DREI FÜR EINS

# Evaluationsbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

| | |
|---|---|
| **Konsortialführung**: | Techniker Krankenkasse |
| **Förderkennzeichen:** | 01NVF19011 |
| **Akronym:** | Drei für Eins |
| **Projekttitel:** | Frühzeitige Förderung der gesunden Entwicklung und Bildungsteilhabe von Kindern und Jugendlichen mit klinischem und multimodalem Versorgungsbedarf durch sektorenübergreifende, aufsuchende Behandlung und Förderung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik gemeinsam mit den Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ) und der Kinder- und Jugendhilfe (JH) in Hamburg |
| **Autorinnen und Autoren:** | Prof. Dr. Karsten Speck, Nantke Schmidt, Hannah Prömper<br>Dr. Thomas Adelhardt, Prof. Dr. Oliver Schöffski, Viola Jürgens |
| **Förderzeitraum:** | 1. Februar 2021 – 31. Januar 2025 |
| **Ansprechpartner:** | Karsten Speck, karsten.speck@uol.de, +49 441-7982174 |

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt Drei für Eins wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF19011 gefördert. Die Darstellungen im Evaluationsbericht sind das Ergebnis der unabhängigen Evaluation zur neuen Versorgungsform.



Gefördert durch:
GBA Innovationsausschuss

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Studien zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KuJ) in Deutschland zeigen, dass seit 2003 – je nach Quelle und Erhebungsinstrument – seit 2003 relativ stabil bei 15 - 20 % der KuJ in Deutschland Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten bestehen, aber nur ca. 20-30 % dieser KuJ einen Kontakt mit Fachversorgern haben bzw. eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung erhalten. Dies ist problematisch, da die psychischen Auffälligkeiten schwerwiegende Folgen für das Wohlbefinden und die soziale Funktionsfähigkeit der KuJ haben, zu manifesten psychischen Störungen führen und mit erheblichen, gesellschaftlichen Kosten einhergehen können.

**Ziele:** Das Projekt DreiFürEins zielte zentral darauf ab, eine frühzeitige, niedrigschwellige und sektorenübergreifende Diagnostik, Behandlung und Förderung von KuJ im Alter von 4 bis 17 Jahren zu gewährleisten, die klinische kinder- und jugendpsychiatrische Symptome aufweisen und in der Regelversorgung nicht erreicht werden. Ziel war es konkret, 1. die gesunde Entwicklung und Bildungsteilhabe der KuJ zu fördern, 2. die Kooperation und das Selbstwirksamkeits- und Belastungserleben der Fachkräfte (FKR) zu verbessern sowie 3. die Versorgungskosten zu reduzieren. Die neue Versorgungsform DreiFürEins zeichnete sich durch drei Besonderheiten aus: 1. frühzeitiges Screening für alle KuJ und Feindiagnostik für erkannte Risikofälle, 2. multiprofessionelle Kooperation von KJPPP, Schule und Jugendhilfe sowie 3. niedrigschwellige, aufsuchende Versorgung vor Ort.

**Methodik:** Zur Überprüfung der Zielerreichung wurde in DreiFürEins eine umfassende Evaluation durchgeführt: Erstens kam eine inhaltliche Evaluation bei KuJ zum Einsatz. Geprüft wurde die Förderung der gesunden Entwicklung und Bildungsteilhabe über eine kontrollierte Studie mit drei Messzeitpunkten und einem Interventions-Kontrollgruppen-Design. Zweitens fand eine inhaltliche Evaluation bei den beteiligten FKR statt, um die Verbesserung der Kooperation sowie des Selbstwirksamkeits- und Belastungserlebens zu prüfen. Es wurde eine kontrollierte Studie mit zwei Messzeitpunkten und einem Interventions-Kontrollgruppen-Design durchgeführt. Drittens wurde eine inhaltliche, qualitative Prozessevaluation durchgeführt, um bei Steuerungs- und Handlungsakteuren Einschätzungen zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung zu ermitteln. Viertens fand eine gesundheitsökonomische Evaluation statt, bei der die Entwicklung der Versorgungskosten bei der IG und KG durch eine vergleichende Kostenanalyse geprüft wurde.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse der Evaluation weisen auf zahlreiche Effekte von DreiFürEins hin. Über DreiFürEins konnte eine hoch problembehaftete, belastete und psychisch auffällige Zielgruppe frühzeitig versorgt werden, die ansonsten schwer erreichbar ist. Nachgewiesen werden können signifikante Effekte bei der Reduzierung der psychischen Auffälligkeiten von KuJ (in der IG stärker als in der KG), die in der IG auch über das Versorgungsende belegbar ist. Es ist es gelungen, eine enge Kooperation und gemeinsame Versorgung von KJPPP, Schulen und Jugendhilfe zu erreichen. Das Kooperationsverhalten und die Kooperationszufriedenheit der FKR konnte signifikant verbessert werden (in der IG stärker als in der KG). Die Evaluation macht aber auch auf Grenzen der neuen Versorgungsform aufmerksam. Dies gilt u.a. für den Schulabsentismus und die schulischen Leistungen der KuJ sowie die Selbstwirksamkeit und das Beanspruchungserleben der FKR.

**Diskussion:** Die Evaluation von DreiFürEins belegt, dass der Zugang zu ansonsten schwer erreichbaren KuJ mit psychischen Auffälligkeiten möglich und eine frühzeitige, niedrigschwellige


Gefördert durch:
GBA Innovationsausschuss

und sektorenübergreifende Diagnostik, Behandlung und Förderung von KuJ umsetzbar ist. Nachgewiesen werden kann auch, dass das Kooperationsverhalten und die Kooperationszufriedenheit der FKR verbessert werden kann. Die Befunde der gesundheitsökonomischen Evaluation deuten darauf hin, dass langfristig erhebliche Einsparungen möglich sind. Es bedarf jedoch neuer Kooperations-, Versorgungs- und Finanzierungsmodelle, um die Erfolge der sektorenübergreifenden Versorgung nachhaltig zu sichern.

**Schlagworte:** Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten; Kooperation von Schule, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und-psychosomatik; sozialgesetzbuchübergreifende Unterstützung; intersektorale Zusammenarbeit; multiprofessionelle Kooperation



Gefördert durch:
GBA Innovationsausschuss

## Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis ..... 7

II Abbildungsverzeichnis ..... 8

III Tabellenverzeichnis ..... 9

1 Ziele der Evaluation ..... 13

1.1 Ausgangslage von DreiFürEins ..... 13

1.1.1 Häufigkeit und Verbreitung klinischer Kinder- und jugendpsychiatrischer Symptome ..... 13

1.1.2 Definitionen, Merkmale, Klassifikationen und Symptome ..... 14

1.1.3 Entstehung, Ursachen, Schutz- und Risikofaktoren ..... 18

1.1.4 Folgen und Kosten ..... 18

1.1.5 Versorgungssituation und Herausforderungen ..... 19

1.1.6 Fazit ..... 19

1.2 Ziele von DreiFürEins ..... 20

1.3 Zielgruppe und Besonderheiten DreiFürEins ..... 20

2 Darstellung des Evaluationsdesigns ..... 21

2.1 Evaluationsdesign der inhaltlichen Effektevaluation in Bezug auf die versorgten KuJ 22

2.1.1 Ziel, Fragestellungen und Hypothesen ..... 22

2.1.2 Datenquellen und Erhebungsinstrumente ..... 23

2.1.3 Fallzahlschätzung ..... 26

2.1.4 Rekrutierung ..... 27

2.1.5 Datenaufbereitung ..... 29

2.1.6 Datenauswertung ..... 32

2.1.7 Änderungen am Evaluationsdesign ..... 34

2.2 Evaluationsdesign der inhaltlichen Effektevaluation in Bezug auf die beteiligten FKR ..... 36

2.2.1 Ziele, Fragestellungen und Hypothesen ..... 36

2.2.2 Datenquelle und Erhebungsinstrumente ..... 37

2.2.3 Rekrutierung ..... 38

2.2.4 Datenaufbereitung ..... 39

2.2.5 Datenauswertung ..... 39

2.2.6 Änderungen am Evaluationsdesign ..... 40

2.3 Evaluationsdesign der inhaltlichen Prozessevaluation in Bezug auf die beteiligten FKR ..... 40

2.3.1 Ziele, Fragestellungen und Hypothesen ..... 41

2.3.2 Datenerhebung und Sampling ..... 41

2.3.3 Datenaufbereitung und -auswertung ..... 42

2.3.4 Änderungen am Evaluationsdesign ..... 42

2.3.5 Weitere Datenquellen und Ergebnisse zu den Kooperationsprozessen ..... 42



Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

2.4 Gesundheitsökonomische Evaluation ... 42
2.4.1 Studiendesign ... 43
2.4.2 Daten und Erhebungen ... 48
2.4.3 Datenauswertung ... 48

3 Ergebnisse der Evaluation ... 52
3.1 Ergebnisse der inhaltlichen Effektevaluation in Bezug auf die versorgten KuJ ... 53
3.1.1 Stichprobenbeschreibung ... 53
3.1.2 Inanspruchnahme der Leistungen der neuen Versorgungsform ... 77
3.1.3 Prüfung der Interventionseffekte ... 83
3.1.4 Beurteilung der Behandlung ... 104
3.1.5 Ergebnisse der Korrelationsanalysen ... 106
3.2 Ergebnisse der inhaltlichen Effektevaluation in Bezug auf die beteiligten FKR ... 124
3.2.1 Auswertungen zu Wiederholungsbefragten ... 125
3.2.2 Auswertungen zu allen Befragten ... 137
3.3 Ergebnisse der inhaltlichen Prozessevaluation ... 155
3.3.1 Beschreibung des Samples ... 156
3.3.2 Darstellung der Ergebnisse auf Steuerungsebene ... 157
3.3.3 Darstellung der Ergebnisse auf Umsetzungsebene ... 195
3.4 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation ... 248
3.4.1 Deskriptive Auswertungen ... 249
3.4.2 Multivariate Auswertungen ... 252

4 Diskussion der Projektergebnisse ... 262
4.1 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die versorgten KuJ ... 264
4.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse ... 264
4.1.2 Diskussion der Ergebnisse ... 269
4.1.3 Limitationen ... 272
4.2 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die beteiligten Fachkräfte ... 273
4.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse ... 273
4.2.2 Diskussion der Ergebnisse ... 275
4.3 Diskussion der Ergebnisse der Prozessevaluation ... 275
4.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse auf Steuerungsebene ... 275
4.3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse auf Umsetzungsebene ... 281
4.4 Diskussion Gesundheitsökonomische Evaluation ... 286
4.5 Limitationen ... 291

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators ... 292
5.1 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und neuen Versorgungsform ... 292
5.2 Empfehlungen zu notwendigen Rahmenbedingungen innerhalb und außerhalb der GKV-Versorgung ... 293


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

5.3 Empfehlungen aus der gesundheitsökonomischen Evaluation ..... 294

IV Literaturverzeichnis ..... 295

V Anlagen ..... 299



Gefördert durch:
GBA Innovationsausschuss

# I Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| ASKU | Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (Beierlein u.a. 2014) |
| AVEM | Fragebogen zum arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (Schaarschmidt & Fischer 2008) |
| BSB | Behörde für Schule und Berufsbildung Hamburg |
| BSW | Skala zur Erfassung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung (A-bele u. a. 2000) |
| CBCL/6-18R | Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach, Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Döpfner u.a. 2014) |
| C-GAF | Global Assessment of Functioning (Shaffer u.a. 1983) |
| DIKJ | Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (Stiensmeier-Pelster u. a. 2014) |
| DreiFürEins | Kurztitel des Projekts |
| Feel-KJ | Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (Grob & Smolenski 2009) |
| F | F-Wert (Teststatistik in der Varianzanalyse, die das Verhältnis der systematischen Varianz zur Fehlervarianz misst und zur Prüfung von Mittelwertunterscheiden zwischen Gruppen dient) |
| GiK | Gewaltprävention im Kindesalter |
| FKR | Fachkräfte |
| FU | Follow-Up(-Erhebung) |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| IA | Innovationsausschuss |
| ICC | Index of Interdisciplinary Collaboration (Bronstein 2002) |
| ICD-10 | Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme |
| IG | Interventionsgruppe |
| ISAP | Inventory of school attendance problems (Knollmann u. a. 2019) |
| JH | Kinder- und Jugendhilfe |
| KG | Kontrollgruppe |
| Kidscreen | Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (deutsche Übersetzung) (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) |
| KJPPP | Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie/-psychosomatik |
| KuJ | Kinder und Jugendliche |
| M | Mittelwert/Arithmetisches Mittel |
| MAS | Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters (Remschmidt u.a. 2017) |
| MBI-GS-D | Deutsche Fassung des Maslach Burnout Inventory (General Survey) (Original: Schaufeli u. a. 1996; deutsche Übersetzung: Cillien u. a. 2006) |
| MPFK | Multiprofessionelle Fallkonferenz/en |
| N | Stichprobengröße/Fallzahl/Anzahl der Fälle oder Befragten |
| NVF | Neue Versorgungsform |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | |
|---|---|
| p | Irrtumswahrscheinlichkeit |
| PIA | Psychiatrische Institutsambulanzen |
| PZN | Pharmazentralnummer |
| r | Korrelationskoeffizient r (in diesem Bericht/für metrische Variablen: Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient nach Pearson) |
| ReBBZ | Regionale/s Bildungs- und Beratungszentrum/en |
| RKT | Regionale/s Kernteam/s |
| SDQ | Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman 1997) in deutscher Fassung |
| SELLMO | Skalen zur Erfassung der Lern- und Leistungsmotivation (Spinath 2012) |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SRAS-R | School Refusal Assessment Scale-Revised (Kearney 2002) in deutscher Fassung |
| SWE | Skala zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999) |
| SWKO | Skala zur Erfassung der kollektiven Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999) |
| T | T-Wert (Teststatistik im T-Test, misst Unterschied zwischen zwei Mittelwerten relativ zur Streuung der Stichprobe und dient der Prüfung von Mittelwertunterscheiden zwischen zwei Gruppen) |
| TAT | Thematischer Apperzeptionstest (Murray 1991) |
| TRF/6-18R | Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach, Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Döpfner u.a. 2014) |
| YSR/11-18R | Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach, Fragebogen für Jugendliche (Döpfner u.a. 2014) |
| $\eta^2$ | Eta² (Maß für Effektstärke, misst Anteil der erklärten Varianz an der Gesamtvarianz) |
| $\chi^2$ | Chi²-Wert (Teststatistik des Chi²-Test, die die Abweichung zwischen beobachteten und erwarteten Häufigkeiten misst und zur Prüfung von Zusammenhängen in kategorialen Daten dient) |

## II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung (Prä-Post) des SDQ-Gesamtproblemwerts (Eltern). Anm.: Dargestellt werden mittlere Skalenwerte. Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen signifikant (F(1.00, 174.00) = 7.84, p = .006; $N_{IG}$ = 143; $N_{KG}$ = 33). ..... 85
Abbildung 2: Entwicklung (Prä-Post) der CBCL-Gesamtauffälligkeit. Anm.: Dargestellt werden mittlere T-Werte. Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen nicht signifikant (F(1.00, 166.00) = 2.21, p = .139; $N_{IG}$=139; $N_{KG}$= 29).. 86
Abbildung 3: Entwicklung (Prä-Post) des SDQ-Gesamtproblemwerts (KuJ). Anm.: Dargestellt werden mittlere Skalenwerte. Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen nicht signifikant (F(1.00, 77.00) = 0.75, p = .389; $N_{IG}$=50; $N_{KG}$= 29). ..... 87


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Abbildung 4: Entwicklung (Prä-Post) der YSR-Gesamtauffälligkeit. Anm.: Dargestellt werden mittlere T-Werte. Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen nicht signifikant (F(1.00, 50.00) = 0.18, p = .677; $N_{IG}$=45; $N_{KG}$= 7). ..... 88
Abbildung 5: Entwicklung (Prä-Post) des SDQ-Gesamtproblemwerts (Lehrkräfte). Anm.: Dargestellt werden mittlere Skalenwerte. Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen signifikant (F(1.00, 149.00) = 6.84, p = .010; $\eta^2$ = .04; $N_{IG}$=107; $N_{KG}$= 44). ..... 89
Abbildung 6: Entwicklung (Prä-Post) der TRF-Gesamtauffälligkeit. Anm.: Dargestellt werden mittlere T-Werte. Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen signifikant (F(1.00, 36.00) = 5.58, p = .023; $N_{IG}$=25; $N_{KG}$= 13). ..... 90
Abbildung 7: Entwicklung (Prä-Post) der C-GAF-Scores. Anm.: Dargestellt werden relative Häufigkeiten. Die Verteilungsunterschiede sind signifikant (z = -6.08, p < .001, N = 241; bei 21 positiven Differenzen, 85 negative Differenzen und 135 Bindungen). ..... 91
Abbildung 8: Entwicklung (Prä-Post-FU) des SDQ-Gesamtproblemwerts (Eltern). Anm.: Dargestellt werden mittlere Skalenwerte. Der Prä-Post sowie der Prä-FU-Unterschied sind signifikant, zwischen Post und FU ist kein signifikanter Unterschied festzustellen (Kennwerte s. o.) ..... 97
Abbildung 9: Entwicklung (Prä-Post-FU) der CBCL-Gesamtauffälligkeit. Anm.: Dargestellt werden mittlere T-Werte. Die Prä-Post sowie Prä-FU-Unterschiede sind signifikant, zwischen Post und FU ist kein signifikanter Unterschied festzustellen (Kennwerte s. o.). ..... 98
Abbildung 10: Entwicklung (Prä-Post-FU) des SDQ-Gesamtproblemwerts (KuJ). Anm.: Dargestellt werden mittlere Skalenwerte. Der Prä-Post sowie Prä-FU-Unterschied sind signifikant, zwischen Post und FU lässt sich der Unterschied statistisch nicht sichern (Kennwerte s. o.). ..... 99
Abbildung 11: Entwicklung (Prä-Post-FU) der YSR-Gesamtauffälligkeit. Anm.: Dargestellt werden mittlere T-Werte. Prä-Post-Unterschied ist nicht signifikant; Post-FU- sowie Prä-FU-Unterschiede sind signifikant (Kennwerte s. o.). ..... 100
Abbildung 12: Beurteilung der Behandlung durch die Eltern. Anm.: N = 193; abgebildet werden mittlere Skalenwerte. ..... 104
Abbildung 13: Beurteilung der Behandlung durch die KuJ. Anmerkungen. $N_{Min}$ = 71, $N_{Max}$ = 72; abgebildet werden mittlere Skalenwerte. ..... 105
Abbildung 14: Beurteilung der Behandlung durch die Therapeut*innen. Anmerkungen. $N_{Min}$ = 103, $N_{Max}$ = 272; abgebildet werden mittlere Skalenwerte. ..... 106
Abbildung 15: Übersicht F-Diagnosen ..... 252

## III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenquellen für die inhaltliche Effektevaluation in Bezug auf die KuJ ..... 25
Tabelle 2: Größe der Stichproben pro Messzeitpunkt, Befragtengruppe und Erhebungsinstrument ..... 30
Tabelle 3: Datenquellen für die inhaltliche Effektevaluation in Bezug auf die FKR ..... 38
Tabelle 4: Positivliste der Postleitzahlen ..... 45
Tabelle 5: Positivliste der ICD-Codes ..... 46
Tabelle 6: Negativliste der ICD-Diagnosen ..... 46


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Tabelle 7: Routinedaten der beteiligten Krankenkassen ..... 48
Tabelle 8: Verteilung der KuJ auf die ReBBZ ..... 54
Tabelle 9: Verteilung Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Sprache und Lebensmittelpunkt ..... 55
Tabelle 10: Verteilung auf Schulformen ..... 57
Tabelle 11: Verteilung auf Klassenstufen ..... 57
Tabelle 12: Verteilung Förderbedarf(e). ..... 58
Tabelle 13: Hinterlegte Anfragegründe ..... 59
Tabelle 14: Beschriebene Problemlagen ..... 60
Tabelle 15: Beschriebene besondere Belastungen ..... 60
Tabelle 16: Therapiemotivation der Eltern und KuJ ..... 61
Tabelle 17: Verteilung der SDQ-Skalenwerte in der Prä-Erhebung (Eltern) ..... 63
Tabelle 18: Verteilung der CBCL-Skalenwerte in der Prä-Erhebung (Eltern) ..... 64
Tabelle 19: Verteilung der SDQ-Skalenwerte in der Prä-Erhebung (KuJ) ..... 65
Tabelle 20: Verteilung der YSR-Skalenwerte in der Prä-Erhebung ..... 66
Tabelle 21: Verteilung der SDQ-Skalenwerte in der Prä-Erhebung (Lehrkräfte) ..... 67
Tabelle 22: Verteilung der TRF-Skalenwerte in der Prä-Erhebung (Lehrkräfte) ..... 67
Tabelle 23: ICD-10 Diagnosen (MAS-Achse I) ..... 68
Tabelle 24: ICD-10 Diagnosen (MAS-Achse II) ..... 69
Tabelle 25: Intelligenzniveau (MAS-Achse III) ..... 70
Tabelle 26: CGAF-Scores der KuJ (MAS-Achse VI) ..... 70
Tabelle 27: Kidscreen-Skalen-T-Werte ..... 72
Tabelle 28: Fehltage der KuJ (Elternangabe) ..... 72
Tabelle 29: Motive für den Schulabsentismus (SRAS-R-Skalen (Elternangabe)) ..... 73
Tabelle 30: Fehltage der KuJ (Angaben KuJ) ..... 74
Tabelle 31: Motive für den Schulabsensentismus (SRAS-R-Skalen (Angaben KuJ)) ..... 75
Tabelle 32: Schulische Leistungen der KuJ ..... 76
Tabelle 33: In Anspruch genommene therapeutische Leistungen ..... 78
Tabelle 34: In Anspruch genommene schulische Angebote (Diagnostische Verfahren) ..... 79
Tabelle 35: In Anspruch genommene schulische Angebote (Förderansätze) ..... 80
Tabelle 36: In Anspruch genommene schulische Angebote (Maßnahmen) ..... 81
Tabelle 37: Beteiligung der Jugendhilfe ..... 82
Tabelle 38: Art der Beendigung (Angabe durch die Therapeut*innen) ..... 82
Tabelle 39: Art der Beendigung (Angabe durch die ReBBZ-Mitarbeitenden) ..... 83
Tabelle 40: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung I (Psychische und Verhaltensstörungen) (Fette Markierungen für einfaches Testen: p = 0.05) ..... 84
Tabelle 41: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung II (Gesundheitsbezogene Lebensqualität) ..... 91
Tabelle 42: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IIIa (Schulabsentismus- Fehltage) ..... 92
Tabelle 43: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IIIb (Schulabsentismus- Motive) ..... 93
Tabelle 44: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IIIc (Schulabsentismus – Fehltage) ..... 93
Tabelle 45: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IIIe (Schulische Leistungen) ..... 94
Tabelle 46: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IVa (Psychische und Verhaltensstörungen 3 Monate nach der Behandlung) ..... 97


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Tabelle 47: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IVb (Gesundheitsbezogene Lebensqualität 3 Monate nach der Behandlung) ..... 102
Tabelle 48: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IVc (Schulabsentismusmotive und schulische Leistungen 3 Monate nach der Behandlung) ..... 103
Tabelle 49: Beispiel Tabellenbeschriftung ..... 107
Tabelle 50: Korrelationen zwischen soziodemographischen Daten und Behandlungserfolgen ..... 109
Tabelle 51: Korrelationen zwischen Anfragegründen und Behandlungserfolgen ..... 110
Tabelle 52: Korrelationen zwischen Problemlagen und Behandlungserfolgen ..... 112
Tabelle 53: Korrelationen zwischen besonderen Belastungen und Behandlungserfolgen ..... 114
Tabelle 54: Korrelationen zwischen Einschlussdiagnostik und Behandlungserfolgen ..... 116
Tabelle 55: Korrelationen zwischen Therapiemotivation (Eltern und KuJ) und Behandlungserfolgen ..... 117
Tabelle 56: Korrelationen zwischen durch die KJPPP erbrachten Leistungen und Behandlungserfolgen ..... 119
Tabelle 57: Korrelationen zwischen den durch die ReBBZ erbrachter Diagnostik und Behandlungserfolgen ..... 121
Tabelle 58: Korrelationen zwischen den durch die ReBBZ erbrachter Förderung und Behandlungserfolgen ..... 122
Tabelle 59: Korrelationen zwischen den durch die ReBBZ/Schulen ergriffenen Maßnahmen und Behandlungserfolgen ..... 123
Tabelle 60: Korrelationen zwischen der Beteiligung der Jugendhilfe und Behandlungserfolgen ..... 124
Tabelle 61: Verteilung der FKR (Wiederholungsbefragte) auf Einrichtung und Abteilung ..... 126
Tabelle 62: Geschlecht, Alter und Berufe der wiederholungsbefragten FKR ..... 126
Tabelle 63: Beurteilung der Kooperationspraxis zum 1. Messzeitpunkt (Wiederholungsbefragte) ..... 128
Tabelle 64: Beurteilung der Kooperationsumfangs zum 1. Messzeitpunkt (Wiederholungsbefragte) ..... 130
Tabelle 65: Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben zum 1. Messzeitpunkt (wiederholungsbefragte) ..... 131
Tabelle 66: Informationsstand über Kooperationsbeteiligte zum 1. Messzeitpunkt (Wiederholungsbefragte) ..... 132
Tabelle 67: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung FKR I (Kooperationspraxis) ..... 133
Tabelle 68: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung FKR II (Kooperationsumfang) ..... 135
Tabelle 69: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung FKR III (Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben) ..... 136
Tabelle 70: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung FKR zus (Informationsstand) ..... 137
Tabelle 71: Verteilung der FKR auf Einrichtung und Abteilung (T1) ..... 139
Tabelle 72: Geschlecht, Alter und Berufe der befragten FKR (T1) ..... 139
Tabelle 73: Beurteilung der Kooperationspraxis zum 1. Messzeitpunkt (Alle Befragten) ..... 141
Tabelle 74: Beurteilung der Kooperationsintensität zum 1. Messzeitpunkt (Alle Befragten) 143
Tabelle 75: Selbstwirksamkeit und Beanspruchung zum 1. Messzeitpunkt (Alle Befragten) 144
Tabelle 76: Informationsstand über Kooperationsbeteiligte zum 1. Messzeitpunkt (Alle Befragten) ..... 146
Tabelle 77: Verteilung der FKR auf Einrichtung und Abteilung (T2) ..... 147
Tabelle 78: Geschlecht, Alter und Berufe der befragten FKR (T2) ..... 148


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Tabelle 79: Beurteilung der Kooperationspraxis zum 2. Messzeitpunkt (Alle Befragten) ..... 149
Tabelle 80: Beispiel Tabellenbeschriftung ..... 152
Tabelle 81: Selbstwirksamkeit und Beanspruchung zum 2. Messzeitpunkt (Alle Befragten) 153
Tabelle 82: Informationsstand über Kooperationsbeteiligte zum 2. Messzeitpunkt (Alle Befragten) ..... 153
Tabelle 83: Sample und methodisches Vorgehen der inhaltlichen Prozessevaluation ..... 156
Tabelle 84: Gelieferte Fälle nach Krankenkassen nach Bereinigung ..... 249
Tabelle 85: Baseline-Charakteristika der KuJ (IG, KG I, KG II) ..... 249
Tabelle 86: Verteilung nach Altersgruppen ..... 250
Tabelle 87: Aufteilung IG und KG nach Altersgruppen ..... 250
Tabelle 88: Aufteilung IG und KG nach Geschlecht ..... 250
Tabelle 89: Deskriptive Übersicht Kostenkategorien ..... 251
Tabelle 90: Häufige F-Diagnosen im Datensatz ..... 252
Tabelle 91: Korrelationsanalyse zwischen Alter und Kosten ..... 253
Tabelle 92: Kostenanalyse nach Geschlecht ..... 253
Tabelle 93: Gesamtkosten nach Altersgruppen ..... 254
Tabelle 94: Gesamtkosten ohne Reha nach Altersgruppen ..... 255
Tabelle 95: Stationäre Kosten nach Altersgruppen ..... 255
Tabelle 96: Ambulante Kosten nach Altersgruppen ..... 256
Tabelle 97: Teilstationäre Kosten nach Altersgruppen ..... 256
Tabelle 98: Arzneimittelkosten nach Altersgruppen ..... 257
Tabelle 99: Arzneimittelkosten nur N05 und N06 nach Altersgruppen ..... 257
Tabelle 100: Heilmittelkosten nach Altersgruppen ..... 258
Tabelle 101: Hilfsmittelkosten nach Altersgruppen ..... 258
Tabelle 102: Rehabilitationskosten nach Altersgruppen ..... 259
Tabelle 103: Krankentransportkosten nach Altersgruppen ..... 260
Tabelle 104: Multivariate lineare Regression zum Einfluss auf die Gesamtkosten ..... 260
Tabelle 105: Kostenübersicht Asklepios ..... 290
Tabelle 106: Kostenübersicht Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH ..... 290
Tabelle 107: Übersicht über die Erfolgsindikatoren ..... 290


Gefördert durch:
GBA Innovationsausschuss

# 1 Ziele der Evaluation

## 1.1 Ausgangslage von DreiFürEins

### 1.1.1 Häufigkeit und Verbreitung klinischer Kinder- und jugendpsychiatrischer Symptome

Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme von KuJ sowie daraus entstehende Lern- und Leistungsschwierigkeiten gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Hölling u. a. 2008). So zeigten die ersten beiden KiGGS Erhebungen (KiGGS Basiserhebung (2003-2006) und KiGGS Welle 1 (2009-2012), dass jedes fünfte Kind bzw. rund 20 % der KuJ in Deutschland psychisch auffällig sind (Klipker u. a. 2018). Zwar zeigte sich für KiGGS Welle 2 (2014-2017) daraufhin verglichen mit der KiGGS Basiserhebung insgesamt ein signifikanter Rückgang psychischer Auffälligkeiten (von 19.9 % auf 16.9 %), die Anzahl psychisch auffälliger KuJ ist damit aber auch 2017 noch „auf einem nach wie vor hohen Niveau“ (ebd.). Außerdem zeigt sich bei einer differenzierteren Betrachtung, dass dieser statistisch bedeutsame Rückgang insbesondere Jungen (im Alter von 9 bis 17 Jahren) betrifft; ein vergleichbarer statistisch bedeutsamer Rückgang in der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Mädchen kann dahingegen (über alle Altersgruppen hinweg) nicht nachgewiesen werden (ebd.). Einen ‚möglichen Erklärungsansatz‘ für die Geschlechtsunterscheide in den Daten sehen die Autor*inne darin, „dass die Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung vorwiegend dort greifen, wo Auffälligkeiten nach außen sichtbar werden und Abläufe in Kindergarten, Schule oder Familie störend beeinflussen“ (ebd.). Da Jungen häufiger von nach außen gerichteten Auffälligkeiten betroffen seien als Mädchen, werde ein Handlungsbedarf von Eltern und der Umgebung bei Jungen möglicherweise schneller erkannt (ebd.). Zudem sei „vorstellbar, dass ein früheres Eingreifen bei oppositionellem oder hyperaktivem Verhalten zusätzlich einen präventiven Einfluss auf weitere, komorbide psychische Auffälligkeiten (z. B. Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen) hat, der bei dem vorliegenden Rückgang psychischer Auffälligkeiten bei Jungen eine Rolle gespielt haben könnte“ (ebd.). Eine Studie von Steffen u. a. (2018), die die Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei KuJ in Deutschland anhand der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 untersucht, zeigt zudem, dass im Jahr 2017 28 % der KuJ mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung erhielten; bei 16 % lag eine F-Diagnose für mindestens zwei Quartale, bei 6 % in allen vier Quartalen auf. Die mit Abstand häufigste Diagnose war dabei die Diagnose einer Entwicklungsstörung (F8-Diagnose) (ebd.). Die Autor*innen stellen zudem fest, dass „[z]wischen 2009 und 2014 [.] die Diagnoseprävalenz sowohl für psychische Störungen insgesamt als auch für die sechs bedeutsamsten Störungsbilder (F3, F4, F5, F6, F8, F9) an[stieg], während sie ab 2014 stagnierte. Ausnahmen bildeten hier die Entwicklungsstörungen und die affektiven Störungen, für die durchgehend bis zum Jahr 2017 eine Zunahme in der Diagnoseprävalenz zu verzeichnen war“ (ebd). Die Autor*innen folgern:

> Die vorliegende Arbeit lässt eine insgesamt hohe Belastung der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen erkennen. Bei mindestens 6 % der Heranwachsenden kann von einer klinisch bedeutsamen Störung ausgegangen werden, die einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung bedarf (M4Q). Auf der anderen Seite scheint die Diagnose einer psychischen Störung nicht immer mit einer langfristigen Beeinträchtigung verbunden zu sein. So halbierte sich in unserer Studie die Diagnoseprävalenz bei allen untersuchten Störungsbildern, wenn M2Q im Vergleich zu M1Q betrachtet wurde. Daraus könnte man schlussfolgern, dass sich bei einem nicht unerheblichen Anteil der Heranwachsenden die


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

belastenden Symptome innerhalb weniger Wochen (zunächst) wieder verlieren. Die Ergebnisse implizieren allerdings auch, dass ein beträchtlicher Anteil der Kinder und Jugendlichen einer erhöhten Aufmerksamkeit bedarf, um langfristige negative Auswirkungen auf Betroffene, familiäres Umfeld und Gesellschaft zu vermeiden. (ebd.)

Die jüngsten Untersuchungen und Studien zur psychischen Gesundheit von KuJ (in Deutschland) konzentrieren sich insbesondere auf die Veränderung der psychischen Gesundheit von KuJ während der COVID-19-Pandemie. Diesbezüglich zeigen die Ergebnisse eines Rapid Reviews von Schlack u. a. (2023) einen „deutliche[n] Impact des Pandemiegeschehens auf die psychische Gesundheit“. So wurden […] für die Anfangsphase der Pandemie erhebliche Anstiege des Anteils von Kindern und Jugendlichen mit eingeschränkter Lebensqualität, Rückgänge der Lebenszufriedenheit und der allgemeinen subjektiven Gesundheit, Zunahmen unterschiedlicher Formen des Belastungserlebens und Zunahmen allgemeiner psychopathologischer Symptomatik sowie Zunahmen von Symptomen spezifischer psychischer Störungen im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum berichtet“. Diese Befunde zeigten sich „sowohl für Jungen als auch für Mädchen sowie für unterschiedliche Altersgruppen“ (ebd.). Zudem wurden in den im Review betrachteten Studien von zwischen 50 % und 80 % von durch die Pandemie psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen berichtet (ebd.) Diesbezüglich weisen die Autor*innen jedoch darauf hin, dass die Belastung häufig mithilfe nicht-validierter Einzelitems erhoben wurde. Weiter berichten sie, dass „[m]it standardisierten und validierten Instrumenten erhobene Prävalenzen allgemeiner psychischer Auffälligkeiten [.] mit circa 30 % zwar deutlich niedriger [rangierten], [.] sich jedoch gegenüber dem vorpandemischen Zeitraum in etwa verdoppelt [hatten]“ (ebd.). Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse der im Review berücksichtigten Studien also „für eine nicht unerhebliche Zunahme psychischer Belastungen bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie“ (ebd.).

### 1.1.2 Definitionen, Merkmale, Klassifikationen und Symptome

Abhängig von der Disziplin sowie der innerhalb der Disziplinen vertretenden Perspektive liegen zur Beschreibung der oft mehrfach belasteten und in den unterschiedlichen Systemen ‚auffällig‘ werdenden KuJ diverse Begriffe und Definitionen vor.

**a) In der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie wird** – zum Teil in Abgrenzung zum psychologischen Fachdiskurs – auf psychiatrisch-medizinische Diskurse und Klassifikationen zurückgegriffen und vielfach von „psychischen Störungen“ gesprochen.

Kölch, Plener und Fegert (2020) definieren psychische Störungen aus psychiatrischer Perspektive als „Störungen im Erleben, Denken, Fühlen und Handeln von Personen, [die] dadurch gekennzeichnet [sind], dass sie Leiden [beim Betroffenen oder seinem Umfeld] hervorrufen“ (S. 2). Sie schränken den Autoren zufolge „die sozialen Fähigkeiten meistens ein und können beim Patienten zur Behinderung führen“ (ebd.). Ein Teil der Störungen seien „qualitative Veränderungen im psychischen Erleben, ein Teil davon entwicklungsphysiologische Normvarianten“ (ebd.). Als typische Eigenschaften von psychischen Störungen benennen die Autoren, dass sie

a) nur sehr eingeschränkt willentlich zu steuern sind
b) länger andauern
c) Leiden verursachen und
d) das Leben (z. B. in Familie, Schule, Ausbildung) beeinträchtigen. (ebd.)


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Als wichtigste Klassifikationssysteme dienen die International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) der World Health Organization (WHO) und das Diagnostic and Statistical Manual (DSM) der American Psychiatric Association (APA) (ebd.). Der Definition von Kölch, Plener und Fegert sowie den Klassifikationssystemen folgend wird also „[v]on einer psychischen Störung gesprochen, wenn emotionales Erleben oder Verhalten länger deutlich von der Altersnorm abweicht, zu Leid und Beeinträchtigung führt und die Klassifikationskriterien einer Störung erfüllt sind“ (Hanisch u. a., 2023, S. X). Hanisch u. a. (2023) unterscheiden von diesem „kategorialen Ansatz“ eine dimensionale Betrachtung, die davon ausgeht, „dass den Störungen Verhaltensdimensionen zugrunde liegen [, die sich] auf einem Kontinuum zwischen alters- bzw. kontextangemessenem und deutlich abweichendem, auffälligen Verhalten beschreiben lassen“ (ebd.) und konstatieren, dass „diese dimensionale Betrachtung psychische Auffälligkeiten möglicherweise differenzierter ab[bildet]“ (ebd.), „da präzise Grenzwerte aufgrund der Heterogenität einzelner Störungen schwer zu definieren sind“ (ebd.), weisen aber auch darauf hin, dass „die kategoriale Perspektive nach wie vor eine wichtige Rolle [spielt], um beispielsweise Zugang zu Versorgungsleistungen zu ermöglichen bzw. Versorgungslücken aufzudecken“ (ebd.).

Schwenck (2018) definiert in Abgrenzung dazu eine psychische Verhaltensstörung aus psychologischer Sicht deutlich allgemeiner: Ihm zufolge müssen „[u]m von einer psychischen Verhaltensstörung zu sprechen, […] nach der gängigen Definition zwei wesentliche Kriterien erfüllt sein: Das Verhalten muss einerseits von der Erwartungsnorm abweichen, und aus dieser Abweichung muss andererseits eine Beeinträchtigung des Kindes und/oder seines sozialen Umfeldes resultieren.“ (ebd., S. 638). Als Merkmale einer Verhaltensstörung benennt Schwenck also a) eine Abweichung des Verhaltens von der Erwartungsnorm und b) eine Beeinträchtigung des Kindes bzw. Jugendlichen infolge dieser Abweichung. (ebd.)

Der dimensionalen Betrachtung folgend, findet im öffentlichen (Fach-)Diskurs aber dennoch auch der Begriff „psychisch auffällig/psychische Auffälligkeit“ Verwendung. Zudem wird „psychische Auffälligkeit“ in vielen einschlägigen Untersuchungen und Veröffentlichungen (z. B. KIGGS-Studie (Hölling u.a. 2014; Klipker u.a. 2018) in Verbindung mit der BELLA-Studie (Klasen u.a. 2017), COPSY (Ravens-Sieberer u.a. 2021) und COPSY in Hamburg (Kaman u.a. 2021)) anhand von Befragungen mithilfe des Stärken-und-Schwächen-Fragebogen (SDQ) von Goodman (1997) ermittelt bzw. abgebildet. Als psychisch auffällig gelten ausgehend von den Befragungen (der Eltern und/ oder KuJ) und den dazu vorliegenden empfohlenen Zielvorgaben von 80 – 10 – 10% mit den drei Kategorien unauffällig, grenzwertig auffällig und auffällig von Goodman (1997) KuJ die im Vergleich zu (nationalen) Normstichproben als mind. grenzwertig auffällig (obere 20 %) und/oder auffällig (obere 10%) gelten. Darüber hinaus wird -insbesondere im Rahmen von Erhebungen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie der Begriff „psychisch belastet/psychische Belastung“ verwendet (vgl. z. B. Kaman u. a. 2021, Döpfner u. a. 2021).

Unterschieden werden nach ICD folgenden Kategorien psychischer Störungen (sinngemäß ICD-2-Steller):

- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19)
- Schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)
- Affektive Störungen (F30-F39)


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-48)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
- Intelligenzstörungen (F70-F79)
- Entwicklungsstörungen (F80-F89)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98)
- Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99).

Weitaus häufiger wird allerdings insbesondere bei KuJ gröber zwischen externalisierenden und internalisierenden Störungen/Auffälligkeiten unterschieden. Externalisierende Störungen/Auffälligkeiten sind dabei u. a. Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität sowie aggressives oder dissoziales Verhalten, internalisierende zum Beispiel Ängste und Depressivität (Dilling 2011).

Außerdem werden z. T. Klassifizierungen anhand des Schweregrads (siehe Erläuterungen zu grenzwertig auffällig vs. auffällig oben) oder der Dauerhaftigkeit der Auffälligkeiten/Störungen vorgenommen. So unterscheiden Steffen u. a. (2018) in ihrer Untersuchung beispielsweise 1. Kinder und Jugendliche, die in mindestens in einem Quartal des Jahres eine F-Diagnose erhielten, 2. Kinder und Jugendliche, die in mindestens zwei Quartalen eines Kalenderjahres eine F-Diagnose erhielten und 3. Kinder und Jugendliche, die in allen vier Quartalen eines Kalenderjahres eine F-Diagnose erhielten.

