.833 |
| S24 | TI ([psycho* therap*] OR [psycho* intervention] OR [psycho* support] OR [psycho* treatment]) OR AB ([psycho* therap*] OR [psycho* intervention] OR [psycho* support] OR [psycho* treatment]) | 30.619 |
| S25 | MJ group psychotherapy OR TI [group therap*] OR AB [group therap*] | 35.331 |
| S26 | MJ social support OR TI ([social support] OR [Psycho* care]) OR AB ([social support] OR [Psycho* care]) | 56.376 |
| S27 | TI [child* support] OR AB [child* support] | 940 |
| S28 | MA prevention OR TI prevention OR AB prevention | 117.210 |
| S29 | TI ([online therap*] OR [online counselling*] OR [internet therap*] OR [e-therap*]) OR AB ([online therap*] OR [online counselling*] OR [internet therap*] OR [e-therap*]) | 431 |
| S30 | MJ online therapy OR MJ computer assisted therapy | 3.252 |
| S31 | TI [web based intervention] OR AB [web based intervention] | 382 |
| S32 | DE child behavior checklist OR TI CBCL OR AB CBCL | 2.833 |
| S33 | MJ psychodiagnostic interview | 1.969 |
| S34 | MJ parent child Relations OR TI [parent child relation*] OR AB [parent child relation*] | 26.036 |
| S35 | MA family Relations OR TI [Family relation*] OR AB [Family relation*] | 16.802 |
| S36 | TI ([family coping] OR [family functioning]) OR AB ([family coping] OR [family functioning]) | 7.229 |
| S37 | (S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21) | 1.934 |
| S38 | (S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36) | 359.668 |
| S39 | (S37 AND S38) | 537 |
| S40 | (S37 AND S38) AND Limiters - Publication Year: 1990-2019; Publication Type: All Journals; Language: English, German | 356 |

# Anhang A.3: Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Die systematischen Literaturrecherchen in beiden Literaturdatenbanken ergaben insgesamt 1.031 Treffer. Nach Ausschluss der Dubletten verblieben 955 Treffer für das Titel- und Abstractscreening, in dem weitere 850 Treffer nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien ausgeschlossen wurden. Für die verbliebenen 105 Treffer wurden die Volltexte beschafft und gesichtet. Letztendlich konnten auf Basis der systematischen Recherche 25 Artikel final eingeschlossen werden sowie durch händische Recherche weitere 10 Artikel ergänzt werden (siehe Abbildung):