**b) In der Sozialpädagogik** wird dahingegen – angelehnt an den soziologischen Diskurs – sehr häufig von einem abweichenden bzw. devianten Verhalten von Kindern und Jugendlichen gesprochen.

Das abweichende bzw. deviante Verhalten (auch hier ist impliziert ein Normbezug vorhanden) wird als Ausgangspunkt sozialpädagogischen Handelns genommen, wobei aus der Disziplin heraus eine Zurückhaltung und Skepsis gegenüber allgemeinen und festgeschriebenen gesellschaftlichen, aber auch schulischen Normalitäts-, Konformitäts- und Auffälligkeitsdefinitionen besteht. Der sozialpädagogische Fachdiskurs wird vielfach aus der Perspektive der betroffenen Kinder und Jugendlichen geführt und zielt auf die Unterstützung einer erfolgreichen Lebensbewältigung, Identitätsentwicklung und Kompetenzförderung inner- und außerhalb von Schule ab. Abweichendes bzw. deviantes Verhalten wird nicht primär als individuelles Fehlverhalten, sondern als Reaktion auf individuelle, familiäre, schulische und berufliche Probleme, Belastungen und Risiken sowie sozialräumliche und gesellschaftliche Ungleichheiten und Benachteiligungen verstanden. Verhalten kann so normal für die entsprechende soziokulturelle Umwelt sein. Kinder und Jugendliche sollen daher in ihren lebensweltlichen und lebenslagenspezifischen Bezügen betrachtet werden und frühzeitig präventive und intervenierende individuelle, familiäre, sozialräumliche und infrastrukturelle Unterstützungsangebote und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe erhalten. Seit einiger Zeit geraten auch stärker individuelle Beeinträchtigungen bzw. seelischen Behinderungen von Kindern und Jugendlichen in den sozialpädagogischen Blick. (Dollinger u.a. 2015; Dollinger/Oelkers 2015; Oelkers 2018; Dollinger 2018; Kleve 2010)

Eine Erläuterung der sozialpädagogischen Perspektive auf abweichendes bzw. deviantes Verhalten von Kindern und Jugendlichen liefert Dollinger (2018, S. 69), an dem sich in DreiFürEins aus sozialpädagogischer Sicht orientiert wird: „Wenn in der Sozialen Arbeit von


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

„abweichendem Verhalten“ – oder synonym „Devianz“ – die Rede ist, so folgt dies einer bestimmten Perspektive: Abweichendes Verhalten wird dann meist als Folge sozialer Probleme und individueller Belastungen interpretiert, für die der Einzelne nur teilweise selbst verantwortlich ist. Ihm soll durch sozialpädagogische Maßnahmen geholfen werden, indem sein Umfeld und/oder seine Persönlichkeit modifiziert werden. Die Soziale Arbeit ist dabei in breite gesellschaftliche Zusammenhänge eingebunden: Sie legt meist nicht selbst fest, welche Normen zu schützen sind, welchen Formen von Devianz besondere Aufmerksamkeit zuteilwird und wie auf Abweichungen reagiert werden soll.“

**c) In der Allgemein- und Sonderpädagogik** werden hingegen wiederum unterschiedliche Begriffe genutzt. Im Fachdiskurs wird allgemein von Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, mitunter von erziehungsschwierigen und verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen oder neutraler – besonders in der Sonderpädagogik – von einem Förderbedarf der Schüler*innen im „Förderschwerpunkt: Emotionale und soziale Entwicklung“ bzw. „Förderbedarf: Bereich emotionales Erleben und soziales Handeln“ (Ständige Konferenz 2009) gesprochen. Die Sonderpädagogik hat für erziehungsschwierige und verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche eine eigene Subdisziplin (Förderschwerpunkt: Emotionale und soziale Entwicklung).

Unter einem sonderpädagogischen Förderbedarf wird in § 12 Abs. 2 des Schulgesetzes Folgendes verstanden: „Sonderpädagogischer Förderbedarf besteht bei Schülerinnen und Schülern, die aufgrund einer Behinderung so schwerwiegend in ihren Bildungs-, Entwicklungs- und Lernmöglichkeiten beeinträchtigt sind, dass sie im Unterricht der allgemeinen Schule ohne eine spezifische fachliche Unterstützung nicht hinreichend gefördert werden können. Sonderpädagogischer Förderbedarf kann in den Bereichen „Lernen“, „Sprache“, „emotionale und soziale Entwicklung“, „geistige Entwicklung“, „körperliche und motorische Entwicklung“, „Hören“ und „Sehen“ bestehen.“ Ob ein solcher Versorgungsbedarf (Schule) besteht, wird im Rahmen einer Diagnostik festgestellt und beinhaltet bspw. ein sonderpädagogisches Gutachten.

Stein (2019, S. 12), an dem sich in DreiFürEins bei der sonderpädagogischen Perspektive orientiert wurde, definiert Verhaltensstörungen übereinstimmend zur übrigen Fachliteratur beispielsweise folgendermaßen: „Verhaltensstörungen sind Störungen im Person-Umwelt-Bezug. Sie treten in sozialen Systemen auf und äußern sich bei Kindern und Jugendlichen in Form von Verhaltensauffälligkeiten als Beeinträchtigungen des Verhaltens und Erlebens, welche problematische Folgen für die betroffene Person selbst und/oder ihr Umfeld nach sich ziehen. Dabei bedürfen überdauernde, verfestigte Verhaltensauffälligkeiten besonderer pädagogischer und gegebenenfalls auch therapeutischer Unterstützungsmaßnahmen“. Arbeck und Willmann (2010, S. 9) gehen in ihren Erklärungen ergänzend auf die Pädagogik bei Verhaltensstörungen sowie die Entstehung von Verhaltensstörungen ein: „In einem sehr weiten Selbstverständnis beschäftigt sich die Pädagogik bei Verhaltensstörungen mit allen Problemen, die sich bei der Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit emotional-sozialen Schwierigkeiten einstellen. Da Erziehungsschwierigkeiten jedoch genuin mit dem Erziehungsgeschehen verbunden sind, bedarf es einer weitergehenden Eingrenzung. Sie entsteht dann, wenn sich das Fach in erster Linie auf diejenigen Kinder und Jugendlichen konzentriert, die gravierende Störungen im emotionalen Erleben und sozialen Verhalten aufweisen. Diese Störungen haben sich häufig in einem längeren lebensgeschichtlichen Prozess entwickelt und sind entscheidend durch die bisherigen Beziehungserfahrungen geprägt. Sie führen dazu, dass Kinder und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Jugendliche mit Verhaltensstörungen mit sich selbst nicht zu Recht kommen, mit der Umwelt große Probleme haben und die Umwelt mit ihnen.“

### 1.1.3 Entstehung, Ursachen, Schutz- und Risikofaktoren

Die Entwicklung der meisten psychischen Störungen kann durch ein multifaktorielles Modell erklärt werden, bei dem genetische und physiologische Faktoren, personale und individuell lerngeschichtliche Aspekte zusammen mit psychosozialen und anderen Umgebungsfaktoren zur Entstehung psychischer Störungen beitragen und deren Verlauf beeinflussen. Als Schutzfaktoren gelten u. a. ein positives Selbstkonzept, ein gutes Familienklima, Zufriedenheit (insgesamt und mit der eigenen Gesundheit), Optimismus, Selbstwirksamkeit, elterliche Unterstützung, soziale Unterstützung und „Peer Kompetenz“ (Ravens-Sieberer u. a. 2007). Zu den Ursachen oder Risikofaktoren zählen Konflikte in der Familie, Aufwachsen mit „Stiefeltern“, alleinerziehende Eltern, elterliche Belastung (z. B. auch auf Grund eines niedrigen sozio-ökonomischen Status), niedrige subjektive psychische und physische Gesundheit der Eltern, Familienkonflikte in der Kindheit der Eltern sowie hohe Werte der Eltern bei psychopathologischen Symptomen (ebd.) aber auch schwere körperliche Erkrankungen der Eltern und biologische Risikofaktoren wie z. B. Frühgeburt oder Rauchen während der Schwangerschaft (Steffen u. a., 2018). Zudem steht „[d]ie Entstehung psychischer Probleme [.] oft unmittelbar mit einem hohen und andauernden Stresserleben in Zusammenhang“ (ebd.). Außerdem steigt bei kumuliertem Auftreten mehrerer Risikofaktoren die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark an (Ravens-Sieberer u. a. 2007). Je mehr Risikofaktoren also gleichzeitig vorliegen, desto höher ist also das Risiko einer psychiatrischen Erkrankung. Über die bereits genannten Faktoren hinaus erweisen sich außerdem das Alter und das Geschlecht als relevante Faktoren (Greiner u.a. 2019). So erhielten einer Untersuchung von Steffen u. a. (2018) zufolge Jungen häufiger einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen als Mädchen; außerdem war (bei beiden Geschlechtern) die Diagnoseprävalenz in der Altersgruppe der 5-Jährigen am höchsten. Wobei ein Erklärungsansatz für die Geschlechtsunterschiede ist, dass Jungen häufiger von nach außen gerichteten bzw. externalisierenden Auffälligkeiten betroffen sind als Mädchen (Klipker u. a. 2018)

### 1.1.4 Folgen und Kosten

Die Folgen psychischer Störungen im Kinder- und Jugendalter sind weitreichend. Sie haben zum Teil schwerwiegende Folgen für das Wohlbefinden, die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit sowie die Lebensqualität von KuJ, belasten zudem das soziale Umfeld und können sich zu manifesten psychischen Störungen entwickeln und bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben (Hölling u. a. 2008). Steffen u. a. (2018) beschreiben übereinstimmend und ergänzend, dass „[p]sychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter [.] mit einer hohen individuellen und familiären Belastung einher[gehen,] auf gesellschaftlicher Ebene mit beträchtlichen ökonomischen Kosten verbunden [sind,] die soziale Funktionsfähigkeit, den Bildungserfolg und die spätere berufliche Entwicklung der Betroffenen beeinträchtigen [und] zudem mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen im Erwachsenenalter assoziiert [sind]“ [Anm. d. Verf.: und damit vor dem Hintergrund, dass psychische Störungen zu den zehn Erkrankungen weltweit gehören, die mit den höchsten gesellschaftlichen Kosten verbunden sind, abermals Kosten verursachen]. Zudem verweisen sie und auch Klipker u. a. (2018) sowie Hanisch u. a. (2023) auf die Bedeutung der psychischen Gesundheit als Voraussetzung für die


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Lebensqualität, sowie die (spätere) gesellschaftliche und berufliche Teilhabe [Anm. d. Verf.: und damit abermals gesellschaftliche Kosten].

### 1.1.5 Versorgungssituation und Herausforderungen

„Für den Zeitraum der KiGGS-Basiserhebung konnte gezeigt werden, dass ungefähr 70 % der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahmen“ (Klipker u. a. 2018). Eine mögliche Erklärung dafür ist eine mangelhafte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslage in diesem Zeitraum (ebd.). Jedoch wurden „[v]or dem Hintergrund der hohen und stabilen Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter […] zahlreiche Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und -versorgung mit dem Fokus auf die psychische Gesundheit angestoßen“, die möglicherweise den Rückgang psychischer Auffälligkeiten von der KiGGS-Basiserhebung zur KiGGS Welle 2 (mit)bedingen (ebd.). Dennoch ist die Diagnostik, Behandlung und Förderung von KuJ weiterhin erschwert (Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift u. a., 2017). Die komplexe Situation ist geprägt durch unterschiedliche Versorgungsstrukturen sowie eine Vielzahl von Akteuren und Angeboten im Kontext unterschiedlicher rechtlicher Einbindungen (u.a. SGB V, SGB VIII, Schulgesetze). Die Komplexität liegt erstens an der Störung selbst (u. a. Chronizität vieler Symptomatiken; Auftreten in allen Lebensbereichen; mangelnde Ressourcen der Betroffenen); zweitens am Hilfeangebot (u. a. Fokussierung auf einzelne oder wenige Zugänge; zu geringe Dauer vieler Hilfen; unpassende Hilfen; Heterogenität der Hilfen in einem Team) und drittens an der Schnittstelle zwischen den verschiedenen beteiligten Sektoren, Einrichtungen und Professionen (Stein 2011). Die Fachkräfte nutzen unterschiedliche Termini, die im jeweils anderen System nicht bekannt sind oder anders verstanden werden. Im schulischen Bereich sind die durch die Kultusministerkonferenz 2009 eingeführten Begriffe „Förderschwerpunkt: Emotionale und soziale Entwicklung“ bzw. „Förderbedarf: Bereich emotionales Erleben und soziales Handeln“ zentral (Ständige Konferenz 2009). In der JH steht der im Sozialgesetzbuch (SGB VIII) verankerte Begriff „seelischer Behinderung“ (bzw.: „von seelischer Behinderung bedroht“) im Vordergrund, und die KJPPP benutzt die Begriffe wie „seelisches Problem“ und „psychische Störung“. Zudem werden KuJ, die internalisierende Symptome zeigen und sich zurückziehen, unsicher und sozial isoliert sind, oft übersehen (Adam/Bistritzky 2011). Die Gesundheitsversorgung steht also zusätzlich weiterhin „vor der großen Aufgabe, die unterschiedlichen Formen psychischer Auffälligkeiten rechtzeitig zu erkennen, um so unter anderem auch nach innen gerichtete Auffälligkeiten, die Mädchen häufiger betreffen als Jungen, besser aufzufangen“ (Klipker u. a. 2018). Zudem war, wie oben erläutert, trotz des Rückgangs der psychischen Auffälligkeiten von der KiGGS-Basiserhebung zur KiGGS Welle 2 die Anzahl psychisch auffälliger KuJ auch 2017 hoch und stieg durch die COVID-19-Pandemie wieder an. Unabhängig davon gilt: Je länger die Dauer der unbehandelten Störung, desto schlechter die Prognose, ganz besonders bei KuJ. Früherkennung und rechtzeitige Behandlung sind daher nicht nur ethisch geboten, sondern auch ökonomisch sinnvoll (OECD/EU 2018).

### 1.1.6 Fazit

Das Wohl der KuJ und ihrer Familien erfordert also eine engere Zusammenarbeit über Sektoren hinweg, vor allem eine engere Kooperation von KJPPP, Schule und JH. Die Kenntnis von seelischen Problemen, Entwicklungsrisiken, Belastungen, aber auch von Schutzfaktoren, gewonnen durch differente Perspektiven der Hilfesysteme, macht individuell angepasste


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Unterstützung unter adäquater Ausnutzung der Ressourcen erst möglich. Das Ziel, eine psychische Erkrankung zu verhindern bzw. zu lindern und die Entwicklung eines Arbeits- und Sozialverhaltens zu fördern, welches der Reife und dem Alter angemessen ist (Hamburger Kooperationskonferenz 2018), muss daher bereits so früh wie möglich in der Schule unter Einbezug multiprofessioneller Expertise gelingen. Damit die betroffenen KuJ gefördert werden können, ist eine fallbezogene und fallübergreifende, intersektorale Kooperation notwendig. Hierzu liegen bereits erste Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Splash“ (Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen in Brandenburg und in Hessen), dem Kooperationsprojekt „You`ll never walk alone“ oder im gemeinsamen Projekt von KJPPP in Harburg und dem ReBBZ Altona-West vor (Adam/Hoffmann 2012, Hamburger Kooperationskonferenz Jugendhilfe 2018). Durch eine koordinierende Fallzuständigkeit, verbindliche gemeinsame Förderplanung sowie eine Evaluation von Maßnahmen der beteiligten Systeme im Einzelfall kann ein nachhaltiger Erfolg therapeutischer Maßnahmen erreicht werden. Zudem ist eine Erhöhung der Kooperationszufriedenheit und Selbstwirksamkeit der Fachkräfte in den Systemen erwartbar, die den Teufelskreis von beruflicher Überlastung (Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko) durchbricht.

### 1.2 Ziele von DreiFürEins

Angesichts der Ausgangslage hatte DreiFürEins das zentrale Ziel, eine frühzeitige, niedrigschwellige, sektorenübergreifend-gemeinsame Diagnostik, Behandlung und Förderung von KuJ im Alter von 4 bis 17 Jahren, die a) klinische kinder- und jugendpsychiatrische Symptome aufweisen, b) einen multimodalen Versorgungsbedarf an der Schnittstelle von KJPPP, Schule und JH haben und c) in der Regelversorgung nicht erreicht oder behandelt werden (unmittelbares Versorgungsziel), zu gewährleisten. Dazu sollten eine verbindliche multiprofessionelle Kooperation zwischen (1) KJPPP, (2) Schule (ReBBZ) und (3) JH (Jugendamt) sowie eine im (vor-)schulischen System bzw. in den ReBBZ aufsuchende Versorgung etabliert werden, die auch die gezielte Unterstützung der Eltern und Sorgeberechtigten (SB) mit Stärkung ihrer Erziehungskompetenz beinhaltet.

Abgeleitete Ziele von DreiFürEins waren:

1. die Förderung der gesunden Entwicklung und Bildungsteilhabe der KuJ,
2. die Verbesserung der Kooperation sowie des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserlebens und Burnout-Risikos bei den beteiligten Fachkräften aus KJPPP, Schule (ReBBZ) und JH (Jugendamt) sowie
3. die Reduzierung der Leistungskosten für die Versorgung (GKV) der im Projekt versorgten KuJ (wobei diesbezüglich aus klinischer Sicht darauf hinzuweisen ist, dass durch den niedrigschwelligen Zugang zu einer Vielzahl an KuJ und die Identifizierung zusätzlicher Versorgungsbedarfe kurzfristig Kostensteigerungen entstehen können).

### 1.3 Zielgruppe und Besonderheiten DreiFürEins

Die primäre Zielgruppe in DreiFürEins waren also KuJ im Alter von 4 bis 17 Jahren, die

a) klinische kinder- und jugendpsychiatrische Symptome aufweisen,
b) einen multimodalen Versorgungsbedarf an der Schnittstelle von KJPPP, Schule und JH haben und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

c) in der Regelversorgung nicht erreicht oder behandelt werden (unmittelbares Versorgungsziel)

Als sekundäre Zielgruppen galten a) die Fachkräfte in KJPPP, Schule/ReBBZ und Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt), um eine verbindliche multiprofessionelle Kooperation zu gewährleisten sowie b) die Eltern bzw. Sorgeberechtigten, um auch eine gezielte Unterstützung der Eltern und Sorgeberechtigten (SB) in der Erziehungskompetenz zu ermöglichen.

Die neue Versorgungsform DreiFürEins zeichnete sich durch folgende Besonderheiten aus:

1. **Screening für Alle und Feindiagnostik für Risikofälle:** Auf der Grundlage von anhand (grenzwertig) auffälliger Werte in von den ReBBZ durchgeführten SDQ-Befragungen (Screening) identifizierten Hinweisen auf psychische und Verhaltensauffälligkeiten, fanden im Rahmen von DreiFürEins in den IG-ReBBZ nach der multiprofessionellen Bewertung des klinischen und multimodalen Versorgungs- und Therapiebedarfs systematische Befragungen zur klinischen Symptomatik statt.
2. **Multiprofessionelle Kooperation in der Versorgung:** Es gab eine verbindlich vereinbarte, systematische und sektorenübergreifende Zusammenarbeit von KJPPP, Schule (ReBBZ) und JH (Jugendamt). Diese Zusammenarbeit wurde unterstützt durch multiprofessionelle Fortbildungen, gemeinsame Fallbearbeitungen und Fallkonferenzen sowie Supervision. Alle Partner des Projektes verpflichteten sich, dass ihre Fachkräfte an der Kooperation aktiv mitwirkten. Das Projekt DreiFürEins stand also für eine Kooperation von drei Sektoren unter Berücksichtigung bereits bestehender regionaler Kooperationsvereinbarungen und Gremien.
3. **Niedrigschwellige, aufsuchende Versorgung vor Ort:** Die ambulante psychiatrische bzw. -psychotherapeutische Diagnostik, Behandlung und Förderung fand aufsuchend im IG-ReBBZ statt, ohne Herausnahme der KuJ aus dem Bildungs- und Familiensystem und in Verbindung mit flexiblen Angeboten aus Schule (ReBBZ) und JH (Jugendamt). Die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) der Kliniken entsandten hierzu ihre Fachärzte und Fachtherapeuten ins ReBBZ, um dort unter Einbeziehung der Fachkräfte von Schule (ReBBZ) und JH (Jugendamt) die Diagnostik, Behandlung und Förderung vor Ort anbieten zu können. Somit wurden gerade diejenigen KuJ früher und mit einem multiprofessionellen Ansatz erreicht, die bisher den Weg ins Versorgungssystem nicht fanden.

# 2 Darstellung des Evaluationsdesigns

Die Ziele von DreiFürEins fokussierten sich auf 1. die Kinder und Jugendlichen (KuJ), 2. die beteiligten Fachkräfte (FKR) sowie 3. die Leistungskosten für die Versorgung (summative Evaluation). Zusätzlich stand eine inhaltliche Prozessevaluation im Fokus (formative Evaluation). Nachfolgend wird im Kapitel 2 das tatsächlich umgesetzte Evaluationsdesign dargestellt, und zwar das Design a) der inhaltlichen Effektevaluation in Bezug auf die versorgten KuJ (Kapitel 2.1), b) der inhaltlichen Effektevaluation in Bezug auf die beteiligten FKR (Kapitel 2.2), c) der inhaltlichen Prozessevaluation (Kapitel 2.3) und sowie d) der gesundheitsökonomischen Evaluation (Kapitel 2.4). Am Ende jeder Beschreibung des umgesetzten Evaluationsdesigns wird kurz erläutert, wo im Verlaufe der Evaluation Änderungen zum ursprünglichen Evaluationsdesign vorgenommen worden sind (Kapitel 2.1.4, 2.2.6, 2.3.4).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**Zugrundeliegende p-Werte und Hinweise zur Adjustierung beim multiplen Testen:** 1. Bei der inhaltlichen Effektevaluation (KuJ und FKR) werden folgende p-Werte zugrunde gelegt: a) Die statistische Prüfung des primären Endpunkts (Reduzierung der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ) erfolgt in einem ersten Schritt anhand des p-Wertes von 0.05. Aufgrund der hohen fachlichen Bedeutung des primären Endpunkts und des multiplen Testens wird in einem zweiten Schritt eine Anpassung des p-Wertes mittels der konservativen Bonferroni-Korrektur vorgenommen (Einsatz von Manovas, zwei Erhebungsinstrumente, drei Befragtengruppen = sechs unabhängige, primäre Hypothesentests). D.h. der zugrunde gelegte p-Wert von 0.05 reduziert sich durch die Adjustierung bei sechs Messungen (IG-KG-Prä-Post-Messung: SDQ Eltern, SDQ Kinder und Jugendliche, SDQ Lehrkräfte, CBCL Eltern, YSR Kinder und Jugendliche, TRF Lehrkräfte) auf einen p-Wert von 0.008. Bei vier Messungen (Prä-Follow-up-Messung SDQ und CBCL Eltern, SDQ und YSR Kinder und Jugendliche) reduziert sich der zugrunde gelegte p-Wert von 0.05 durch die Adjustierung auf einen p-Wert von 0.013. b) Die statistische Prüfung der übrigen, sekundären Endpunkte erfolgt aufgrund der nachrangigen Bedeutung (sekundäre Endpunkte) und des explorativen Anspruchs einheitlich und ausschließlich mittels eines p-Wertes von 0.05. Da bei der Ergebnisdarstellung im Text und in den Tabellen jeweils die berechneten p-Werte angegeben werden, ist auch für die sekundären Endpunkte ein Ablesen der entsprechenden Ergebnisse anhand einer Adjustierung für multiples Testen möglich. 2. Die statistischen Analysen bei der gesundheitsökonomischen Evaluation erfolgen unter Berücksichtigung eines globalen Signifikanzniveaus von $\alpha = 0.05$.

## 2.1 Evaluationsdesign der inhaltlichen Effektevaluation in Bezug auf die versorgten KuJ

Die inhaltliche Effektevaluation hatte im Hinblick auf die KuJ das primäre Ziel, die gesunde Entwicklung und Bildungsteilhabe der im Projekt versorgten Kinder und Jugendlichen zu überprüfen. Zur Überprüfung wurde eine kontrollierte Längsschnittstudie durchgeführt. In der Studie wurde der Erfolg der Intervention bei einer Interventionsgruppe von KuJ mit klinischem und multimodalem Versorgungsbedarf untersucht und mit einer Kontrollgruppe von KuJ mit ähnlichen Symptomen, d. h. KuJ, die ebenfalls einen klinischen und multimodalen Versorgungsbedarf aufwiesen und regelversorgt wurden, verglichen. Die inhaltliche Effektevaluation verfolgte insofern im Hinblick auf die KuJ einen quantitativ-empirischen sowie hypothesenprüfenden Anspruch. Sie stützt sich auf drei Messwiederholungen und einen Interventions-Kontrollgruppenvergleich.

### 2.1.1 Ziel, Fragestellungen und Hypothesen

Die inhaltliche Effektevaluation in Bezug auf die versorgten KuJ verfolgte – ausgehend von dem formulierten Ziel (Förderung der gesunden Entwicklung und Bildungsteilhabe der KuJ) – zwei zentrale Untersuchungsziele, die von Beginn an hinsichtlich ihrer Wichtigkeit in ein primäres und ein sekundäres Ziel unterteilt worden sind. Das primäre Ziel bestand darin, den Interventionseffekt der sektorenübergreifenden, aufsuchenden Diagnostik, Behandlung und Förderung auf die psychischen Probleme und Verhaltensstörungen von KuJ mit klinischem und multimodalem Versorgungsbedarf hin zu untersuchen. Das sekundäre Ziel wiederum bestand darin, den Interventionseffekt auf die die gesundheitsbezogene Lebensqualität, den Schulabsentismus und die Verbesserung der Schulnoten zu untersuchen.

Die primäre Fragestellung der inhaltlichen Effektevaluation lautete folglich:


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**KuJ-Fr1**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf die psychischen und Verhaltensstörungen bei KuJ aus?

**Primärer Endpunkt für KuJ-Fr1:** Die Veränderung der Gesamtpunktzahl auf dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Gesamtscore) und der Child Behavior Checklist (CBCL, TRF, YSR) über einen Zeitraum von sechs Monaten (Prä-Post) und neun Monaten (Prä-Follow-Up) im Vergleich zwischen der Interventionsgruppe (Versorgung in DreiFürEins) und der Kontrollgruppe (Regelversorgung).

Die sekundären Fragestellungen der inhaltlichen Effektevaluation lauteten:

**KuJ-Fr2**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei KuJ aus?

**KuJ-Fr5**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf den Schulabsentismus und die Schulnoten bei KuJ aus?

Aus den Zielen und Fragestellungen der inhaltlichen Effektevaluation leiteten sich folgende Alternativhypothesen für die Evaluation ab:

**KuJ-H1**: Durch die Teilnahme an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFür-Eins reduzieren sich selbst- und fremdberichtete, psychische und Verhaltensstörungen in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum stärker als in der Kontrollgruppe.

**KuJ-H2**: Durch die Teilnahme an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFür-Eins verbessern sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Interventions-gruppe im Interventionszeitraum stärker als in der Kontrollgruppe.

**KuJ-H5**: Durch die Teilnahme an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFür-Eins reduziert sich der Schulabsentismus und verbessern sich die Schulnoten in der In-terventionsgruppe im Interventionszeitraum stärker als in der Kontrollgruppe.

Darüber hinaus schien eine Untersuchung des längerfristigen Interventionseffekts über den Interventionszeitraum hinaus sinnvoll, sodass zusätzlich KuJ-H1-5-zus formuliert wurde:

**KuJ-H1-5-zus**: Durch die Teilnahme an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins

- reduzieren sich psychische und Verhaltensstörungen
- verbessert sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität
- reduziert sich der Schulabsentismus und verbessern sich die Schulnoten

in der Interventionsgruppe auch über den Interventionszeitraum hinweg (3 Monate später).

### 2.1.2 Datenquellen und Erhebungsinstrumente

Um die Fragestellungen beantworten und die Hypothesen prüfen zu können, wurden Daten aus unterschiedlichen Datenquellen und drei Messzeitpunkten herangezogen. Die Messzeit-punkte lagen pro Fall jeweils 1. vor bzw. unmittelbar zu Beginn der Versorgung, 2. am Ende


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

bzw. unmittelbar nach der Versorgung sowie 3. ca. drei Monate nach Ende der Versorgung. Die zu den Messzeitpunkten zur Verfügung stehenden Datenquellen und eingesetzten Erhebungsinstrumente werden im Folgenden nacheinander in verschiedenen Unterkapiteln vorgestellt.

#### 2.1.2.1 Daten aus Befragungen der Eltern, Kinder und Jugendliche und Lehrkräfte

Als erste Datenquelle wurden für die inhaltliche Effektevaluation in Bezug auf die Kinder und Jugendlichen Daten aus Befragungen der KuJ, Eltern und Lehrkräfte herangezogen. Diese Befragungen wurden zu drei Messzeitpunkten durchgeführt und bezogen sich auf 1. soziodemographische Daten der Befragten, 2. möglicherweise beeinflussende Faktoren für die Therapie (z. B. Therapiemotivation) sowie 3. die Endpunkte der Evaluation (also die psychischen Störungen und Verhaltensstörungen, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie den Schulabsentismus und die Schulnoten der KuJ. Zu 1. Die soziodemographischen Daten wurden im Rahmen der Befragung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten zum ersten Messzeitpunkt erhoben. Zu 2. Zu diesem Messzeitpunkte erfolgten auch die Befragungen zu Therapiemotivation, Erfolgszuversicht und Kooperationsbereitschaft, wobei diesbezüglich nicht nur die Eltern, sondern auch die KuJ selbst befragt worden sind. Zu 3. Die Befragungen zum primären Endpunkt der Evaluation erfolgten bei allen drei Messzeitpunkten und allen drei Befragtengruppen. Erhebungsinstrumente zum primären Endpunkt: a) Die Erfassung der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen erfolgte mithilfe der für alle drei Befragtengruppen vorliegenden deutschen Versionen des SDQ (Goodman, 1997) sowie des CBCL (bzw. YSR und TRF (Döpfner u. a., 2014). b) Zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden zu allen drei Messzeitpunkten die Eltern befragt, wobei hierfür die deutsche Version des Kidscreen-27 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) zum Einsatz kam. c) Die Bildungsbeteiligung wurde zum einen über die Schulnoten zu allen drei Messzeitpunkten im Rahmen der Befragungen der Eltern erfasst. Zum anderen wurde der Schulabsentismus sowohl bei den Eltern als auch den KuJ selbst erhoben. Für die Befragung wurde eine Frage zu den Fehltagen aus der deutschen Version des ISAP (Knollmann u. a. 2019) adaptiert und der international bekannte SRAS-R (Original: Kearney, 2002 und deutsche Übersetzung: Bialy, Walter & Döpfner, 2008) eingesetzt (in seinen für die beiden Befragtengruppen vorliegenden Versionen). d) Darüber hinaus wurden zum dritten Messzeitpunkt die Eltern sowie die Kinder und Jugendlichen um eine Bewertung der Behandlung gebeten. Hierfür kam der FBB in den Versionen für Eltern sowie Patient*innen zum Einsatz. Mit Ausnahme der Befragungen mittels des FBB wurden die Befragungen dabei sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe durchgeführt. Sämtliche Befragungen der KuJ selbst erfolgten entsprechend der Vorgaben bzw. altersangemessen erst bei KuJ ab 11 Jahren.

#### 2.1.2.2 Ergebnisse aus medizinischen und therapeutischen Untersuchungen der KJPPP

Als zweite Datenquelle wurden für die inhaltliche Effektevaluation – auf der Basis schriftlicher Einverständniserklärungen - Ergebnisse der medizinischen und therapeutischen Untersuchungen durch die KJPPP herangezogen. Konkret wurden von der KJPPP zum ersten und zweiten Messzeitpunkt eine Diagnostik anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS (Remschmidt u. a., 2017, inkl. C-GAF (Shaffer et al. 1983)) durchgeführt und fallbezogene Ergebnisse ausschließlich in pseudonymisierter Form für das Evaluationsteam zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurden die Therapeut*innen bei Beendigung der Fälle, d.h. zum 2. Messzeitpunkt, um eine fallbezogene Bewertung der


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Behandlung gebeten. Hierfür kam der FBB in der Version für Therapeut*innen zum Einsatz. Sämtliche Daten aus der KJPPP lagen der inhaltlichen Evaluation lediglich für die Interventionsgruppe vor, da nur in dieser Gruppe Kontakt zu den KuJ bestand.

#### 2.1.2.3 Beratungs- und therapiebezogene Angaben aus ReBBZ und KJPPP

Als dritte Datenquelle wurden für die inhaltliche Effektevaluation beratungs- und therapiebezogene Angaben aus den ReBBZ und KJPPP in Bezug auf die KuJ herangezogen. Konkret wurden hier zum Fallabschluss, d.h. zum zweiten Messzeitpunkt, von ReBBZ und Klinik fallbezogen Daten zur Versorgung dem Evaluationsteam ausschließlich in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Die ReBBZ stellten diesbezüglich pseudonymisierte Grundinformationen, Informationen zur Bearbeitung der Fälle sowie einen Abschlussbericht zur Verfügung, während von der KJPPP ebenfalls ausschließlich in pseudonymisierter Form Art und Anzahl der geplanten und wahrgenommen therapeutischen Termine sowie die Art der Beendigung der Fälle bereitgestellt worden sind.

#### 2.1.2.4 Übersicht Datenquellen und Verantwortung für die Datenerhebung

Eine Übersicht über die zu den einzelnen Messzeitpunkten eingesetzten Erhebungsinstrumente und erhobenen Daten der inhaltlichen Effektevaluation liefert die Tabelle 1. Die Verantwortung für die dargestellten Erhebungen lag – zur Absicherung des Datenschutzes – in erster Linie bei den in den ReBBZ beschäftigten und jeweils für DreiFürEins verantwortlichen Fachkräften. Sie führten die Befragungen der KuJ, Eltern und Lehrkräften via eCRFs über das vollständig browserbasiertes GCP-konformes EDC-System secuTrial durch. In den IG-ReBBZ wurden sie von den Mitarbeitenden der KJPPP bei den Datenerhebungen und -eingaben zu den beratungs- und therapiebezogenen Angaben, die ebenfalls via der eCRF in secuTrial erfolgten, unterstützt. Zur Erleichterung der Dateneingabe wurden den ReBBZ und Kliniken von der Universität Oldenburg Tablets zur Verfügung gestellt. Die Befragungen wurden z. T. auch papierbasiert durchgeführt und anschließend ins eCRF übertragen. Die Universität Oldenburg konnte die von den Mitarbeitenden der ReBBZ und Kliniken im Rahmen des Projektes erhobenen Daten zu den KuJ über das EDC-System ausschließlich in pseudonymisierter Form als Rohdaten einsehen und pro Fall exportieren. Sie unterstützten die Datenerhebung und -dokumentation sowie die Datenerhebungs- und Dokumentationsroutinen über Schulungen und ein schriftliches Studienmanual.

*Tabelle 1: Datenquellen für die inhaltliche Effektevaluation in Bezug auf die KuJ*

| | ***1. Messzeitpunkt (Prä)*** | ***2. Messzeitpunkt (Post)*** | ***3. Messzeitpunkt (Follow-Up)*** |
|---|---|---|---|
| **Soziodemographische Daten und weitere Charakteristika** | | | |
| Soziodemographische Daten | IG & KG | - | - |
| Therapiemotivation (Eltern) | IG | - | - |
| Therapiemotivation (KuJ) | IG | - | - |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Psychische Störungen und Verhaltensstörungen** | | | |
| SDQ (Eltern) | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| SDQ (KuJ) | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| SDQ (Lehrkräfte) | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| CBCL | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| YSR | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| TRF | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| KJPPP-Diagnostik nach MAS | IG | IG | - |
| **Gesundheitsbezogene Lebensqualität** | | | |
| Kidscreen-27 (Eltern) | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| **Bildungsteilhabe** | | | |
| Schulnoten | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| Fehlstunden (Angabe Eltern) | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| SRAS-R (Eltern) | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| Fehlstunden (Angabe KuJ) | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| SRAS-R (KuJ) | IG & KG | IG & KG | IG & KG |
| **Bewertung der Behandlung** | | | |
| FBB (Eltern) | - | IG | - |
| FBB (KuJ) | - | IG | - |
| FBB (Therapeut*in) | - | IG | - |
| **Beratungs- und Therapiebezogene Angaben** | | | |
| **ReBBZ** | | | |
| Grundinformationen | - | IG & KG | - |
| Informationen zur Problemlage | - | IG & KG | - |
| Informationen zur Bearbeitung | - | IG & KG | - |
| Abschlussbericht | - | IG & KG | - |
| **KJPPP** | | | |
| Angaben zur Therapie | - | IG | - |
| Angaben zur Beendigung | - | IG | - |

### 2.1.3 Fallzahlschätzung

Zur Schätzung der notwendigen Fallzahl wurde für die Stichprobe der KuJ G*Power 3.1.9.4 eingesetzt (A priori – Poweranalyse). Es war zu berücksichtigen, dass die KJPPP in DreiFürEins gemeinsam mit ReBBZ und Kinder- und Jugendhilfe sehr umfassende kinder- und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

jugendpsychiatrische Diagnostik- und Behandlungsangebote für eine breite Zielgruppe (KuJ mit multimodalen Versorgungsbedarf) anbieten würde. Da die die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien im Zentrum der Behandlung stehen sollten, war davon auszugehen, dass die Behandlungs- und Förderkonzepte breit und multimodal ausgerichtet sein würden, wobei beide Kliniken im Wesentlichen an psychodynamischen Konzepten ausgerichtet arbeiten wollten und verhaltenstherapeutische sowie systemische und insbesondere familientherapeutische Elemente integrieren wollten. Diese psychodynamischen Ansätze erreichen, so zeigen Metaanalysen, in experimentellen Designs oftmals mittlere Effektstärken (Esser & Blank 2011). Mit Blick auf das Projekt DreiFürEins war allerdings zu berücksichtigen, dass hier a) keine klinische Studie, sondern eine Anwendungsstudie mit einem erprobenden Charakter vorlag, b) eine breite Zielgruppe an KuJ erreicht werden sollte, c) ein stark patienten- und familienbezogener Ansatz erprobt wurde, d) ein großes Spektrum an multimodalen Interventionsangeboten aus KJPPP, ReBBZ und JH eingebunden werden würde und e) noch keine empirischen Erfahrungen für den multiprofessionellen Ansatz vorlagen. Im Rahmen der Fallzahlschätzung, die – aufgrund 1. des innovativen Anspruchs, 2. der heterogenen Zielgruppe, 3. des starken Patienten- und Anwendungsbezugs, 4. des breiten Interventionsanspruches und 5. fehlender Referenzwerte – mittels einer konservativen Schätzung erfolgte (geringe Effektstärke, Zwischensubjektfaktor; F-Test: Repeated measures, ANOVA, between factors), wurden daher folgende Parameter zugrunde gelegt: a) geringe erwartbare Effektstärke (sehr kleine Zwischensubjekt-Effekte; f = .10), b) Bonferroni-korrigiertes α (bis zu drei Analysen α = .0167), c) übliche Teststärke (1-β = .80), d) Innersubjektfaktor „Messzeitpunkt“ mit bis zu drei Stufen (=Messzeitpunkte), e) Zwischensubjektfaktor „Gruppenzugehörigkeit“ mit zwei Gruppen (IG u. KG) und f) eine mittlere Korrelation zwischen den drei Messzeitpunkten (r = .50). Auf der Basis dieser Parameter ergab sich eine Fallzahl von 702 Fällen. Unter der Annahme einer Dropoutquote von bis zu 20% (aufgrund der langen Behandlungsdauer, möglicher Therapieabbrüche und fehlender Werte, z. B. bei jüngeren Kindern) wurde daher eine Fallzahl von 842.4 bzw. (gerundet) 850 Fälle bzw. jeweils 425 Fällen pro Gruppe angestrebt. Die Poweranalyse diente einer notwendigen, a priori Fallzahlschätzung. Berücksichtigt werden muss, dass im Rahmen der späteren Evaluation unterschiedliche Erhebungsinstrumente und Testverfahren eingesetzt sowie mehrere Messzeitpunkte und Befragtengruppen berücksichtigt worden sind.

### 2.1.4 Rekrutierung

Der zentrale Rekrutierungsort für Fälle waren in DreiFürEins die 13 Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ) in Hamburg. Die ReBBZ sind 2012 aus den ehemaligen Förder- und Sprachheilschulen sowie den Regionalen Beratungs- und Unterstützungsstellen (REBUS) hervorgegangen. Sie gliedern sich in die beiden Abteilungen a) „Bildung“ und b) „Beratung“. A) In den Bildungsabteilungen der ReBBZ findet die Bildung und Erziehung von Schüler*innen mit den sonderpädagogischen Förderbedarfen Lernen, Sprache sowie emotionale und soziale Entwicklung statt (z.B. Unterrichten, Eingangs- und Förderdiagnostik, Erstellung von Förderplänen). b) Die Beratungsabteilungen bieten hingegen eine Einzelfallberatung und systembezogene Beratung bei unterschiedlichsten, schulischen und schulpsychologischen Themen an (z.B. Förderbedarf, Schullaufbahn, Übergang Kita-Schule, Übergang Schule-Beruf, Berufs- und Studienorientierung, Schulabsentismus, außerunterrichtlichen Lernhilfen, Gewalt- und Suchtprävention, Opferschutz, Krisenintervention, Schulbegleitung). Entsprechende Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen gibt es auch in anderen Bundesländern (z.B. Schulpsychologische und Inklusionspädagogische Beratungs- und Unterstützungszentren in Berlin = SIBUZ,


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Regionale Beratungs- und Unterstützungszentren in Bremen = ReBUZ). Zur Rekrutierung der KuJ für die Studie wurde ein Versorgungspfad entwickelt, um die Aufnahme in die Studie und die Erreichbarkeit einer möglichst großen Fallzahl zu erleichtern (vgl. die nachfolgende Abbildung).