# Anhang B.1: Leitfaden Onlinebefragung Erwachsenenpsychiatrie

| Fragen |
|---|
| Wie viele Patienten behandeln Sie pro Jahr in Ihrer Klinik? |
| Wie viele psychisch erkrankte Elternteile werden pro Jahr schätzungsweise in Ihrer Klinik behandelt? |
| Welche psychiatrischen Diagnosen werden bei psychisch erkrankten Elternteilen häufig gestellt? |
| Wird regelhaft bei der Aufnahme von psychisch erkrankten Erwachsenen nach Kindern gefragt?<br>Wenn ja: Werden auch Fragen nach der Betreuungs-/ Familiensituation gestellt? Wird auch nach der psychischen Gesundheit der Kinder gefragt? |
| Weicht die Verweildauer psychisch erkrankter Elternteile von der Verweildauer aller erwachsenen Patienten in Ihrer Klinik ab? |
| Kommt es bei psychisch erkrankten Elternteilen häufiger zu Therapieabbrüchen als bei anderen psychiatrischen Patienten / Erwachsenen?<br>Wenn ja: Werden häufig die Kinder/ das Kind als Grund für den Therapieabbruch genannt? Welche (weiteren) Gründe werden für den Therapieabbruch genannt? |
| Besteht bei Ihnen die Möglichkeit der Aufnahme von Kindern als Begleitpersonen psychisch erkrankter Elternteile?<br>Wenn ja: In welchen Fällen ist dies möglich? Gibt es Standards im Umgang mit „Begleitkindern“? Wenn ja: Welche? |
| Werden im Rahmen der psychiatrischen/psychologischen Versorgung in Ihrer Klinik bisher regelhaft weitere Familienmitglieder in die Therapie einbezogen?<br>Wenn ja: Gibt es explizit familientherapeutische Angebote? Wenn ja: Welche? In welcher Form werden Familienmitglieder bei Ihnen in die Therapie eingebunden? |
| Gibt es in Ihrer Einrichtung konkrete Unterstützungsangebote speziell für die Kinder psychisch erkrankter Eltern?<br>Wenn ja: Welche? |
| Gibt es in Ihrer Einrichtung bisher digitale psychotherapeutische Angebote?<br>Wenn ja: Welche digitalen Angebote gibt es in ihrer Einrichtung und für wen? |
| Sind in Ihrer Klinik neben Ärzten und Psychologen weitere Berufsgruppen (z. B. Sozialarbeiter) an der therapeutischen Versorgung von psychisch erkrankten Erwachsenen beteiligt? Wenn ja: Welche? |
| Arbeitet die Erwachsenenpsychiatrie mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen?<br>Wenn ja: Wie oft werden diese schätzungsweise hinzugezogen? In welchen Fällen arbeiten Sie mit der KJP zusammen? |
| Gibt es Kooperationspartner aus dem Bereich der ambulanten psychiatrischen/ psychologischen Versorgung?<br>Wenn ja: Welche? |
| Arbeitet die Erwachsenenpsychiatrie regelmäßig mit Initiativen/Vereinen der Selbsthilfe zusammen?<br>Wenn ja: Mit welchen? |
| Wird ein möglicher weiterer Unterstützungsbedarf für psychisch erkrankte Elternteile (z. B. Betreuungsbedarf, sozialrechtlicher Beratungsbedarf) systematisch ermittelt? Wenn ja: Welche Bedarfe werden systematisch erhoben? |
| Werden nach dem Aufenthalt in der Erwachsenenpsychiatrie standardmäßig weitere Wege in die ambulante Versorgung aufgezeigt bzw. begleitet?<br>Wenn ja: Welche Angebote stehen bei Ihnen zur Verfügung? (z. B. Familienambulanz, Vermittlung eines ambulanten Therapieplatzes)? |
| Welche psychischen Auffälligkeiten treten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern am häufigsten auf? |
| Gibt es bestimmte interne Standards/ geregelte Abläufe wie vorzugehen ist, wenn ein Patient von psychischen Auffälligkeiten seines Kindes berichtet? Wenn ja: Welche? |
| Gibt es bestimmte interne Standards/ geregelte Abläufe wie vorzugehen ist, wenn sich herausstellt, dass der Patient womöglich nicht mehr in der Lage ist, die eigenen Kinder zu betreuen? Wenn ja: Welche? |
| Halten Sie es für sinnvoll, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern standardmäßig psychologisch eingeschätzt werden? |
| Gibt es, Ihrer Einschätzung nach, Probleme beim Zugang zur Versorgung für betroffene Familien?<br>Wenn ja: Welche? Wie müssten die Zugangswege idealerweise aussehen? |
| Wo sehen Sie mögliche Probleme bei der Implementierung des CHIMPs-Ansatzes in die Regelversorgung (z. B. Finanzierung, personelle Ressourcen, bestehende Rahmenbedingungen)? |