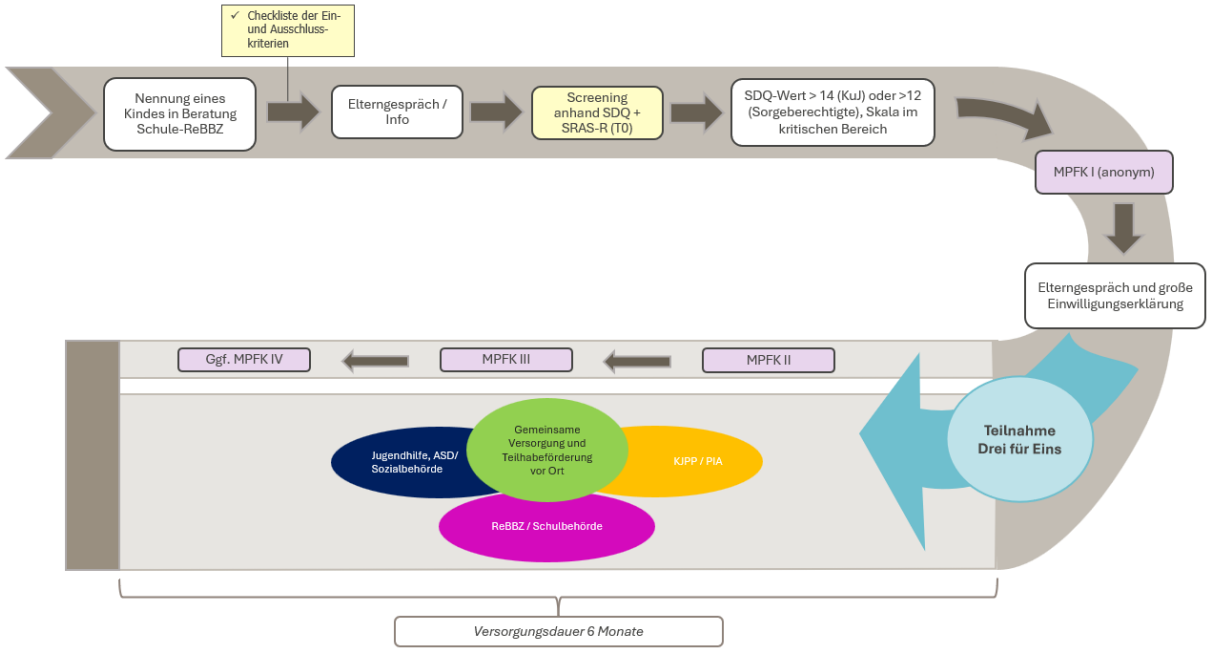



*Abbildung: Versorgungspfad Drei für Eins pro Fall*

Der Versorgungspfad in DreiFürEins umfasste mehrere Schritte:

*1. Nennung eines Kindes:* Die eigentliche Rekrutierung der KuJ geschah in DreiFürEins über die 13 ReBBZ, dem jedoch Fremdmeldungen oder Selbstmeldungen vorausgingen. Fremdmeldungen an die Beratungsabteilungen des ReBBZ erfolgten überwiegend durch die Bildungsabteilungen der ReBBZ und die allgemeinbildenden Schulen (z.B. Lehrkräfte, Klassenleitungen, Sozialpädagog*innen, Sonderpädagog*innen). In den IG-ReBBZ war auch eine Rekrutierung über die beiden beteiligten Kliniken und die drei beteiligten Jugendämter möglich. Selbstmeldungen erfolgen durch einen wahrgenommenen Beratungs- und Unterstützungsbedarf von Kindern, Jugendlichen oder Eltern. Anlass für eine Meldung war häufig, dass Kinder oder Jugendliche in der Schule psychische oder schulische Auffälligkeiten, Probleme oder Belastungen aufwiesen. DreiFürEins stand prinzipiell allen Kindern und Jugendlichen, ihren Eltern sowie den Lehrkräften in Hamburg offen. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, durch den Zugang über die Schulen und ReBBZ eine Vorauswahl stattgefunden hat.

*2. Schritt: Erste Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien:* Aufgrund der vorliegenden Angaben wurde fallbezogen eine erste Prüfung von Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien anhand einer Checkliste vorgenommen (z.B. 1. Kita-, Vorschul- oder Schulbesuch in Hamburg, 2. Beratungs- und Fallzuständigkeit der ReBBZ, 3. Beratungsbedarf und Erstkontakt in den ReBBZ, 4. Alter: 4 bis 17 Jahre).

*3. Schritt: Elterngespräch/Info:* Im Rahmen eines Erstgesprächs vor Ort in den ReBBZ und gestützt durch Informationsmaterial informierten die Mitarbeitenden der ReBBZ die KuJ und ihre Eltern, bei denen grundsätzlich die Einschlusskriterien erfüllt waren, über das Projekt DreiFürEins. Außerdem klärten die Mitarbeitenden die Mitgliedschaft in der gesetzlichen


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Krankenversicherung und mögliche Ausschlusskriterien ab (z.B. aktuelle oder in den letzten drei Monaten laufende KJPPP- oder sozialpsychiatrische Behandlung in der Regelversorgung).

*4. Screening und Prüfung der Überschreitung von Problemwerten:* Vor der eigentlichen Aufnahme in DreiFürEins fand dann ein Screening mittels SDQ und SRAS-R sowie eine Überprüfung des Überschreitens von Problemwerten für die Aufnahme in DreiFürEins statt, um den Versorgungsbedarf zu ermitteln.

*5. Anonyme Multiprofessionelle Fallkonferenz I:* Auf der Basis der vorliegenden Informationen, Erkenntnisse und Daten wurde eine multiprofessionelle Fallkonferenz zum Vorliegen der Einschlusskriterien durchgeführt (u.a. kritischer SDQ-Gesamtproblem- oder Skalenwert, multimodaler Versorgungsbedarfs, 7. Symptomatik gem. Kap. 2, Anl. 1 zur Vereinbarung n. § 118 Abs. 2 SGB V). Als Ergebnis der Fallkonferenz wurde eine multiprofessionelle Entscheidung über die Aufnahme in DreiFürEins getroffen.

*6. Elterngespräch und große Einwilligungserklärung:* Sofern bei den KuJ und ihren Sorgeberechtigten die Voraussetzungen (Einschluss- und Ausschlusskriterien) und ein Interesse für eine Teilnahme an DreiFürEins vorlagen, wurden die KuJ (ab 15 Jahre) und ihre Sorgeberechtigten in einem Gespräch (schriftlich) um ihre informierte und freiwillige Einwilligung zur Teilnahme am Projekt gebeten. In den IG-ReBBZ wurde hierzu a) die Einwilligung zur Teilnahme an der neuen Versorgungsform, b) die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie, c) die Einwilligung in die KJPPP-Behandlungsvereinbarung und d) die Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung gegenüber den Fachkräften in den anderen Systemen eingeholt. In den KG-ReBBZ wurde die Einwilligung zur Regelversorgung und Studie erbeten.

*7. Teilnahme an DreiFürEins:* Sofern die informierten Einwilligungen zur Teilnahme schriftlich vorlagen, wurden die KuJ ins Projekt eingeschrieben, nochmals ausführlicher mit dem Projekt vertraut gemacht. Nähere Beschreibungen zu den aufgenommenen und versorgten Kindern und Jugendlichen sind den nachfolgenden Ausführungen zu entnehmen.

*8. Gemeinsame Versorgung und Teilhabeförderung vor Ort:* In Kooperation von Schule (ReBBZ, Schulbehörde), Jugendhilfe (ASD, Sozialbehörde) und KJPPP/PIA wurde dann mit der Versorgung und Teilhabeförderung sowie den Befragungen begonnen.

Um die Motivation der Teilnehmer*innen für die Versorgung und Studie zu erhöhen und die Rekrutierung zu unterstützen, wurden außerdem kleine Incentives ausgegeben (z.B. Gutschein für Familientickts in Hamburg). Über die Incentives wurde bereits im Erstgespräch während der umfassenden Information über die Teilnahme an DreiFürEins informiert. Die Erwähnung der Incentives sollte dabei zum einen die Motivation für die Teilnahme an der Studie erhöhen und zum anderen eine kleine Wertschätzung für die Teilnahme an der Studie sein. Die Ausgabe der Incentives erfolgte, auch darüber wurden die Teilnehmer*innen informiert, jedoch erst nach der Abschlussbefragung. Auf diese Weise sollte die Motivation für die Teilnahme an der Versorgung und Studie unterstützt werden.

Das Evaluationsteam erhielt ausschließlich einen anonymisierten Zugang zu den aufgenommenen Fällen in DreiFürEins, um datenschutzrechtlichen Forderungen zu entsprechen.

### 2.1.5 Datenaufbereitung

Nach dem Export der Rohdaten aus secuTrial wurden die Daten anschließend durch die Universität Oldenburg aufbereitet. Dazu wurden zunächst die Daten, die pro Messzeitpunkt,


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Befragtengruppe und Erhebungsinstrument getrennt vorlagen, pro Fall zusammengeführt und so insgesamt 490 Datensätze (Fälle), die im Folgenden für die inhaltliche Effektevaluation genutzt werden, generiert werden. Anschließend wurden im Rahmen der Datensatzaufbereitung Analysen hinsichtlich fehlender Werte bzw. Messungen durchgeführt. In einem ersten Schritt wurde zunächst pro Messzeitpunkt, Befragtengruppe und Instrument geprüft für wie viele Fälle überhaupt Daten vorliegen. Geprüft wurden dabei die Datenquellen/Instrumente, die sich auf die primäre(n) Fragestellung(en) bzw. Hypothese(n) der inhaltlichen Effektevaluation beziehen (also SDQ, CBCL/YSR/TRF und Diagnostik nach MAS sowie soziodemographische Angaben und beratungs- und therapiebezogene Angaben). Wie Tabelle 2 zeigt, sind für den SDQ und den CBCL/YSR/TRF über alle Befragtengruppen hinweg Lücken in Bezug auf die Post- (und Follow-Up-) Erhebungen festzustellen. Darüber hinaus ergeben sich Lücken in Bezug auf die Befragtengruppen (beispielsweise liegen soziodemographische Daten bzw. Elternbefragungen, obwohl sie für alle Fälle angedacht waren, nur zu 378 bzw. 389 der 490 in secuTrial generierten und 502 insgesamt rekrutierten Fälle vor) sowie in Bezug auf die umfassenderen Instrumente (CBCL, YSR und TRF). Dadurch ergeben sich wiederum für kleinere Teilgruppen (z. B. KG KuJ) z. T. sehr kleine Fallzahlen, insbesondere in den Post- und Follow-Up-Messungen (siehe z. B. KG YSR (n = 12 bzw. 4)).

*Tabelle 2: Größe der Stichproben pro Messzeitpunkt, Befragtengruppe und Erhebungsinstrument*

| ***Eltern*** | | Prä-Erhebung | Post-Erhebung | Follow-Up-Erhebung |
|---|---|---|---|---|
| IG | *Soziodemographische Daten* | 296 | - | - |
| | *SDQ* | 311 | 186 | 172 |
| | *CBCL* | 277 | 167 | 152 |
| KG | *Soziodemographische Daten* | 82 | - | - |
| | *SDQ* | 78 | 47 | 17 |
| | *CBCL* | 67 | 38 | 15 |
| Ges | *Soziodemographische Daten* | 378[1] | - | - |
| | *SDQ* | 389 | 233 | 189 |
| | *CBCL* | 344 | 205 | 167 |
| ***KuJ*** | | | | |
| IG | *SDQ* | 135 | 73 | 69 |
| | *YSR* | 115 | 68 | 65 |
| KG | *SDQ* | 72 | 35 | 8 |
| | *YSR* | 24 | 12 | 4 |
| Ges | *SDQ* | 207 | 108 | 77 |
| | *YSR* | 139 | 80 | 69 |
| ***Lehrkräfte*** | | | | |
| IG | *SDQ* | 208 | 137 | - |

[1] Hinweis: Hier ist nicht davon auszugehen, dass das nur für 378 (bzw. 389) der insgesamt 502 rekrutierten Fälle überhaupt Daten für die inhaltliche Effektevaluation vorliegen. Z. T. haben nur KuJ oder auch nur die Lehrkräfte an den Befragungen teilgenommen oder ausschließlich die Therapeut*innen und/oder Fallzuständigen Daten für die Evaluation hinterlegt (obwohl die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten (und KuJ) eingangs in die Teilnahme (sowohl an der Versorgung als auch an der Studie) eingewilligt hatten). Daten für die Evaluation liegen, wie im Text erläutert, zu 490 Fällen vor.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | *TRF* | 186 | 128 | - |
| KG | *SDQ* | 77 | 52 | - |
| | *TRF* | 65 | 46 | - |
| Ges | *SDQ* | 285 | 189 | - |
| | *TRF* | 251 | 174 | - |
| ***Therapeut*innen*** | | | | |
| IG | *Diagnostik nach MAS* | 208 | 137 | - |
| | *Therapiebezog. Angaben* | - | 128 | - |
| KG | *Diagnostik nach MAS* | - | - | - |
| | *Therapiebezog. Angaben* | - | - | - |
| Ges | *Diagnostik nach MAS* | 208 | 137 | - |
| | *Therapiebezog. Angaben* | - | 128 | - |
| ***ReBBZ*** | | | | |
| IG | *Beratungsbezog. Angaben* | - | 281 | - |
| KG | *Beratungsbezog. Angaben* | - | 13 | - |
| Ges | *Beratungsbezog. Angaben* | - | 294 | - |

In einem *zweiten Schritt* wurden, um systematische Dropouts (die gegen eine Imputation der Daten sprechen würden) auszuschließen, inferenzstatistische Vergleiche zwischen Fällen, die fehlende Post-Messungen aufweisen und Fällen, bei denen (pro Befragtengruppe bzw. Instrument) vollständige Messungen vorlagen, durchgeführt. Geprüft wurde dabei in Bezug auf Unterschiede hinsichtlich:

- des Alters der KuJ
- des Geschlechts der KuJ
- eines Vorhandenseins (mind.) eines diagnostizierten Förderbedarf/Förderschwerpunkts
- das Zuhause gesprochene Sprache
- des Haushaltsnettoeinkommens
- des Vorhandenseins einer Therapieerfahrung bei (mind.) einem Elternteil
- der Gesamtproblemwerte des SDQ und CBCL, YSR und TRF
- der (Therapie-)Motivation

Eine umfassende Darstellung dieser Analysen erfolgt im Anhang (siehe Anlage 1). Da sich dabei nur vereinzelt und nicht systematisch sowie lediglich sehr geringe Unterschiede zwischen Fällen, die fehlende Post-Messungen aufweisen und Fällen, bei denen (pro Befragtengruppe bzw. Instrument) vollständige Messungen vorliegen zeigen (es konnten lediglich ein signifikanter Unterschied zwischen Fällen mit und ohne SDQ Eltern-Dropout in Bezug auf das Alter *(T (1,385) = 2.240; p = .026; Mittlere Differenz = 0.68)* und ein signifikanter Unterschied zwischen Fällen mit und ohne CBCL-Dropout in Bezug auf das *Geschlecht (T (1,338.005) = -2.079, p = .038, Mittlere Differenz = 0.10)* festgestellt werden, während alle anderen Prüfungen keine Unterscheide ergeben), wird von einem zufälligen Dropout ausgegangen.

In einem *dritten Schritt* wurde – ausgehend von den oben dargestellten Befunden – eine Imputationsstrategie entwickelt und umgesetzt: Da fehlende Werte im Datensatz zu einer geringeren Präzision und mitunter zu Verzerrungen von Parameterschätzungen führen können und ein Problem für die inhaltliche Evaluation der Versorgungsform darstellen, wurde eine


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

zweischrittige Imputation der Daten durchgeführt. In einem ersten Schritt wurden einzelne fehlende Werte durch den Median der anderen zu den Skalen gehörenden Items ersetzt. In einem zweiten Schritt wurden fehlende Post-Messungen mithilfe des Last-Observation-Carried-Forward-Verfahrens (konservativ) imputiert. Fehlende Post-Messungen wurden also durch Prä-Messungen ersetzt, sofern diese vorlagen.

Im *vierten und letzten Schritt* der Datenaufbereitung wurden die Skalen der eingesetzten Erhebungsinstrumente entsprechend der Hinweise in den zugehörigen Manualen berechnet und Reliabilitätsanalysen unterzogen. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen sind in dem Bericht anliegendem Skalenhandbuch (siehe Anlage 2) dargestellt. Ergebnis der Datensatzaufbereitung und Imputationen sind drei Datensätze (1. nichtimputierter Datensatz, 2. imputierter Datensatz bei einer Imputation von einzelnen fehlenden Werten, 3. imputierter Datensatz bei einer Imputation von einzelnen fehlenden Werten *und* fehlenden Messzeitpunkte). An den beiden imputierten Datensätzen wurden jeweils Sensitivitätsanalysen zu den auf den protokollierten Daten basierenden Ergebnissen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Analysen werden jeweils im Anschluss an die umfassende Darstellung der Befunde aus den protokollierten Daten berichtet. Sie dienen der Überprüfung, ob sich die wesentlichen Effekte auch unter Einbeziehung der (konservativ) imputierten Werte replizieren lassen. Da durch die Imputation fehlender Werte die effektive Stichprobengröße steigt, ist in den Sensitivitätsanalysen von einer höheren Teststärke auszugehen. Entsprechend sinkt die Wahrscheinlichkeit für Fehler 2. Art (falsch-negative Befunde). Die Schätzungen werden durch die größere Datenbasis stabiler und weniger anfällig für zufallsbedingte Schwankungen. Insbesondere unter Berücksichtigung der konservativen Imputationsmethode sind auf Basis der imputierten Daten beobachtete Effekte als statistisch robuster zu interpretieren.

### 2.1.6 Datenauswertung

Angenommen wurde im Rahmen der Evaluation, dass sich die selbst- und fremdberichteten psychischen Störungen und Verhaltensstörungen, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Bildungsteilhabe in der Interventions- und der Kontrollgruppe über die Messzeitpunkte hinweg unterschiedlich entwickeln. Hierzu wurden entsprechende Daten erhoben und sowohl deskriptiv als auch inferenzstatistisch ausgewertet:

So erfolgte zunächst eine *deskriptive Datenanalyse der Endpunkte*, d. h. eine Beschreibung und Darstellung der wesentlichen Daten der Stichprobe in Form von Graphiken, Tabellen oder Kennwerten. Im Rahmen der Evaluation wurden zunächst die absoluten und relativen Häufigkeiten (nominale und ordinale Daten der Stichprobe) bzw. die Mittelwerte und Standardabweichungen (metrische Daten der Stichprobe) für jeden Messzeitpunkt getrennt nach Interventions- und Kontrollgruppe (IG und KG) untersucht. Im Fokus stand dabei vorrangig der primäre Endpunkt und nachrangig die beiden sekundären Endpunkte. Geprüft wurde aus methodischen Gründen auch, ob sich Interventions- und Kontrollgruppe bereits zu Beginn der Studie unterschieden, um entsprechende Effekte ausschließen zu können.

Danach erfolgte eine *inferenzstatistische Datenanalyse der Endpunkte*, d. h. das (berechtigte) Ziehen von verallgemeinernden Rückschlüssen aus der Stichprobe für die Grundgesamtheit. In Abhängigkeit von den jeweiligen Befragtengruppen, den Hypothesen und den zur Verfügung stehenden Daten (z. B. Stichprobengröße, Messniveau und Anzahl der abhängigen Variablen, Anzahl der Messwiederholungen, Normalverteilung etc.) kamen für die Prüfung unterschiedliche Testverfahren zum Einsatz (Chi-Quadrat- und McNemar-, Mann-Whitney-U- &


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test sowie Mixed Anova & Anova mit Messwiederholung). Im Fokus der inferenzstatistischen Analyse bei DreiFürEins stand die Prüfung der bereits benannten Unterschiedshypothesen (zwischen Interventions- und Kontrollgruppe über die Zeit). Außerdem erfolgte im Rahmen der inferenzstatistischen Analysen eine Prüfung von Innersubjekteffekten sowie eine (nach Interventions- und Kontrollgruppe getrennte) Darstellung der abhängigen Variablen bzw. Endpunkte zum 2. Messzeitpunkt.

Die inferenzstatistische Datenanalyse erfolgte auf der Basis unterschiedlicher Signifikanzniveaus: 1. Die statistische Prüfung des primären Endpunkts erfolgt in einem ersten Schritt anhand eines p-Wertes von 0.05. Aufgrund der hohen fachlichen Bedeutung des primären Endpunkts und des multiplen Testens wird in einem zweiten Schritt eine Anpassung des p-Wertes mittels der konservativen Bonferroni-Korrektur vorgenommen (Einsatz von Manovas, zwei Erhebungsinstrumente, drei Befragtengruppen = sechs unabhängige, primäre Hypothesentests). D.h. der zugrunde gelegte p-Wert von 0.05 reduziert sich durch die Adjustierung bei sechs Messungen (IG-KG-Prä-Post-Messung: SDQ Eltern, SDQ Kinder und Jugendliche, SDQ Lehrkräfte, CBCL Eltern, YSR Kinder und Jugendliche, TRF Lehrkräfte) auf einen p-Wert von 0.008. Bei vier Messungen (Prä-Follow-up-Messung SDQ und CBCL Eltern, SDQ und YSR Kinder und Jugendliche) reduziert sich der zugrunde gelegte p-Wert von 0.05 durch die Adjustierung auf einen p-Wert von 0.013. 2. Die statistische Prüfung der übrigen, sekundären Endpunkte erfolgt einheitlich und ausschließlich mittels eines p-Wertes von 0.05.Bei den KuJ ermöglichte es das gewählte Design prinzipiell, a) die klinische Symptomatik und Bildungsteilhabe über ein Screening und Diagnoseverfahren abzusichern, b) den Erfolg der Behandlung aus verschiedenen Perspektiven zu bewerten (KuJ, Eltern, Lehrkräfte und ggf. Therapeut*innen), c) Unterschiede in der Entwicklung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe und so Effekte der Versorgungsform zu ermitteln sowie d) Aussagen zu Verläufen und zur Nachhaltigkeit zu ermöglichen. Die Datenanalyse in der Evaluation konzentrierte sich zunächst auf die Unterschiede zwischen IG und KG über die Zeit, da dort der Beginn und das reguläre Ende der neuen Versorgungsform adressiert worden sind. Darüber hinaus fand in der Interventionsgruppe eine Prüfung der Entwicklung der Messwerte über drei Messzeitpunkte hinweg statt, um die Stabilität der Merkmale zu prüfen und eine erhöhte Evidenz für (kausale und) nachhaltige Wirkungsaussagen zu erhalten.

Zur Ergebnisabsicherung wurden zusätzlich folgende Verfahren und Prüfungen eingesetzt:

*Berücksichtigung von Confoundern:* Um potenzielle Confounder zu erkennen, wurden möglicherweise beeinflussende Variablen (z. B. Alter, Geschlecht, Schultyp, Bildungshintergrund; Symptomatik, Therapieform, Schweregrad der klinischen Symptomatik und der Bildungsteilhabe) auf Unterscheide zwischen Interventions- und Kontrollgruppe geprüft.

*Berechnung von Effektstärken:* Da bei großen Stichproben selbst kleine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe signifikant werden konnten, wurden zur Analyse der praktischen Relevanz signifikanter Unterschiede die Effektstärken berichtet (in Anlehnung an Cohen 1988, S. 24ff.). Auf diese Weise ist es möglich, empirisch valide Aussagen über den praktischen Erfolg der Versorgungsform zu treffen.

*Korrelationsanalysen:* Zur differenzierten Beschreibung des Zusammenhangs zwischen einzelnen, unabhängigen Variablen und dem primären Endpunkt wurden ergänzend Korrelationsanalysen vorgenommen. Hierzu wurden zusätzliche Variablen berücksichtigt (z. B. soziodemographische und behandlungsspezifische Daten). Die Analysen lassen Rückschlüsse über die


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Stärke von Zusammenhängen zu. Im Rahmen der Evaluation wurde mittels Korrelationsanalysen untersucht, welche Zusammenhänge zwischen den Leistungen der KJPPP in DreiFürEins und dem Behandlungserfolg bestehen (vgl. das Kapitel 3.1.5.7 des Evaluationsberichts). Auf einen Vergleich und eine Gegenüberstellung der Therapieansätze der beiden beteiligten Kliniken wurde verzichtet, um a) das Risiko einer unzureichenden Power b) Fehlinterpretationen (z.B. aufgrund der regionalen Unterschiede, der Patientenunterschiede, der Spezialisierung der Kliniken) und c) einen Wettbewerb und eine Stigmatisierung der beteiligten Kliniken in DreiFürEins zu vermeiden und d) den Schutz der beiden Kliniken und Mitarbeitenden zu gewährleisten (Datenschutz, ethische Fragen, Vertraulichkeit).

### 2.1.7 Änderungen am Evaluationsdesign

Das in den vorigen Kapiteln dargestellte Evaluationsdesign enthält einige Änderungen zur ursprünglich geplanten Evaluation. Die Änderungen betreffen insbesondere 1. die Konkretisierung und Reduzierung von Erhebungsinstrumenten, 2. die Reduzierung der Messzeitpunkte, 3. die Reduzierung der Fallzahl, 4. die Reduzierung von Hypothesen/Endpunkten, 5. die Verschiebung der Altersgrenze für die Befragungen der Kinder und Jugendlichen, 6. die Ergänzung von Befragungen zur Beurteilung der Behandlung (FBB), 7. die Ergänzung der Incentivierung, 8. Festhalten am Interventions-Kontrollgruppen-Design trotz z. T. kleiner Fallzahlen (insbesondere in der Kontrollgruppe), 9. Imputation fehlender Post-Messungen und Durchführung von Sensitivitätsanalysen an den imputierten Datensätzen, 10. Follow-Up-Analysen nur für die Interventionsgruppe, 11. Verzicht auf die Berücksichtigung von Confoundern sowie 12. Verzicht auf Regressionsanalysen. Die Änderungen werden im Folgenden kurz dargestellt.

*1.* Die *Konkretisierung und Reduzierung von Erhebungsinstrumenten* war bereits im Evaluationskonzept für die Zeit nach der ersten Erprobungsphase vorgesehen. Gestützt auf Rückmeldungen der Befragten (KuJ und Eltern) und der Fachkräfte in den ReBBZ/KJPPP wurden prioritäre Erhebungsinstrumente in der Erprobungsphase ausgewählt und vor allem reduziert. Gekürzt wurden schrittweise folgende ursprünglich eingeplante Erhebungsinstrumente a) TAT (Murray 1991), SFT und DIKJ (Stiensmeier-Pelster u. a. 2014), b) Kidscreen, ISAP (Version für KuJ) sowie c) Feel-KJ (Grob & Smolenski 2009) und SELLMO (Spinath, 2012). Der als zu umfangreich bewertete Aufwand für die Befragten konnte so spürbar verringert werden.

*2.* Die *Reduzierung der Messzeitpunkte* diente ebenfalls der Reduzierung des Aufwandes bei den Befragten und Fachkräften. So wurde eine ursprünglich geplante nach der Hälfte der Versorgung geplante Verlaufsmessung gekürzt, um den Aufwand für die Befragten und Fachkräfte in den ReBBZ/KJPPP zu reduzieren (KuJ und Eltern).

3. Die *Reduzierung der Fallzahl* stellte eine Reaktion auf Rekrutierungsprobleme insbesondere in der KG dar. Im Rahmen einer durch die Reduzierung der Messzeitpunkte ohnehin notwendigen Anpassung der Fallzahlschätzung wurde aufgrund der Rekrutierungsprobleme daher außerdem die angestrebte Teststärke von (ursprünglich) 0.9 auf 0.8 reduziert und damit eine Reduktion der angestrebten Fallzahl von (ursprünglich) 1100 auf (neu) 850 Fälle herbeigeführt.

*4.* Die *Reduzierung von Hypothesen und Endpunkten* ging mit der Reduzierung von Erhebungsinstrumenten und Messzeitpunkten einher. So war ursprünglich eine Untersuchung von zwei weiteren sekundären Endpunkten (‚Emotionsregulation' und ‚Lern- und Leistungsmotivation')


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

geplant. Auf diese wurde aufgrund bzw. zugunsten der notwendigen Reduzierung der Erhebungsinstrumente verzichtet.

5. Die *Verschiebung der Altersgrenze für die Befragungen der Kinder und Jugendlichen* zielte auf ein einheitliches Vorgehen in den ReBBZ/KJPPP sowie altersangemessene Erhebungsinstrumente ab. So wurde die Altersgrenze für alle Tests der Selbsteinschätzung von 8 bzw. 10 Jahren auf 11 Jahre erhöht.

6. Die *Ergänzung der Befragungen durch eine Beurteilung der Behandlung (FBB)* diente einer ergänzenden Bewertung des Behandlungserfolgs aus unterschiedlichen Perspektiven. Die Evaluation stützt sich damit nicht nur auf (objektive) Veränderungen in den Endpunkten, sondern auch auf den subjektiv wahrgenommenen Behandlungsverlauf und -erfolg sowie die subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung.

*7.* Die *Ergänzung der Incentivierung* diente einer Vermeidung von Rekrutierungsschwierigkeiten und einer Erhöhung der Mitwirkungsbereitschaft – insbesondere in den Kontroll-ReBBZ – an der Versorgung und der inhaltlichen Evaluation. Die Incentivierung zielte damit letztlich auf eine Erhöhung der Fallzahlen und eine Verringerung des Studiendropouts ab.

8. Am *Interventions-Kontrollgruppendesign* wurde trotz eines (nachträglich hinzugefügten) Hinweises im Evaluationskonzept, dass bei nicht ausreichend großer KG alternativ auf ein Ein-Gruppen-Prä-Post-Follow-Up-Design zurückgegriffen wird, trotz z. T. geringer Fallzahlen in der KG festgehalten, um 1. abgesicherte Wirkungsaussagen über DreiFürEins treffen zu können sowie 2. eine Vergleichbarkeit zu anderen Studien herzustellen. Die Ein-Gruppen-Prä-Post-(Follow-Up-)Analysen wurden dennoch (zusätzlich) durchgeführt und dargestellt.

9. Abweichend zum ursprünglichen Evaluationskonzept erfolgte eine *Imputation von fehlenden Post-Messungen*, da zum Teil höhere Drop-Out-Quoten (Prä-Post) vorlagen. Um dennoch eine zumindest hinnehmbare Teststärke im Rahmen von Sensitivitätsanalysen zu erzielen, wurden fehlende Post-Messungen imputiert und an den imputierten Datensätzen *Sensitivitätsanalysen* durchgeführt. Dass über den konkreten Umgang mit fehlenden Werten und dem Dropout nach Ende der Erhebungen entschieden wird, war jedoch auch im ursprünglichen Evaluationskonzept bereits vorgesehen.

10. Die *Follow-Up-Analysen* wurden abweichend vom ursprünglichen Evaluationskonzept ausschließlich für die Interventionsgruppe durchgeführt, da aufgrund der ohnehin geringen Fallzahl in der KG und der hohen Dropout-Quote die Fallzahlen in der KG zum Teil zu gering für inferenzstatistische Auswertungen waren. Sie waren allerdings bereits im Evaluationskonzept ausschließlich bei hinreichend großer Fallzahl vorgesehen.

11. Auf die *Berücksichtigung von Confoundern* wurde in Abweichung vom ursprünglichen Evaluationskonzept verzichtet, da die Einbeziehung zusätzlicher Kovariaten die ohnehin geringe Fallzahl weiter reduziert hätte (da unvollständige Fälle ausgeschlossen worden wären/nur Fälle berücksichtigt werden können, für die alle im Modell berücksichtigten Variablen vorliegen). Darüber hinaus hätte die zusätzliche Modellkomplexität zu einer stärkeren Einschränkung der Freiheitsgrade geführt, was insbesondere bei kleinen Stichproben zu einer verringerten Teststärke und damit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Fehler 2. Art geführt hätte. Vor diesem Hintergrund wurde entschieden, auf die Adjustierung zu verzichten, um die Aussagekraft der Haupteffekte nicht zusätzlich zu schwächen.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

12. Auf *Regressionsanalysen* wurde in Abweichung vom ursprünglich Evaluationskonzept verzichtet, da weder theoriegeleitet noch durch die (im Evaluationsbericht dargestellten) explorativen Korrelationsanalysen eine eindeutige Identifikation von Variablen für das Regressionsmodell ermöglichte.

## 2.2 Evaluationsdesign der inhaltlichen Effektevaluation in Bezug auf die beteiligten FKR

Die inhaltliche Effektevaluation bei den Fachkräften (FKR) zielte auf das übergeordnete Projektziel von DreiFürEins ab, die Kooperation sowie des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko bei den beteiligten FKR aus KJPPP, Schule (ReBBZ) und JH (Jugendamt) zur verbessern. Zur Zielüberprüfung wurde im Rahmen der inhaltlichen Effektevaluation eine kontrollierte Längsschnittstudie durchgeführt. In der Evaluation wurde der Erfolg der Intervention bei einer Interventionsgruppe von FKR, die an der Umsetzung von DreiFürEins beteiligt war (IG-ReBBZ), untersucht und mit einer Kontrollgruppe von FKR, die die Regelversorgung umgesetzt hat (KG-ReBBZ), verglichen. Die Studie verfolgte insofern einen quantitativ-empirischen sowie hypothesenprüfenden Anspruch. Sie stützte sich auf zwei Messwiederholungen und einen Interventions-Kontrollgruppenvergleich.

### 2.2.1 Ziele, Fragestellungen und Hypothesen

Die inhaltliche Effektevaluation bei den FKR verfolgte – angelehnt an das übergreifende Projektziel von DreiFürEins – das Ziel, den Interventionseffekt der sektorenübergreifenden Versorgung auf die Kooperation sowie das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko der Fachkräfte hin zu untersuchen. Da im Fokus der Versorgung die Kinder und Jugendlichen standen, wurde dieses Ziel als zweites sekundäres Ziel der inhaltlichen Evaluation, formuliert. Als sekundäre Fragestellungen der inhaltlichen Evaluation wurden dem zweiten sekundären Ziel entsprechend, drei Fragstellungen formuliert:

> **FKR-Fr6**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf die Verbesserung der subjektiven Kooperationsbereitschaft, des Kooperationsverhaltens und der Kooperationszufriedenheit bei den beteiligten Fachkräften aus?
>
> **FKR-Fr7**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf die Erhöhung der gemeinsamen, sektorübergreifenden Fallbearbeitungszeit und Kooperationsintensität aus?
>
> **FKR-Fr8**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf die Verbesserung der Selbstwirksamkeit und die Reduzierung des Beanspruchungserlebens und Burnout-Risikos bei den beteiligten Fachkräften aus?

Aus den Zielen und Fragestellungen der Evaluation wurden folgende Alternativhypothesen für die Evaluation abgeleitet:

> **FKR-6**: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins verbessern sich die subjektive Kooperationsbereitschaft, das Kooperationsverhalten und die Kooperationszufriedenheit bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**FKR-7**: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins erhöht sich die gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit und Kooperationsintensität bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ.

**FKR-8**: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins verbessert sich die Selbstwirksamkeit und reduziert sich das Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ.

### 2.2.2 Datenquelle und Erhebungsinstrumente

Um die Fragestellungen zu beantworten, wurde, wie oben bereits erwähnt, eine Befragung der an DreiFürEins beteiligten Fachkräfte aus ReBBZ, Klinik und Jugendämtern sowie nicht an DreiFürEins beteiligten Fachkräfte aus ReBBZ und Jugendamt durchgeführt. Die Befragung umfasste zwei Messzeitpunkte. Diese lagen unmittelbar zu Beginn sowie zum Ende der DreiFürEins-Feldphase (Januar/Februar 2022 bzw. Januar/Februar 2024). Die zu den Messzeitpunkten erhobenen Daten und eingesetzten Erhebungsinstrumente werden im Folgenden vorgestellt.

Die Befragungen bezogen sich (jeweils) einerseits auf soziodemographische sowie berufsbezogener Daten (z. B. Professions-, Einrichtungs- und Abteilungszugehörigkeit(en), Beschäftigungsumfang, Personalfluktuation in der Einrichtung), die Wirkungen von DreiFürEins in Bezug auf die Fachkräfte beeinflussen/moderieren können sowie andererseits auf die Endpunkte der Evaluation (also die Kooperationsbereitschaft, das Kooperationsverhalten, die Kooperationszufriedenheit, die gemeinsame Fallbearbeitungszeit, die Kooperationsintensität sowie das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben und Burnout-Risikos der Fachkräfte). Die soziodemographischen und berufsbezogenen Daten wurden dabei im Rahmen beider Messzeitpunkte erhoben, da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass 1. zum zweiten Messzeitpunkt Personen an der Befragung teilnehmen, die zum ersten Messzeitpunkt nicht teilgenommen hatten sowie 2. sich Änderungen bezüglich der berufsbezogenen Angaben (z. B. in Bezug auf Einrichtung- und Abteilungszugehörigkeit oder Personalfluktuation in der Einrichtung) ergeben. Die Befragung zu den Endpunkten der Evaluation erfolgte hingegen zu zwei Messzeitpunkten um entsprechende Veränderungen feststellen zu können. Dafür wurden Fragen und Skalen aus anderen Untersuchungen und der Fachliteratur a) zur (multiprofessionellen) Kooperation (vor allem Sicotte u. a. 2002 und Fussangel 2008, ergänzend: Kelly u. a. 2013 und Furthmüller 2014) sowie b) zur Selbstwirksamkeit und zum Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko (u.a. Berufliche Selbstwirksamkeit: Abele u. a. 2006, Kollektive Selbstwirksamkeit: Schwarzer & Jerusalem 1999, Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko: Original: Schaufeli, Leiter, Maslach und Jackson 1996 und deutsche Übersetzung: Cillien, Fischbach, Mörsdorf, Scherp und Schaufeli 2006) übernommen bzw. adaptiert.

Eine Übersicht über die zu den einzelnen Messzeitpunkten erhobenen Daten und eingesetzten Erhebungsinstrumente liefert Tabelle 3. Die Verantwortung für die dargestellten Erhebungen lag bei der Universität Oldenburg. Sie führte die Befragungen der Fachkräfte online über eine LimeSurvey-Installation auf den Servern der Universität durch. Dazu wurde über die Einrichtungsleitungen per E-Mail jeweils ein Link zur Befragung an die Fachkräfte verschickt bzw. weitergeleitet. Die E-Mail enthielt neben dem Link auch die Einladung zur Befragung sowie


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

umfassende Informationen zur Teilnahme. Nach Bedarf wurden außerdem jeweils mehrere Erinnerungen an die Befragungen verschickt. Die Universität Oldenburg konnte erhobenen Daten über die LimeSurvey-Installation in pseudonymisierter Form als Rohdaten pro Fall und Erhebungszeitpunkt exportieren. Die Daten wurden dabei jeweils unmittelbar nach Ende der Erhebungswelle exportiert.

*Tabelle 3: Datenquellen für die inhaltliche Effektevaluation in Bezug auf die FKR*

| | ***1. Messzeitpunkt (Prä)*** | ***2. Messzeitpunkt (Post)*** |
|---|---|---|
| **Soziodemographische und berufsbezogene Daten** | | |
| Soziodemographische Daten | IG & KG | IG & KG |
| Berufsbezogene Daten | IG & KG | IG & KG |
| **Kooperationspraxis** | | |
| Kooperationsbereitschaft | IG & KG | IG & KG |
| Kooperationsverhalten | IG & KG | IG & KG |
| Kooperationszufriedenheit | IG & KG | IG & KG |
| **Kooperationsumfang** | | |
| Kooperationsintensität | IG & KG | IG & KG |
| Gemeinsame sektorenübergreifende Fallbearbeitungszeit | IG & KG | IG & KG |
| **Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben** | | |
| ***Selbstwirksamkeitserleben*** Berufliche Selbstwirksamkeit (BSW) | IG & KG | IG & KG |
| Kollektive Selbstwirksamkeit (SWE) | IG & KG | IG & KG |
| ***Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko*** Maslach Burnout-Inventary – General Survey (MBI – GS-D) | IG & KG | IG & KG |

### 2.2.3 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Fachkräfte erfolgte, wie im letzten Kapitel bereits erwähnt, über Einladungen zur Befragung per Mail. Dazu wurde von den ReBBZ-, Klinik- und Jugendamtsleitungen eine E-Mail der Universität Oldenburg an die Zielgruppen in den jeweiligen Häusern weitergeleitet. Zudem wurden die Befragungen per Mail sowie im persönlichen Kontakt von den Einrichtungsleitungen und jeweiligen Behördenvertreter*innen beworben und von der Universität Oldenburg mehrfach per Mail an die Befragung erinnert. Zur Erhöhung der Rücklaufquoten wurden zudem die Befragungszeiträume bis April verlängert (zum ersten Messzeitpunkt ausschließlich für die Befragung der Jugendamtsmitarbeiter*innen, zum zweiten Messzeitpunkt sowohl für die Jugendamts- als auch für die ReBBZ-Mitarbeiter*innen).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

### 2.2.4 Datenaufbereitung

Nach dem Export der Rohdaten aus LimeSurvey wurden die Daten durch die Universität Oldenburg aufbereitet. Dazu wurden zunächst die Daten, die pro Messzeitpunkt getrennt vorlagen, pro Fall zusammengeführt. Anschließend wurden Missing-Analysen hinsichtlich einzelner, fehlender Werte und fehlender Messungen durchgeführt. Von einer Imputation der Daten wurde nach den Analysen abgesehen: Zwar können fehlende Werte und Messungen im Datensatz zu einer geringeren Präzision und zu Verzerrungen von Parameterschätzungen führen und damit zu einem Problem für die inhaltliche Evaluation der Versorgungsform führen, allerdings lagen von insgesamt 172 der 231 antwortenden Fachkräfte keine Post-Messungen (= 74.4 % der Prä-Befragten) sowie von insgesamt 118 der 177 antwortenden Fachkräfte keine Prä-Messungen (= 66.7 % der Post-Befragten) vor. Vor diesem Hintergrund war davon auszugehen, dass eine Imputation größere Verzerrungen hervorrufen würde als die Analyse der protokollierten Daten. Von der Imputation wurde daher abgesehen. Stattdessen wurde jedoch die Auswertungsstrategie angepasst und das Design erweitert. Eine Erläuterung dazu erfolgt im nächsten Kapitel. In einem zweiten Schritt wurden die Skalen der eingesetzten Erhebungsinstrumente entsprechend der Hinweise in den zugehörigen Manualen und Veröffentlichungen berechnet und Reliabilitätsanalysen unterzogen. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen sind im dem Bericht anliegen Skalenhandbuch (siehe Anlage 3) dargestellt.