# Anhang B.2: Leitfaden Onlinebefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie

| Fragen |
|---|
| Werden während des Aufenthalts des Kindes/Jugendlichen in der Klinik auch Fragen nach der Betreuungs-/Familiensituation gestellt? |
| Werden im Rahmen der psychiatrischen/psychologischen Versorgung in Ihrer Klinik bisher regelhaft weitere Familienmitglieder in die Therapie einbezogen?<br>Wenn ja: Gibt es explizit familientherapeutische Angebote? Wenn ja: Wie sehen die familientherapeutischen Angebote Ihrer Klinik aus? In welcher Form werden Familienmitglieder bei Ihnen in die Therapie eingebunden? |
| Gibt es in Ihrer Einrichtung konkrete Unterstützungsangebote speziell für die Kinder psychisch erkrankter Eltern?<br>Wenn ja: Welche? |
| Gibt es in Ihrer Einrichtung bisher digitale psychotherapeutische Angebote?<br>Wenn ja: Welche digitalen Angebote gibt es in ihrer Einrichtung und für wen? |
| Sind in Ihrer Klinik neben Ärzten und Psychologen weitere Berufsgruppen (z. B. Sozialarbeiter) an der therapeutischen Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen beteiligt?<br>Wenn ja: Welche Berufsgruppen sind beteiligt und welche Aufgabe übernehmen diese? |
| Arbeiten Sie in Ihrer Klinik (Kinder- und Jugendpsychiatrie) bisher mit einer Erwachsenenpsychiatrie zusammen?<br>Wenn ja: Wie oft wird diese schätzungsweise hinzugezogen? In welchen Fällen arbeiten Sie mit der Erwachsenenpsychiatrie zusammen? |
| Gibt es Kooperationspartner aus dem Bereich der ambulanten psychiatrischen/psychologischen Versorgung?<br>Wenn ja: Welche Kooperationspartner sind das? |
| Arbeitet die Kinder- und Jugendpsychiatrie regelmäßig mit Initiativen/Vereinen der Selbsthilfe zusammen?<br>Wenn ja: Mit welchen Initiativen/Vereinen der Selbsthilfe arbeitet Ihre Klinik zusammen? |
| Wird ein möglicher weiterer Unterstützungsbedarf (z. B. Betreuungsbedarf) für Kinder und Jugendliche der Klinik systematisch ermittelt?<br>Wenn ja: Welche Bedarfe werden systematisch erhoben? |
| Werden nach dem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie standardmäßig weitere Wege in die ambulante Versorgung aufgezeigt bzw. begleitet?<br>Wenn ja: Welche ambulanten Angebote werden von Ihnen aufgezeigt bzw. begleitet (z. B. Familienambulanz, Vermittlung eines ambulanten Therapieplatzes)? |
| Welche psychischen Auffälligkeiten treten Ihrer Erfahrung nach bei Kindern psychisch erkrankter Eltern am häufigsten auf? |
| Gibt es definierte Vorgehensweisen/Standards, wenn ein Kind von psychischen Auffälligkeiten eines Elternteils berichtet?<br>Wenn ja: Worin bestehen diese definierten Vorgehensweisen/Standards? |
| Gibt es Ihrer Einschätzung nach Probleme beim Zugang zur Versorgung für betroffene Familien?<br>Wenn ja: Welche Probleme bestehen beim Zugang zur Versorgung für betroffene Familien? Wie müssten die Zugangswege idealerweise aussehen? |
| Wo sehen Sie mögliche Probleme bei der Implementierung des CHIMPs-Ansatzes in die Regelversorgung (z. B. Finanzierung, personelle Ressourcen, bestehende Rahmenbedingungen)? |

# Anhang C.1: Ergebnisse Relevanzbewertung 1. Onlinebefragung

| Nr. | Kriterium | Sehr relevant | Eher relevant | Weniger relevant | Nicht relevant | Keine Beurteilung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A1.1 | Verfügbarkeit der Intervention | 15 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| A1.2 | Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der CHIMPS-Intervention | 10 | 5 | 2 | 2 | 1 |
| A2 | Information für betroffene Eltern | 15 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| A3 | Information in der Erwachsenenpsychiatrie über Flyer und Aushänge | 10 | 8 | 2 | 0 | 0 |
| A4 | Information über CHIMPS-Webseite | 15 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| A5 | Information über Selbsthilfegruppen | 11 | 7 | 2 | 0 | 0 |
| A6.1 | Rekrutierung: Erwachsenenpsychiatrie | 9 | 9 | 1 | 0 | 1 |
| A6.2 | Rekrutierung: ambulante Therapeutinnen / Therapeuten der Eltern | 13 | 5 | 1 | 0 | 1 |
| A6.3 | Rekrutierung: SPZs und Beratungsstellen | 8 | 10 | 1 | 0 | 1 |
| A6.4 | Rekrutierung: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 9 | 5 | 5 | 0 | 1 |
| A7.1 | Ersteinschätzung des Therapiebedarfs über Fremdbeurteilungs-Fragebogen | 4 | 11 | 2 | 0 | 3 |
| A7.2 | Ersteinschätzung des Therapiebedarfs über behandelnde Therapeutinnen / Therapeuten der Eltern | 11 | 5 | 1 | 0 | 3 |
| A8.1 | Psychosoziale Diagnostik: Psychotherapeutische Sprechstunde | 8 | 4 | 2 | 1 | 5 |
| A8.2 | Psychosoziale Diagnostik: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 5 | 7 | 1 | 0 | 7 |
| A8.3 | Psychosoziale Diagnostik: Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater(innen) | 8 | 4 | 3 | 0 | 5 |
| A9 | Fachliche Anforderungen an die Therapeuten | 10 | 5 | 2 | 0 | 3 |
| A10 | Teilnahme an einer CHIMPS-Schulung | 10 | 6 | 3 | 0 | 1 |
| A11 | Teilnahmebescheinigung CHIMPS-Schulung | 7 | 8 | 3 | 0 | 2 |
| A12 | Patientensicherheit (Umgang mit Krisen) | 16 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| A13 | Vorgaben zum Ablauf der Intervention / Manualtreue | 6 | 13 | 1 | 0 | 0 |
| A14 | Konzept der Schulung | 6 | 6 | 5 | 0 | 3 |
| A15 | Angebot der aufsuchenden Therapie | 5 | 8 | 4 | 0 | 3 |
| A16 | Weiterer Unterstützungsbedarf | 16 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| A17 | Evaluation der Therapie | 7 | 8 | 3 | 0 | 2 |
| A18.1 | Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie | 5 | 4 | 7 | 3 | 1 |
| A18.2 | Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie: regelmäßiger interdisziplinärer Austausch | 3 | 8 | 5 | 3 | 1 |
| A19.1 | Setting der Intervention: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 1 | 7 | 9 | 2 | 1 |
| A19.2 | Setting der Intervention: ambulante Therapeutinnen und Therapeuten | 6 | 11 | 0 | 0 | 3 |
| A20 | Erhebung der Familienanamnese | 2 | 6 | 7 | 1 | 4 |
| A21 | Informationsfluss | 5 | 9 | 1 | 0 | 5 |

| Nr. | Kriterium | Sehr relevant | Eher relevant | Weniger relevant | Nicht relevant | Keine Beurteilung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A22 | Zugang zum Dokumentationssystem | 3 | 11 | 2 | 0 | 4 |
| A23 | Sensibilisierung der Erwachsenenpsychiatrie | 9 | 8 | 1 | 0 | 2 |
| A24.1 | Onlinebasierte Intervention: Vorhandensein | 6 | 11 | 1 | 1 | 1 |
| A24.2 | Onlinebasierte Intervention: Information | 7 | 7 | 3 | 0 | 3 |
| A24.3 | Onlinebasierte Intervention: Durchführung | 11 | 6 | 0 | 0 | 3 |

# Anhang C.2: Ergebnisse Praktikabilitätsbewertung 1. Onlinebefragung

| Nr. | Kriterium | Praktikabel | Praktikabel unter bestimmten Voraussetzungen | Nicht praktikabel | Keine Beurteilung |
|---|---|---|---|---|---|
| A1.1 | Verfügbarkeit der Intervention | 3 | 12 | 2 | 2 |
| A1.2 | Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der CHIMPS-Intervention | 9 | 4 | 0 | 2 |
| A2 | Information für betroffene Eltern | 5 | 11 | 1 | 3 |
| A3 | Information in der Erwachsenenpsychiatrie über Flyer und Aushänge | 12 | 3 | 0 | 3 |
| A4 | Information über CHIMPS-Webseite | 12 | 3 | 0 | 5 |
| A5 | Information über Selbsthilfegruppen | 6 | 3 | 3 | 6 |
| A6.1 | Rekrutierung: Erwachsenenpsychiatrie | 4 | 10 | 1 | 3 |
| A6.2 | Rekrutierung: ambulante Therapeutinnen / Therapeuten der Eltern | 7 | 5 | 2 | 4 |
| A6.3 | Rekrutierung: SPZs und Beratungsstellen | 7 | 6 | 1 | 4 |
| A6.4 | Rekrutierung: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 7 | 4 | 0 | 3 |
| A7.1 | Ersteinschätzung des Therapiebedarfs über Fremdbeurteilungs-Fragebogen | 3 | 7 | 2 | 3 |
| A7.2 | Ersteinschätzung des Therapiebedarfs über behandelnde Therapeutinnen / Therapeuten der Eltern | 4 | 8 | 1 | 3 |
| A8.1 | Psychosoziale Diagnostik: Psychotherapeutische Sprechstunde | 6 | 2 | 1 | 3 |
| A8.2 | Psychosoziale Diagnostik: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 4 | 5 | 2 | 1 |
| A8.3 | Psychosoziale Diagnostik: Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater(innen) | 5 | 3 | 1 | 3 |
| A9 | Fachliche Anforderungen an die Therapeuten | 7 | 4 | 2 | 2 |
| A10 | Teilnahme an einer CHIMPS-Schulung | 7 | 4 | 2 | 3 |
| A11 | Teilnahmebescheinigung CHIMPS-Schulung | 11 | 2 | 1 | 1 |
| A12 | Patientensicherheit (Umgang mit Krisen) | 12 | 3 | 0 | 3 |
| A13 | Vorgaben zum Ablauf der Intervention / Manualtreue | 9 | 8 | 0 | 2 |
| A14 | Konzept der Schulung | 3 | 5 | 1 | 3 |
| A15 | Angebot der aufsuchenden Therapie | 2 | 6 | 3 | 2 |
| A16 | Weiterer Unterstützungsbedarf | 11 | 4 | 2 | 2 |
| A17 | Evaluation der Therapie | 8 | 6 | 1 | 0 |
| A18.1 | Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie | 5 | 4 | 0 | 0 |
| A18.2 | Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie: regelmäßiger interdisziplinärer Austausch | 3 | 4 | 1 | 3 |
| A19.1 | Setting der Intervention: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 3 | 3 | 1 | 1 |
| A19.2 | Setting der Intervention: ambulante Therapeutinnen und Therapeuten | 7 | 4 | 2 | 3 |
| A20 | Erhebung der Familienanamnese | 4 | 1 | 0 | 3 |
| A21 | Informationsfluss | 4 | 8 | 2 | 0 |
| A22 | Zugang zum Dokumentationssystem | 1 | 6 | 4 | 3 |