### 2.2.5 Datenauswertung

Angenommen wurde im Rahmen der inhaltlichen Evaluation, dass sich die Kooperation sowie die Selbstwirksamkeit, das Beanspruchungserleben und das Burnout-Risiko bei den Fachkräften der IG-ReBBZ und KG-ReBBZ über die Messzeitpunkte hinweg unterschiedlich entwickeln würden. Hierzu wurden entsprechende Daten erhoben und sowohl deskriptiv als auch inferenzstatistisch ausgewertet. Dabei wurde aufgrund zwar hoher Rücklaufquoten aber wenig „echten“ Wiederholungsbefragten folgendermaßen vorgegangen: Es erfolgten zunächst 1. Auswertungen zu den tatsächlich Wiederholungsbefragten, in den Unterscheide zwischen Interventions- und Kontrollbezirken untersucht wurden („echte“ Wiederholungsbefragte) sowie anschließend 2. Auswertungen, in denen alle Befragten berücksichtigt und Unterschiede zwischen direkt an DreiFürEins beteiligten und nicht an DreiFürEins beteiligten Fachkräften untersucht worden sind („alle Befragten). In beiden Auswertungen zweischrittig vorgegangen:

1. In einem ersten Schritt erfolgte eine deskriptive Datenanalyse, d. h. eine Beschreibung und Darstellung der wesentlichen Daten der Stichprobe in Form von Tabellen oder Kennwerten., sodass im Rahmen der Evaluation zunächst die absoluten und relativen Häufigkeiten (nominale und ordinale Daten der Stichprobe) bzw. die Mittelwerte und Standardabweichungen (metrische Daten der Stichprobe) getrennt nach Interventions- und Kontrollgruppe (IG und KG) dargestellt wurden und außerdem aus methodischen Gründen geprüft wurde, ob sich Interventions- und Kontrollgruppe bereits zu Beginn der Studie unterschieden, um entsprechende Effekte ausschließen zu können.

2. In einem zweiten Schritt erfolgte dann eine inferenzstatistische Datenanalyse der Endpunkte, d. h. das (berechtigte) Ziehen von verallgemeinernden Rückschlüssen aus der Stichprobe für die Grundgesamtheit. Im Fokus der inferenzstatistischen Analyse stand dabei die Prüfung der bereits benannten Unterschiedshypothesen (zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (und Messzeitpunkten)). Hierfür kamen Mixed Anova (Auswertungen zu


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Wiederholungsbefragte) & Manova (Auswertungen für alle Befragten) zum Einsatz. Die inferenzstatistische Datenanalyse erfolgte – aufgrund des sekundären Endpunkts – auf der Basis eines Signifikanzniveaus von $\alpha = 0.05$.

Das gewählte Prä-Post-Design bei den Fachkräften ermöglicht es Unterschiede in der Entwicklung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe über die Zeit zu untersuchen und so Effekte der Versorgungsform zu ermitteln.

### 2.2.6 Änderungen am Evaluationsdesign

Das in den vorigen Kapiteln dargestellte Evaluationsdesign enthält einige Änderungen zur ursprünglich geplanten Evaluation. Diese betreffen insbesondere 1. Konkretisierungen und Reduzierungen der Erhebungsinstrumente, 2. eine Verlängerung des Zeitraums zwischen den Prä-Post-Befragungen sowie 3. die Erweiterung des Designs um eine qualitative Prozessevaluation.

Zu 1) Veränderungen sind dabei durch (geplante) Konkretisierung/Reduzierungen der Erhebungsinstrumente nach der Erprobungsphase sowie einen Austausch mit den Behördenvertreter*innen der befragten Einrichtungen begründet. So wurden, da sich während und nach der Erprobungsphase das Bild der Zielgruppe und der zu untersuchenden Kooperation schärfte, der ICC (Bronstein 2002) und AVEM (Schaarschmidt & Fischer 2008) entgegen der ursprünglichen Planung nicht eingesetzt, der ASKU (Beierlein u.a. 2014) durch den SWE ersetzt und BSW und SWKO entgegen der ursprünglichen Planung ergänzt. Zudem wurde von einer Paper-Pencil-Befragung zu einer Online-Befragung gewechselt.

Zu 2) Eine Verlängerung des Zeitraums zwischen den Prä-Post-Befragungen wurde aufgrund coronabedingter Herausforderungen vorgenommen, da angenommen wurde, dass durch die Coronazeit die Projektumsetzung, die multiprofessionelle Kooperation und letztlich die Wirkungen von DreiFürEins verzögern würden.

Zu 3) Die Erweiterung des Designs um eine inhaltliche Prozessevaluation fand statt, um 1. subjektive und kollektive Orientierungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen der Steuerungs- und Handlungsebene zum Projekt DreiFürEins zu erfassen, 2. ein vertieftes und umfassenderes Verständnis der Projektumsetzung, multiprofessionellen Kooperation und Wirkungseinschätzungen zu erhalten (Schwierigkeiten, Herausforderungen, Gelingensbedingungen, Lösungsansätze und -strategien, Wirkungen und Grenzen) und 3. bei zwar hohen Rücklaufquoten aber wenigen „echten“ Wiederholungsbefragten die quantitativen Analysen zu ergänzen. Das Design ermöglicht zwar keine echten Prä-Post-Vergleiche, stellt aber eine Möglichkeit dar, unterschiedliche Befragte und Befragtengruppen mit ihren subjektiven und kollektiven Orientierungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen systematisch im Rahmen der inhaltlichen Evaluation zu erfassen (z.B. Steuerungs- und Handlungsebene, unterschiedliche Organisationszugehörigkeiten, verschiedene ReBBZ).

## 2.3 Evaluationsdesign der inhaltlichen Prozessevaluation in Bezug auf die beteiligten FKR

Die ergänzende, inhaltliche Prozessevaluation hatte das inhaltliche Interesse, subjektive und kollektive Orientierungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen der Steuerungs- und Umsetzungsebene aus den verschiedenen Sektoren zu 1. Schwierigkeiten und Herausforderungen,


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

2. Gelingensbedingungen und Lösungsansätzen und -strategien sowie 3. Wirkungen und Grenzen der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten tiefgründiger herauszuarbeiten. Die ergänzende Prozessevaluation stützte sich auf leitfadengestützte Einzel- und Gruppeninterviews mit an der Steuerung und Umsetzung von DreiFürEins beteiligten Akteur*innen und verfolgte einen qualitativ-empirischen, eher explorativen Ansatz.

### 2.3.1 Ziele, Fragestellungen und Hypothesen

Die leitenden Fragestellungen der inhaltlichen Prozessevaluation lauteten im Detail:

> **FKR-Fr-zus1**: Welche Schwierigkeiten und Herausforderungen oder Gelingensbedingungen werden im Hinblick auf die Implementierung und Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in Innovationsfondprojekten berichtet?
>
> **FKR-Fr-zus2**: Wie konnte den Schwierigkeiten und Herausforderungen, die sich im Rahmen der Implementierung und Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zeigten, begegnet werden?
>
> **FKR-Fr-zus3**: Welche gewinnbringenden und/oder defizitären Aspekte werden im Hinblick auf die sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten erzielt/berichtet?

### 2.3.2 Datenerhebung und Sampling

Um die Fragestellungen zu beantworten, wurden, wie bereits oben erwähnt, im Zeitraum von September bis Dezember 2023 Einzel- und Gruppeninterviews mit an der Steuerung und Umsetzung von DreiFürEins beteiligten Akteur*innen durchgeführt. Konkret wurden 11 Einzel- und Gruppeninterviews (8 Einzel- und 3 Gruppeninterviews) mit an der Steuerung beteiligten Akteur*innen (aus ReBBZ, ASD, KJPPP, Schulbehörde, Sozialbehörde und Krankenkassen) sowie 17 Einzelinterviews mit an der Umsetzung beteiligten Fachkräften (aus ReBBZ, KJPPP und ASD) geführt. Die Zusammenstellung des Samples erfolgte anhand a) der Funktion (Steuerungs- und Umsetzungsebene), b) der Organisationszugehörigkeit (Schule, Kinder- und Jugendhilfe, KJPP, Krankenkasse sowie c) der Beteiligung am Projekt (Fachkräfte der IG-ReBBZ). Befragt werden sollten Personen, die 1. an der Steuerung und Umsetzung von DreiFürEins beteiligt waren, 2. aus allen beteiligten Sektoren von DreiFürEins (Schule, Kinder- und Jugendhilfe, KJPP, Krankenkassen) sowie 3. aus allen vier an der Umsetzung von DreiFürEins beteiligten (Einzugsbereichen der ReBBZ). Die Leitfäden orientierten sich an den Fragestellungen der inhaltlichen Prozessevaluation und wurden jeweils an das Arbeitsfeld der Interviewten angepasst. So erhielten beispielsweise Akteur*innen auf der Steuerungsebene vor allem Fragen zur Projektsteuerung, während Akteur*innen auf der Umsetzungsebene konkretere Fragen zur Umsetzung und Kooperation in DreiFürEins erhielten. Die verwendeten Leitfäden sind in Anlage 4 (a & b) zu finden.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

### 2.3.3 Datenaufbereitung und -auswertung

Zur Auswertung wurde in einem ersten Schritt eine Transkription der Interviews vorgenommen (orientiert an den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl 2018, S. 21ff.). In einem zweiten Schritt fand eine inhaltsanalytische Auswertung mittels a) induktiver und deduktiver Kategorienbildung und Erfassung von Ankerbeispielen, b) schrittweiser Entwicklung eines Kategoriensystems und c) anschließender Beschreibung und Interpretation der Kategorien und des Kategoriensystems statt. Grundlage der deduktiven Kategorienbildung waren dabei theoretische Überlegungen, welche zum Teil auf etablierten Betrachtungsebenen kooperativen Handelns in inklusiven Settings beruhten (individuelle Ebene, interaktionelle Ebene, Sachebene, institutionelle Ebene und kulturell-gesellschaftliche Ebene, vgl. Neumann 2019, S. 84ff.). Um eine Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand im Prozess der Analyse zu erhalten, wurden die Kategorien auf der Basis theoretischer Überlegungen (deduktives Vorgehen) und des Datenmaterials (induktives Vorgehen) entwickelt und überarbeitet (deduktiv-induktives Wechselspiel).

### 2.3.4 Änderungen am Evaluationsdesign

Das dargestellte Evaluationsdesign für die inhaltliche Prozessevaluation stellte eine Erweiterung des ursprünglichen Konzepts und Designs der inhaltlichen Effektevaluation dar, auch wenn eine Durchführung von Einzel- und Gruppeninterviews bereits im ursprünglichen Antrag als Möglichkeit enthalten war. Die inhaltliche Prozessevaluation wurde dem Gesamtkonzept und Design der inhaltlichen Evaluation im Umfang und in der Konkretisierung erst im Verlauf von DreiFürEins hinzugefügt. Die Erweiterung fand – wie bereits skizziert – statt, um 1. subjektive und kollektive Orientierungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen der Steuerungs- und Umsetzungsebene aus unterschiedlichen Sektoren zum Projekt DreiFürEins zu erfassen, 2. ein vertieftes und umfassenderes Verständnis der Projektumsetzung, multiprofessionellen Kooperation und Wirkungseinschätzungen zu erhalten (Schwierigkeiten, Herausforderungen, Gelingensbedingungen, Lösungsansätze und -strategien, Wirkungen und Grenzen) und 3. bei zwar hohen Rücklaufquoten, aber wenigen „echten“ Wiederholungsbefragten die quantitativen Analysen zu ergänzen. Ein Teil der Interviews wurde im Rahmen eines an DreiFürEins angegliederten Lehrforschungsprojekts an der Universität Oldenburg geführt und wurden von den Studierenden und Interviewten für die Verwendung im Rahmen der Evaluation von DreiFürEins freigegeben.

### 2.3.5 Weitere Datenquellen und Ergebnisse zu den Kooperationsprozessen

Darüber hinaus liegen weitere Ergebnisse zu den Kooperationsprozessen in DreiFürEins vor. Diese stammen aus zwei weiteren Lehrforschungsprojekten, die die konkrete (Aus-) Gestaltung der multiprofessionellen bzw. intersektoralen Kooperation durch die Aufzeichnung und Auswertung von Fallkonferenzen und Sitzungen der regionalen Kernteams mithilfe der dokumentarischen Methode (Lehrforschungsprojekt I) sowie Grounded Theory (Lehrforschungsprojekt II) untersuchten.

## 2.4 Gesundheitsökonomische Evaluation

Zielsetzung war die begleitende Evaluation des Interventionskonzepts im Hinblick auf die Kosten der Umsetzung. Auf Basis der Ergebnisse soll eine Empfehlung der neuen


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Versorgungsstruktur in die Regelversorgung aus gesundheitsökonomischer Sicht getroffen werden. Im besten Fall ergeben sich höhere monetäre Ersparnisse als die Kosten des Programms. Aus den Forschungsfragen werden folgende Arbeitshypothesen abgeleitet, die im Rahmen der ökonomischen Evaluation geprüft werden sollen.

### 2.4.1 Studiendesign

Zur ökonomischen Bewertung wird eine vergleichende Kostenanalyse der gesundheitsbezogenen Kosten der IG und KG vorgenommen. Dabei wurden alle anfallenden Kosten berücksichtigt, nicht nur solche für psychische Erkrankungen. Hierbei werden sowohl die Versorgungskosten der IG als auch der KG (Regelversorgung) auf Basis von GKV-Sekundärdaten der beteiligten Krankenkassen laufend retrospektiv ermittelt.

#### 2.4.1.1 Vergleichende Kostenanalyse

Zu Projektbeginn erfolgt in enger Abstimmung mit den Projektpartnern, insbesondere den beteiligten Krankenkassen, die Entwicklung eines Testdatensatzes als Grundlage für die weiteren Aktivitäten. Die ökonomische Analyse wird in der Folge begleitend zum Projekt durchgeführt. Am Ende der Projektlaufzeit erfolgt eine abschließende Evaluation und die Erstellung eines Abschlussberichtes. Berücksichtigt werden sowohl anfallende Kosten für ambulante, teilstationäre als auch stationäre Leistungen, insbesondere im Hinblick auf den Bereich Psychiatrie im Rahmen des Interventionszeitraums.

Zur gesundheitsökonomischen Bewertung kommt eine Routinedatenanalyse zum Einsatz. Grundlage hierfür stellen die Abrechnungsdaten der beteiligten Krankenkassen dar. Die Systematik der gesundheitsökonomischen Erfolgsfaktoren sind dabei abgeleitet von der Art der Datenerfassung der Krankenkassen. Diese Datenerfassung unterscheidet in folgende Kostenkategorien:

- Stationäre Kosten

  Die stationäre Versorgung im Krankenhaus ist insbesondere aufgrund ihrer wirtschaftlichen Bedeutung aber auch in Hinblick auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein wesentlicher Versorgungsbereich im deutschen Gesundheitswesen. Mit der Einführung des pauschalierenden Vergütungssystems der DRG für die somatische stationäre Krankenhausbehandlung sind umfassende medizinische Informationen in den administrativen Datenbeständen verfügbar geworden.
- Ambulante Kosten

  Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland erfolgt vorwiegend durch Vertragsärzte in selbständig geführten Praxen, die für die ärztliche Versorgung von rund 85% der Bevölkerung mit Versicherung in der GKV zuständig sind. Hierbei werden Angaben zu Einzelleistungen oder Leistungspauschalen im Abrechnungskontext übermittelt. Die zugelassenen Vertragsärzte rechnen die bei den Versicherten der GKV erbrachten Leistungen mit der für sie regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ab, die wiederum von den gesetzlichen Krankenkassen die entsprechenden Gelder erhalten.
- Teilstationäre Kosten

  Bei einer teilstationären Behandlung wird der Patient z.B. tagsüber (Tagesklinik) behandelt und kehrt zwischen den Behandlungsintervallen in sein häusliches Umfeld zurück. Die


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

ambulante Versorgung durch Krankenhäuser zu Lasten der GKV umfasst eine Vielzahl von Behandlungsformen und Abrechnungsmodalitäten. Zwei wesentliche Formen sind die sogenannten Institutsleistungen, bei denen das Krankenhaus als Institution Leistungserbringer ist. Hierzu werden auch die Leistungen in den Psychiatrischen Institutsambulanzen gerechnet obwohl ambulant erbracht. Dazu zählen auch persönlich erbrachte Leistungen von im Krankenhaus angestellten Ärzten die in den Räumlichkeiten des Krankenhaues durchgeführt werden.

- Arzneimittelkosten
- Basis für die Arzneimittelverordnungsdaten der Krankenkassen ist die vom Arzt ausgestellte Arzneimittelverordnung, mit der der Patient das Arzneimittel in einer Apotheke erhält.
- Heilmittelkosten

  Heilmittel sind medizinisch-therapeutische Dienstleistungen mit denen Versicherte nach Verordnung durch ihren Arzt zu Lasten der GKV versorgt werden können. Als Heilmittel gelten unter anderem Anwendungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.
- Hilfsmittelkosten

  Hilfsmittel können in Deutschland ebenfalls zu Lasten der GKV abgerechnet werden. Hierzu zählen unter anderem Seh- und Hörhilfen, orthopädische Hilfsmittel oder Prothesen.
- Rehabilitationskosten

  Rehabilitationsleistungen werden in Deutschland durch verschiedene Rehabilitationsträger erbracht (wie in verschiedenen Sozialgesetzbüchern festgelegt). Hierzu gehören neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch die gesetzliche Rentenversicherung die Bundesagentur für Arbeit und die deutsche gesetzliche Unfallversicherung und die Jugendhilfe. In dieser Auswertung sind lediglich die Daten erfasst, die zu Lasten der GKV abgerechnet wurden.
- Krankentransportkosten

  Auch Kosten für Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse, die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich wird, können von der Krankenkasse übernommen werden. Dies schließt sowohl Fahrten zu einer stationären Behandlung als auch unter bestimmten Voraussetzungen zu einer ambulanten Behandlung ein.

#### 2.4.1.2 Matching

Da in der KG eine Unterdeckung an Teilnehmerinnen und Teilnehmern aufgetreten ist, wurde wie beantragt ein Matching Verfahren angewendet. Die beteiligten Krankenkassen suchten in ihrem Versichertenbestand nach Personen, welche die Einschlusskriterien (s. nachfolgender Abschnitt) erfüllen, die Ausschlusskriterien nicht erfüllen und nicht bereits für das Projekt DreiFürEins rekrutiert wurden. Jede Kasse zog zufällig aus ihrer relevanten Personengruppe dann maximal im Verhältnis von 1:10 zur Interventionsgruppe Personen und lieferte die Daten dieser Personen an den Evaluator. Die Datenlieferung erfolgte zum gleichen Zeitpunkt wie die ohnehin geplante Abschlussdatenlieferung. Die Arbeitshypothesen blieben dadurch unverändert, lediglich die Fallzahl der KG wurde durch die Anreicherung mit retrospektiven Fällen substanziell erhöht. Zur Sicherung der Vergleichbarkeit wurden als Matching-Variablen folgende Ein- und Ausschlusskriterien definiert:


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

- Die Versicherten wurden zwischen dem 1.1.2003 und dem 1.1.2017 geboren.
- Die Versicherten waren vom 1.1.2021 bis zum 31.03.2024 durchgehend bei der jeweiligen datenliefernden Krankenkasse versichert.
- Die Versicherten wohnten bei Datenabzug in einer der folgenden Postleitzahlgebiete (Tabelle 4), wobei diese Postleitzahlen dem Evaluator nicht mitgeliefert wurden.

*Tabelle 4: Positivliste der Postleitzahlen*

| Postleitzahlen | | |
|---|---|---|
| 20097 | 21149 | 22397 |
| 20099 | 22043 | 22399 |
| 20144 | 22049 | 22415 |
| 20146 | 22081 | 22417 |
| 20148 | 22083 | 22419 |
| 20149 | 22085 | 22453 |
| 20249 | 22111 | 22455 |
| 20251 | 22115 | 22457 |
| 20253 | 22117 | 22459 |
| 20255 | 22119 | 27499 |
| 20257 | 22143 | 22523 |
| 20259 | 22145 | 22525 |
| 20354 | 22147 | 22527 |
| 20355 | 22149 | 22529 |
| 20357 | 22175 | 22769 |
| 20359 | 22297 | |
| 20457 | 22299 | |
| 20535 | 22301 | |
| 20537 | 22303 | |
| 20539 | 22305 | |
| 21073 | 22307 | |
| 21075 | 22335 | |
| 21077 | 22337 | |
| 21079 | 22339 | |
| 21107 | 22359 | |
| 21109 | 22391 | |
| 21129 | 22393 | |
| 21147 | 22395 | |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

- Die Versicherten hatten eine der folgenden Diagnosen als gesicherte Diagnosen im nichtstationären Bereich im Zeitraum vom 1.1.2021 bis zum 31.12.2021 (Tabelle 5).

*Tabelle 5: Positivliste der ICD-Codes*

| ICD-Code (3-stellig) | Diagnose (Text) |
|---|---|
| **F32** | Depressive Episode |
| **F40** | Phobische Störungen |
| **F41** | Andere Angststörungen |
| **F42** | Zwangsstörung |
| **F43** | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen |
| **F45** | Somatoforme Störungen |
| **F84** | Tiefgreifende Entwicklungsstörungen |
| **F90** | Hyperkinetische Störungen |
| **F91** | Störungen des Sozialverhaltens |
| **F92** | Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen |
| **F93** | Emotionale Störungen des Kindesalters |
| **F94** | Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| **F98** | Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |

Falls eine dieser Diagnosen im o.g. Zeitraum vorlag, dann ist das Vorliegen einer der Diagnosen aus der nachfolgenden Tabelle C irrelevant.

Die Versicherten hatten keine der folgenden Diagnosen als gesicherte Diagnose im stationären oder nichtstationären Bereich im Zeitraum vom 1.1.2021 bis zum 31.12.2021 (Tabelle 6).

*Tabelle 6: Negativliste der ICD-Diagnosen*

| ICD-Code (4-stellig) | Diagnose (Text) |
|---|---|
| **F32.8** | Sonstige depressive Episoden |
| **F32.9** | Depressive Episode, nicht näher bezeichnet |
| **F40.8** | Sonstige phobische Störungen |
| **F40.9** | Phobische Störung, nicht näher bezeichnet |
| **F41.8** | Sonstige spezifische Angststörungen |
| **F41.9** | Angststörung, nicht näher bezeichnet |
| **F42.8** | Sonstige Zwangsstörungen |
| **F42.9** | Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet |
| **F43.8** | Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung |
| **F43.9** | Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet |
| **F45.8** | Sonstige somatoforme Störungen |
| **F45.9** | Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet |
| **F84.8** | Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen |
| **F84.9** | Tiefgreifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet |
| **F90.8** | Sonstige hyperkinetische Störungen |
| **F90.9** | Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet |
| **F91.8** | Sonstige Störungen des Sozialverhaltens |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | |
|---|---|
| **F91.9** | Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet |
| **F92.8** | Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen |
| **F92.9** | Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet |
| **F93.9** | Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet |
| **F94.8** | Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit |
| **F94.9** | Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit, nicht nV§her bezeichnet |
| **F98.8** | Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| **F98.9** | Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |

Das Vorliegen einer dieser Diagnosen im o.g. Zeitraum ist irrelevant, wenn eine der Diagnosen aus der vorherigen Tabelle B im o.g. Zeitraum vorlag.

Um das Ergebnis so nahe wie möglich an der Versorgungsrealität zu orientieren, werden die Fälle, die tatsächlich im Projekt in die KG gruppiert wurden, trotzdem in die ökonomische Betrachtung aufgenommen. Im Folgenden werden diese Fälle mit KG I bezeichnet. Mit den retrospektiven Daten wurde die KG lediglich aufgefüllt. Ebenfalls wurde auf ein paarweises Matching unter medizinischen Gesichtspunkten, die über das bloße Vorliegen einer der oben genannten F-Diagnosen hinausgehen, verzichtet, da dies zu Verzerrungen führen könnte. Mit der ursprünglich geplanten IG und KG hätte ein solches Matching unter medizinischen Gesichtspunkten ebenfalls nicht stattgefunden. Auf diese Weise konnte sichergestellt werden, dass einerseits eine ausreichend große Fallzahl in IG und KG eingeschlossen werden konnte. Andererseits werden die Ergebnisse nicht verfälscht, da sich die Rekrutierung wie in der Versorgungsrealität des Projekts DreiFürEins darstellt.

Stattdessen wurden mittels eines Matching Verfahrens jedem Fall der IG fünf Fälle aus der KG zugeordnet. Zuerst wurden die Fälle aus der tatsächlichen KG per Zufallsauswahl auf die IG-Fälle aufgeteilt. Nachdem diese Fälle verteilt waren, wurden die restlichen fehlenden Werte mit Fällen aus der retrospektiven KG (im Folgenden als KG II bezeichnet) aufgefüllt, bis für jeden Fall der IG insgesamt fünf Fälle aus der KG (KG I und KG II) zugordnet waren.

Die Kriterien für die Zuordnung bildete das Alter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Hierzu wurden orientiert am Hamburger Schulsystem vier Altersgruppen gebildet. Hierbei wurden die KuJ in den Primärbereich (Altersgruppe 1: Alter 3 bis 9), die Unterstufe (Altersgruppe 2: Alter 10 bis 12), die Mittelstufe (Altersgruppe 3: Alter 13 bis 15) sowie der Oberstufe (Altersgruppe 4: Alter 16 bis 18) eingruppiert. Damit die Fälle vergleichbar blieben, wurde darauf geachtet nur KuJ aus dem gleichen Bereich zu matchen. Sollten hier für einen Fall aus der IG mehr als fünf Fälle zur Verfügung gestanden haben, so wurde per Zufallsauswahl entschieden.

Im Anschluss wurden alle Fälle auf auffällige Werte bei den Gesamtkosten analysiert. Hierbei wurden Falle ohne Werte sowie Fälle mit extrem hohen Kostenabweichungen eliminiert. Diese Abweichungen waren nach Prüfung der Daten durch externe Einflüsse begründet (z. B. eine teure Erkrankung die nicht auf psychische Faktoren aus dem Bereich der F-Diagnosen zurückzuführen war).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

### 2.4.2 Daten und Erhebungen

Zur Untersuchung des Indikators „Leistungskosten“ werden folgende Kostenarten hinsichtlich der IG und KG mittels einschlägiger Statistiksoftware (z.B. SPSS) ausgewertet: Fallkosten bei stationärer bzw. teilstationärer Versorgung, ambulante Leistungsausgaben, Arzneimittel (Kosten pro PZN), Nettobetrag der Heilmittelbehandlung und verordneter Hilfsmittel, Rehabilitation (Kosten pro Reha-Behandlung) und Fahrtkosten (Kosten pro Fahrt). Eine Übersicht der durch die Routinedaten abgedeckten Variablen ist Tabelle 7 zu entnehmen. Die Daten werden dabei mittels einer technischen Datenschnittstelle (z.B. Cryptshare) verschlüsselt von den beteiligten Krankenkassen an den Evaluator geliefert. Die zu erhebenden Kostenarten bleiben von einem möglichen Wechsel hin zu einer per Matched-Pairs gebildeten KG unberührt.

*Tabelle 7: Routinedaten der beteiligten Krankenkassen*

| Stammdaten | Erfolgsindikator | Patientengruppe |
|---|---|---|
| Stationäre Behandlungskosten | GesÖko 9 | IG/KG |
| Teilstationäre Behandlungskosten | GesÖko 10 | IG/KG |
| Ambulante Behandlungskosten | GesÖko 11 | IG/KG |
| Arzneimittelkosten | GesÖko 12 | IG/KG |
| Kosten für Heil- und Hilfsmittel | GesÖko 13 | IG/KG |
| Kosten für Rehabilitationsbehandlungen | GesÖko 14 | IG/KG |
| Krankenstransportkosten | GesÖko 15 | IG/KG |
| Gesamte Leistungskosten (GesÖko 9-15) | GesÖko 16 | IG/KG |

Hierbei werden auch Subgruppenanalysen durchgeführt. Zusätzlich erfolgt für die IG eine laufende Erfassung der Ausgaben der, damit die Kosten der Maßnahme den erwarteten Ersparnissen gegenübergestellt werden können.

### 2.4.3 Datenauswertung

Die Ziele bzw. die Hypothesen der gesundheitsökonomischen Evaluation wurden aus Transparenzgründen einzeln ausgewertet. Im Folgenden wird für jede Hypothese angegeben in welcher Form und aus welchen Daten diese ausgewertet wird. Für alle Hypothesen werden zusätzlich Subgruppenanalysen durchgeführt, mit deren Hilfe sich detailliertere Aussagen über die anfallenden Kosten treffen lassen. Auf die Subgruppenanalysen wird am Ende des Abschnitts noch einmal gesondert eingegangen. Auf Verknüpfung der Sekundärdaten, mit den Daten der inhaltlichen Effektevaluation (durchgeführt durch die Universität Oldenburg) wurde aus Datenschutzgründen verzichtet. Hier hätten die Abrechnungsdaten der Krankenkassen mit den medizinischen Outcomeparametern der Testungen der Universität Oldenburg in Verbindung gebracht werden müssen, was aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich war.

Das Studiendesign der gesundheitsökonomischen Auswertung bestand (nach Änderungsantrag aufgrund der Unterdeckung der ursprünglich geplanten KG) aus insgesamt drei Gruppen.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Der Interventionsgruppe, der Kontrollgruppe I und der Kontrollgruppe II. Dabei waren die KuJ die der Interventionsgruppe angehörten, vollständig in das Projekt eingeschrieben und erhielten auch die geplante Intervention durch die beteiligten Partner. Die KuJ der Kontrollgruppe I waren ebenfalls vollständig in das Projekt eingeschrieben, erhielten aber die „herkömmliche" Versorgung, die allen KuJ zu Teil wird, welche in einem Hamburger ReBBZ betreut werden.

Aufgrund der sich abzeichnenden Unterdeckung in Kontrollgruppe 1 wurde vom Projektkonsortium entschieden, eine weitere Kontrollgruppe zu bilden (Kontrollgruppe 2). Die KuJ in dieser Kontrollgruppe waren weder in das Projekt eingeschrieben, noch erhielten sie die Versorgung (weder die Versorgung der Interventionsgruppe, noch die Versorgung durch das ReBBZ). Die Daten wurden wie beschrieben aus retrospektiven Fällen der beteiligten Krankenkassen gebildet. Zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit wurden wie im Methodikkapitel beschrieben bestimmte Parameter vorausgesetzt.

Darüber hinaus werden die Leistungsausgaben der KJPPP sowieso nicht patientenspezifisch übermittelt, sondern liegen nur als Gesamtkosten vor, was ebenfalls keine Verlinkung der Primär- und Sekundärdaten nötig macht. Für die Auswertungen der Hypothesen 9 bis 16 werden wie oben bereits erwähnt Routinedaten der beteiligten Krankenkassen herangezogen (Sekundärdaten). Im Laufe des Projektes werden gemeinsam mit den Projektpartnern für das Projekt DreiFürEins relevante Diagnosen festgelegt. Die Kosten der KuJ auf Grundlage für das Projekt relevanter Diagnosen werden im Anschluss in pseudonymisierter Form von den Kostenträgern an den ökonomischen Evaluator übermittelt. Hierbei wird ein pseudonymisierter Datensatz für jedes Kind bzw. jeden Jugendlichen, der in das Projekt aufgenommen wurde, übermittelt. Im Anschluss werden die Kosten pro Projektteilnehmer und einzelner Kostenkategorie aggregiert um schließlich eine Aussage treffen zu können, wie viele Kosten für welche Kostenkategorie für einen Patienten im Projektzeitraum angefallen sind. Diese Kostenerhebung findet sowohl für KuJ in der IG als auch in der KG statt um die Kosten schließlich vergleichen zu können. Eine vorläufige Übersicht über die von den Krankenkassen bereitgestellten Routinedaten in Form von Variablen findet sich im Anhang.

Die Leistungsausgaben der KJPPP, die in Hypothese 17 thematisiert werden, fallen nur für die Behandlung der KuJ in der Interventionsgruppe an und stellen somit die zusätzlichen Kosten der neuen Intervention dar. Hierbei handelt es sich überwiegend um Fixkosten (z.B. für die Dokumentation und die Personalkosten), die sich nicht einem bestimmten Patienten zurechnen lassen. Aus diesem Grund werden die Leistungsausgaben am Ende der Evaluation der erhofften Reduktion der Leistungskosten in der IG gegenübergestellt. Im besten Fall ergibt sich daraus insgesamt eine Kostenersparnis der neuen Intervention indem die Einsparungen bei den Leistungskosten die Leistungsausgaben der KJPPP übersteigen.

Im Folgenden wird die Auswertungsstrategie der einzelnen für die ökonomische Evaluation relevanten Hypothesen dargestellt:

> **GesÖko 9**: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für stationäre Behandlungen reduziert werden.
>
> Für die Ermittlung der Kosten für stationäre Behandlungen werden im Rahmen des Projektes von den beteiligten Krankenkassen erhobene Routinedaten herangezogen. Diese Kosten umfassen beispielsweise stationäre Aufwendungen für die Behandlung der KuJ in (Akut-) Krankenhäusern. Von den Kostenträgern erfasste Variablen sind beispielsweise der abgerechnete Entgeltbetrag bzw. die Entgeltart der jeweiligen


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

stationären Einrichtung, der Zeitraum der Abrechnung sowie Daten zur Diagnose wie beispielsweise der Diagnoseschlüssel (ICD-Code) oder ggf. Sekundärdiagnosen (Swart u.a. 2014, S. 129).

**GesÖko 10**: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für teilstationäre Behandlungen reduziert werden.

Die Leistungskosten für teilstationäre Behandlungen werden nach dem gleichen Prinzip wie die Kosten aus Hypothese GesÖko 9, also mit den Routinedaten (Sekundärdaten) erhoben. Da die Routinedaten ebenfalls Variablen zu den rechnungsstellenden Einrichtungen umfassen, können diese so von den gesamten stationären Behandlungskosten extrahiert und einzeln dargestellt werden. (Swart u.a. 2014, S. 129ff.)

**GesÖko 11**: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für ambulante Behandlungen reduziert werden.

Die Grundlage der Erhebung der Leistungskosten für ambulante Behandlungen bilden ebenfalls von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Routinedaten (Sekundärdaten). Bei diesen Daten handelt es sich um Kennzahlen zur vertragsärztlichen Versorgung die aus der Abrechnung von niedergelassenen Vertragsärzten stammen. Bei diesen Daten ist mit einem etwas größeren Zeitverzug zu rechnen, da die Ärzte Ihre Leistungen erst einmal gegenüber der KV abrechnen und diese Daten dann erst an die beteiligten Krankenkassen weitergegeben werden. Aufgrund der Laufzeit des Projektes ist aber davon auszugehen auch hier belastbare Daten innerhalb der Projektlaufzeit zu erhalten. (Swart u.a. 2014, S. 43ff.) Beispiele von zu berücksichtigenden Variablen sind die pro Abrechnungsfall bereitgestellten Summen der Punktwerte der erbrachten Leistungen sowie die Summe der Geldwerte die hierbei anfallen. Daraus lassen sich in der Folge die Kosten für einen bestimmten Abrechnungsfall ermitteln. (Swart u.a. 2014, S. 51)

**GesÖko 12**: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für Arzneimittel reduziert werden.

Die Leistungskosten für Arzneimittel werden aus den Routinedaten (Sekundärdaten) der Krankenkassen ermittelt. Hierbei werden alle den am Projekt beteiligten KuJ in IG und KG verschriebenen Arzneimittel und deren Kosten erfasst. Durch die Festlegung der für das Projekt relevanten Diagnosen ergeben sich auch die für die ökonomische Evaluation relevanten Arzneimittel mit der Zulassung für die jeweiligen Indikationen. Die Kosten für diese für das Projekt interessanten Arzneimittel werden an den Evaluator pseudonymisiert pro Projektteilnehmer geliefert und hier über die Projektlaufzeit aggregiert, sodass am Ende Vergleiche angestellt werden können. (Swart u.a. 2014, S. 74ff.).

**GesÖko 13**: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für Heil- und Hilfsmittel reduziert werden.

Ebenfalls über die Routinedaten (Sekundärdaten) der beteiligten Krankenkassen werden die Leistungskosten für Heil- und Hilfsmittel erhoben. Diese umfassen beispielsweise Abrechnungsdaten zu Ergotherapien der am Projekt beteiligten KuJ. Auch hier wird auf die Indikationen der Verschreibung geachtet, um nur Fälle zu berücksichtigen, die mit dem Projekt bzw. der neuen Versorgungsform in Zusammenhang stehen. Dies


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

wird über den auf dem Verordnungsvordruck angegebenen ICD 10-Code ermöglicht. Die Daten werden dem Evaluator pseudonymisiert auf Patientenebene zur Verfügung gestellt um so ebenfalls Vergleiche zwischen IG und KG zuzulassen. (Swart u.a. 2014,, S. 88ff.)

**GesÖko 14**: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für Rehabilitationsbehandlungen reduziert werden.

Die Leistungskosten werden ebenfalls als Routinedaten (Sekundärdaten) von den beteiligten Krankenkassen erhoben, da diese zu den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen gehören, für die die GKV der Rehabilitationsträger ist. (Swart u.a. 2014, S. 178) Diese pseudonymisierten Daten auf Patientenlevel lassen beispielsweise Vergleiche über die Kosten von Psychotherapie in IG und KG zu.

**GesÖko 15**: Reduktion von Leistungskosten für Fahrtkosten

Die Fahrtkosten werden ebenfalls aus den Routinedaten der beteiligten Krankenkassen erhoben. Sie umfassen beispielsweise Leistungskosten für Krankentransporte und werden von den Krankenkassen in unterschiedlichen Bereichen dokumentiert und dem Evaluator zur Verfügung gestellt.

**GesÖko 16**: Reduktion der gesamten erhobenen Leistungskosten (aus Hypothesen 9-15)

Nachdem jede Hypothese (GesÖko 9-15) für sich isoliert betrachtet und ein Vergleich zwischen den Kosten von IG und KG auf Kostenkategoriebasis vorgenommen wurde, werden diese Kosten nun für die Auswertung der Hypothese GesÖko 16 aggregiert. Ziel ist es hier einen Gesamtüberblick über die angefallenen Kosten bei IG und KG zu ermöglichen. Im Idealfall ergibt sich hier eine Reduktion der Leistungskosten bei der neuen Intervention, die sich in der Differenz zwischen Gesamtkosten der KG und der IG ausdrückt. Diese Differenz bildet auch die Grundlage für die Testung der Hypothese GesÖko 17.

**GesÖko 17**: Reduktion von Leistungskosten überwiegt die Leistungsausgaben der KJPPP

Im Rahmen der Testung dieser Hypothese werden in einem ersten Schritt die Leistungsausgaben der KJPPP ermittelt. Diese werden von den KJPPP selbst ermittelt und dem Evaluator zur Verfügung gestellt. Diese umfassen die gesamten Ausgaben für die KJPPP über die komplette Projektlaufzeit. Diese Gesamtkosten werden den eingesparten Leistungskosten durch die neue Intervention (aus GesÖko 17) gegenübergestellt. Im Idealfall übersteigen die Einsparungen bei den gesamten Leistungskosten die Kosten die für die KJPPP über den Projektzeitraum angefallen sind. Mit dieser Hypothese wird getestet ob die neue Intervention einen absoluten Kostenvorteil gegenüber der Regelversorgung aufweist.

Für die Evaluation werden vornehmlich Sekundärdaten verarbeitet, die aus den Routinedaten der beteiligten Krankenkassen stammen. Lediglich bei den Kostendaten zu den Leistungsausgaben der KJPPP handelt es sich um Primärdaten, die dem Evaluator direkt von den KJPPP zur Verfügung gestellt werden. Die statistischen Analysen erfolgen unter Berücksichtigung eines globalen Signifikanzniveaus von $\alpha = 0.05$. Die Auswertungen und die Ergebnisdarstellungen erfolgen für die Interventionsgruppe und deren Kontrollgruppe. Zudem werden


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Subgruppenanalysen (z. B. nach Alter, Geschlecht etc.) durchgeführt und ebenfalls getrennt nach IG und KG dargestellt. Um das geforderte Signifikanzniveau zu erreichen sowie alle Subgruppenanalysen durchzuführen sind Fallzahlen gemäß der Fallzahlschätzung bzw. Poweranalyse notwendig. Deskriptive Analysen können unabhängig von der Teilnehmerzahl durchgeführt werden. Die Daten werden sowohl deskriptiv als auch inferenzstatistisch ausgewertet, wobei zunächst eine explorative Analyse durchgeführt wird, um die Voraussetzungen für weitere statistische Auswertungen zu testen.

**Deskriptive Datenanalyse:** Die wie oben beschrieben ermittelten Daten werden zuerst einer deskriptiven Analyse unterzogen. In diesem Zuge werden die Daten auf absolute und relative Häufigkeitsverteilungen untersucht.

Für nominalskalierte Daten werden Häufigkeiten bestimmt, Prozentwerte und absolute Zahlen werden angegeben. Bei ordinalskalierten Daten wird zusätzlich zu den Häufigkeiten der Median angegeben. Bei Daten, die mindestens ein Intervallskalenniveau aufweisen werden der Mittelwert und die Standardabweichung zusätzlich zu den Häufigkeiten angegeben. Für die Kostendaten (metrische Variablen) werden Lage- u. Streuungsmaße angegeben.

Korrelationsanalysen sollen dabei helfen festzustellen, ob zwischen bestimmten Variablen ein Zusammenhang besteht. Falls dieser besteht wird zusätzlich Stärke und Richtung dieser Korrelation bestimmt. Um Abhängigkeiten zwischen einzelnen Variablen zu bestimmten werden multivariate Analysen benötigt, die im nächsten Abschnitt zu inferenzstatistischer Datenanalyse beschrieben werden. Inferenzstatistische Datenanalyse: Im Rahmen dieser Evaluation wird die inferenzstatistische Datenanalyse zur Überprüfung der Hypothesen eingesetzt. Hauptsächlich werden dadurch die Kostenunterscheide zwischen IG und KG analysiert. Hierzu werden vor allem t-Tests durchgeführt. Zusätzlich werden für die Analyse von Zusammenhängen zwischen den Variablen multivariate Verfahren benötigt, wobei hier vor allem Regressionsanalysen eingesetzt werden. Durch die Anwendung von multivariaten Analyseverfahren soll ermittelt werden, ob Zusammenhänge zwischen den Variablen statistisch signifikant sind. Die Regressionsanalysen erlauben ebenfalls die Identifikation von Parametern, die einen Einfluss auf die Kosten haben können.

# 3 Ergebnisse der Evaluation

Statistische Prüfung (p-Werte, Adjustierung für multiples Testen): Nachfolgend werden die Ergebnisse der Evaluation vorgestellt und – wie bereits erläutert – folgende p-Werte genutzt: 1. Bei der inhaltlichen Effektevaluation (KuJ und FKR) werden folgende p-Werte zugrunde gelegt: a) Die statistische Prüfung des primären Endpunkts (Reduzierung der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ) erfolgt in einem ersten Schritt anhand des p-Wertes von 0.05. Aufgrund der hohen fachlichen Bedeutung des primären Endpunkts und des multiplen Testens wird in einem zweiten Schritt eine Anpassung des p-Wertes mittels der konservativen Bonferroni-Korrektur vorgenommen (Einsatz von Manovas, zwei Erhebungsinstrumente, drei Befragtengruppen = sechs unabhängige, primäre Hypothesentests). D.h. der zugrunde gelegte p-Wert von 0.05 reduziert sich durch die Adjustierung bei sechs Messungen (IG-KG-Prä-Post-Messung: SDQ Eltern, SDQ Kinder und Jugendliche, SDQ Lehrkräfte, CBCL Eltern, YSR Kinder und Jugendliche, TRF Lehrkräfte) auf einen p-Wert von 0.008. Bei vier Messungen (Prä-Follow-up-Messung SDQ und CBCL Eltern, SDQ und YSR Kinder und Jugendliche) reduziert sich der zugrunde gelegte p-Wert von 0.05 durch die Adjustierung auf einen p-Wert von 0.013. b)


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Die statistische Prüfung der übrigen, sekundären Endpunkte erfolgt aufgrund der nachrangigen Bedeutung (sekundäre Endpunkte) und des explorativen Anspruchs einheitlich und ausschließlich mittels eines p-Wertes von 0.05. Da bei der Ergebnisdarstellung im Text und in den Tabellen jeweils die berechneten p-Werte angegeben werden, ist auch für die sekundären Endpunkte ein Ablesen der entsprechenden Ergebnisse anhand einer Adjustierung für multiples Testen möglich. 2. Die statistischen Analysen bei der gesundheitsökonomischen Evaluation erfolgen unter Berücksichtigung eines globalen Signifikanzniveaus von $\alpha = 0.05$.

## 3.1 Ergebnisse der inhaltlichen Effektevaluation in Bezug auf die versorgten KuJ

Nachfolgend werden die Ergebnisse der inhaltlichen Effektevaluation in Bezug auf die Kinder und Jugendlichen vorgestellt. Dazu werden zunächst die Stichprobe hinsichtlich soziodemographischer Merkmale (3.1.1) und die Inanspruchnahme der neuen Versorgungsform (3.1.2) beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse der Prüfung der Interventionseffekte (3.1.3) sowie der Beurteilung der Behandlung durch die Eltern, KuJ und Therapeut*innen (3.1.4) vorgestellt.

### 3.1.1 Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden werden zunächst die im Projekt versorgten KuJ beschrieben. Die Beschreibung erfolgt nacheinander hinsichtlich 1. soziodemographischer Merkmale (3.1.1.1) sowie 2. der Diagnostik der Fälle bei Einschluss ins Projekt (3.1.1.2). Bei der Diagnostik wird auf 1. psychische Störungen und Verhaltensstörungen, 2. die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie 3. die Betroffenheit von Schulabsentismus sowie die Schulnoten eingegangen. Abschließend erfolgt eine Prüfung der Vergleichbarkeit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (3.1.1.3). Zur Begrenzung des Umfangs des Evaluationsberichts werden im gesamten Kapitel ausschließlich die protokollierten Daten als Datengrundlage berücksichtigt.

#### 3.1.1.1 Soziodemographische Merkmale

Im Folgenden werden die KuJ in DreiFürEins hinsichtlich soziodemographischer Merkmale beschrieben. Eingegangen wird auf folgende Merkmale der KuJ:

1. Fallzahlen und Zugehörigkeit der KuJ zur IG und KG sowie zu einem ReBBZ
2. Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Sprache und Lebensmittelpunkt der KuJ
3. Schulform, Klassenstufe und Förderbedarf der KuJ
4. Anfragegrund, Problemlage und besondere Belastungen der KuJ
5. Therapiemotivation der KuJ und ihrer Eltern

##### 3.1.1.1.1 Fallzahlen und Zugehörigkeit der KuJ zur IG und KG sowie zu einem ReBBZ

Für die inhaltliche Effektevaluation von DreiFürEins liegen Daten von insgesamt 490 KuJ vor, die im Folgenden als Datengrundlage dienen. Von den 490 KuJ können 367 *(74.9 %)* der Interventions- und 123 *(25.1 %)* der Kontrollgruppe zugeordnet werden. Die Anzahl der KuJ in der IG und KG sind damit unterschiedlich groß. Auffällig sind zudem die sehr unterschiedliche Fallzahlen in den KG-ReBBZ, die auf eine leichtere Rekrutierungsmöglichkeit in den IG-ReBBZ hindeuten. Die detaillierte Verteilung der KuJ auf die ReBBZ ist der folgenden Tabelle zu entnehmen (Tabelle 8).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 8: Verteilung der KuJ auf die ReBBZ*

| | *IG* | | *KG* | | *N IG +KG* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Einordnungsverteilung der Interventions-gruppe und Kontrollgruppe auf die ReBBZ in den versch. Stadtteilen [n, %]** | | | | | | |
| Altona | 85 | 23.2 % | - | - | 85 | 17.3 % |
| Altona West | 72 | 19.6 % | - | - | 72 | 14.7 % |
| Bergedorf | 104 | 28.3 % | - | - | 104 | 21.2 % |
| Wandsbek Süd | 106 | 28.9 % | - | - | 106 | 21.6 % |
| Billstedt | - | - | 2 | 1.6 % | 2 | 0.4 % |
| Eimsbüttel | - | - | 51 | 41.5 % | 51 | 10.4 % |
| Harburg | - | - | 8 | 6.5 % | 8 | 1.6 % |
| Mitte | - | - | 14 | 11.4 % | 14 | 2.9 % |
| Nord | - | - | 12 | 9.8 % | 12 | 2.4 % |
| Süderelbe | - | - | 16 | 13 % | 16 | 3.3 % |
| Wandsbek Nord | - | - | 4 | 3.3 % | 4 | 0.8 % |
| Wilhelmsburg | - | - | 8 | 6.5 % | 8 | 1.6 % |
| Winterhude | - | - | 8 | 6.5 % | 8 | 1.6 % |
| **Gesamt [N, %]** | 367 | 74.9 % | 123 | 25.1% | 490 | 100% |

#### 3.1.1.1.2 Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Sprache und Lebensmittelpunkt

Die erhobenen Daten ermöglichen ferner Aussagen über das Geschlecht, das Alter, die Staatsangehörigkeit, die Sprache und den Lebensmittelpunkt der KuJ:

*Geschlecht:* Etwa zwei Drittel der KuJ sind demnach männlichen *(67.5 %)* und etwa ein Drittel weiblichen Geschlechts *(32.5 %)*. Das mittlere Alter der KuJ liegt bei 10.84 Jahren *(SD= 2.99, n= 482)*.

*Staatsangehörigkeit:* Die KuJ verfügen in vier Fünftel der Fälle über eine deutsche Staatsangehörigkeit *(83.9 %)*, während die Eltern nur in etwa der Hälfte der Fälle eine deutsche Staatsangehörigkeit haben *(54.7%)*.

*Sprache zu Hause:* Bemerkenswert ist die Sprachsituation zu Hause. Bei zwei Dritteln der KuJ *(67.4 %)* ist deutsch die einzige gesprochene Sprache zuhause, aber bei dem anderen Drittel der KuJ *(32.6 %)* werden noch andere Sprachen zu Hause genutzt.

*Lebensmittelpunkt (Familiensituation):* Die Familiensituation der KuJ stellt sich sehr unterschiedlich dar: Ein großer Teil der KuJ wohnt bei ihren Eltern *(48.1 %)* oder aber bei den Müttern *(45.5 %)*. Nur wenige KuJ wohnen bei ihren Vätern *(4.6 %)*, Großeltern *(1.6 %)*, Adoptiv- oder Pflegeeltern *(0.8 %)* oder in einem Heim/einer sonstigen Wohnform (§34 SGB VIII) *(1.9 %)*.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Bemerkenswert erscheint hinsichtlich der erreichten Zielgruppe von DreiFürEins die große Altersspanne sowie die Vielfalt an Staatsangehörigkeiten, Sprachen und Familiensituationen der erreichten KuJ. In DreiFürEins wurde eine Zielgruppe an KuJ erreicht, die in dieser Breite ansonsten schwer erreichbar ist.

*Tabelle 9: Verteilung Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Sprache und Lebensmittelpunkt*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N (IG +KG)*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Geschlecht [n, %]** | | | | | | |
| weiblich | 99 | 33.4 % | 24 | 29.3 % | 123 | 32.5 % |
| männlich | 197 | 66.6 % | 58 | 70.7 % | 255 | 67.5 % |
| weitere | - | - | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 296 | | 82 | | 378 | |
| **Alter M (SD) [n, %]** | 10.63 (3.09) | | 11.48 (2.59) | | 10.84 (2.99) | |
| 5 | 7 | 1.9 % | - | - | 7 | 1.5 % |
| 6 | 17 | 4.7 % | 3 | 2.5 % | 20 | 4.1 % |
| 7 | 45 | 12.5 % | 6 | 5 % | 51 | 10.6 % |
| 8 | 40 | 11.1 % | 13 | 10.7 % | 53 | 11.0 % |
| 9 | 43 | 11.9 % | 9 | 7.4 % | 52 | 10.8 % |
| 10 | 33 | 9.1 % | 6 | 5 % | 39 | 8.1 % |
| 11 | 33 | 9.1 % | 19 | 15.7 % | 52 | 10.8 % |
| 12 | 30 | 8.3 % | 18 | 14.9 % | 48 | 10.0 % |
| 13 | 38 | 10.5 % | 20 | 16.5 % | 58 | 12.0 % |
| 14 | 28 | 7.8 % | 13 | 10.7 % | 41 | 8.5 % |
| 15 | 23 | 6.4 % | 8 | 6.6 % | 31 | 6.4 % |
| 16 | 13 | 3.6 % | 5 | 4.1 % | 18 | 3.7 % |
| 17 | 11 | 3.0 % | 1 | 0.8 % | 12 | 2.5 % |
| **Gesamt [N]** | 361 | | 121 | | 482 | |
| **Staatsangehörigkeit des Kindes oder Jugendlichen [n, %]** | | | | | | |
| Deutsch | 246 | 84.2 % | 67 | 82.7 % | 313 | 83.9 % |
| andere[2] | 46 | 15.8 % | 14 | 17.3 % | 60 | 16.1 % |
| **Gesamt [N]** | 292 | | 81 | | 373 | |

[2] 7x polnisch, 6x syrisch, 5x afghanisch, 3x türkisch, eritreisch, portugiesisch, rumänisch, staatenlos, 2x bulgarisch, ghanaisch, griechisch, kroatisch, russisch, serbisch, spanisch, französisch 1x arabisch, beninisch, ecuadorianisch, estnisch, mazedonisch, nigerianisch, palästinensisch (es handelt sich hierbei jeweils um die Angaben/(Selbst-)Bezeichnungen der Eltern)


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Staatsangehörigkeit Eltern [n, %]** | | | | | | |
| beide deutsche Staatseng. | 168 | 57.1 % | 35 | 45.5 % | 203 | 54.7 % |
| mindestens eine andere Staatsang. | 126 | 42.9 % | 42 | 54.5 % | 168 | 45.3 % |
| **Gesamt [N]** | 294 | | 77 | | 371 | |
| **Zuhause gesprochene Sprache [n, %]** | | | | | | |
| deutsch | 202 | 68.9 % | 48 | 61.5 % | 250 | 67.4 % |
| andere [3] | 91 | 31.1 % | 30 | 24.4 % | 121 | 32.6 % |
| **Gesamt [N]** | 293 | | 78 | | 371 | |
| **Lebensmittelpunkt des Kindes oder Jugendlichen [n, %]** | | | | | | |
| Eltern | 131 | 44.6 % | 37 | 48.1 % | 168 | 45.3 % |
| Mutter/Mutter und Partner*in | 135 | 45.9 % | 35 | 45.5 % | 170 | 45.8 % |
| Vater/Vater und Partner*in | 16 | 5.4 % | 1 | 1.3 % | 17 | 4.6 % |
| Großeltern oder andere Verwandte | 5 | 1.7 % | 1 | 1.3 % | 6 | 1.6 % |
| Pflegeeltern/Adoptiveltern | 1 | 0.3 % | 2 | 2.6 % | 3 | 0.8 % |
| Heimerziehung | 6 | 2 % | 1 | 1.3 % | 7 | 1.9 % |
| **Gesamt [N]** | 294 | | 77 | | 371 | |

#### 3.1.1.1.3 Schulform, Klassenstufe und Förderbedarf der KuJ

Hinsichtlich des schulischen Kontextes ermöglichen die erhobenen Daten Aussagen über die Schulform, Klassenstufe und den Förderbedarf der KuJ.

*Schulform:* Im Hinblick auf die besuchte Schulform überwiegen mit einem Drittel die Schüler*innen der Grundschule *(35.6 %)* und mit jeweils knapp einem Viertel der Förderschule *(24.2 %)* sowie der Gesamt-, Stadtteil-, Haupt- und Realschule *(23.7 %)*. Deutlich seltener besuchen die Schüler*innen das Gymnasium (8.8 %), einen Schulkindergarten oder eine Vorschulklasse *(3.7 %)*, einen Kindergarten oder Hort (0.8%) sowie die Orientierungsstufe (0.8 %). Bei den übrigen Schüler*innen *(2.7%)* ist eine Zuordnung schulformspezifisch nicht möglich (weil z. B. eine Waldorfschule besucht wird). Insgesamt dominiert also bei den erreichten Schüler*innen der Grundschul- und Sekundarschulbereich I. Es gibt hinsichtlich der besuchten Schulform deutliche Unterschiede zwischen IG und KG. So ist beispielsweise bei der IG die Anzahl der erreichten Grundschüler*innen *(39.9 % vs. 20.0 %)* und bei der KG die Anzahl der erreichten Schüler*innen der Förderschule *(71.3 % vs. 11.5%)* deutlich größer.

[3] 17x Türkisch, 15x Russisch, 12x Arabisch, 11x Polnisch, 7x Albanisch, Dari, Englisch, 5x Twi, 4x Persisch, Spanisch, 2x Farsi, Italienisch, Serbisch, Romanes/Romani, Tigrinya, 1x Afrikanisch, Bulgarisch, Estnisch, Ewe, Fanta, Französisch, Gebärdensprache, Griechisch, Hindi, Kantonesisch, Konkani, Kroatisch, Litauisch, Multani, Nigerianisch, Pigrign, Portugiesisch, Punjabi, Rumänisch, Syrisch, Tschetschenisch (es handelt sich hierbei jeweils um die Angaben/(Selbst-)Bezeichnungen der Eltern)


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 10: Verteilung auf Schulformen*

| | IG | | KG | | N IG +KG | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Schulform [n, %]** | | | | | | |
| Kindergarten/Hort | 3 | 1 % | - | - | 3 | 0.8 % |
| Schulkindergarten/Vorklasse | 14 | 4.7 % | - | - | 14 | 3.7 % |
| Grundschule | 118 | 39.9 % | 16 | 20 % | 134 | 35.6 % |
| Orientierungsstufe | 2 | 0.7 % | 1 | 1.3 % | 3 | 0.8 % |
| Gesamtschule/Stadtteil-schule/Hauptschule/Realschule | 84 | 28.4 % | 5 | 6.3 % | 89 | 23.7 % |
| Gymnasium | 32 | 10.8 % | 1 | 1.3 % | 33 | 8.8 % |
| Differenzierung ist schulbedingt nicht möglich (z.B. Waldorfschule) | 9 | 3 % | - | - | 9 | 2.4 % |
| Förderschule | 34 | 11.5 % | 57 | 71.3 % | 91 | 24.2 % |
| **Gesamt [N]** | 296 | | 80 | | 376 | |

*Klassenstufe:* Die Verteilung der KuJ auf die Klassenstufen entspricht der Verteilung auf die Schulformen. Ein großer Teil der Schüler*innen gehört zur Klassenstufe 1-4 (Grundschule) und Klassenstufe 5-10 (Sekundarschulbereich I). Nur wenige Schüler*innen besuchen die Klassen 11 bis 12/13 (Gymnasium). Die genaue Verteilung der Schüler*innen auf die einzelnen Klassenstufen kann der folgenden Tabelle entnommen werden (siehe Tabelle 11).

*Tabelle 11: Verteilung auf Klassenstufen*

| | IG | | KG | | N IG +KG | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Klassenstufe [n, %]** | | | | | | |
| 1 | 24 | 8.9 % | 5 | 6.7 % | 29 | 8.4 % |
| 2 | 36 | 13.3 % | 9 | 12 % | 45 | 13.0 % |
| 3 | 40 | 14.8 % | 8 | 10.7 % | 48 | 13.9 % |
| 4 | 31 | 11.5 % | 5 | 6.7 % | 36 | 10.4 % |
| 5 | 21 | 7.8 % | 8 | 10.7 % | 29 | 8.4 % |
| 6 | 25 | 9.3 % | 16 | 21.3 % | 41 | 11.9 % |
| 7 | 39 | 14.4 % | 11 | 14.7 % | 50 | 14.5 % |
| 8 | 11 | 4.1 % | 8 | 10.7 % | 19 | 5.5 % |
| 9 | 21 | 7.8 % | 4 | 5.3 % | 25 | 7.2 % |
| 10 | 17 | 6.2 % | 1 | 1.3 % | 18 | 5.2 % |
| 11 | 3 | 1.1 % | - | - | 3 | 0.9 % |
| 12 | 2 | 0.7 % | - | - | 2 | 0.6 % |
| **Gesamt [N]** | 270 | | 75 | | 345 | |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Förderbedarf:* Hinsichtlich des (attestierten) sonderpädagogischen Förderbedarfs fällt auf, dass bei immerhin 38.7 % der KuJ ein attestierter sonderpädagogischer Förderbedarf vorliegt. „Lediglich“ 61.3 % der KuJ haben keinen entsprechenden Förderbedarf. Unter den KuJ mit einem sonderpädagogischen Förderbedarf dominieren die Förderschwerpunkte „Lernen“ sowie „Emotionale und soziale Entwicklung“ *(jeweils 15.2 %)*.

*Tabelle 12: Verteilung Förderbedarf(e).*

| | *IG* | | *KG* | | *N IG +KG* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Attestierter sonderpädagogischer Förderbedarf [n, %]** | | | | | | |
| Attestierter sonderpädagogischer Förderbedarf vorhanden | 80 | 28.1 % | 60 | 77.9 % | 140 | 38.7 % |
| Attestierter sonderpädagogischer Förderbedarf nicht vorhanden | 205 | 71.9 % | 17 | 22.1 % | 222 | 61.3 % |
| **Gesamt [N]** | 285 | | 77 | | 362 | |
| **Schwerpunkt des sonderpädagogischen Förderbedarfs [n, %]** | | | | | | |
| Geistige Entwicklung | 3 | 1.1 % | - | - | 3 | 0.8 % |
| Lernen | 31 | 11.2 % | 24 | 31.2 % | 55 | 15.2 % |
| Sprache | 13 | 4.6 % | 14 | 18.2 % | 27 | 7.5 % |
| Emotionale und soziale Entwicklung | 33 | 11.6 % | 22 | 28.6 % | 55 | 15.2 % |
| Körperliche und motorische Entwicklung | 3 | 1.1 % | - | - | 3 | 0.8 % |
| Hören | 1 | 0.4 % | 1 | 1.3 % | 2 | 0.6 % |
| Sehen | - | - | - | - | - | - |
| Autismus | 2 | 0.7 % | 1 | 1.3 % | 3 | 0.8 % |
| **Gesamt [N]** | 285 | | 77 | | 362 | |

Anm.: In Förderschwerpunkt Mehrfachnennung möglich.

*Zusammenfassend betrachtet* wurde im Innovationsfondprojekt DreiFürEins eine breite Zielgruppe an KuJ sehr frühzeitig erreicht, die einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen und vom Gesundheitssektor ansonsten schwer angesprochen und versorgt werden können.

#### 3.1.1.1.4 Anfragegrund, Problemlage und besondere Belastungen der KuJ

Um den Anlass für den Kontakt sowie die Problemlagen und Belastungen der KuJ hinreichend zu berücksichtigen, sollten die fallzuständigen ReBBZ-Mitarbeitenden für jedes KuJ in DreiFürEins a) die Anfragegründe, b) die Problemlagen und c) besondere Belastungen erheben. Dabei war jeweils eine Auswahl über Checkboxen möglich (ja oder nein). Dies bedeutet, dass bei den Anfragegründen, Problemlagen und besonderen Belastungen Mehrfachnennungen pro Fall möglich sind.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Anfragegründe:* Die am häufigsten berichteten Anfragegründe bei der IG waren a) Lernprobleme *(56.2 %)*, b) psychische Probleme *(55.9 %)*, c) Verhaltensprobleme *(42.9 %)* und d) mit etwas Abstand Konflikte *(23.5 %)* der KuJ. Deutlich seltener wurden als Anfragegrund e) ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung *(8.5 %)*, f) eine Schulbegleitung *(7.5 %)*, g) eine Schullaufbahnberatung *(6.8 %)*, h) eine Diagnostik/ ein Gutachten/ eine Stellungnahme *(6.0 %)* benannt. Bemerkenswert im Hinblick auf die Ziele von DreiFürEins erscheint, dass formale Absentismusmeldungen *(3.6 %)* oder Gewalterfahrungen/formale Gewaltmeldungen *(insgesamt 2.9%)* nur selten ein Anfragegrund waren. (siehe Tabelle 13)

*Tabelle 13: Hinterlegte Anfragegründe*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N (IG +KG)*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Anfragegrund [n, %]** | | | | | | |
| Lernprobleme | 123 | 56.2 % | - | - | - | - |
| Psychische Probleme | 157 | 55.9 % | - | - | - | - |
| Verhaltensprobleme | 173 | 42.9 % | - | - | - | - |
| Konflikte | 66 | 23.5 % | - | - | - | - |
| Verdacht Kindeswohlgefährdung | 24 | 8.5 % | - | - | - | - |
| Schulbegleitung | 21 | 7.5 % | - | - | - | - |
| Schullaufbahnberatung | 19 | 6.8 % | - | - | - | - |
| Diagnostik/Gutachten/ Stellungnahme | 17 | 6.0 % | - | - | - | - |
| Absentismusmeldung formal | 10 | 3.6 % | - | - | - | - |
| Krankheiten/Behinderung | 8 | 2.8 % | - | - | - | - |
| GIK-Anfrage (Gewaltprävention im Kindesalter) | 6 | 2.1 % | - | - | - | - |
| Verfahren nach § 49 | 6 | 2.1 % | - | - | - | - |
| Erfahrung mit Gewalt/ Viktimisierung durch Mitschüler*innen | 5 | 1.8 % | - | - | - | - |
| Gewaltmeldung formal | 3 | 1.1 % | - | - | - | - |
| Opferschutz | 2 | 0.7 % | - | - | - | - |
| AUL (Außerunterrichtliche Lernhilfen) | 2 | 0.7 % | | | | |
| Suchtmittelkonsum | 1 | 0.4 % | - | - | - | - |
| Andere | 19 | 6.8 % | | | | |
| **Gesamt [N]** | 281 | | - | | - | |

Anm.: Mehrfachnennung möglich.

*Problemlagen:* Zu den am häufigsten berichteten Problemlagen der KuJ der IG gehörten a) psychische Probleme *(83.3 %)*, b) Verhaltensprobleme *(80.4 %)* und Lernprobleme *(73.9 %)*. In immerhin jeweils einem Fünftel der Fälle lagen außerdem e) Gewalterfahrungen *(20.8 %)* und f) Schulabsentismus *(19.0 %)* als Problemlagen vor. Dies deutet darauf hin, dass Gewalt- und Absentismuserfahrungen nicht selten als „verdeckte“ Problemlagen hinter anderen


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Anfragegründen stehen. Seltener wurden ein Auftrag zur Diagnostik *(12.1 %)* oder Suchtverhalten *(4.6 %)* als vorhandene Problemlage angegeben. (siehe Tabelle 14)

*Tabelle 14: Beschriebene Problemlagen*

| | IG | | KG | | N (IG +KG) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Problemlage [n, %]** | | | | | | |
| Psychische Probleme | 230 | 83.3 % | - | - | - | - |
| Verhaltensprobleme | 221 | 80.4 % | - | - | - | - |
| Lernprobleme | 204 | 73.9 % | - | - | - | - |
| Gewalterfahrung | 54 | 20.8 % | - | - | - | - |
| Schulabsentismus | 52 | 19.0 % | - | - | - | - |
| Auftrag zur Diagnostik | 33 | 12.1 % | - | - | - | - |
| Suchtverhalten | 17 | 4.6 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [NMin, NMax]** | 260 | 276 | - | | - | |

Anm.: Mehrfachnennung möglich.

*Besondere Belastungen:* Zu den am häufigsten benannten, besonderen Belastungen der KuJ bzw. Familien gehören a) Eheprobleme und Scheidung *(32.5 %)*, b) Migration *(23.8 %)*, c) eine instabile Familiensituation *(23.8 %)*, d) Konflikte mit den Eltern *(22.7 %)* sowie e) psychische Erkrankungen eines*r Sorgeberechtigten *(20.9 %)*. Ebenfalls relativ häufig wurden f) eine emotionale Vernachlässigung *(15.5 %)*, g) unzureichende Lebensbedingungen materieller Art *(13.4 %)* sowie h) eine Überbehütung“ *(10.8 %)* als besondere Belastungen angegeben. Seltener wurden hingegen besondere Belastungen, wie eine schwere Krankheit oder Tod *(8.7 %)*, eine Arbeitslosigkeit *(8.7 %)*, ein Drogenmissbrauch *(6.1 %)*, eine Delinquenz *(4.7 %)*, eine Verwahrlosung“ *(3.6 %)*, eine sexuelle Belästigung oder ein Missbrauch *(2.9 %)* und Konflikte mit Betreuer*innen *(0.4 %)* als besondere Belastungen berichtet. (siehe Tabelle 15)

*Tabelle 15: Beschriebene besondere Belastungen*

| | IG | | KG | | N (IG +KG) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Besondere Belastungen [n, %]** | | | | | | |
| Eheprobleme und Scheidung | 90 | 32.5 % | - | - | - | - |
| Migration | 66 | 23.8 % | - | - | - | - |
| Instabile Familiensituation | 66 | 23.8 % | - | - | - | - |
| Konflikte mit Eltern | 63 | 22.7 % | - | - | - | - |
| Psychische Erkrankung eines*r Sorgeberechtigten | 58 | 20.9 % | - | - | - | - |
| Emotionale Vernachlässigung | 43 | 15.5 % | - | - | - | - |
| Unzureichende Lebensbedingungen materieller Art | 37 | 13.4 % | - | - | - | - |
| Überbehütung | 30 | 10.8 % | - | - | - | - |
| Schwere Krankheit oder Tod | 24 | 8.7 % | - | - | - | - |
| Arbeitslosigkeit | 24 | 8.7 % | - | - | - | - |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Drogenmussbrauch | 17 | 6.1 % | | | | |
| Hinweise auf Delinquenz | 13 | 4.7 % | - | - | - | - |
| Verwahrlosung | 10 | 3.6 % | - | - | - | - |
| Sexuelle Belästigung/Missbrauch | 8 | 2.9 % | - | - | - | - |
| Konflikte mit Betreuer*innen in der Wohngruppe | 1 | 0.4 % | - | - | - | - |
| Andere | 43 | 14.8 % | | | | |
| **Gesamt [N]** | 290 | | - | | - | |

Anm.: Mehrfachnennung möglich.

Zusammenfassend betrachtet zeichnet sich die erreichte Zielgruppe im Innovationsfondprojekt DreiFürEins durch eine Kumulation an Problemen (v.a. psychische Probleme, Verhaltensprobleme, Lernprobleme) und besonderen Belastungen (u.a. Eheprobleme/Scheidung der Eltern, Migration, instabile Familiensituation, Konflikte mit Eltern, psychische Erkrankungen der Eltern) aus.

#### 3.1.1.1.5 Therapiemotivation der KuJ und ihrer Eltern

Die Therapiemotivation wurde bei den KuJ und ihren Eltern jeweils über drei Items und mittels einer dreistufigen Skala (0 = „Nicht zutreffend“, 1 = „Teilweise Zutreffend“, 2 = „Eindeutig zutreffend“) abgefragt. Die durchschnittliche Zustimmung zum Wunsch nach einer Verbesserung lag bei den Eltern bei immerhin 1.9 *(SD = 0.43)* und bei den KuJ bei 1.4 *(SD = 0.69)*. Die durchschnittliche Mitwirkungsbereitschaft lag – übereinstimmend dazu – bei den Eltern bei 1.9 *(SD = 0.30)* und bei den KuJ bei 1.6 *(SD = 0.57).* Eine geringe Zuversicht, dass sich an den Beschwerden des Kindes etwas ändert, wurde von den Eltern durchschnittlich lediglich mit 0.4 *(SD = 0.66)* und bei den KuJ mit 0.8 *(SD = 0.66)* angegeben. Insgesamt ist eine hohe Therapiemotivation bei den Eltern und KuJ zu konstatieren, wobei sich die Eltern nochmals durch eine besonders hohe Therapiemotivation auszeichnen. (siehe Tabelle 16)

*Tabelle 16: Therapiemotivation der Eltern und KuJ*

| **Therapiemotivation** | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N IG +KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Eltern [n, %] | | | | | | |
| **Ich wünsche mir, dass es meinem Kind bessergeht bzw. dass sich an der jetzigen Situation etwas ändert. M (SD)** | 1.9 (0.35) | | 1.6 (0.64) | | | 1.9 (0.43) |
| Nicht zutreffend | 4 | 1.4 % | 6 | 8.8 % | 10 | 2.8 % |
| Teilweise zutreffend | 24 | 8.2 % | 11 | 16.2 % | 35 | 9.7 % |
| Eindeutig zutreffend | 264 | 90.4 % | 51 | 75.0 % | 315 | 87.5 % |
| **Ich bin bereit hier aktiv mitzuwirken, damit es meinem Kind bessergeht bzw. dass sich an der jetzigen Situation etwas ändert. M (SD)** | 2.0 (0.22) | | 1.8 (0.52) | | | 1.9 (0.30) |
| Nicht zutreffend | 1 | 0.3 % | 4 | 5.9 % | 5 | 1.4 % |
| Teilweise zutreffend | 11 | 3.8 % | 4 | 5.9 % | 15 | 4.2 % |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Eindeutig zutreffend | 279 | 95.9 % | 60 | 88.2 % | 339 | 94.4 % |
| **Ich habe wenig Zuversicht, dass sich an den Beschwerden meines Kindes etwas ändert. M (SD)** | 0.4 (0.65) | | 0.5 (0.72) | | | 0.4 (0.66) |
| Nicht zutreffend | 196 | 67.4 % | 40 | 58.8 % | 236 | 65.7 % |
| Teilweise zutreffend | 70 | 24.1 % | 19 | 27.9 % | 89 | 24.8 % |
| Eindeutig zutreffend | 25 | 8.6 % | 9 | 13.2 % | 34 | 9.5 % |
| **Gesamt [NMin, NMax]** | 291 | 292 | 68 | | 359 | |
| KuJ [n, %] | | | | | | |
| **Ich wünsche mir, dass es mir bessergeht bzw. dass sich an der jetzigen Situation etwas ändert. M (SD)** | 1.6 (0.6) | | 0.9 (0.78) | | | 1.4 (0.69) |
| Nicht zutreffend | 8 | 6.6 % | 9 | 33.3 % | 17 | 11.5 % |
| Teilweise zutreffend | 39 | 32.2 % | 11 | 40.7 % | 50 | 33.8 % |
| Eindeutig zutreffend | 74 | 61.2 % | 7 | 25.9 % | 81 | 54.7 % |
| **Ich bin bereit hier aktiv mitzuwirken, damit es mir bessergeht bzw. dass sich an der jetzigen Situation etwas ändert. M (SD)** | 1.6 (0.54) | | 1.5 (0.7) | | | 1.6 (0.57) |
| Nicht zutreffend | 3 | 2.5 % | 3 | 11.1 % | 6 | 4.1 % |
| Teilweise zutreffend | 41 | 33.9 % | 8 | 29.6 % | 49 | 33.1 % |
| Eindeutig zutreffend | 77 | 63.6 % | 16 | 59.3 % | 93 | 62.8 % |
| **Ich habe wenig Zuversicht, dass sich an meiner Situation etwas ändert. M (SD)** | 0.8 (0.66) | | 0.7 (0.66) | | | 0.8 (0.66) |
| Nicht zutreffend | 38 | 31.4 % | 10 | 37.0 % | 48 | 32.4 % |
| Teilweise zutreffend | 65 | 53.7 % | 14 | 51.9 % | 79 | 53.4 % |
| Eindeutig zutreffend | 18 | 14.9 % | 3 | 11.1 % | 21 | 14.2 % |
| **Gesamt [N]** | 121 | | 27 | | 148 | |

### 3.1.1.2 Diagnostik bei Einschluss ins Projekt

Im Folgenden werden die KuJ hinsichtlich der Diagnostik beim Einschluss ins Projekt beschrieben. In Übereinstimmung zu den Endpunkten der Evaluation wird dabei auf:

1. die psychischen Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ,
2. die gesundheitsbezogene Lebensqualität der KuJ sowie
3. den Schulabsentismus und schulische Leistungen der KuJ eingegangen.

#### 3.1.1.2.1 Psychische Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ

Zu den psychischen Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ wurden – wie oben erläutert – 1. die Eltern der KuJ, 2. die Kinder und Jugendlichen selbst (ab 11 Jahren), 3. die Lehrkräfte der KuJ sowie 4. die Therapeut*innen der KuJ befragt. Die Befragung der Eltern, KuJ und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Lehrkräfte erfolgte dabei 1. mit dem SDQ sowie 2. mit dem CBCL (Eltern) bzw. YSR (KuJ) und TRF (Lehrkräfte). Die Einschätzungen der Therapeut*innen erfolgten anhand der MAS-Skalen, wobei nachfolgend die ICD-Diagnosen sowie das ermittelte Intelligenz- und Funktionsniveaus der KuJ berichtet werden.

#### 3.1.1.2.1.1 Sicht der Eltern: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ

Hinweise auf psychische Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ wurden bei den Eltern mithilfe des SDQ sowie des CBCL ermittelt.

*SDQ:* Für insgesamt 389 KuJ der IG und KG liegen Einschätzungen der Eltern mittels des SDQ vor. Zusammenfassend betrachtet liegt der mittlere Gesamtproblemwert für die IG und KG bei 19.45 *(SD 5.73)*. Anhand des Gesamtproblemwerts können 73.3 % der Kinder und Jugendlichen als auffällig und 13.9 % als grenzwertig auffällig eingeschätzt werden. Lediglich bei 11.8 % der Kinder und Jugendlichen liegt der Gesamtproblemwert im Normbereich. Die Befunde deuten darauf hin, dass es in DreiFürEins gelungen ist, KuJ mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen als Zielgruppe in der IG und KG zu erreichen. Die mittleren Werte und Einordnungen bezüglich der Unterskalen a) „Emotionale Probleme“, b) „Verhaltensprobleme“, c) „Hyperaktivität“, d) „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und e) „Prosoziales Verhalten“ können der folgenden Tabelle entnommen werden.

*Tabelle 17: Verteilung der SDQ-Skalenwerte in der Prä-Erhebung (Eltern)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N IG +KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Verteilung der SDQ-Skalenwerte in der Prä-Erhebung aus Sicht der Eltern [n, %]** | | | | | | |
| **a) Emotionale Probleme M (SD)** | 5.6 (2.62) | | 4.5(2.64) | | 5.3 (2.66) | |
| im Normbereich | 72 | 23.2 % | 28 | 35.9 % | 100 | 25.7 % |
| grenzwertig auffällig | 42 | 13.5 % | 5 | 6.4 % | 47 | 12.1 % |
| Auffällig | 197 | 63.3 % | 45 | 57.7 % | 242 | 62.2 % |
| **b) Verhaltensprobleme M (SD)** | 4.4 (2.31) | | 3.6 (1.74) | | 4.2 (2.22) | |
| im Normbereich | 113 | 36.3 % | 41 | 53.6 % | 154 | 39.6 % |
| grenzwertig auffällig | 50 | 16.1 % | 16 | 20.5 % | 66 | 17 % |
| Auffällig | 148 | 47.6 % | 21 | 26.9 % | 169 | 43.4 % |
| **c) Hyperaktivität M (SD)** | 6 (2.67) | | 6.2 (2.49) | | 6 (2.63) | |
| im Normbereich | 129 | 41.5 % | 28 | 35.9 % | 157 | 40.4 % |
| grenzwertig auffällig | 45 | 14.5 % | 7 | 9 % | 52 | 13.4 % |
| Auffällig | 137 | 44.1 % | 43 | 55.1 % | 180 | 46.3 % |
| **d) Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen M (SD)** | 3.9 (2.21) | | 3.9 (1.99) | | 3.9 (2.17) | |
| im Normbereich | 144 | 46.3 % | 36 | 46.2 % | 180 | 46.3 % |
| grenzwertig auffällig | 45 | 14.5 % | 10 | 12.8 % | 55 | 14.1 % |
| Auffällig | 122 | 39.2 % | 32 | 41 % | 154 | 39.6 % |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **e) Prosoziales Verhalten M (SD)** | 7.1 (2.14) | | 7.7 (2.01) | | 7.2 (2.12) | |
| im Normbereich | 250 | 80.4 % | 66 | 84.6 % | 316 | 81.2 % |
| grenzwertig auffällig | 26 | 8.4 % | 5 | 6.4 % | 31 | 8 % |
| Auffällig | 35 | 11.3 % | 7 | 9 % | 42 | 10.8 % |
| **f) Gesamtproblemwert M (SD)** | 19.7 (5.73) | | 18.2 (5.62) | | 19.5 (5.73) | |
| im Normbereich | 32 | 10.3 % | 14 | 17.9 % | 46 | 11.8 % |
| grenzwertig auffällig | 46 | 14.8 % | 8 | 10.3 % | 54 | 13.9 % |
| Auffällig | 233 | 74.9 % | 56 | 71.8 % | 289 | 73.3 % |
| **Gesamt [N]** | 311 | | 78 | | 389 | |

*CBCL:* Für insgesamt 344 KuJ der IG und KG liegen Einschätzungen der Eltern mittels des CBCL vor. Die Befragung der Eltern mittels des CBCL ergibt einen mittleren T-Wert für die Gesamtauffälligkeit von 68.67 (SD 8.80). Anhand des Wertes für die Gesamtauffälligkeit können 71.8 % der KuJ als auffällig, 14.0 % der KuJ als grenzwertig auffällig und lediglich 14.2 % als unauffällig eingeordnet werden. Die Befunde sprechen dafür, dass in DreiFürEins Kinder und Jugendliche mit psychischen und Verhaltensproblemen erreicht worden sind. Eine differenzierte Analyse zeigt: Anhand der T-Werte zu den internalen Problemen *(M = 66.5, SD = 9.74)* gelten dabei 61.3 % der KuJ als auffällig und 17.1 % der KuJ als grenzwertig auffällig. Anhand der T-Werte zu den externalen Problemen *(M = 63.8, SD = 11.47)* sind 54.4 % der KuJ auffällig und 13.7 % grenzwertig auffällig.