| Nr. | Kriterium | Praktikabel | Praktikabel unter bestimmten Voraussetzungen | Nicht praktikabel | Keine Beurteilung |
|---|---|---|---|---|---|
| A23 | Sensibilisierung der Erwachsenenpsychiatrie | 5 | 9 | 0 | 3 |
| A24.1 | Onlinebasierte Intervention: Vorhandensein | 7 | 6 | 1 | 3 |
| A24.2 | Onlinebasierte Intervention: Information | 10 | 1 | 1 | 2 |
| A24.3 | Onlinebasierte Intervention: Durchführung | 11 | 3 | 1 | 2 |

# Anhang C.3: Ergebnisse Relevanzbewertung 2. Onlinebefragung

| Nr. | Kriterium | Sehr relevant | Eher relevant | Weniger relevant | Nicht relevant | Keine Beurteilung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A.0 | Mindestanforderungen der Zusammenarbeit | 10 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| A1.1 | Verfügbarkeit der CHIMPS-Intervention | 9 | 6 | 0 | 0 | 1 |
| A1.2 | Inanspruchnahme der CHIMPS-Intervention | 6 | 8 | 1 | 0 | 1 |
| A2 | Informationen zur CHIMPS-Intervention | 8 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| A6 | Zugang zur CHIMPS-Intervention | 9 | 6 | 1 | 0 | 0 |
| A7.1 | Ersteinschätzung des Therapiebedarfs über Fremd-beurteilungs-Fragebogen | 13 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| A7.2 | Ersteinschätzung des Therapiebedarfs über behandelnde Therapeutinnen / Therapeuten der Eltern | 12 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| A8 | Psychosoziale Diagnostik | 7 | 8 | 1 | 0 | 0 |
| A9 | Fachliche Anforderungen an die Therapeuten | 6 | 8 | 1 | 1 | 0 |
| A10 | Teilnahme an einer CHIMPS-Schulung | 8 | 6 | 2 | 0 | 0 |
| A11 | Teilnahmebescheinigung CHIMPS-Schulung | 9 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| A12 | Patientensicherheit (Umgang mit Krisen) | 13 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| A13 | Vorgaben zum Ablauf der Intervention / Manual-treue | 5 | 8 | 2 | 0 | 1 |
| A14 | Konzept der Schulung | 8 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| A15 | Angebot der aufsuchenden Therapie | 6 | 6 | 4 | 0 | 0 |
| A16 | Weiterer Unterstützungsbedarf | 13 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| A17 | Evaluation der Therapie | 8 | 6 | 1 | 0 | 1 |
| A18.2 | Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie | 5 | 4 | 5 | 0 | 2 |
| A19.1 | Setting der Intervention: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 6 | 5 | 4 | 0 | 1 |
| A19.2 | Setting der Intervention: ambulante Therapeutinnen und Therapeuten | 7 | 6 | 2 | 0 | 1 |
| A21 | Informationsfluss | 8 | 7 | 0 | 0 | 1 |
| A22 | Gemeinsame Dokumentation | 6 | 6 | 3 | 0 | 1 |
| A23 | Netzwerkstrukturen | 10 | 5 | 0 | 1 | 0 |
| A24.1 | Onlinebasierte Intervention: Vorhandensein und Information | 6 | 8 | 1 | 0 | 1 |
| A24.3 | Onlinebasierte Intervention: Durchführung | 10 | 4 | 0 | 0 | 2 |
| A25 | Mindestanforderungen an das Netzwerk | 8 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| A26 | Umsetzung der Bestandteile | 1 | 3 | 5 | 2 | 5 |