*Tabelle 18: Verteilung der CBCL-Skalenwerte in der Prä-Erhebung (Eltern)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N IG +KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Verteilung der CBCL-Skalenwerte in der Prä-Erhebung aus Sicht der Eltern [n, %]** | | | | | | |
| **a) Internale Probleme M (SD)** | 67.1 (9.46) | | 63.9 (10.58) | | 66.5 (9.76) | |
| Unauffällig | 56 | 20.2 % | 17 | 25.4 % | 73 | 21.2 % |
| grenzwertig auffällig | 48 | 17.3 % | 12 | 17.9 % | 60 | 17.4 % |
| Auffällig | 173 | 62.5 % | 38 | 56.7 % | 211 | 61.3 % |
| **b) Externale Probleme M (SD)** | 63.9 (11.92) | | 63.5 (9.44) | | 63.8 (11.47) | |
| Unauffällig | 91 | 24.8 %% | 19 | 28.4 % | 110 | 32.0 % |
| grenzwertig auffällig | 37 | 13.4 % | 10 | 14.9 % | 47 | 13.7 % |
| Auffällig | 149 | 53.8 % | 38 | 56.7 % | 187 | 54.4 % |
| **c) Gesamtauffälligkeit M (SD)** | 67 (8.45) | | 67.4 (10.12) | | 68.7 (8.80) | |
| Unauffällig | 39 | 14.1 % | 10 | 14.9 % | 49 | 14.2 % |
| grenzwertig auffällig | 39 | 14.1 % | 9 | 13.4 % | 48 | 14.0 % |
| Auffällig | 199 | 71.8 % | 48 | 71.6 % | 247 | 71.8 % |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Gesamt [N]** | 277 | 67 | 344 |

#### 3.1.1.2.1.2 Sicht der KuJ: Psychische und Verhaltensstörungen

Auch bei den KuJ wurden Hinweise auf psychische und Verhaltensstörungen der KuJ wurden mithilfe des SDQ sowie des YSR ermittelt.

*SDQ:* Von insgesamt 207 KuJ liegen SDQ-Werte als Selbsteinschätzung vor. Der mittlere Gesamtproblemwert liegt demnach bei 18.1 *(SD 5.79).* Anhand des Gesamtproblemwerts können 59.9 % der KuJ als auffällig und 11.1 % als grenzwertig auffällig eingeschätzt werden. Für 29 % der Kinder und Jugendlichen liegt der Gesamtproblemwert im Normbereich. Im Vergleich zur Fremdeinschätzung der Eltern würden demnach mehr KuJ als unauffällig gelten. Die mittleren Werte und Einordnungen bezüglich der Unterskalen a) „Emotionale Probleme", b) „Verhaltensprobleme", c) „Hyperaktivität", d) „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen" und e) „Prosoziales Verhalten" können der folgenden Tabelle entnommen werden.

*Tabelle 19: Verteilung der SDQ-Skalenwerte in der Prä-Erhebung (KuJ)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N IG +KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Verteilung der SDQ-Skalenwerte in der Prä-Erhebung aus Sicht der KuJ [n, %]** | | | | | | |
| **a) Emotionale Probleme M (SD)** | 5.5 (2.84) | | 4.4 (2.44) | | 5.1 (2.76) | |
| im Normbereich | 46 | 34.1 % | 39 | 54.2 % | 85 | 41.1 % |
| grenzwertig auffällig | 20 | 14.8 % | 8 | 11.1 % | 28 | 13.5 % |
| Auffällig | 69 | 51.1 % | 25 | 34.7 % | 94 | 45.4 % |
| **b) Verhaltensprobleme M (SD)** | 3.4 (2.12) | | 3.4 (1.75) | | 3.4 (1.99) | |
| im Normbereich | 73 | 54.1 % | 34 | 47.2 % | 107 | 51.7 % |
| grenzwertig auffällig | 24 | 17.8 % | 18 | 25 % | 42 | 20.3 % |
| Auffällig | 38 | 28.1 % | 20 | 27.8 % | 58 | 28 % |
| **c) Hyperaktivität M (SD)** | 5.8 (2.48) | | 5.1 (2.03) | | 5.6 (2.35) | |
| im Normbereich | 60 | 44.4 % | 45 | 62.5 % | 105 | 50.7 % |
| grenzwertig auffällig | 20 | 14.8 % | 11 | 15.3 % | 31 | 15 % |
| Auffällig | 55 | 40.7 % | 16 | 22.2 % | 71 | 34.3 % |
| **d) Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen M (SD)** | 3.8 (1.89) | | 4.2 (2.03) | | 2.9 (1.94) | |
| im Normbereich | 61 | 45.2 % | 26 | 36.1 % | 87 | 42 % |
| grenzwertig auffällig | 29 | 21.5 % | 15 | 20.8 % | 44 | 21.3 % |
| Auffällig | 45 | 33.3 % | 31 | 43.1 % | 76 | 36.7 % |
| **e) Prosoziales Verhalten M (SD)** | 7.3 (2.21) | | 6.9 (1.88) | | 7.2 (2.10) | |
| im Normbereich | 88 | 65.2 % | 45 | 62.5 % | 133 | 64.3 % |
| grenzwertig auffällig | 14 | 10.4 % | 9 | 12.5 % | 23 | 11.1 % |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Auffällig | 33 | 24.4 % | 18 | 25 % | 51 | 24.6 % |
| **f) Gesamtproblemwert M (SD)** | 18.6 (5.73) | | 17.1 (5.83) | | 18.1 (5.79) | |
| im Normbereich | 34 | 25.2 % | 26 | 36.1 % | 60 | 29.0 % |
| grenzwertig auffällig | 16 | 11.9 % | 7 | 9.7 % | 23 | 11.1 % |
| Auffällig | 85 | 63 % | 39 | 54.2 % | 124 | 59.9 % |
| **Gesamt [N]** | 135 | | 72 | | 207 | |

*YSR:* Von insgesamt 139 KuJ liegen YSR-Werte als Selbsteinschätzung vor. Der mittlere T-Wert für die Gesamtauffälligkeit liegt dabei bei 64.8 *(SD 10.94)*. Anhand der Gesamtauffälligkeit können 54.0 % der Kinder und Jugendlichen als auffällig, 16.5 % als grenzwertig auffällig und 29.5 % als unauffällig eingeordnet werden. Im Vergleich zur Fremdeinschätzung der Eltern würden auch hier mehr KuJ als unauffällig gelten. Die differenzierte Analyse zeigt: Anhand der T-Werte zu den internalen Problemen *(M 64.8, SD = 12.59)* gelten 54.7 % der KuJ als auffällig und weitere 9.4% als grenzwertig auffällig. Anhand der T-Werte zu den externalen Problemen *(M = 57.7, SD = 9.66)* würden 28.1 % der KuJ als auffällig und 13.7 % als grenzwertig auffällig bewertet werden. (siehe Tabelle 20)

*Tabelle 20: Verteilung der YSR-Skalenwerte in der Prä-Erhebung*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N IG +KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Verteilung der YSR-Skalenwerte in der Prä-Erhebung aus Sicht der KuJ [n, %]** | | | | | | |
| **Internale Probleme M (SD)** | 65.8 (12.32) | | 60 (13.04) | | 64.8 (12.59) | |
| Unauffällig | 28 | 33 % | 12 | 50 % | 50 | 36.0 % |
| grenzwertig auffällig | 9 | 7.8 % | 4 | 16.7 % | 13 | 9.4 % |
| Auffällig | 68 | 59.1 % | 8 | 33.3 % | 76 | 54.7 % |
| **Externale Probleme M (SD)** | 57.9 (9.57) | | 56.8 (10.24) | | 57.7 (9.66) | |
| Unauffällig | 67 | 58.3 % | 14 | 58.3 % | 81 | 58.3 % |
| grenzwertig auffällig | 14 | 12.2 % | 5 | 20.8 % | 19 | 13.7 % |
| Auffällig | 34 | 29.6 % | 5 | 20.8 % | 39 | 28.1 % |
| **Gesamtauffälligkeit M (SD)** | 65.5 (10.66) | | 61 (11.74) | | 64.7 (10.94) | |
| Unauffällig | 29 | 25.2 % | 12 | 50 % | 41 | 29.5 % |
| grenzwertig auffällig | 21 | 18.3 % | 2 | 8.3 % | 23 | 16.5 % |
| Auffällig | 65 | 56.5 % | 10 | 41.7 % | 75 | 54.0 % |
| **Gesamt [N]** | 115 | | 24 | | 139 | |

#### 3.1.1.2.1.3 Sicht der Lehrkräfte: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ

Hinweise auf psychische Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ wurden bei den Lehrkräften mithilfe des SDQ sowie des TRF untersucht.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*SDQ:* Bei den Lehrkräften liegen SDQ-Werte zu 285 KuJ vor. Der mittlere Gesamtproblemwert liegt bei 15.6 *(SD 5.89).* Die mittleren Werte und Einordnungen bezüglich der Unterskalen „Emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“ können der folgenden Tabelle entnommen werden. Eine differenzierte Einordnung in die Gruppen „im Normbereich“, „grenzwertig auffällig“ und „auffällig“ ist aufgrund fehlender Normierungen für die Lehrerversion des SDQ für den deutschsprachigen Raum nicht möglich.

*Tabelle 21: Verteilung der SDQ-Skalenwerte in der Prä-Erhebung (Lehrkräfte)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N IG +KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Verteilung der SDQ-Skalenwerte in der Prä-Erhebung aus Sicht der Lehrkräfte [M, SD]** | | | | | | |
| **Emotionale Probleme** | 4.7 | (2.68) | 4.0 | (2.77) | 4.5 | (2.72) |
| **Verhaltensprobleme** | 4.0 | (2.62) | 3.1 | (2.36) | 3.7 | (2.58) |
| **Hyperaktivität** | 5.7 | (3.02) | 5.3 | (2.66) | 5.6 | (2.93) |
| **Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen** | 3.6 | (2.41) | 3.2 | (1.19) | 3.5 | (2.35) |
| **Prosoziales Verhalten** | 4.9 | (2.77) | 6.0 | (2.30) | 5.2 | (2.68) |
| **Gesamtproblemwert** | 16.2 | (5.69) | 14.1 | (6.19) | 15.6 | (5.89) |
| **Gesamt [N]** | 208 | | 77 | | 285 | |

*TRF:* Ein TRF-Wert von den Lehrkräften liegt für 251 KuJ vor. Der mittlere Skalenwert für die Gesamtauffälligkeit liegt bei 67.3 *(SD 31.10).* Eine Überführung der Skalenwerte in T-Werte und eine Einordnung in die Gruppen „unauffällig“, „grenzwertig auffällig“ und „auffällig“ ist aufgrund fehlender Normierungen für den TRF für den deutschsprachigen Raum nicht möglich. Die mittleren Skalenwerte bezüglich der Unterskalen internale und externale Probleme können der folgenden Tabelle entnommen werden.

*Tabelle 22: Verteilung der TRF-Skalenwerte in der Prä-Erhebung (Lehrkräfte)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N IG +KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Verteilung der TRF-Skalenwerte in der Prä-Erhebung aus Sicht der Lehrkräfte [M, SD]** | | | | | | |
| Internale Probleme | 15.0 | (8.40) | 11.3 | (9.58) | 14.0 | (8.84) |
| Externale Probleme | 22.7 | (14.56) | 15.1 | (11.62) | 20.7 | (14.23) |
| Gesamtauffälligkeit | 72.0 | (30.43) | 53.9 | (29.65) | 67.3 | (31.20) |
| **Gesamt [N]** | 186 | | 65 | | 251 | |

#### 3.1.1.2.1.4 Diagnostik der Therapeuten: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ nach MAS

Die Therapeut*innen nahmen für die KuJ der IG eine differenzierte Diagnostik nach MAS vor. In dieser Diagnostik wurden unter anderem Angaben 1. zum klinisch-psychiatrischen Syndrom


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

(MAS-Achse I), 2. zu Entwicklungsstörungen (MAS-Achse II), 3. zum Intelligenzniveau (MAS-Achse III) sowie 4. zum psychosozialen Funktionsniveau (MAS-Achse VI) der KuJ gemacht. Die Ergebnisse der Diagnostik werden im Folgenden nacheinander vorgestellt.

#### 3.1.1.2.1.4.1 Klinisch-Psychiatrisches Syndrom (MAS-Achse I)

Für insgesamt 248 KuJ der IG liegt eine differenzierte Diagnose der Therapeut*innen nach ICD-10 (MAS-Achse I) vor. Zu den häufigsten Diagnosen der in DreiFürEins versorgten KuJ gehörten demnach a) emotionale Störungen des Kindesalters *(48.9 %, F93.-)*, b) hyperkinetische Störungen *(24.2%, F90.- )*, c) depressive Episoden *(19.0 %, F32.-)* und d) Störungen des Sozialverhaltens *(12.9%, F91.-)*. Die nachfolgende Tabelle 23 zeigt die differenzierten Ergebnisse der klinisch-psychiatrischen Diagnostik der in DreiFürEins versorgten Kinder und Jugendlichen (IG).

*Tabelle 23: ICD-10 Diagnosen (MAS-Achse I)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N (IG +KG)*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Diagnosen ICD-10 MAS-Achse I [n, %]** | | | | | | |
| F32.- Depressive Episode | 47 | 19.0 % | - | - | - | - |
| F40.- Phobische Störungen | 17 | 6.9 % | - | - | - | - |
| F41.- Andere Angststörungen | 3 | 1.2 % | - | - | - | - |
| F42.- Zwangsstörungen | 6 | 2.4 % | - | - | - | - |
| F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen/Anpassungsstörungen | 11 | 4.4 % | - | - | - | - |
| F45.- Somatoforme Störungen | 3 | 1.2 % | - | - | - | - |
| F48.- Andere neurotische Störungen | 1 | 0.4 % | - | - | - | - |
| F50.- Essstörungen | 1 | 0.4 % | - | - | - | - |
| F63.- Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle | 1 | 0.4 % | - | - | - | - |
| F84.- Tief greifende Entwicklungsstörungen | 7 | 2.8 % | - | - | - | - |
| F90.- Hyperkinetische Störungen | 60 | 24.2 % | - | - | - | - |
| F91.- Störungen des Sozialverhaltens | 32 | 12.9 % | - | - | - | - |
| F92.- Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen | 13 | 5.2 % | - | - | - | - |
| F93.- Emotionale Störungen des Kindesalters | 121 | 48.9 % | - | - | - | - |
| F94.- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | 10 | 4.0 % | - | - | - | - |
| F95.- Ticstörungen | 1 | 0.4 % | - | - | - | - |
| F98.- Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | 14 | 5.6 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 248 | | - | | - | |

Anm.: Mehrfachnennung bzw. -angabe möglich.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.1.1.2.1.4.2 Entwicklungsstörungen (MAS-Achse II)

Für 242 KuJ liegen Angaben der Therapeut*innen zu Entwicklungsstörungen der KuJ vor (MAS-Achse II). Eine Entwicklungsstörung lag demnach bei immerhin 20.2 % der KuJ vor. Eine differenzierte Übersicht zu den Entwicklungsstörungen ist der nachfolgenden Tabelle 24 zu entnehmen.

*Tabelle 24: ICD-10 Diagnosen (MAS-Achse II)*

| | *IG* | | *KG* | | *N (IG +KG)* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ICD-10 MAS Achse IV [n, %]** | | | | | | |
| **Liegt eine Entwicklungsstörung vor** | | | | | | |
| Nein | 193 | 79.8 % | - | - | - | - |
| Ja | 49 | 20.2 % | - | - | - | - |
| **ICD-10 Diagnose** | | | | | | |
| F80.0 Artikulationsstörung | 3 | 6.1 % | - | - | - | - |
| F80.1 Expressive Sprachstörung | 7 | 14.3 % | | | | |
| F80.2 Rezeptive Sprachstörung | 1 | 2 % | - | - | - | - |
| F80.8 Sonstige Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache | 4 | 8.2 % | - | - | - | - |
| F80.9 Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet | 2 | 4.1 % | - | - | - | - |
| F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung | 7 | 14.3 % | - | - | - | - |
| F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung | 3 | 6.1 % | - | - | - | - |
| F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten | 5 | 10.2 % | - | - | - | - |
| F81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten | 1 | 2 % | - | - | - | - |
| F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet | 2 | 4.1 % | - | - | - | - |
| F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen | 4 | 8.2 % | - | - | - | - |
| F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen | 8 | 16.3 % | - | - | - | - |
| F88 Andere Entwicklungsstörungen | 1 | 2 % | - | - | - | - |
| F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen | 1 | 2 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 49 | | - | | - | |

#### 3.1.1.2.1.4.3 Intelligenzniveau (MAS-Achse III)

Für insgesamt 234 KuJ der IG berichteten die Therapeut*innen das Intelligenzniveau. Drei Viertel der KuJ *(75.2 %)* wiesen demnach eine durchschnittliche Intelligenz auf. Über eine überdurchschnittliche verfügten lediglich 6.5 % der KuJ und über eine unterdurchschnittliche Intelligenz 18,4% der KuJ. Einschränkend ist allerdings darauf hinzuweisen, dass lediglich bei


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

61 KuJ *(26.1 %)* tatsächlich ein Intelligenztest im Rahmen von DreiFürEins durchgeführt worden ist.

*Tabelle 25: Intelligenzniveau (MAS-Achse III)*

| | IG | | KG | | N (IG +KG) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Intelligenzniveau [n, %]** | | | | | | |
| sehr hohe Intelligenz (über 129) | 2 | 0.9 % | - | - | - | - |
| hohe Intelligenz (115-128) | 13 | 5.6 % | - | - | - | - |
| durchschnittliche Intelligenz (85-114) | 176 | 75.2 % | - | - | - | - |
| niedrige Intelligenz (70-84) | 32 | 13.7 % | - | - | - | - |
| leichte Intelligenzminderung (50-69) | 5 | 2.1 % | - | - | - | - |
| Intelligenzniveau nicht bekannt | 6 | 2.6 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 234 | | - | | - | |
| **Intelligenztest durchgeführt [n, %]** | | | | | | |
| Ja | 61 | 26.1 % | - | - | - | - |
| Nein | 173 | 73.9 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 234 | | - | | - | |

#### 3.1.1.2.1.4.4 Psychosoziales Funktionsniveau (MAS-Achse VI)

Für 248 KuJ der IG liegen Angaben der Therapeut*innen zum psychosozialen Funktionsniveau mithilfe des C-GAF-Score vor. Die drei größten Gruppen der KuJ zeichnen sich durch folgendes Funktionsniveau aus: 1. Knapp die Hälfte der KuJ *(46.0 %)* hat einen mäßigen Grad der Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit in (immerhin) den meisten sozialen Bereichen oder eine schwere Beeinträchtigung in einem Bereich (C-GAF-Score 50-41). 2. Ein knappes Viertel der KuJ *(23.4 %)* verfügt über eine variable Funktionsweise mit sporadischen Schwierigkeiten oder Symptomen in mehreren, aber nicht allen sozialen Bereichen (C-GAF-Score 60-51). 3. Knapp ein Fünftel der KuJ *(18.1 %)* wiederum weist eine starke Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit in mehreren Bereichen und eine Unfähigkeit in diesen Bereichen zu funktionieren auf und benötigt daher eine spezielle Betreuung und/oder einen Krankenhausaufenthalt (C-GAF-Score 40-31). Die Befunde deuten auf eine z.T. nicht unbeträchtliche Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der KuJ in DreiFürEins hin. (siehe die Tabelle 24)

*Tabelle 26: CGAF-Scores der KuJ (MAS-Achse VI)*

| | IG | | KG | | N (IG +KG) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Funktionsniveau anhand des C-GAF-Scores [n, %]** | | | | | | |
| 100-91 Hervorragende/gute soziale Anpassung in allen Bereichen (zu Hause, in der Schule und mit Gleichaltrigen). | 0 | 0.0 % | - | - | - | - |
| 90-81 Gutes Funktionieren in allen Bereichen; sicher in Familie, Schule und mit Gleichaltrigen; es kann | 1 | 0.4 % | - | - | - | - |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| vorübergehende Schwierigkeiten und alltägliche Sorgen geben, die gelegentlich außer Kontrolle geraten. 80-71 Nicht mehr als leichte Beeinträchtigung im Funktionieren zu Hause, in der Schule oder mit Gleichaltrigen, Verhaltensstörung oder emotionale Belastung als Reaktion auf Lebensbelastungen. | 7 | 2.8 % | - | - | - | - |
| 70-61 Einige Schwierigkeiten in einzelnen Bereichen aber im allgemeinen gutes Funktionieren; einige gute zwischenmenschliche Beziehungen. | 22 | 8.9 % | - | - | - | - |
| 60-51 Variable Funktionsweise mit sporadischen Schwierigkeiten oder Symptomen in mehreren, aber nicht allen sozialen Bereichen. | 58 | 23.4 % | - | - | - | - |
| 50-41 Mäßiger Grad der Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit in den meisten sozialen Bereichen oder schwere Beeinträchtigung in einem Bereich | 114 | 46.0 % | - | - | - | - |
| 40-31 Starke Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit in mehreren Bereichen, Unfähigkeit in diesen Bereichen zu funktionieren; benötigt spezielle Betreuung und/oder Krankenhausaufenthalt. | 45 | 18.1 % | - | - | - | - |
| 30-21 Unfähig in fast allen Bereichen zu funktionieren. | 1 | 0.4 % | - | - | - | - |
| 20-11 Benötigt erhebliche Beaufsichtigung, um andere oder sich selbst nicht zu verletzen oder zur Aufrechterhaltung der Körperpflege; grobe Beeinträchtigung in allen Formen der Kommunikation; schwere Auffälligkeiten in der verbalen und gestischen Kommunikation, ausgeprägte soziale Unnahbarkeit. | 0 | 0.0 % | - | - | - | - |
| 10-1 Benötigt ständige Beaufsichtigung aufgrund von schwerem aggressivem Verhalten oder selbstzerstörerischem Verhalten oder grober Beeinträchtigung in der Realitätsprüfung, Kommunikation, Kognition oder Körperpflege | 0 | 0.0 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 248 | | - | | - | |

### 3.1.1.2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität der KuJ

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der KuJ wurde – wie oben erläutert – mittels des Kidscreen untersucht. Bei der Erfassung kam die Elternversion zum Einsatz, sodass es sich bei den Einschätzungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität um einen Fremdbericht der Eltern handelt. Die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfolgt in Bezug auf die Dimensionen a) „körperliches Wohlbefinden“, b) „psychisches Wohlbefinden“, c) „Eltern und Autonomie“, d) „soziale Unterstützung“ und e) „schulisches Umfeld“. Die mittleren T-Werte für die Skalen bei den KuJ in DreiFürEins können der folgenden Tabelle entnommen werden.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 27: Kidscreen-Skalen-T-Werte*

| | IG | | KG | | N IG +KG | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Verteilung der Kidscreen-Skalen-T-Werte in der Prä-Erhebung aus Sicht der Eltern [M, SD]** | | | | | | |
| a) Körperliches Wohlbefinden | 44.6 | (11.48) | 46.3 | (11.50) | 45 | (11.49) |
| b) Psychisches Wohlbefinden | 32.1 | (3.71) | 34.3 | (3.74) | 32.6 | (3.83) |
| c) Eltern und Autonomie | 53.9 | (10.05) | 56.7 | (11.42) | 54.5 | (10.43) |
| d) Soziale Unterstützung | 45.6 | (15.18) | 47.7 | (13.90) | 46.0 | (14.90) |
| e) Schulisches Umfeld | 41.3 | (12.50) | 46.0 | (13.55) | 42.5 | (12.90) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 208 | 223 | 64 | 68 | 272 | 289 |

#### 3.1.1.2.3 Schulabsentismus und schulische Leistungen der KuJ

Zu den schulbezogenen Endpunkten der Evaluation (Schulabsentismus und schulische Leistungen) wurden Daten über 1. Befragungen der Eltern zum Schulbesuch ihrer Kinder (Umfang und Motive des Schulabsentismus), 2. Befragungen der Kinder und Jugendlichen zu ihrem Schulbesuch (Umfang und Motive des Schulabsentismus) und 3. Befragungen der Eltern zu den schulischen Leistungen ihrer Kinder erhoben.

##### 3.1.1.2.3.1 Schulabsentismus aus Sicht der Eltern

*Umfang des Schulabsentismus:* Zum Umfang des Schulabsentismus liegen Elterneinschätzungen für 335 KuJ vor. Die Eltern wurden beim Einschluss ihres Kindes in das Projekt in einer gruppierten Abfrage nach den Fehltagen ihres Kindes in den letzten 12 Schulwochen befragt. Dabei wurde a) nach der Anzahl der Fehltage ohne Fehltage aufgrund von Krankheit oder Schulausschluss und b) nach der Anzahl aller Fehltage unabhängig vom Grund gefragt. Bei der Abfrage zu den Fehltagen ohne Krankheits- oder Schulausschlusstage gaben knapp die Hälfte der Eltern an *(47.8 %)*, dass ihr Kind gar nicht gefehlt habe. Betrachtet man hingegen die Abfrage zu allen Fehltagen (also unabhängig von den Gründen) gab nur noch ein Fünftel der Eltern an *(19.9 %)*, dass ihr Kind gar nicht gefehlt hat. Die Angaben der Eltern fallen also – nicht ganz unerwartet – unterschiedlich aus, je nachdem, ob man legitime bzw. entschuldigte Gründe für den Schulabsentismus (z.B. Krankheit, Schulausschluss) mitberücksichtigt oder nicht. Betrachtet man die von den Eltern berichteten Fehltage der KuJ (hier: ohne Krankheit oder Schulausschluss), dann zeigt sich: Schüler*innen fehlten aus Sicht der Eltern in den letzten 12 Wochen entweder gar nicht *(47.8 %)* oder nur wenige Tage *(20.6 % fehlten max. 4 Tage)*. Allerdings fehlten – geht man zumindest von den Elternangaben aus – 14.5% der KuJ 5 bis 12 Schultage, 10.1 % der KuJ 13 bis 36 Schultage, 3.3% der KuJ 37 bis 48 Schultage und 4.2 % der KuJ sogar mehr als 48 Schultage alleine in den letzten 12 Wochen.

*Tabelle 28: Fehltage der KuJ (Elternangabe)*

| | IG | | KG | | N IG +KG | |
|---|---|---|---|---|---|---|


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| **Betroffenheit von Schulabsentismus angegeben durch die Eltern** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fehlen ohne Krankheit und Schulausschluss [n, %]** | | | | | | |
| fehlend | 135 | 50.4 % | 40 | 59.7 % | 175 | 52.2 % |
| nicht fehlend | 133 | 49.6 % | 27 | 40.3 % | 160 | 47.8 % |
| **Anzahl der Fehltage ohne Krankheit und Schulausschluss in den letzten 12 Wochen [n, %]** | | | | | | |
| gar nicht | 133 | 49.6 % | 27 | 40.3 % | 160 | 47.8 % |
| bis zu 4 Schultage | 49 | 18.3 % | 20 | 29.9 % | 69 | 20.6 % |
| 5 bis 12 Schultage | 38 | 14.2 % | 9 | 13.4 % | 47 | 14.5 % |
| 13 bis 36 Schultage | 27 | 10.1 % | 7 | 10.4 % | 34 | 10.1 % |
| 37 bis 48 Schultage | 9 | 3.4 % | 2 | 3 % | 11 | 3.3 % |
| mehr als 48 Schultage | 12 | 4.5 % | 2 | 3 % | 14 | 4.2 % |
| **Fehlen unabhängig vom Grund [n, %]** | | | | | | |
| Fehlend | 213 | 83.5 % | 52 | 68.4 % | 265 | 80.1 % |
| nicht fehlend | 42 | 16.5 % | 24 | 31.6 % | 66 | 19.9 % |
| **Anzahl der Fehltage unabhängig vom Grund in den letzten 12 Wochen [n, %]** | | | | | | |
| gar nicht | 42 | 16.5 % | 24 | 31.6 % | 66 | 19.9 % |
| bis zu 4 Schultage | 87 | 34.1 % | 26 | 34.2 % | 113 | 34.1 % |
| 5 bis 12 Schultage | 69 | 27.1 % | 20 | 26.3 % | 89 | 26.9 % |
| 13 bis 36 Schultage | 38 | 14.9 % | 5 | 6.6 % | 43 | 13 % |
| 37 bis 48 Schultage | 8 | 3.1 % | - | - | 8 | 2.4 % |
| mehr als 48 Schultage | 11 | 4.3 % | 1 | 1.3 % | 12 | 3.6 % |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 255 | 268 | 67 | 76 | 331 | 335 |

*Motive des Schulabsentismus:* Zu den Motiven der KuJ für den Schulabsentismus liegen Einschätzungen für 167 KuJ vor. Die Motive für den Schulabsentismus wurden bei den Eltern über den SRAS-R abgefragt. Das Vorliegen der dort abgebildeten Motive für den Schulabsentismus wurde von den Eltern unterschiedlich bewertet. Die größte Zustimmung erhielten – zumindest in der IG – Items, die auf eine Vermeidung negativer Affektivität abzielen. Die differenzierten Werte zu den Motiven des Schulabsentismus sind der folgenden Tabelle 29 zu entnehmen.

*Tabelle 29: Motive für den Schulabsentismus (SRAS-R-Skalen (Elternangabe))*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N IG +KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **SRAS-R-Skalen Eltern M (SD)** | | | | | | |
| Vermeidung negativer Affektivität | 2.6 | (0.93) | 1.9 | (0.85) | 2.4 | (0.94) |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen | 2.1 | (0.79) | 1.6 | (0.66) | 2.0 | (0.79) |
| Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten | 2.2 | (0.85) | 2.1 | (0.95) | 2.2 | (0.87) |
| Aufsuchen von attraktiveren Tätigkeiten | 2.0 | (0.84) | 2.4 | (0.80) | 2.1 | (0.85) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 75 | 134 | 29 | 33 | 104 | 167 |

#### 3.1.1.2.3.2 Schulabsentismus aus Sicht der KuJ

*Umfang des Schulabsentismus:* Zum Umfang des Schulabsentismus liegen Selbsteinschätzungen von 174 KuJ vor. Die Kinder und Jugendlichen wurden – sofern sie 11 Jahre alt waren – ebenfalls bei Einschluss in das Projekt zu ihren Fehltagen in den letzten 12 Schulwochen befragt. Dabei wurde – übereinstimmend zur Befragung der Eltern – a) nach der Anzahl der Fehltage ohne Fehltage aufgrund von Krankheit oder Schulausschluss und b) der Anzahl der Fehltage unabhängig vom Grund gefragt. Wiederum zeigt sich eine unterschiedliche Anzahl an Fehltagen in Abhängigkeit von der Abfrage *(z.B. nicht gefehlt: 31.0 % vs. 18.1 %)*. Betrachtet man die selbstberichteten Fehltage der KuJ (hier: ohne Krankheit oder Schulausschluss) etwas, dann zeigt sich: Knapp die Hälfte der Schüler*innen fehlten der eigenen Einschätzung zufolge in den letzten 12 Wochen entweder gar nicht *(31.0 %)* oder nur wenige Tage *(17.8 % fehlten max. 4 Tage).* Allerdings fehlten die andere Hälfte der KuJ z.T. deutlich häufiger: 14.5% der KuJ fehlten 5 bis 12 Schultage, 10.1 % der KuJ 13 bis 36 Schultage, 3.3% der KuJ 37 bis 48 Schultage und 4.2 % der KuJ fehlten sogar mehr als 48 Schultage in den letzten 12 Wochen. Auffällig sind hier darüber hinaus die erheblichen Unterschiede in den Einschätzungen des Umfangs des Absentismus bei Eltern und ihren Kindern *(z.B. nicht gefehlt: 47.8% Eltern vs. 31.0 % KuJ).* Zumindest ein Teil der Eltern ist offensichtlich über den Schulabsentismus des eigenen Kindes nicht vollständig informiert.

*Tabelle 30: Fehltage der KuJ (Angaben KuJ)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N IG +KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Betroffenheit von Schulabsentismus angegeben durch die Kinder und Jugendlichen** | | | | | | |
| **Fehlen ohne Krankheit und Schulausschluss [n, %]** | | | | | | |
| fehlend | 76 | 59.4 % | 44 | 95.7 % | 120 | 69.0 % |
| nicht fehlend | 52 | 40.6 % | 2 | 4.3 % | 54 | 31.0 % |
| **Anzahl der Fehltage ohne Krankheit und Schulausschluss in den letzten 12 Wochen [n, %]** | | | | | | |
| gar nicht | 52 | 40.6 % | 2 | 4.3 % | 54 | 31.0 % |
| bis zu 4 Schultage | 22 | 17.2 % | 9 | 19.6 % | 31 | 17.8 % |
| 5 bis 12 Schultage | 14 | 10.9 % | 22 | 47.8 % | 36 | 20.7 % |
| 13 bis 36 Schultage | 19 | 14.8 % | 8 | 17.4 % | 27 | 15.5 % |
| 37 bis 48 Schultage | 10 | 7.8 % | 4 | 8.7 % | 14 | 8.0 % |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| mehr als 48 Schultage | 11 | 8.6 % | 1 | 2.2 % | 12 | 6.9 % |
| **Fehlen unabhängig vom Grund [n, %]** | | | | | | |
| Fehlend | 98 | 82.4 % | 20 | 80.0 % | 118 | 81.9 % |
| nicht fehlend | 21 | 17.6 % | 5 | 20.0 % | 26 | 18.1 % |
| **Anzahl der Fehltage unabhängig vom Grund in den letzten 12 Wochen [n, %]** | | | | | | |
| gar nicht | 21 | 17.6 % | 5 | 20.0 % | 26 | 18.1 % |
| bis zu 4 Schultage | 29 | 24.4 % | 9 | 36.0 % | 28 | 26.4 % |
| 5 bis 12 Schultage | 29 | 24.4 % | 7 | 28.0 % | 36 | 25.0 % |
| 13 bis 36 Schultage | 20 | 16.8 % | 2 | 8.0 % | 22 | 25.3 % |
| 37 bis 48 Schultage | 7 | 5.9 % | 1 | 4.0 % | 8 | 5.6 % |
| mehr als 48 Schultage | 13 | 10.9 % | 1 | 4.0 % | 14 | 9.7 % |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 119 | 128 | 25 | 46 | 144 | 174 |

*Motive des Schulabsentismus:* Die KuJ wurden – wie die Eltern – zu den Motiven für den Schulabsentismus befragt. Es liegen Einschätzungen von insgesamt 104 KuJ vor. Die Motive für den Schulabsentismus wurden bei den KuJ wiederum über den SRAS-R abgefragt. Die größte Zustimmung erhielten wiederum – bezogen auf die IG – Items, die auf eine Vermeidung negativer Affektivität abzielen. Die differenzierten Werte zu den Motiven des Schulabsentismus sind der folgenden Tabelle 31 zu entnehmen.

*Tabelle 31: Motive für den Schulabsensentismus (SRAS-R-Skalen (Angaben KuJ))*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N IG +KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **SRAS-R-Skalen KuJ M (SD)** | | | | | | |
| Vermeidung negativer Affektivität | 2.5 | (0.87) | 2.3 | (0.58) | 2.4 | (0.80) |
| Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen | 1.9 | (0.80) | 2.2 | (0.52) | 2.0 | (0.74) |
| Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten | 2.2 | (0.83) | 2.5 | (0.61) | 2.3 | (0.78) |
| Aufsuchen von attraktiveren Tätigkeiten | 2.0 | (0.84) | 2.4 | (0.80) | 2.1 | (0.85) |
| **Gesamt [N]** | 75 | | 29 | | 104 | |

#### 3.1.1.2.3.3 Schulische Leistungen aus Sicht der Eltern

Die Angaben zu den schulischen Leistungen der KuJ wurden bei den Eltern erhoben. Für insgesamt 331 KuJ liegen auf dieser Basis Daten zu den schulischen Leistungen vor. Von den 331 KuJ erhielten 36.0 % Schulnoten. Die übrigen 64.0% der KuJ erhielten aus unterschiedlichsten Gründen keine Schulnoten. Die Eltern sollten in diesen Fällen ersatzweise eine Bewertung der schulischen Leistungen vornehmen. Die Auswertung der Schulnoten bzw. Bewertung der schulischen Leistungen macht auf drei Dinge aufmerksam: a) Die mittleren Schulnoten der KuJ bewegen sich oberhalb der Note 3. b) 2. Die KuJ der IG weisen im Durchschnitt schlechtere


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Noten auf als die KuJ der KG. c) Bei der Beurteilung durch die Eltern wird deutlich, dass die KuJ in DreiFürEins im Vergleich zu allen Schüler*innen häufiger über unterdurchschnittliche/ungenügende Leistungen verfügen (durchschnittlich: 46,1 %, überdurchschnittlich: 11.3 % und unterdurchschnittlich/ungenügend: 42,7%). Die mittleren Schulnoten sowie die Bewertungen der Eltern sind der nachfolgenden Tabelle 32 zu entnehmen.

*Tabelle 32: Schulische Leistungen der KuJ*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N (IG +KG)*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Erhalt von Schulnoten [n, %]** | | | | | | |
| Ja | 91 | 34.9 % | 28 | 40.0 % | 119 | 36.0 % |
| Nein | 170 | 65.1 % | 42 | 60.0 % | 212 | 64.0 % |
| **Gesamt [N]** | 261 | | 70 | | 331 | |
| **Noten im Fach M (SD)** | | | | | | |
| Mathe | 3.8 (1.10) | | 2.7 (0.94) | | 3.3 (1.10) | |
| Deutsch | 3.4 (1.08) | | 2.8 (0.80) | | 3.3 (1.05) | |
| Englisch | 3.2 (1.23) | | 2.5 (0.93) | | 3.1 (1.21) | |
| Durchschnitt aus Mathe, Deutsch und Englisch | 3.4 (0.94) | | 2.7 (0.62) | | 3.2 (0.92) | |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 81 | 84 | 24 | 25 | 105 | 109 |
| **Beurteilung der Leistung durch die Eltern, falls keine Schulnoten vergeben werden [n, %]** | | | | | | |
| Ungenügend | 21 | 12.7 % | 2 | 5.3 % | 23 | 11.3 % |
| Unterdurchschnittlich | 50 | 30.1 % | 14 | 36.8 % | 64 | 31.4 % |
| durchschnittlich | 76 | 45.8 % | 18 | 47.4 % | 94 | 46.1 % |
| überdurchschnittlich | 19 | 11.4 % | 4 | 10.5 % | 23 | 11.3 % |
| **Gesamt [N]** | 166 | | 38 | | 204 | |

### 3.1.1.3 Prüfung auf Vergleichbarkeit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Wie eingangs erläutert wurden, um potenzielle Confounder zu erkennen, möglicherweise beeinflussende Variablen auf Unterscheide zwischen Interventions- und Kontrollgruppe geprüft. Geprüft wurde dabei Unterschiede in Bezug auf:

- Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit der KuJ, Staatsangehörigkeiten der Eltern, die primär zuhause gesprochene Sprache, den Lebensmittelpunkt der KuJ,
- Schulform und Klassenstufe der sowie Vorhandensein eines Förderbedarfs bei den KuJ,
- die Therapiemotivation der KuJ und Eltern,
- die psychischen und Verhaltensstörungen der KuJ,
- die gesundheitsbezogene Lebensqualität der KuJ,
- den Schulabsentismus und die schulischen Leistungen der KuJ.

Eine umfassende Darstellung dieser Analysen erfolgt im Anhang (siehe Anlage 5). Stark zusammengefasst zeigen sich Unterschiede in Bezug auf


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

- das Alter *(T (1,243.117) = -2.961; p = .003; Mittlere Differenz = -0.85)*,
- die Schulform *($\chi^2(7) = 126.791$, $p < .001$)*, das Vorhandensein eines Förderbedarfs *($\chi^2(1) = 63.522$, $p < .001$)*
- die Therapiemotivation der Eltern (sowohl Wunsch nach Verbesserung *(T (1,76.887) = 2.857; p = .005; Mittlere Differenz = 0.23)* als auch Mitwirkungsbereitschaft (Verbesserung *(T (1,72.928) = 2.059; p = .022; Mittlere Differenz = 0.13)*) und der KuJ (ausschließlich Wunsch nach Verbesserung *(T (1,146) = 4.472; p < .001; Mittlere Differenz = 0.62)*
- die psychischen und Verhaltensstörungen der KuJ (SDQ Eltern *(F (5, 383) = 5.413; p < .001)*, SDQ KuJ *(F (5, 201) = 3.615; p = .004)*, SDQ Lehrkräfte *(F (6, 278) = 2.611; p = .018)* und TRF *(F (17, 233) = 3.013; p < .001)*)
- die gesundheitsbezogene Lebensqualität der KuJ *(F (4, 262) = 5.477; p < .001)*
- den Schulabsentismus (elternberichtete Fehlzeiten mit Krankheit und Schulausschluss *($\chi^2(5) = 13.673$, $p = .018$)*, selbstberichtete Fehlzeiten ohne Krankheit und Schulausschluss *($\chi^2(5) = 38.91$, $p < .001$)* sowie eltern- und selbstberichtete Motive *(F(4, 162) = 4.446; p = .002 bzw. F(4, 99) = 3.825; p = .006)* und schulische Leistungen *(T (1, 60.23) = 4.252; p < .001)*

Eine Vergleichbarkeit zwischen IG und KG ist damit nicht ohne Weiteres gegeben. Auf eine Berücksichtigung der (potentiellen) Confounder als Kovariaten in den folgenden Analysen wurde wie eingangs erläutert, dennoch verzichtet, da die Einbeziehung zusätzlicher Kovariaten die ohnehin geringe Fallzahl weiter reduziert hätte (da unvollständige Fälle ausgeschlossen worden wären/nur Fälle berücksichtigt werden können, für die alle im Modell berücksichtigten Variablen vorliegen). Darüber hinaus hätte die zusätzliche Modellkomplexität zu einer stärkeren Einschränkung der Freiheitsgrade geführt, was insbesondere bei kleinen Stichproben zu einer verringerten Teststärke und damit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Fehler 2. Art geführt hätte.

### 3.1.2 Inanspruchnahme der Leistungen der neuen Versorgungsform

Für die inhaltliche Evaluation ist von Interesse, welche Leistungen im Rahmen der neuen Versorgungsform von DreiFürEins bereitgestellt und in Anspruch genommen worden sind. Im Folgenden werden daher die Leistungen und die Inanspruchnahme der neuen Versorgungsform beschrieben. Hierzu wird zunächst berichtet, welche Leistungen die KJPPP und ReBBZ/Schule bereitgestellt haben (z.B. therapeutische Ansätze, diagnostischen Verfahren, Förderansätze und Maßnahmen) und wie diese in Anspruch genommen worden sind (3.1.2.1). Danach wird berichtetet, inwiefern die Jugendhilfe in die Fallarbeit involviert war. Abschließend wird anhand der Angaben von Therapeut*innen und ReBBZ-Mitarbeiter*innen auf die Beendigung der Fälle eingegangen.

#### 3.1.2.1 Leistungen der KJPPP in DreiFürEins

Die KJPPP haben in der neuen Versorgungsform DreiFürEins unterschiedlichste Leistungen in den ReBBZ vorgehalten. Hierzu gehören unter anderem a) Einzel- und Gruppentermine mit den KuJ, b) Eltern- und Familientermine, c) Termine und Telefonate mit dem Helfersystem (darin u. a. MPFK und RKT), d) musiktherapeutische Einzel- und Gruppentermine sowie e) kunsttherapeutische Einzel- und Gruppentermine.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Von 288 Fällen liegen Daten zu den Leistungen der KJPPP in den ReBBZ. Die Tabelle 33 gibt einen Überblick über die wahrgenommene Anzahl an Sitzungen und Terminen pro Fall sowie die Leistungen im Detail.

*Anzahl an Terminen und Sitzungen:* Den vorliegenden Daten zufolge wurden pro Fall durchschnittlich 17 kinder- und jugendpsychiatrischen/kinder- und jugendpsychotherapeutische Sitzungen in Anspruch genommen *(M = 17.2, SD = 7.63)*. Darüber hinaus wurden pro Fall durchschnittlich vier Termine nicht wahrgenommen, d.h. Sitzungen wurde zwar terminiert, aber von der Familie nicht eingehalten *(M = 3.6, SD = 3.38)*.

*Leistungen im Detail:* Geht man von den vorliegenden Daten aus und betrachtet starken vereinfacht ausschließlich die Durchschnittswerte, dann wurden pro Fall durchschnittlich: a) sieben kinder- und jugendpsychiatrische/kinder- und jugendpsychotherapeutische Einzeltermine *(M = 6.9, SD = 4.28)*, b) drei kinder- und jugendpsychiatrische/kinder- und jugendpsychotherapeutische Eltern- oder Familien-Termine *(M = 3.1, SD = 2.24*), c) drei kunst- oder musiktherapeutische Gruppentermine *(M = 2.9; SD = 3.83)*, d) ein kunst- oder musiktherapeutischer Einzeltermin *(M = 1.4; SD = 2.12)*, e) ein kinder- und jugendpsychiatrischer/kinder- und jugendpsychotherapeutischer Gruppentermin (M = 0.7, SD = 1.99), f) drei Termine mit Personen des Helfersystems *(M = 2.8, SD = 0.80)* sowie g) ein Telefonat mit dem Helfersystem *(M = 1.0, SD = 1.22)* durchgeführt. Der Umfang erscheint sowohl im Hinblick auf die KuJ und ihre Eltern als auch die Therapeut*innen beeindruckend. (siehe nachfolgende Tabelle).

*Tabelle 33: In Anspruch genommene therapeutische Leistungen*

| | ***IG*** | | ***KG*** | ***N (IG +KG)*** |
|---|---|---|---|---|
| **Sitzungen und Termine M (SD)** | | | | |
| geplante Sitzungen (pro Kind) | 18.3 | (5.20) | - | - |
| Insgesamt wahrgenommene Sitzungen | 17.2 | (7.63) | - | - |
| Insgesamt nicht wahrgenommene Sitzungen | 3.6 | (3.38) | - | - |
| Wahrgenommene Einzeltermine | 6.9 | (4.28) | - | - |
| Wahrgenommene Gruppentermine | 0.7 | (1.99) | - | - |
| Wahrgenommene Eltern- und/oder Familientermine | 3.1 | (2.24) | - | - |
| Termine mit Personen des Helfersystems | 2.8 | (0.80) | - | - |
| Telefonate mit Personen des Helfersystems | 1.0 | (1.22) | - | - |
| Wahrgenommene musiktherapeutische Einzeltermine | 0.0 | (0.60) | - | - |
| Wahrgenommene musiktherapeutische Gruppentermine | 0.0 | (0.00) | - | - |
| Wahrgenommene kunsttherapeutische Einzeltermine | 1.4 | (2.12) | - | - |
| Wahrgenommene kunsttherapeutische Gruppentermine | 2.9 | (3.83) | - | - |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 222 | 288 | - | - |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

### 3.1.2.2 Leistungen der ReBBZ/Schule in DreiFürEins

In DreiFürEins sollten – neben den KJPPP – auch die ReBBZ/Schulen Leistungen einbringen. Zu den Leistungen, die von den ReBBZ/Schulen in DreiFürEIns eingebracht worden sind, gehörten insbesondere a) diagnostische Verfahren (z.B. Gespräch, Beobachtungen, Aktenstudium), b) konkrete Förderansätze (z.B. therapeutische Elemente, Hilfen zur Bewältigung von Alltagsproblemen, Lern- und Arbeitstechniken Trainings, Sport) sowie c) konkrete Maßnahmen (z.B. Temporäre Lerngruppe in der Schule/im ReBBZ, Differenzierung im Klassenverband, Einzelbetreuung in akuten Krisen, Stundenweise Einzelförderung, ergänzende Kleingruppen, Praktika). Die von den ReBBZ/Schulen erbrachten Leistungen wurden bei einer Beendigung der Fälle von den fallzuständigen ReBBZ-Mitarbeitenden in die Datenbank eingetragen. Die ReBBZ-Mitarbeitenden konnten für die Leistungen auswählen, ob diese erbracht bzw. in Anspruch genommen worden sind. Im Folgenden wird detaillierter auf die erbrachten Leistungsbereiche und Einzelleistungen eingegangen (diagnostische Verfahren, konkrete Förderansätze, konkrete Maßnahmen).

#### 3.1.2.2.1 Diagnostische Verfahren

Zu den diagnostischen Verfahren liegen Angaben zu 277 Fällen vor. Am häufigsten und in über vier Fünftel der Fälle wurden von den ReBBZ/Schulen Gespräche mit Lehrkräften *(91.7%)* und mit Eltern oder Betreuer*innen *(81.6%*) geführt. Darüber hinaus gab es in der Hälfte der Fälle Beobachtungen im Unterricht *(56.7 %),* Gespräche mit den Schüler*innen *(54.5 %)* und ein Aktenstudium *(46.9 %)*. Immerhin in gut einem Drittel der Fälle fanden Gespräche mit dem ASD und damit eine Kooperation mit der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe statt *(37.2 %*). Seltener, in einem Viertel bis gut einem Fünftel der Fälle, wurden Beobachtungen in der Pause *(29.6 %)*, Gespräche mit Schul- oder Abteilungsleitungen *(26.7 %)*, Gespräche mit Förderkoordinator*innen *(24.9 %)*, Gespräche mit Ärzt*innen *(23.5 %)*, Beobachtungen im ReBBZ *(18.1 %)* sowie Gespräche mit Trägern der Kinder- und Jugendhilfe *(17.0 %)* durchgeführt. Eine gezielte Testdiagnostik gab es in jedem siebenten Fall *(14.1 %)*. Äußerst selten wurden Beobachtungen außerhalb der Schule *(6.5 %)* und andere Formen der Diagnostik *(1.6 %)* umgesetzt. (siehe die nachfolgende Tabelle)

*Tabelle 34: In Anspruch genommene schulische Angebote (Diagnostische Verfahren)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N (IG +KG)*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Diagnostische Verfahren der ReBBZ/Schulen [n, %]** | | | | | | |
| Gespräch mit Lehrkräften | 254 | 91.7 % | - | - | - | - |
| Gespräch mit Eltern oder Betreuer*innen | 226 | 81.6 % | - | - | - | - |
| Beobachtung im Unterricht | 157 | 56.7 % | - | - | - | - |
| Gespräch mit Schüler*in | 151 | 54.5 % | - | - | - | - |
| Aktenstudium/Dokumente | 130 | 46.9 % | - | - | - | - |
| Gespräch mit ASD | 103 | 37.2 % | - | - | - | - |
| Beobachtung in der Pause | 82 | 29.6 % | - | - | - | - |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gespräch mit Schulleitungen/ Abteilungsleitungen | 74 | 26.7 % | - | - | - | - |
| Gespräch mit Förderkoordinator*innen | 69 | 24.9 % | - | - | - | - |
| Gespräch mit Ärzt*innen/ Therapeut*innen | 65 | 23.5 % | - | - | - | - |
| Beobachtung im ReBBZ | 50 | 18.1 % | - | - | - | - |
| Gespräch mit Träger der Kinder- und Jugendhilfe | 47 | 17.0 % | - | - | - | - |
| Testdiagnostik | 39 | 14.1 % | - | - | - | - |
| Beobachtung außerhalb der Schule | 18 | 6.5 % | - | - | - | - |
| Andere Form der Diagnostik | 6 | 2.2 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 277 | | - | | - | |

Anm.: Mehrfachnennung möglich (bzw. Auswahl über Checkbox).

#### 3.1.2.2.2 Konkrete Förderansätze

Bei den Förderansätzen liegen Angaben für 270 Fälle vor. Als Förderansätze nutzen die ReBBZ/Schulen am häufigsten und in gut der Hälfte der Fälle therapeutische Elemente *(53.3 %)*. Außerdem wurden in über einem Drittel der Fälle Hilfen zur Bewältigung von Alltagsproblemen *(41.1 %)* sowie in Form von Lern- und Arbeitstechniken *(37.4 %)* zur Verfügung gestellt. Seltener kamen Trainings *(17.8 %)*, Sport *(8.9 %)* oder andere Förderansätze *(4.1 %)* zum Einsatz.

*Tabelle 35: In Anspruch genommene schulische Angebote (Förderansätze)*

| | *IG* | | *KG* | | *N (IG +KG)* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Konkrete Förderansätze der ReBBZ/Schulen [n, %]** | | | | | | |
| Arbeit mit therapeutischen Elementen | 144 | 53.3 % | - | - | - | - |
| Bewältigung von Alltagsproblemen | 111 | 41.1 % | - | - | - | - |
| Lern- und Arbeitstechniken | 101 | 37.4 % | - | - | - | - |
| Trainings (Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Entspannung, u.a.) | 48 | 17.8 % | - | - | - | - |
| Sport, auch mit psychomotorischen Elementen | 24 | 8.9 % | - | - | - | - |
| Andere Förderansätze | 15 | 5.6 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 270 | | - | | - | |

Anm.: Mehrfachnennung möglich (bzw. Auswahl über Checkbox).

#### 3.1.2.2.3 Konkrete Maßnahmen

Bei den konkreten Maßnahmen der ReBBZ/Schulen liegen ebenfalls Angaben zu 270 Fällen vor. In der Hälfte der Fälle wurde zudem Differenzierungen im Klassenverband *(50.0 %)* vorgenommen. Darüber hinaus wurde auf Einzelbetreuungen in akuten Krisen *(30.4 %)*, eine stundenweise Einzelförderung *(21.5 %)* sowie ergänzenden Kleingruppen *(15.2 %)* zurückgegriffen.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Sehr selten wurden hingegen Praktika *(3.3 %)* und temporäre Lerngruppen im ReBBZ *(3.0 %)* oder der Schule *(2.2 %)* eingesetzt.

*Tabelle 36: In Anspruch genommene schulische Angebote (Maßnahmen)*

| | *IG* | | *KG* | | *N (IG +KG)* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Konkrete Maßnahmen der ReBBZ/Schulen [n, %]** | | | | | | |
| Differenzierung im Klassenverband | 135 | 50.0 % | - | - | - | - |
| Einzelbetreuung in akuten Krisen | 82 | 30.4 % | - | - | - | - |
| Stundenweise Einzelförderung | 58 | 21.5 % | - | - | - | - |
| ergänzende Kleingruppen | 41 | 15.2 % | - | - | - | - |
| Praktika | 9 | 3.3 % | - | - | | |
| Temporäre Lerngruppe im ReBBZ | 8 | 3.0 % | - | - | - | - |
| Temporäre Lerngruppe in der Schule | 6 | 2.2 % | - | - | - | - |
| Andere Maßnahmen | 40 | 14.8 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 270 | | - | | - | |

Anm.: Mehrfachnennung möglich (bzw. Auswahl über Checkbox).

### 3.1.2.3 Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in DreiFürEins (durch ReBBZ angegeben)

Das Innovationsfondprojekt DreiFürEins zielte auf eine engere Kooperation von Schule/ReBBZ, KJPPP und Kinder- und Jugendhilfe ab. Von daher ist für die inhaltliche Evaluation auch von Interesse, inwieweit es gelungen ist, die Kooperation zwischen Schule/ReBBZ und KJPPP um den Kooperationspartner Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe (ASD), zu erweitern. Die Angabe zur Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe wurde in DreiFürEins aufgrund des Zugriffs auf die Datenbank von den fallzuständigen ReBBZ-Mitarbeitenden erfasst. Die ReBBZ-Mitarbeitenden konnten auswählen ob a) der ASD im Fallverlauf oder nach Fallbeendigung Maßnahmen nach §§ 27 bis 35 SGB VIII (Hilfen zur Erziehung) verfügt hat, b) Maßnahmen nach §§ 27 bis 35 SGB VIII (Hilfen zur Erziehung) bereits vor Arbeitsbeginn bestanden, c) der ASD im Verlauf der Arbeit fachberatend einbezogen wurde oder d) keine Beteiligung der Jugendhilfe bestand. Zu den Leistungen der §§ 27 bis 35 SGB VIII gehören a) die Hilfen zur Erziehung (§ 27), b) die Erziehungsberatung (§ 28), c) die Soziale Gruppenarbeit (§ 29), d) der Erziehungsbeistand/Betreuungshelfer (§ 30), e) Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31), f) die Erziehung in einer Tagesgruppen (§ 32), g) die Vollzeitpflege (§ 33), h) die Heimerziehung (§ 34) und i) die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35).

Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, bestanden in 16.6 % der Fälle bereits vor Arbeitsbeginn Maßnahmen nach §§ 27 bis 35 SGB VIII. In 10.6 % der Fälle wurden im Fallverlauf entsprechende Maßnahmen nach §§ 27 bis 35 SGB VIII verfügt. In 39.8 % der Fälle wurde der ASD im Verlauf der Arbeit zumindest fachberatend einbezogen. Lediglich in 33.5 % bestand keine Beteiligung des ASD. Die Befunde können unterschiedlich interpretiert werden: Auf der einen Seite ist in der Hälfte der Fälle offensichtlich gelungen, die Kooperation mit der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe (ASD) im Interesse der KuJ und ihrer Eltern auszubauen (z.B. Hinzuziehung des ASD, Einleitung von Hilfen zur Erziehung). Dies kann als Erfolg des Projektes


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

gewertet werden. Auf der anderen Seite bestand in einem Drittel der Fälle in DreiFürEins keine Kooperation mit der öffentlichen Kinde- und Jugendhilfe (ASD). Offen ist, ob hierfür kein Bedarf bestand oder die Kooperation noch ausbaufähig ist.

*Tabelle 37: Beteiligung der Jugendhilfe*

| | IG | | KG | | N (IG +KG) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Inwieweit war die Jugendhilfe involviert? [n, %]** | | | | | | |
| ASD hat im Fallverlauf oder nach Fallbeendigung der ReBBZ Maßnahmen nach §§ 27 bis 35 SGB VIII verfügt | 27 | 10.6 % | - | - | - | - |
| Maßnahmen nach §§ 27 bis 35 SGB VIII bestanden vor Arbeitsbeginn des ReBBZ | 41 | 16.1 % | - | - | - | - |
| ReBBZ hat ASD im Verlauf der Arbeit fachberatend einbezogen | 101 | 39.8 % | - | - | - | - |
| Die Jugendhilfe war nicht beteiligt | 85 | 33.5 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 254 | | - | | - | |

### 3.1.2.4 Beendigung der Fälle

Für die inhaltliche Evaluation ist von Interesse, ob die Fälle in DreiFürEins regulär beendet worden sind und wie hoch die Abbruchquote lag. Zur Beendigung der Fälle kann auf Angaben a) der beteiligten Therapeut*innen und b) der beteiligten ReBBZ-Mitarbeiter*innen zurückgegriffen werden. Die Angaben werden im Folgenden dargestellt.

#### 3.1.2.4.1 Angabe der Therapeut*innen

Von den Therapeut*innen liegen 285 auswertbare Abschlussberichte vor. Den Angaben der Therapeut*innen zufolge wurden 88.4 % der Versorgungen im Projekt DreiFürEins regulär beendet. Dies bedeutet, dass lediglich eine geringe Abbruchquote bestand *(11.6 %)*. Lediglich in 10.2 % der Fälle kam es zu einer vorzeitigen Beendigung durch die Patient*innen und/oder Eltern und in 1.4% durch die Behandler*innen.

*Tabelle 38: Art der Beendigung (Angabe durch die Therapeut*innen)*

| | IG | | KG | | N (IG +KG) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Art der Beendigung [n, %]** | | | | | | |
| Regulär | 252 | 88.4 % | - | - | - | - |
| vorzeitig durch Patient/Eltern | 29 | 10.2 % | - | - | - | - |
| vorzeitig durch Behandler | 4 | 1.4 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 285 | | - | | - | |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.1.2.4.2 Angabe der ReBBZ-Mitarbeiter*innen

Zur Beendigung der Beratung in DreiFürEins liegen für 221 Fälle Angaben von den ReBBZ-Mitarbeiter*innen vor. Den Angaben der ReBBZ-Mitarbeiter*innen zufolge, wurden die meisten Fälle in DreiFürEins regulär beendet *(82.4 %)*. Hinzu kommen Fälle, in denen äußere Umstände zu einer vorzeitigen Beendigung führten *(7.2 %)*. Lediglich in jedem zehnten Fall fand eine vorzeitige Beendigung auf Wunsch der Schüler*innen und/oder Sorgeberechtigen *(5.9 %)*, auf Veranlassung der ReBBZ-Mitarbeitenden *(2.7 %)* oder aufgrund eines Abbruchs durch die Anfrager *(1.8%)* statt.

*Tabelle 39: Art der Beendigung (Angabe durch die ReBBZ-Mitarbeitenden)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N (IG +KG)*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Angaben zum Ende der Beratung [n, %]** | | | | | | |
| Einvernehmlicher Abschluss /regulär | 182 | 82.4 % | - | - | - | - |
| Beendigung durch äußere Umstände (Umzug u.a.) | 16 | 7.2 % | - | - | - | - |
| Beendigung auf Wunsch des Schülers / Lehrkraft / Sorgeberechtigte | 13 | 5.9 % | - | - | - | - |
| Beendigung auf Veranlassung des/der ReBBZ-Mitarbeitenden | 6 | 2.7 % | - | - | - | - |
| Abbruch durch Anfrager | 4 | 1.8 % | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 221 | | - | | - | |

### 3.1.3 Prüfung der Interventionseffekte

Eine wichtige Aufgabe der inhaltlichen Evaluation besteht darin, die Effekte von DreiFürEins zu bestimmen. Um die Effekte der DreiFürEins-Intervention zu prüfen, wurden – wie in Kapitel 2 erläutert – je nach Skalierung des Endpunktes der Evaluation sowie Vorhandensein von Daten aus der Kontrollgruppe verschiedene Formen der Varianzanalyse sowie nicht-parametrische Tests zur Prüfung von Unterschieden zwischen abhängigen Stichproben eingesetzt. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Analysen dargestellt. Dabei erfolgt eine umfassende Darstellung der an den protokollierten Daten mithilfe des Zwei-Gruppen-Designs erzielten Ergebnisse. Zudem werden die Ergebnisse der einfachen Prä-Post-Vergleiche über die IG (und KG) (Ein-Gruppen-Design) sowie die an den imputierten Daten erzielten Ergebnisse kurz berichtet. Im Anhang des Berichtes sind zusätzlich umfassendere Darstellungen der letztgenannten Analysen enthalten (siehe Anlage 6 & 7).

#### 3.1.3.1 Reduzierung der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ

Die Hypothese KuJ-H1 der inhaltlichen Effektevaluation zielte auf die Überprüfung des Effekts der DreiFürEins-Intervention auf die selbst- und fremdberichteten psychischen Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ ab: „Durch die Teilnahme an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins reduzieren sich selbst- und fremdberichtete, psychische und Verhaltensstörungen in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum (6 Monate) stärker als in der Kontrollgruppe“. Zur Überprüfung der Hypothese wurden Selbst und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Fremdeinschätzungen bei a) den Eltern, b) den KuJ sowie c) den Lehrkräften zu zwei Messzeitpunkten (Prä-Post) für zwei Gruppen (IG und KG) erhoben. Zur Auswertung der Gesamtauffälligkeit der KuJ kamen zwei Two-Way-Mixed-Anova zum Einsatz (1. SDQ und 2. CBCL, YSR bzw. TRF)). Zusätzlich wurden Einschätzungen bei den Therapeut*innen erhoben. Bei den Therapeut*innen erfolgt die statistische Prüfung mittels Wilcoxon-Tests, da hier ausschließlich ordinalskalierte Daten und Daten aus der Interventionsgruppe vorlagen. Die Ergebnisse der Tests werden in Tabelle 40 im Überblick bzw. in den folgenden Unterkapiteln im Detail dargestellt und erläutert.

*Tabelle 40: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung I (Psychische und Verhaltensstörungen)*
*(Fette Markierungen für einfaches Testen: p = 0.05)*

| | ***IG*** | | | ***KG*** | | | ***Interaktionseffekt*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | F | p | $\eta^2$ |
| ***a) Eltern*** | | | | | | | | | |
| **SDQ-Gesamtproblemwert** | **19.8** | **14.3** | **143** | **18.0** | **15.8** | **33** | **7.84** | **.006** | **.04** |
| CBCL-Gesamtauffälligkeit | 68.5 | 63.9 | 139 | 66.0 | 63.8 | 29 | 2.21 | .139 | - |
| ***b) KuJ*** | | | | | | | | | |
| SDQ-Gesamtproblemwert | 17.8 | 15.0 | 50 | 17.7 | 16.1 | 29 | 0.75 | .389 | - |
| YSR-Gesamtauffälligkeit | 63.9 | 60.6 | 45 | 57.6 | 53.3 | 7 | 0.40 | .677 | - |
| ***c) Lehrkräfte*** | | | | | | | | | |
| **SDQ-Gesamtproblemwert** | **16.0** | **14.1** | **107** | **13.5** | **13.9** | **44** | **6.84** | **.010** | **.04** |
| **TRF-Gesamtauffälligkeit** | **72.5** | **58.6** | **25** | **46.6** | **47.8** | **34** | **5.68** | **.023** | **.14** |

#### 3.1.3.1.1 Einschätzungen der Eltern (SDQ und CBCL)

*SDQ (Eltern): Erster Schritt (Einfaches Testen):* 1. Die Prüfung der Hypothese durch die Two-Way-Mixed-Anova für den Gesamtproblemwert des SDQ in der Elternversion verweist auf einen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit (*F(1.00, 174.00) = 7.84, p = .006, $\eta^2$ = .043; $N_{IG}$= 143; $N_{KG}$= 33*). Der Gesamtproblemwert reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten stärker als in der KG. 2. Unabhängig davon ist dabei sowohl in der IG eine signifikante Abnahme des Gesamtproblemwerts *(von 19.8 auf 14.3) (F(1, 142) = 107.11, p < .001, $\eta^2$ = .43)* als auch eine Abnahme in der KG *(von 18.0 auf 15.8) (F(1, 32) = 5.642, p < .024, $\eta^2$ = .15)* feststellbar. Die Entwicklung des Gesamtproblemwerts ist in Abbildung 1 grafisch dargestellt. 3. Der signifikante Interaktionseffekt ist auch anhand der imputierten Datensätze reproduzierbar (*F(1, 188) = 9.97, p .002;* $\eta^2$ = .05 ; *$N_{IG}$= 154; $N_{KG}$= 36 bzw. F(1, 387) = 8.62, p < .004;* $\eta^2$ = .02 *$N_{IG}$= 311; $N_{KG}$= 78*). *Zweiter Schritt (Multiples Testen):* Unter Berücksichtigung des korrigierten p-Wertes für multiples Testen (0.008) ergibt die Prüfung der Hypothese durch die Two-Way-Mixed-Anova für den Gesamtproblemwert des SDQ in der Elternversion nach wie vor einen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit (*F(1.00, 174.00) = 7.84, p = .006, $\eta^2$ = .043; $N_{IG}$= 143; $N_{KG}$= 33*). Der Gesamtproblemwert reduziert sich dabei in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten stärker als in der KG.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

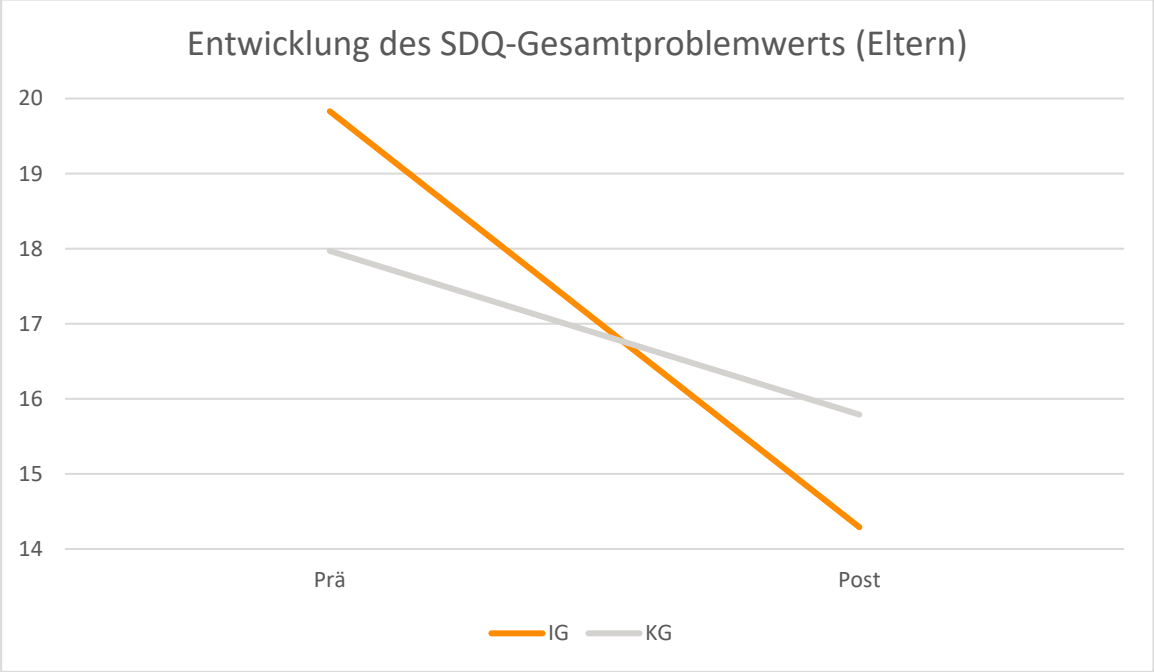



*Abbildung 1: Entwicklung (Prä-Post) des SDQ-Gesamtproblemwerts (Eltern). Anm.: Dargestellt werden mittlere Skalenwerte. Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen signifikant (F(1.00, 174.00) = 7.84, p = .006; $N_{IG}$ = 143; $N_{KG}$ = 33).*

*CBCL (Eltern): Erster Schritt (Einfaches Testen):* 1. Die Prüfung der Hypothese durch die Two-Way-Mixed-Anova für die T-Werte zur Gesamtauffälligkeit des CBCL ergibt keinen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit (*F(1, 166) = 2.21, p = .139; $N_{IG}$= 139; $N_{KG}$= 29*). Der Gesamtauffälligkeit reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten also nicht signifikant stärker als in der KG. Damit gibt es unterschiedliche Wirkungsbefunde in Abhängigkeit vom Erhebungsinstrument (SDQ und CBCL). 2. Bei der getrennten Prüfung ist in der IG jedoch eine signifikante Abnahme des mittleren T-Wertes zur Gesamtauffälligkeit von 68.5 auf 63.9 feststellbar *(F(1, 138) = 41.79, p = .001, $\eta^2$ = .23),* während in der KG eine geringere und nicht signifikante Abnahme von 66.0 auf 63.8 zu beobachten ist *(F(1, 28) = 2.83, p = .104).* Die Entwicklung der mittleren T-Werte sind grafisch in der Abbildung 2 dargestellt. 3. Auf der Basis der imputierten Datensätze kann kein signifikanter Interaktionseffekt festgestellt werden (*F(1, 197) = 2.23, p = .137*; *$N_{IG}$= 164; $N_{KG}$= 35 bzw. F(1, 337) = 2.88, p = .091*; *$N_{IG}$= 273; $N_{KG}$= 66*). *Zweiter Schritt (Multiples Testen):* Unter Berücksichtigung des korrigierten p-Wertes für multiples Testen (0.008) ergibt die Prüfung der Hypothese durch die Two-Way-Mixed-Anova für die T-Werte zur Gesamtauffälligkeit des CBCL – erwartungsgemäß aufgrund des Ergebnisses beim einfachen Testen – keinen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit (*F(1, 166) = 2.21, p = .139; $N_{IG}$= 139; $N_{KG}$= 29*). Der Gesamtauffälligkeit reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten also nicht signifikant stärker als in der KG.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

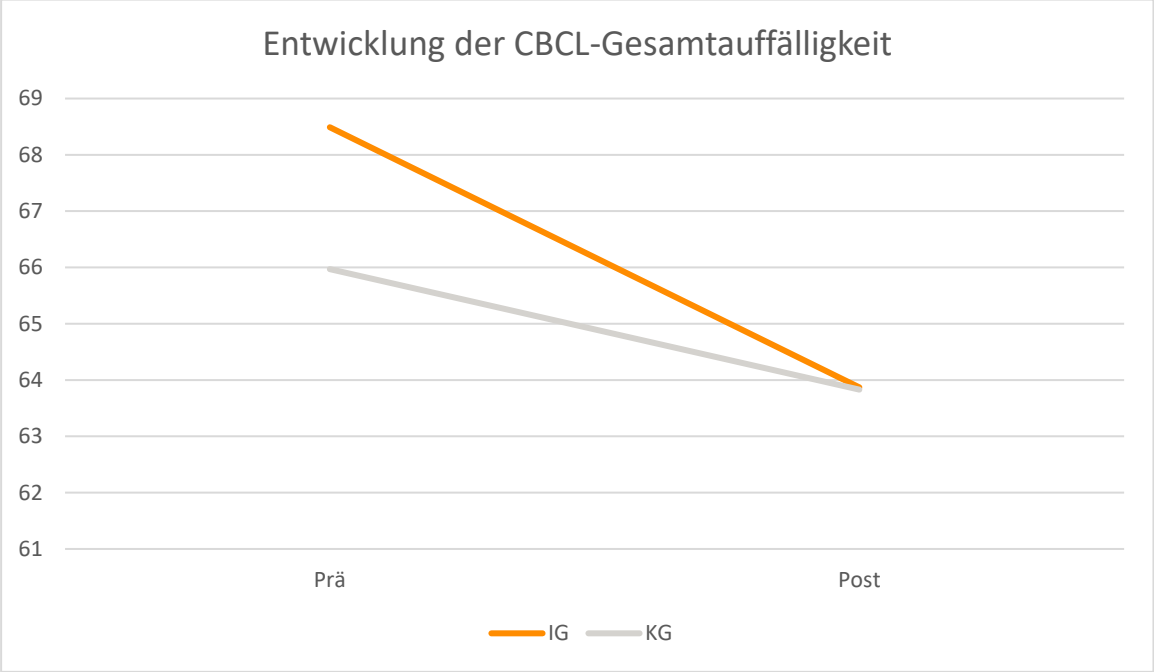



*Abbildung 2: Entwicklung (Prä-Post) der CBCL-Gesamtauffälligkeit. Anm.: Dargestellt werden mittlere T-Werte. Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen nicht signifikant (F(1.00, 166.00) = 2.21, p = .139; $N_{IG}$=139; $N_{KG}$= 29).*

#### 3.1.3.1.2 Einschätzungen der KuJ (SDQ und YSR)

*SDQ (KuJ): Erster Schritt (Einfaches Testen):* 1. Die Prüfung der Hypothese durch die Two-Way-Mixed-Anova für den Gesamtproblemwert des SDQ in der Version für Kinder und Jugendliche ergibt keinen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit (*F(1, 77) = 0.75, p = .389*; $N_{IG}$= 50; $N_{KG}$= 29). Der Gesamtproblemwert reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten also nicht signifikant stärker als in der KG. 2. Ungeachtet dessen ist bei einer getrennten Prüfung in der IG eine signifikante Abnahme des Gesamtproblemwerts von 17.8 auf 15.0 feststellbar *(F(1, 49) = 14.02, p = <.001, $\eta^2$ = .22)*, während in der KG lediglich eine geringere, nicht signifikante Abnahme von 17.7 auf 16.1 zu beobachten ist *(F(1, 28) = 1.53, p = .226)*. Die Gruppenmittelwerte sind in Abbildung 3 dargestellt. 3. Auch auf der Basis der imputierten Datensätze kann kein signifikanter Interaktionseffekt festgestellt werden (*F(1, 82) = 0.58, p = .450*; $N_{IG}$= 52; $N_{KG}$= 32 bzw. *F(1, 205) = 0.27, p = .604*; $N_{IG}$= 135; $N_{KG}$= 72). *Zweiter Schritt (Multiples Testen):* Unter Berücksichtigung des korrigierten p-Wertes für multiples Testen (0.008) ergibt die Prüfung der Hypothese durch die Two-Way-Mixed-Anova für den Gesamtproblemwert des SDQ in der Version für Kinder und Jugendliche – erwartungsgemäß aufgrund des Ergebnisses beim einfachen Testen – keinen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit (*F(1, 77) = 0.75, p = .389*; $N_{IG}$= 50; $N_{KG}$= 29). Der Gesamtproblemwert reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten also nicht signifikant stärker als in der KG.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

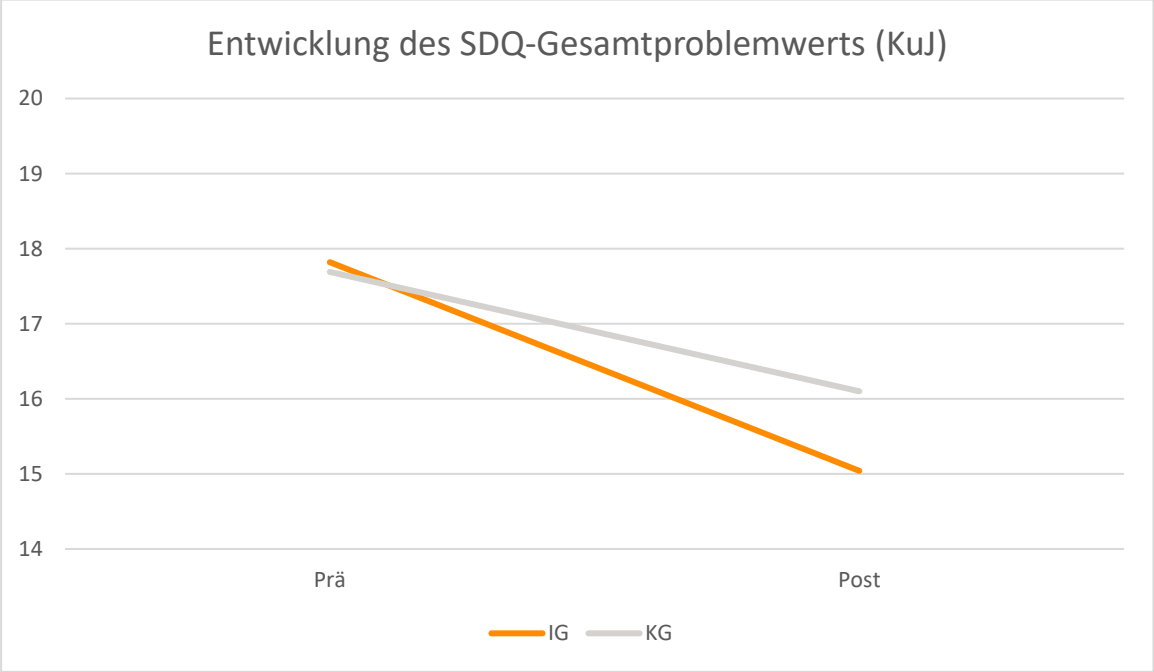



*Abbildung 3: Entwicklung (Prä-Post) des SDQ-Gesamtproblemwerts (KuJ). Anm.: Dargestellt werden mittlere Skalenwerte. Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen nicht signifikant (F(1.00, 77.00) = 0.75, p = .389; $N_{IG}$=50; $N_{KG}$= 29).*

*YSR (KuJ): Erster Schritt (Einfaches Testen):* 1. Die Prüfung der Hypothese durch die Two-Way-Mixed-Anova für die T-Werte zur Gesamtauffälligkeit des YSR erbringt keinen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit (*F(1, 50) = 0.18, p = .677*; $N_{IG}$= *45;* $N_{KG}$= *7*). Die Gesamtauffälligkeit reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten also nicht signifikant stärker als in der KG. 2. Bei einer Einzelprüfung der längsschnittlichen Entwicklungen zwischen IG und KG ist sowohl in der IG eine signifikante Abnahme des mittleren T-Wertes von 63.9 auf 60.6 *(F(1, 44) = 11.92, p = .001, $\eta^2$ = .21)* als auch in der KG eine signifikante Abnahme von 57.6 auf 53.3 feststellbar *(F(1, 6) = 6.35, p = .045, $\eta^2$ = .51)*. Der Gruppenmittelwerte sind in Abbildung 4 dargestellt. 3. Auch auf der Basis der imputierten Datensätze kann kein signifikanter Interaktionseffekt festgestellt werden (*F(1, 82) = 0.58, p = .450;* $N_{IG}$= *52;* $N_{KG}$= *32 bzw. F(1, 205) = 0.27, p = .604;* $N_{IG}$= *135;* $N_{KG}$= *72*). *Zweiter Schritt (Multiples Testen):* Unter Berücksichtigung des korrigierten p-Wertes für multiples Testen (0.008) ergibt die Prüfung der Hypothese durch die Two-Way-Mixed-Anova für die T-Werte zur Gesamtauffälligkeit des YSR – erwartungsgemäß aufgrund des Ergebnisses beim einfachen Testen – keinen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit (*F(1, 50) = 0.18, p = .677*; $N_{IG}$= *45;* $N_{KG}$= *7*). Die Gesamtauffälligkeit reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten also nicht signifikant stärker als in der KG.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

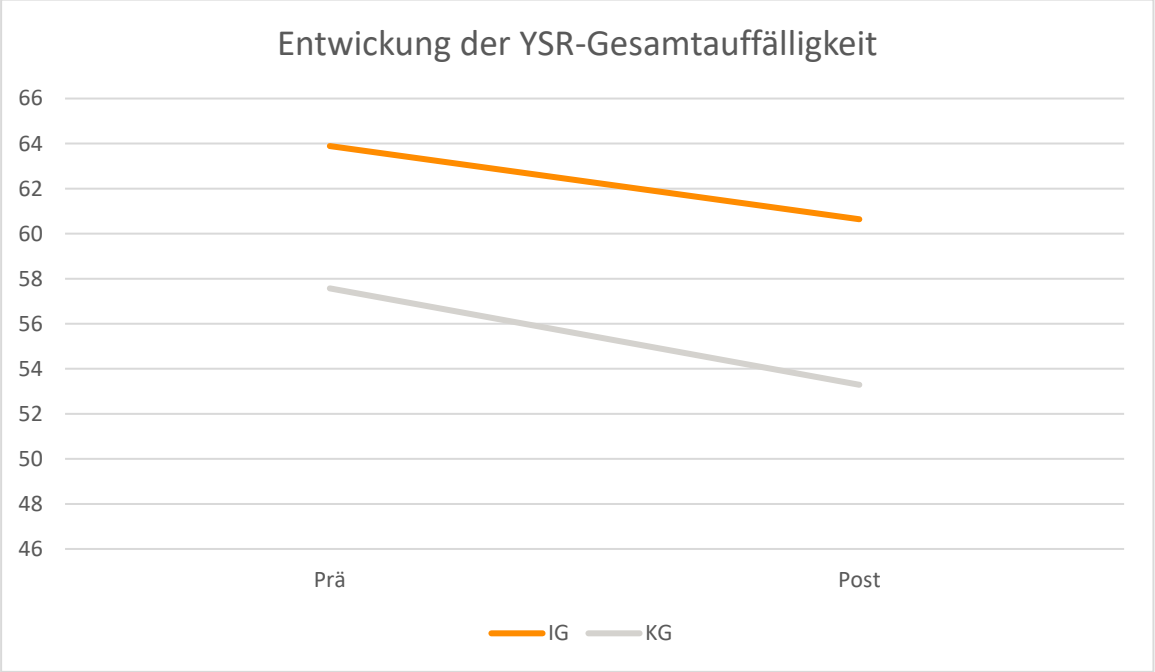



*Abbildung 4: Entwicklung (Prä-Post) der YSR-Gesamtauffälligkeit. Anm.: Dargestellt werden mittlere T-Werte.* Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen nicht signifikant *(F(1.00, 50.00) = 0.18, p = .677; $N_{IG}$=45; $N_{KG}$= 7).*