# Anhang C.4: Ergebnisse Praktikabilitätsbewertung 2. Onlinebefragung

| Nr. | Kriterium | Praktikabel /Umsetzbar unter den genannten Voraussetzungen | Nicht praktikabel | Keine Beurteilung |
|---|---|---|---|---|
| A.0 | Mindestanforderungen der Zusammenarbeit | 10 | 4 | 2 |
| A1.1 | Verfügbarkeit der CHIMPS-Intervention | 10 | 4 | 2 |
| A1.2 | Inanspruchnahme der CHIMPS-Intervention | 13 | 3 | 0 |
| A2 | Informationen zur CHIMPS-Intervention | 11 | 3 | 2 |
| A6 | Zugang zur CHIMPS-Intervention | 13 | 1 | 1 |
| A7.1 | Ersteinschätzung des Therapiebedarfs über Fremdbeurteilungs-Fragebogen | 14 | 0 | 2 |
| A7.2 | Ersteinschätzung des Therapiebedarfs über behandelnde Therapeutinnen / Therapeuten der Eltern | 13 | 0 | 3 |
| A8 | Psychosoziale Diagnostik | 10 | 3 | 3 |
| A9 | Fachliche Anforderungen an die Therapeuten | 9 | 4 | 3 |
| A10 | Teilnahme an einer CHIMPS-Schulung | 12 | 1 | 3 |
| A11 | Teilnahmebescheinigung CHIMPS-Schulung | 11 | 0 | 5 |
| A12 | Patientensicherheit (Umgang mit Krisen) | 12 | 2 | 2 |
| A13 | Vorgaben zum Ablauf der Intervention / Manualtreue | 11 | 2 | 3 |
| A14 | Konzept der Schulung | 14 | 0 | 2 |
| A15 | Angebot der aufsuchenden Therapie | 6 | 6 | 4 |
| A16 | Weiterer Unterstützungsbedarf | 12 | 2 | 2 |
| A17 | Evaluation der Therapie | 14 | 0 | 2 |
| A18.2 | Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie | 11 | 1 | 3 |
| A19.1 | Setting der Intervention: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 15 | 0 | 3 |
| A19.2 | Setting der Intervention: ambulante Therapeutinnen und Therapeuten | 13 | 0 | 3 |
| A21 | Informationsfluss | 12 | 2 | 2 |
| A22 | Gemeinsame Dokumentation | 8 | 3 | 5 |
| A23 | Netzwerkstrukturen | 9 | 3 | 4 |
| A24.1 | Onlinebasierte Intervention: Vorhandensein und Information | 13 | 0 | 3 |
| A24.3 | Onlinebasierte Intervention: Durchführung | 12 | 1 | 3 |
| A25 | Mindestanforderungen an das Netzwerk | 11 | 3 | 2 |
| A26 | Umsetzung der Bestandteile | 6 | 3 | 7 |

**1. Methodik TP: Implementierung und Qualitätssicherung (aQua)**

Es wurde eine systematische Literaturrecherche mit dem Ziel durchgeführt, vorhandene Qualitätsaspekte bzw. -kriterien für die psychosoziale Versorgung von KJPKE zu identifizieren. Fokussiert wurden dabei psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten (auch onlinebasiert) sowie die Diagnostik der psychosozialen Erkrankungen. Im Rahmen der weiteren Themenerschließung wurde eine standardisierte Befragung aller am Projekt teilnehmenden KPP und KJP durchgeführt. Ziel der Befragung war es, die Versorgungssituation von Familien (und insbesondere die der KJ) mit psychisch krankem Elternteil zu eruieren und damit die Entwicklung der Qualitätskriterien zu unterstützen. Ergänzend wurden einige Expert*innengespräche durchgeführt, u. a. mit der KF zu konkreten Inhalten der Interventionen in CHIMPS-NET. Zudem wurde in einem Expertinnengespräch mit einer Krankenkassenvertreterin die Vorgeschichte der CHIMPS-NET-Interventionen und Erfahrungen in der Umsetzung mit Fokus auf Abrechnungsaspekten eruiert. Eine Teilnahme an der CHIMPS-NET-Schulung brachte weitere wichtige Informationen, die zur Entwicklung der Qualitätskriterien beitrugen. In einem Austausch mit den Entwickler*innen von iCHIMPS wurden ergänzend relevante Aspekte der Onlinevariante der CHIMPS-Intervention in Erfahrung gebracht. In allen Gesprächen wurden der Transfer der NVF in die RV thematisiert.

In einem Scoping-Workshop wurden die bereits zuvor identifizierten Themenbereiche eines möglichen Qualitätsmodells sowie die als wichtig identifizierten Qualitätskriterien den Therapeut*innen und Stakeholder*innen aus dem Studienkontext vorgestellt, mit ihnen diskutiert und ggf. modifiziert und ergänzt.

Im Rahmen eines sich anschließenden Konsensusverfahrens wurden die entwickelten Qualitätskriterien der CHIMPS-NET-Interventionen hinsichtlich ihrer Relevanz für eine qualitativ hochwertige und effektive Versorgung und ihrer Praktikabilität/Umsetzbarkeit in der RV von einem Expert*innenpanel bewertet. In methodischer Hinsicht erfolgte die Bewertung in Anlehnung an die sogenannte RAND/University of California at Los Angeles(UCLA)-Methode (Fitch et al., 2001), die für diesen Projektkontext und die Projektziele spezifisch angepasst wurde. Die nachfolgende **Abbildung 1** verdeutlicht das gesamte Vorgehen bei der Auswahl und Bewertung der Qualitätskriterien.

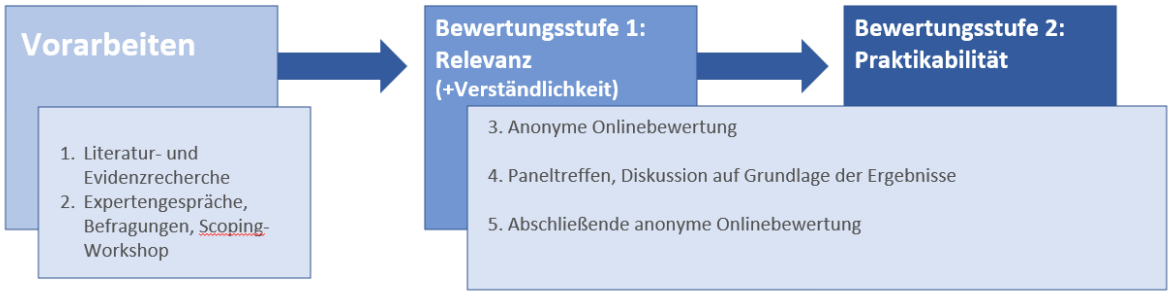



**Abbildung 1:** *Vorgehen bei der Auswahl und Bewertung der Qualitätskriterien*

Auf Basis der bereits identifizierten Anforderungen für eine erfolgreiche sektorenübergreifende Implementierung der CHIMPS-NET-Interventionen wurden die Verstetigungsoptionen der NVF in einem Abschlussworkshop mit Expert*innen, die bereits am Konsensusverfahren teilgenommen hatten, diskutiert (**Anlage Nr. 12**).

**2. Ergebnisse TP: Implementierung und Qualitätssicherung (aQua)**

Auf der Basis der durchgeführten Themenerschließung, der systematischen Recherche, des Scoping-Workshops sowie des weiteren Bewertungsverfahrens wurde ein Qualitätsmodell entworfen, das die versorgungsrelevanten Aspekte, also die zu bewertenden charakteristischen Eigenschaften der CHIMPS-NET-Interventionen in Dimensionen aggregiert

abbildet. Dabei wird explizit zwischen dem Interventionsnetzwerk und den Interventionen unterschieden.

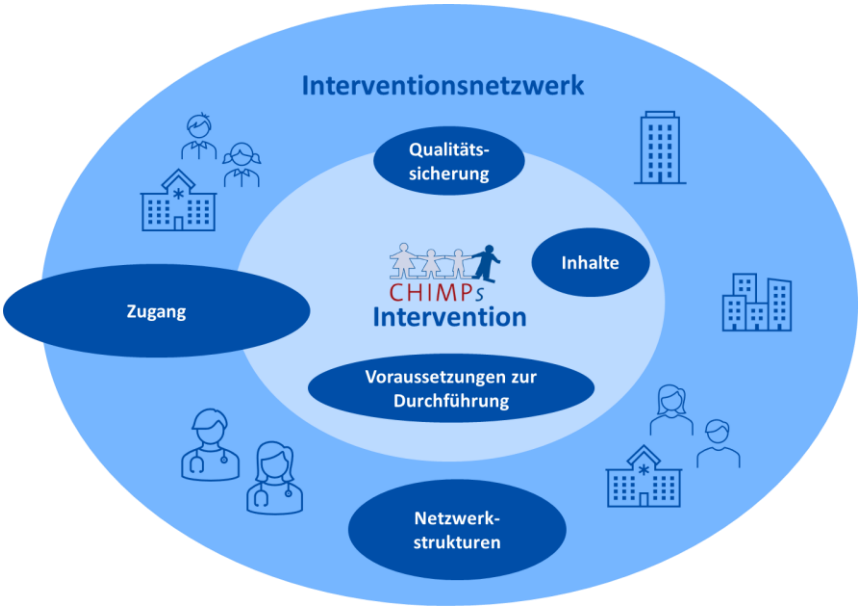



**Abbildung 2:** *Qualitätsmodell der CHIMPS-Intervention*

Nach Durchführung des Konsensusverfahrens ist ein Set mit 25 Qualitätskriterien (s. **Anhang Nr. 14**) entstanden, die sich auf die Themenbereiche Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der CHIMPS-NET-Interventionen, Zusammenarbeit und/oder Netzwerk und Voraussetzungen und Anforderungen für die CHIMPS-NET-Interventionen beziehen. Für jedes Kriterium wurde die jeweilige Implementierungsvoraussetzung (wenn vorhanden) spezifiziert. Die Ergebnisse sind ausführlich in Anhang A-C der **Anlage Nr. 18** dargestellt. (*vgl. die ausführliche Darstellung der Ergebnisse in den Abschnitten 3 und 4 des Abschlussberichts dieses TP*).
Die Integration der CHIMPS-NET-Interventionen in die RV und somit die Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV ist mit zahlreichen Implementierungshürden verbunden, die in einem Abschlussworkshop diskutiert wurden. Es wurden folgende alternative Umsetzungsoptionen aufgezeigt:

- (Fortsetzung als) Selektivvertrag nach § 140a SGB V (**Anlage Nr. 8**)
- Institutionalisierung der Rahmenbedingungen
- Umsetzung im Kontext einer ambulanten Behandlung in einer KPP-PIA oder KJP-PIA
- Leistungsträgerübergreifende Kooperationen

Zudem wurden weitere Voraussetzungen zur Verstetigung des therapeutischen Ansatzes herausgearbeitet, z. B. die Verfügbarkeit von Therapeut*innen (*vgl. die ausführliche Darstellung der möglichen Verstetigung der neuen Versorgungsformen in Abschnitt 6 des Abschlussberichts dieses TP in **Anlage Nr. 18**).*

**3. Diskussion TP: Implementierung und Qualitätssicherung (aQua)**
Die Ergebnisse dieses TP sind hinsichtlich ihrer Aussagekraft einigen Limitationen unterworfen. So ergab die systematische Literaturrecherche zwar eine durchaus beachtenswerte Menge relevanter Literatur, aber letztlich konnten nur Bruchstücke zur Entwicklung von Qualitätskriterien adaptiert werden. Ursächlich hierfür ist vor allem, dass die CHIMPS-NET-Interventionen sowohl primärpräventive als auch niedrigschwellige therapeutische Interventionselemente beinhalten und diese in einem neuen organisatorischen Ansatz vereinen, so dass Erkenntnisse aus anderen Studien kaum übertragbar waren.

Aus den mit dem gleichen Zweck geführten Expert*innengesprächen sowie auch der standardisierten Befragung der KKP und KJP konnten zwar viele allgemeine Erkenntnisse gewonnen werden, aber zur Entwicklung von Qualitätskriterien waren diese nur bedingt geeignet, da die meisten an diesen Befragungsformaten Teilnehmenden (noch) nicht mit den spezifischen Aspekten der CHIMPS-NET-Interventionen vertraut waren. Insofern wurden viele Kriterien letztlich aus dem Interventionshandbuch, d. h. aus dem CHIMPS-Manual bzw. den Erfahrungen der Therapeut*innen abgeleitet.
Zudem wurden übergreifende Qualitätskriterien für vier verschiedene CHIMPS-NET-Interventionen entwickelt, die zwar alle Gemeinsamkeiten aufwiesen, jedoch in ihrer Zielsetzung, den Zielgruppen und der Durchführung Spezifika aufweisen. Somit können die Qualitätskriterien oft nur allgemeine Anforderungen aufgreifen, die an manchen Stellen einen gewissen Detailgrad vermissen lassen.
Methodisch ist anzumerken, dass die Voraussetzungen der Anwendung der ansonsten etablierten Methode des formalen Konsensusprozesses in Anlehnung an die sogenannte RAND/UCLA-Methode in diesem Projekt nur ungenügend gegeben waren und somit Anpassungen vorgenommen werden mussten.