#### 3.1.3.1.3 Einschätzungen der Lehrkräfte (SDQ und TRF)

*SDQ (Lehrkräfte): Erster Schritt (einfaches Testen):* 1. Die Prüfung der Hypothese mittels Two-Way-Mixed-Anova für den Gesamtproblemwert des SDQ verweist bei den Lehrkräften auf einen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit (*F(1, 149) = 6.84, p = .010;* $\eta^2$ = .04; $N_{IG}$= *107;* $N_{KG}$= *44*). Der Gesamtproblemwert reduziert sich dabei in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten stärker als in der KG. 2. Bei einer getrennten Überprüfung der längsschnittlichen Entwicklung ist in der IG eine signifikante Abnahme des Gesamtproblemwerts von 16.0 auf 14.1 festzustellen *(F(1, 106) = 16.09, p <.001,* $\eta^2$ *= .132)*, während der Wert in der KG stabil bleibt und sich nicht signifikant verändert *(Prä: 13.5 und Post: 13.8; F(1, 43) = 0.25, p = .618)*. Die Entwicklung des Gesamtproblemwerts ist grafisch in Abbildung 5 dargestellt. 3. Der signifikante Interaktionseffekt ist auch anhand der imputierten Datensätze zu beobachten (*F(1, 150) = 6.70, p = .011;* $\eta^2$ = .04; $N_{IG}$= *108;* $N_{KG}$= *44 bzw. F(1, 283) = 5.96, p = .015;* $\eta^2$ = .02; $N_{IG}$= *208;* $N_{KG}$= *77*). *Zweiter Schritt (Multiples Testen):* Unter Berücksichtigung des korrigierten p-Wertes für multiples Testen (0.008) ergibt die Prüfung der Hypothese mittels Two-Way-Mixed-Anova für den Gesamtproblemwert des SDQ bei den Lehrkräften einen nicht (mehr) signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit (*F(1, 149) = 6.84, p = .010;* $\eta^2$ = .04; $N_{IG}$= *107;* $N_{KG}$= *44*). Der Gesamtproblemwert verändert sich also beim multiplen Testen in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten nicht stärker als in der KG.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

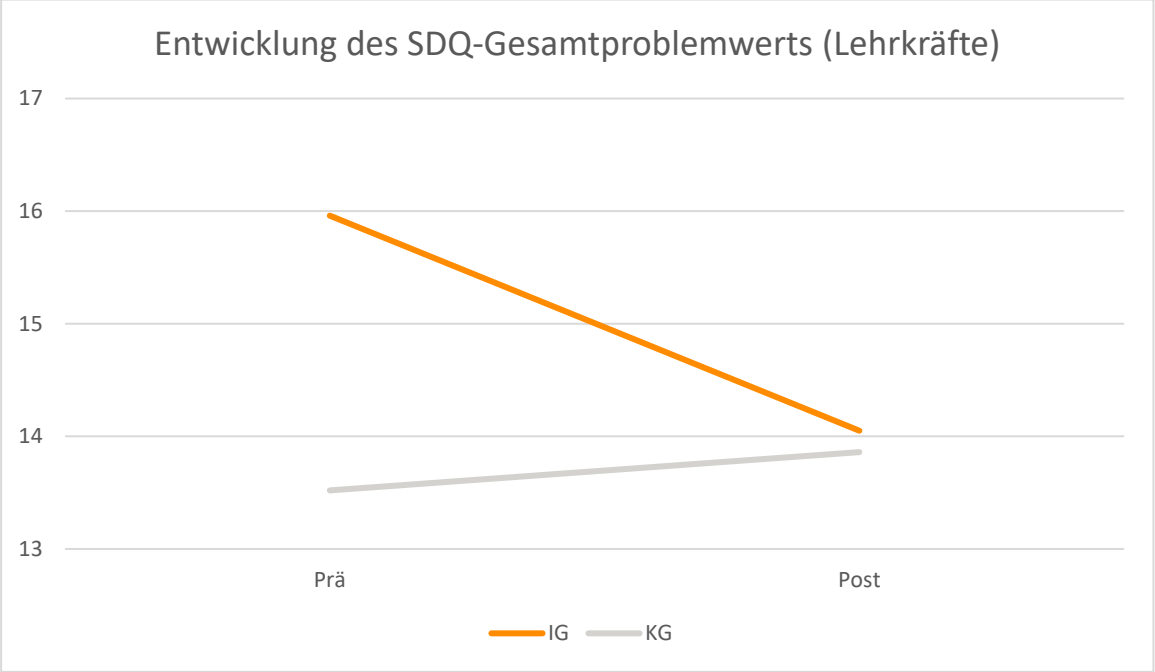



*Abbildung 5: Entwicklung (Prä-Post) des SDQ-Gesamtproblemwerts (Lehrkräfte). Anm.: Dargestellt werden mittlere Skalenwerte.* Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen signifikant *(F(1.00, 149.00) = 6.84, p = .010; $\eta^2$ = .04; $N_{IG}$=107; $N_{KG}$= 44).*

*<u>TRF (Lehrkräfte):</u> Erster Schritt (Einfaches Testen):* 1. Übereinstimmend zu den Ergebnissen beim SDQ macht die Prüfung der Hypothese mittels Two-Way-Mixed-Anova für die Gesamtauffälligkeit des TRF auf einen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit aufmerksam *(F(1, 36) = 5.68, p = .023; $\eta^2$ = .14; $N_{IG}$= 25; $N_{KG}$= 13)*. Die Gesamtauffälligkeit reduziert sich in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum von sechs Monaten stärker als in der Kontrollgruppe. 2. Bei einer getrennten Betrachtung der längsschnittlichen Entwicklung ist in der Interventionsgruppe eine signifikante Abnahme des Gesamtproblemwerts von 72.5 auf 58.6 festzustellen *(F(1, 24) = 10.57, p = .003, $\eta^2$ = .31)*, während in der Kontrollgruppe eine relativ stabile Entwicklung, ohne signifikante Veränderung *(Prä: 53.4 und Post: 57.6),* zu beobachten ist *(F(1, 12) = .41, p = .535)*. Die Entwicklung des Gesamtproblemwerts ist grafisch in Abbildung 6 dargestellt. 3. Der signifikante Interaktionseffekt lässt sich auf der Basis der imputierten Datensätze nicht reproduzieren *(F(1, 107) = 3.04, p = .084; $N_{IG}$= 82; $N_{KG}$= 27 bzw. F(1, 206) = 2.79, p = .096; $N_{IG}$= 157; $N_{KG}$= 51). Zweiter Schritt (Multiples Testen):* Unter Berücksichtigung des korrigierten p-Wertes für multiples Testen (0.008) ergibt die Prüfung der Hypothese mittels Two-Way-Mixed-Anova für die Gesamtauffälligkeit des TRF einen nicht (mehr) signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit *(F(1, 36) = 5.68, p = .023; $\eta^2$ = .14; $N_{IG}$= 25; $N_{KG}$= 13)*. Die Gesamtauffälligkeit reduziert sich also beim multiplen Testen in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten nicht stärker als in der KG.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

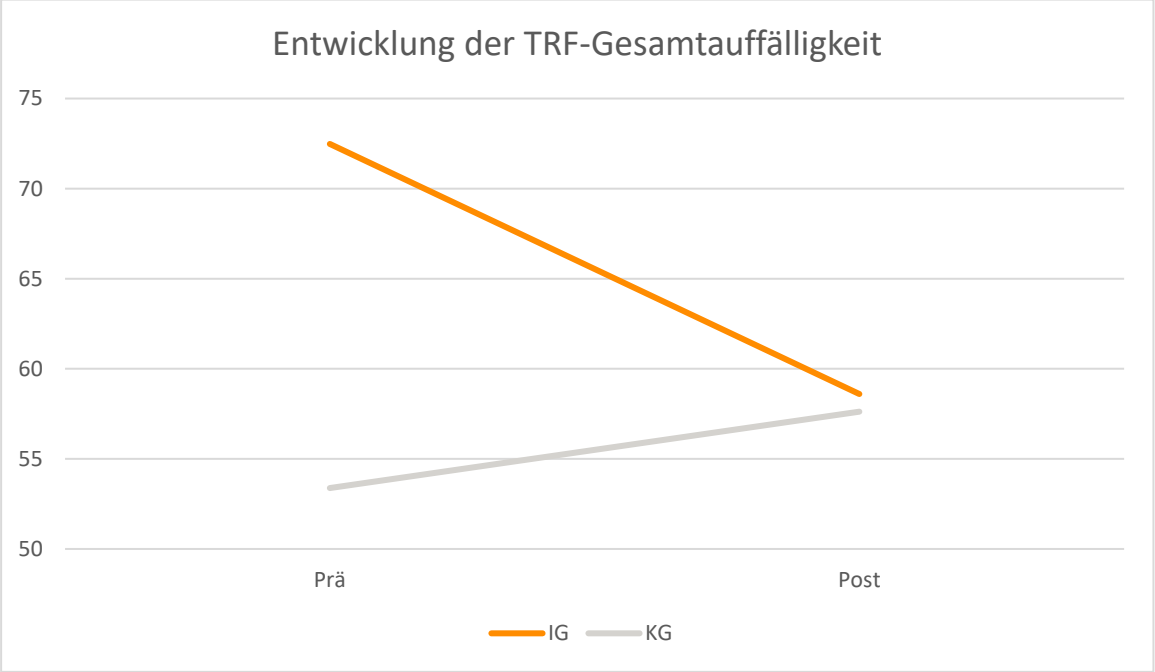



*Abbildung 6: Entwicklung (Prä-Post) der TRF-Gesamtauffälligkeit. Anm.: Dargestellt werden mittlere T-Werte.* Der Interaktionseffekt (Zeit*Gruppe) ist beim einfachen Testen signifikant *(F(1.00, 36.00) = 5.58, p = .023; $N_{IG}$=25; $N_{KG}$= 13).*

#### 3.1.3.1.4 Einschätzungen der Therapeut*innen (C-GAF)

Von den Therapeut*innen liegen Einschätzungen zum Funktionsniveau der KuJ zu Beginn der Behandlung und nach etwa sechs Monaten vor. Die Prüfung der Hypothese durch den Wilcoxon-Test für das von den Therapeut*innen berichtete Funktionsniveau der KuJ verweist auf einen signifikanten Innersubjekteffekt in der Interventionsgruppe (*z = -6.08, p < .001, bei 21 positiven Differenzen, 85 negative Differenzen und 135 Bindungen); N = 241*): Das Funktionsniveau der KuJ verbessert sich in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum von sechs Monaten. Die Entwicklung des Funktionsniveaus ist grafisch in Abbildung 7 dargestellt. Der signifikante Zeiteffekt ist auch auf der Basis der imputierten Daten festzustellen *(z = -6.078, p < .001, bei 21 positiven Differenzen, 85 negativen Differenzen und 142 Bindungen); N= 248)*.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

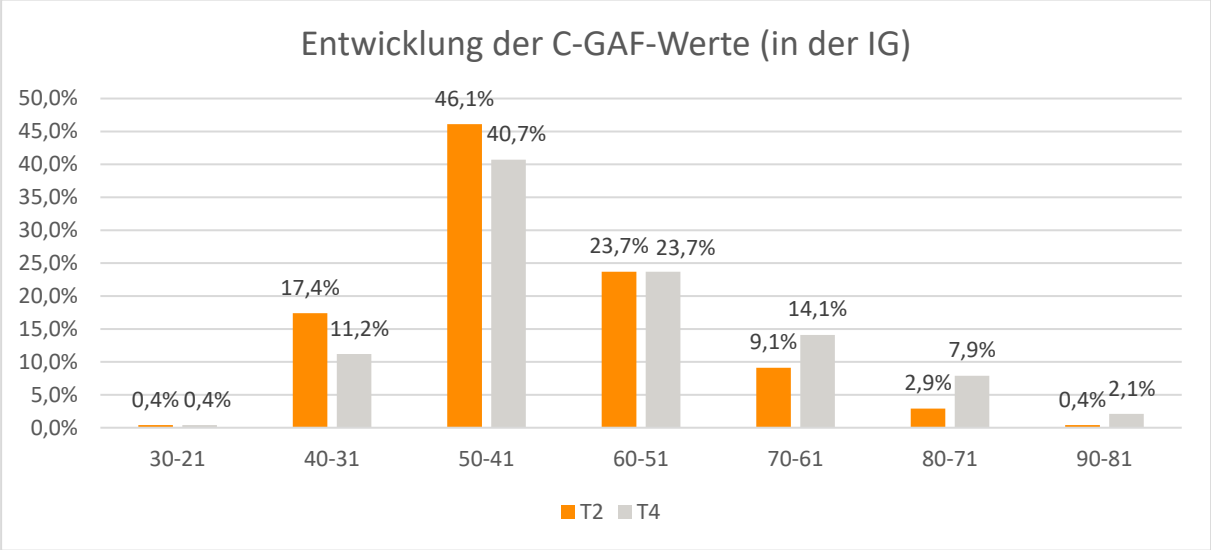



*Abbildung 7: Entwicklung (Prä-Post) der C-GAF-Scores. Anm.: Dargestellt werden relative Häufigkeiten.* Die Verteilungsunterschiede sind signifikant *(z = -6.08, p < .001, N = 241; bei 21 positiven Differenzen, 85 negative Differenzen und 135 Bindungen).*

### 3.1.3.2 Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der KuJ

Die Hypothese KuJ-H2 zielte auf eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der KuJ ab: „Durch die Teilnahme an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins verbessern sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum stärker als in der Kontrollgruppe“ Um den Effekt der DreiFürEins-Intervention auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu prüfen, wurden fünf Two-Way-Mixed-Anova durchgeführt (je eine für jede Unterskala des Kidscreen). Dabei konnten keine signifikanten Interaktionseffekte festgestellt werden (siehe Tabelle 41). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert sich also in der IG im Interventionszeitraum nicht stärker als in der KG. Dieses Ergebnis hält sich auch in den imputierten Datensätzen, in denen ebenfalls keine signifikanten Interaktionseffekte festgestellt werden können (siehe Anlage 6). Signifikante Zeiteffekte (Ein-Gruppen-Design) können hingegen festgestellt werden. So verbessert sich in der Interventionsgruppe die Lebensqualität in Bezug auf das schulische Umfeld signifikant *(F(1, 102) = 4.23, p = .041, $\eta^2$ = .04)* und in der Kontrollgruppe nimmt das psychische Wohlbefinden signifikant ab *(F(1, 32) = 4.96, p = .033, $\eta^2$ = .134)* sowie die Lebensqualität in Bezug auf Eltern und Autonomie signifikant zu (*F(1, 31) = 4.99, p = .033, $\eta^2$ = .139)*.

*Tabelle 41: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung II (Gesundheitsbezogene Lebensqualität)*

| | ***IG*** | | | ***KG*** | | | ***Interaktionseffekt*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kidscreen** | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | F | p | $\eta^2$ |
| Körperliches Wohlbefinden | 45.3 | 45.9 | 112 | 46.6 | 47.8 | 34 | 0.06 | 0.811 | - |
| Psychisches Wohlbefinden | 32.4 | 32.72 | 110 | 44.9 | 45.7 | 35 | 2.84 | 0.094 | - |
| Eltern und Autonomie | 53.7 | 54.7 | 107 | 56.7 | 59.7 | 32 | 1.89 | 0.172 | - |
| Soziale Unterstützung | 45.2 | 48.2 | 103 | 48.8 | 50.4 | 30 | 0.16 | 0.693 | - |
| Schulisches Umfeld | 43.1 | 45.4 | 103 | 46.8 | 48.0 | 33 | 0.29 | 0.589 | - |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.1.3.3 Reduzierung des Schulabsentismus und Verbesserung der schulischen Leistungen der KuJ

Die Hypothese KuJ-H5 zielte auf eine Überprüfung des Effekts der DreiFürEins-Intervention auf den Schulabsentismus und die Schulnoten der KuJ ab. Die Hypothese KuJ-H5 lautete: „Durch die Teilnahme an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins reduziert sich der Schulabsentismus und verbessern sich die Schulnoten in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum (6 Monate) stärker als in der Kontrollgruppe“. Zur Überprüfung de Hypothese wurden mehrere Wilcoxon-Tests (Fehltage Schulabsentismus) sowie Two-Way-Mixed-Anova (Motive Schulabsentismus und Schulnoten) durchgeführt. Die Ergebnisse der Analysen werden im Folgenden dargestellt.

##### 3.1.3.3.1 Reduzierung des Schulabsentismus der KuJ

Zur Überprüfung der Entwicklung des Schulabsentismus wurden aufgrund der ordinalskalierten Daten getrennte Wilcoxon-Tests für die IG und KG durchgeführt. Die Tests wurden dabei anhand a) der Angaben der Eltern und b) der Angaben der KuJ zur Anzahl der Fehltage in den letzten 12 Wochen (unabhängig vom Grund) durchgeführt.

###### 3.1.3.3.1.1 Reduzierung des Schulabsentismus (Einschätzungen der Eltern)

*Umfang des Schulabsentismus:* Um die Entwicklung des Schulabsentismus in der IG und KG zu analysieren, wurde die Anzahl der Fehltage betrachtet. Der eingesetzte Wilcoxon-Test zeigt hinsichtlich der Fehltage weder für die IG noch für die KG signifikante Zeiteffekte (siehe Tabelle 42). Bezogen auf den Umfang des Schulabsentismus sind also weder in der IG noch in der KG Veränderungen festzustellen *($z_{IG}$ = -0.702, $p_{IG}$ = .482, $N_{IG}$ = 148; $z_{KG}$ = 1.604, $p_{KG}$ = .109, $N_{IG}$ = 38)*. Diese Ergebnisse halten sich bei einer Analyse der imputierten Datensätze *($z_{IG}$ = 0.702, $p_{IG}$ = .482, $N_{IG}$ = 255; $z_{KG}$ = -1.604, $p_{KG}$ = .109, $N_{IG}$ = 76).*

*Tabelle 42: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IIIa (Schulabsentismus- Fehltage)*

| | | ***IG*** | | | ***KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Schulabsentismus** | z | P | N | Z | P | N |
| Anzahl der Fehltage (gruppiert) (unabhängig vom Grund) | -0.702 | .482 | 148 | 1.604 | .109 | 38 |

*Motive des Schulabsentismus:* Zur Analyse der Entwicklung der Schulabsentismusmotive wurde auf den SRAS-R mit seinen vier Unterskalen zurückgegriffen. Die Two-Way-Mixed-Anova zeigt für die Motive „Vermeidung negativer Affektivität“ und „Vermeidung sozialer und Bewertungs-Situationen“ signifikante Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit (*$F(1.00, 76.00) = 4.57$, $p = .036$, $\eta^2 = .057$ bzw. $F(1.00, 76.00) = 4.22$, $p = .043$, $\eta^2 = .053$; $N_{IG}$= 64; $N_{KG}$= 14*): Die mittlere Zustimmung zu diesen Motiven für Schulabsentismus reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten stärker als in der KG. 1. In der IG ist dabei eine signifikante Abnahme des Mittelwerts bei der Skala „Vermeidung negativer Affektivität“ von 2.5 auf 2.1 festzustellen *($F(1.00, 63.00) = 13.27$, $p < .001$, $\eta^2 = .174$)*, während der Wert in der KG relativ stabil bleibt *(Prä: 1.6 und Post: 1.8; $F(1.00, 13.00) = 0.47$, $p = .503$)*. 2. Ein ähnlicher Befund ergibt sich für die Skala „Vermeidung sozialer und Bewertungs-


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Situationen“. Während der Mittelwert in der IG signifikant von 2.1 auf 1.7 sinkt *(F(1.00, 63.00) = 16.39, p < .001, η² = .207)*, verbleibt er in der KG bei 1.4 *(F(1.00, 13.00) = 0.14, p = .710)*. Außerdem liegt für die Skala „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“ für die Interventionsgruppe ein signifikanter Zeiteffekt (Ein-Gruppen-Design) vor *(F(1, 63) = 23.10, p < .001, η² = .268)*. Die Interaktionseffekte halten sich am imputierten Datensatz Gruppenzugehörigkeit *(F(1.00, 165.00) =4.57, p = .036, η² = .057 bzw. F(1.00, 165.00) = 4.23, p = .043, η² = .025, $N_{IG}$ = 134; $N_{KG}$ = 33)*.

*Tabelle 43: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IIIb (Schulabsentismus- Motive)*

| | ***IG*** | | | ***KG*** | | | ***Interaktionseffekt*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Motive Schulabsentismus (SRAS-R Eltern)** | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | F | p | η² |
| **Vermeidung negativer Affektivität** | **2.5** | **2.1** | **64** | **1.6** | **1.8** | **14** | **4.57** | **.036** | **.057** |
| **Vermeidung sozialer und Bewertungssituationen** | **2.1** | **1.7** | **64** | **1.4** | **1.4** | **14** | **4.22** | **.043** | **.053** |
| Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten | 2.2 | 1.8 | 64 | 2.0 | 1.8 | 14 | 1.10 | .297 | - |
| Aufsuchen attraktiverer Tätigkeiten | 1.8 | 1.8 | 64 | 2.0 | 1.7 | 14 | 0.95 | .334 | - |

### 3.1.3.3.1.2 Reduzierung des Schulabsentismus (Einschätzungen der KuJ)

*Umfang des Schulabsentismus:* Um die Entwicklung des Schulabsentismus in der IG und KG zu vergleichen, wurde – wie bei den Eltern – die Anzahl der Fehltage betrachtet. Der Wilcoxon-Test für die Fehltage zeigt weder für die IG noch für die KG signifikante Zeiteffekte (siehe Tabelle 44). Bezogen auf den Schulabsentismus sind also – wie bei den Einschätzungen der Eltern – weder in der IG noch in der KG Veränderungen festzustellen *($z_{IG}$ = 0.789, $p_{IG}$ = .430, $N_{IG}$ = 60; $z_{KG}$ = 1.563, $p_{KG}$ = .118, $N_{IG}$ = 16)*. Diese Ergebnisse halten sich bei einer Analyse der imputierten Datensätze *($z_{IG}$ = -0.789, $p_{IG}$ = .430, $N_{IG}$ = 119; $z_{KG}$ = -1.563, $p_{KG}$ = .118, $N_{KG}$ = 25)*.

*Tabelle 44: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IIIc (Schulabsentismus – Fehltage)*

| | ***IG*** | | | ***KG*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Schulabsentismus** | Z | P | N | Z | p | N |
| Anzahl der Fehltage (gruppiert) (unabhängig vom Grund) | 0.789 | .430 | 60 | 1.563 | .118 | 16 |

*Motive des Schulabsentismus:* Auf eine Analyse und Darstellung der Interaktionseffekte in Bezug auf Schulabsentismusmotive wurde verzichtet, da in der KG lediglich wenige Selbsteinschätzungen der KuJ vorliegen ($N_{IG}$ = 5). Die Untersuchung der Zeiteffekte (Ein-Gruppen-Design) wurde ausschließlich für die Interventionsgruppe durchgeführt. Sie zeigt ausschließlich für die Skala „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“ einen signifikanten Zeiteffekt *(F(1, 34) = 7.71, p = .009, η² = .185; N = 35)*. Dabei ist eine Abnahme des Mittelwerts von 2.4 auf 2.0 zu beobachten.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.1.3.3.2 Verbesserung der schulischen Leistungen der KuJ (Schulnoten)

Um den Effekt der DreiFürEins-Intervention auf die schulischen Leistungen (hier: Schulnoten) zu prüfen, wurde eine Two-Way-Mixed-Anova für die gemittelte Durchschnittsnote (Basis: durch die Eltern angegebene Noten für Mathe, Deutsch und Englisch) durchgeführt. Dabei konnte kein signifikanter Interaktionseffekt festgestellt werden (*F(1.00, 51.00) = 0.9, p = .349; $N_{IG}$= 38; $N_{KG}$= 15*). Die Schulnoten verbessern sich also in der IG im Interventionszeitraum nicht stärker als in der KG. Dieses Ergebnis hält sich auch bei einer Analyse der imputierten Datensätze *(F(1.00, 107.00) = 1.11, p = .295; $N_{IG}$= 84; $N_{KG}$= 25)* (siehe Anlage 6). Zudem lassen sich auch keine signifikanten Zeiteffekte (Ein-Gruppen-Design) ermitteln.

*Tabelle 45: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IIIe (Schulische Leistungen)*

| | ***IG*** | | | ***KG*** | | | ***Interaktionseffekt*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | F | p | $\eta^2$ |
| ***Mittlere schulische Leistung (Noten: Mathe, Deutsch und Englisch)*** | 3.3 | 3.3 | 38 | 2.7 | 2.9 | 15 | 0.9 | .349 | - |

### 3.1.3.4 Prüfung der Stabilität der Effekte (3 Monate nach Versorgungsende)

Um die Stabilität der untersuchten Effekte zu prüfen und die Evidenz für längerfristige Effekte zu erhöhen, erfolgt nachfolgend – wie in Kapitel 2 erläutert – anhand der IG eine Prüfung der Entwicklung der Messwerte über drei Messzeitpunkte und damit über den Versorgungszeitraum hinweg (1. Prä-Messung, 2. Post-Messung, 3. Follow-Up-Messung). Die Prüfung der Stabilität der Effekte erfolgte anhand folgender Alternativhypothese: „KuJ-H1-5-zus: Durch die Teilnahme an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins a) reduzieren sich psychische und Verhaltensstörungen, b) verbessert sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität und c) reduziert sich der Schulabsentismus und verbessern sich die Schulnoten in der Interventionsgruppe über den Interventionszeitraum hinweg (drei Monate nach Versorgungsende)." Die Prüfung erfolgt mittels Anova mit Messwiederholung und wird für die protokollierten Daten durchgeführt. Auf eine Imputation wurde nach einer Erprobung unterschiedlicher Verfahren im Datensatz verzichtet, da diese das Risiko bergen, mögliche Ergebnisse systematisch zu verzerren (z.B. über ein Last-Observation-Carried-Forward-Verfahrens).

#### 3.1.3.4.1 Reduzierung der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen der KuJ

Geprüft werden sollte, ob sich durch die Teilnahme an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins selbst- und fremdberichtete psychische Störungen und Verhaltensstörungen in der IG auch über den Interventionszeitraum hinweg (drei Monate nach Versorgungsende) reduzieren (Prä-Follow-Up) (vgl. zur Begründung das Evaluationsdesign in 2.2.5).

Die Prüfung und Ergebnisdarstellung erfolgt in drei Schritten: *Erster Schritt (Einfaches Testen):* Zur Prüfung der Hypothese wurden zunächst Einschätzungen der a) Eltern und b) KuJ herangezogen und jeweils zwei One-Way-Anovas mit Messwiederholung zur Gesamtauffälligkeit durchgeführt (SDQ sowie CBCL/YSR). *Zweiter Schritt (Multiples Testen):* Aufgrund der hohen fachlichen Bedeutung des primären Endpunkts und des multiplen Testens wurde dann eine Anpassung des p-Wertes mittels der konservativen Bonferroni-Korrektur vorgenommen und die Entwicklung der Gesamtauffälligkeit geprüft (Einsatz von One-Way-Anovas mit


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Messwiederholung, zwei Erhebungsinstrumente, zwei Befragtengruppen = vier unabhängige, primäre Hypothesentests). D.h. der zugrunde gelegte p-Wert von 0.05 reduziert sich durch die Adjustierung bei vier Messungen (SDQ Eltern, SDQ Kinder und Jugendliche, CBCL Eltern, YSR Kinder und Jugendliche) auf einen p-Wert von 0.013. *Dritter Schritt (Prüfung der Prä-Follow-Up-Entwicklung):* Schließlich wurden die Veränderungen zwischen Prä-Follow-Up statistisch geprüft. Dabei wurde auf den korrigierten p-Wert (0.013) zurückgegriffen. Die Ergebnisse aller Tests werden in  im Überblick und nachfolgend im Detail dargestellt.


Gefördert durch:
GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 46: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IVa (Psychische und Verhaltensstörungen 3 Monate nach der Behandlung)*

| | | | | | ***Prä-Post-FU*** | | | *(Prä-Post)* | | | *(Post-FU)* | | | ***Prä-FU*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | $M_{FU}$ | N | F | p | $\eta^2$ | F | p | $\eta^2$ | F | p | $\eta^2$ | F | p | $\eta^2$ |
| **a) Eltern** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SDQ-Gesamtproblemwert | **19.6** | **14.0** | **13.6** | **97** | **66.27** | **< .001** | **.408** | 86.79 | < .001 | .475 | 0.76 | .386 | **-** | **88.79** | **< .001** | **.480** |
| CBCL-Gesamtauffälligkeit | **68.4** | **63.4** | **63.1** | **94** | **25.75** | **< .001** | **.217** | 29.91 | < .001 | .243 | 0.20 | .653 | - | **49.71** | **< .001** | **.348** |
| **b) KuJ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SDQ-Gesamtproblemwert | **17.9** | **15.5** | **14.3** | **33** | **8.41** | **.001** | **.208** | 12.32 | .021 | .156 | 3.96 | .055 | - | **12.32** | **.001** | **.278** |
| YSR-Gesamtauffälligkeit | **63.9** | **61.7** | **58.8** | **25** | **5.78** | **.006** | **.194** | 2.42 | .133 | - | 5.26 | .031 | - | **8.22** | **.008** | **.255** |



Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.1.3.4.1.1 Einschätzungen der Eltern (SDQ und CBCL)

*SDQ (Eltern):* *Erster Schritt (Einfaches Testen):* 1: Die Prüfung der Stabilität der Effekte mittels One-Way-Anova mit Messwiederholung für den Gesamtproblemwert des SDQ belegt bei den Elterneinschätzungen einen signifikanten Interventionseffekt (Prä-Post-FU) (*F(1.86,178.97) =66.27, p < .001, η² = .408; N= 97*). Die Entwicklung des Gesamtproblemwerts über alle drei Messzeitpunkte hinweg ist in Abbildung 8 dargestellt. *Zweiter Schritt (Multiples Testen):* Beim multiplen Testen (p = 0.013) mittels One-Way-Anova mit Messwiederholung für den Gesamtproblemwert des SDQ lässt sich bei den Elterneinschätzungen ein signifikanter Interventionseffekt nachweisen (Prä-Post-FU) (*F(1.86,178.97) =66.27, p < .001, η² = .408; N= 97*). *Dritter Schritt (Prüfung der Prä-Follow-Up-Entwicklung)*: Der Gesamtproblemwert reduziert sich über den Interventionszeitraum hinaus (Prä-FU) (*F(1,96) =88.79, p < .001, η² = .480*).

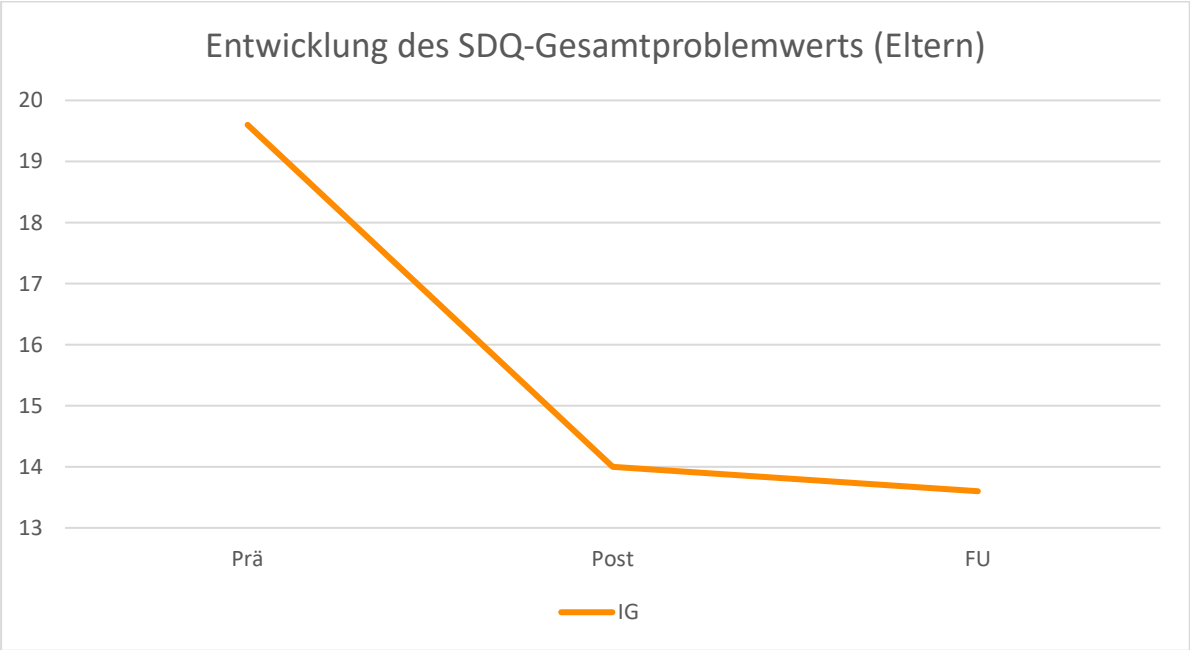



*Abbildung 8: Entwicklung (Prä-Post-FU) des SDQ-Gesamtproblemwerts (Eltern). Anm.: Dargestellt werden mittlere Skalenwerte. Der Prä-Post sowie der Prä-FU-Unterschied sind signifikant, zwischen Post und FU ist kein signifikanter Unterschied festzustellen (Kennwerte s. o.).*

*CBCL (Eltern):* *Erster Schritt (Einfaches Testen):* Die Prüfung der Stabilität der Effekte mittels One-Way-Anova mit Messwiederholung für die T-Werte zur Gesamtauffälligkeit des CBCL macht bei den Elterneinschätzungen auf einen signifikanten Interventionseffekt aufmerksam (Prä-Post-FU) (*F(2,186) =25.75, p < .001, η² = .217; N = 94*). Die Entwicklung des über alle drei Messzeitpunkte hinweg ist in Abbildung 9 dargestellt. *Zweiter Schritt (Multiples Testen):* Beim multiplen Testen (p = 0.013) mittels One-Way-Anova mit Messwiederholung für die T-Werte zur Gesamtauffälligkeit anhand des CBCL lässt sich bei den Elterneinschätzungen ebenfalls ein signifikanter Interventionseffekt nachweisen (Prä-Post-FU) (*F(2,186) =25.75, p < .001, η² = .217; N = 94*). *Dritter Schritt (Prüfung der Prä-Follow-Up-Entwicklung)*: Der mittlere t-Wert der Gesamtauffälligkeit reduziert sich über den Interventionszeitraum hinweg (Prä-FU) (*F(1,93) = 49.71, p < .001, η² = .348*).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

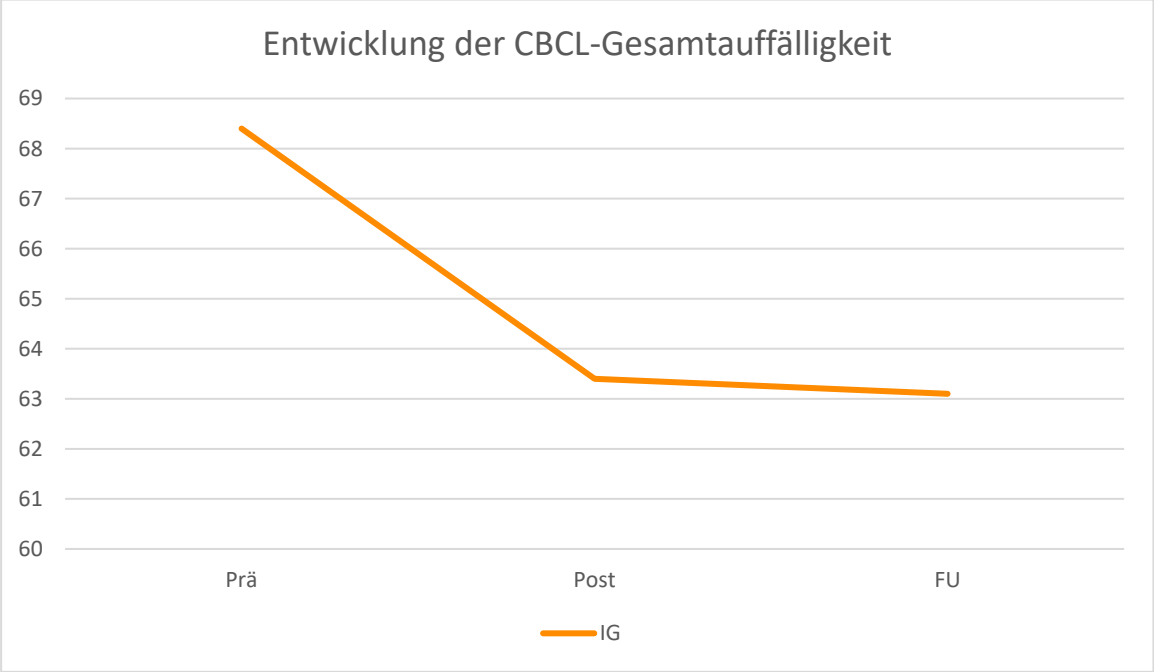



*Abbildung 9: Entwicklung (Prä-Post-FU) der CBCL-Gesamtauffälligkeit. Anm.: Dargestellt werden mittlere T-Werte. Die Prä-Post sowie Prä-FU-Unterschiede sind signifikant, zwischen Post und FU ist kein signifikanter Unterschied festzustellen (Kennwerte s. o.).*

#### 3.1.3.4.1.2 Einschätzungen der KuJ (SDQ und YSR)

*SDQ (KuJ): Erster Schritt (Einfaches Testen):* Die Prüfung der Stabilität der Effekte mittels One-Way-Anova mit Messwiederholung für den Gesamtproblemwert des SDQ verweist bei den Einschätzungen der KuJ auf einen signifikanten Interventionseffekt (Prä-Post-FU) (*F(1.59,50.82) =8.41, p = .001, η² = .208; N= 33*). Die Entwicklung des Gesamtproblemwerts über alle drei Messzeitpunkte hinweg ist in Abbildung 10 dargestellt. *Zweiter Schritt (Multiples Testen):* Beim multiplen Testen (p = 0.008) mittels One-Way-Anova mit Messwiederholung für den Gesamtproblemwert des SDQ lässt sich für den Gesamtproblemwert des SDQ bei den Einschätzungen der KuJ ebenfalls ein signifikanter Interventionseffekt nachweisen (Prä-Post-FU) (*F(1.59,50.82) =8.41, p = .001, η² = .208; N= 33*). *Dritter Schritt (Prüfung der Prä-Follow-Up-Entwicklung)*: Der Gesamtproblemwert reduziert sich über den Interventionszeitraum hinweg signifikant (Prä-FU) (*F(1,32) =12.32, p = .001, η² = .278*).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

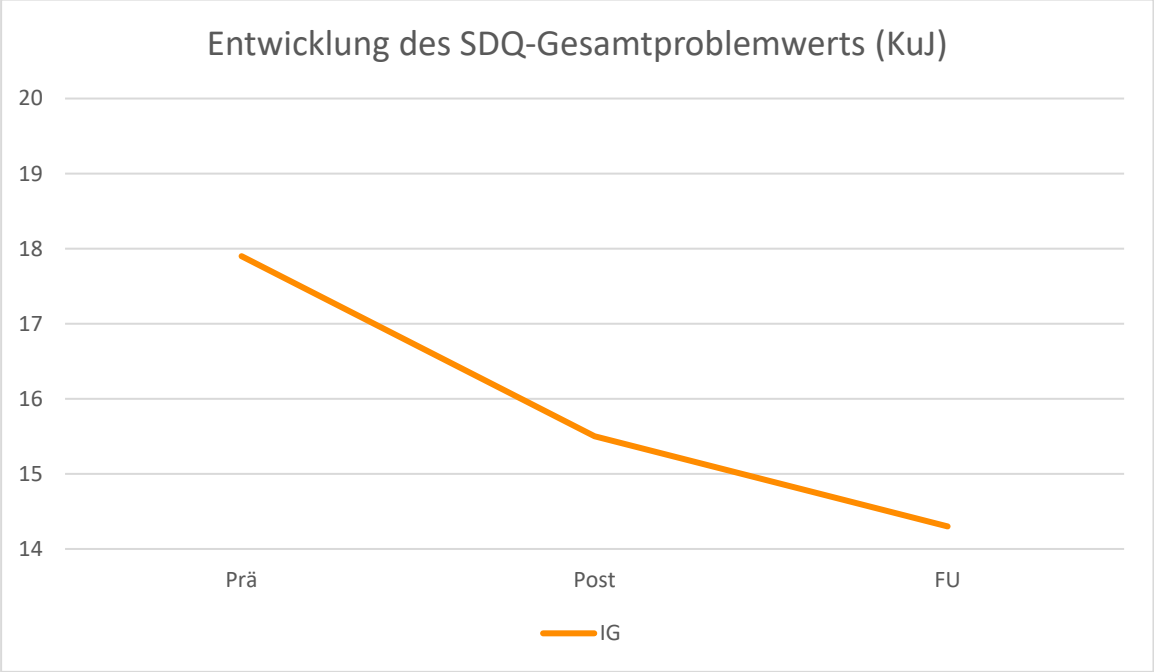



*Abbildung 10: Entwicklung (Prä-Post-FU) des SDQ-Gesamtproblemwerts (KuJ). Anm.: Dargestellt werden mittlere Skalenwerte. Der Prä-Post sowie Prä-FU-Unterschied sind signifikant, zwischen Post und FU lässt sich der Unterschied statistisch nicht sichern (Kennwerte s. o.).*

*YSR (KuJ):* *Erster Schritt (Einfaches Testen):* 1. Die Prüfung auf Stabilität der Effekte mittels One-Way-Anova mit Messwiederholung für die T-Werte zur Gesamtauffälligkeit des YSR bei den KuJ ergibt einen signifikanten Interventionseffekt (Prä-Post-FU) (*$F(2,48) = 5.78$, $p = .006$, $\eta^2 = .194$; $N = 25$*). Die Entwicklung der Gesamtauffälligkeit über alle drei Messzeitpunkte hinweg ist in Abbildung 11 dargestellt. *Zweiter Schritt (Multiples Testen):* Beim multiplen Testen ($p = 0.008$) mittels One-Way-Anova mit Messwiederholung für die T-Werte zur Gesamtauffälligkeit lässt sich ebenfalls ein signifikanter Interventionseffekt nachweisen (Prä-Post-FU) (*$F(2,48) = 5.78$, $p = .006$, $\eta^2 = .194$; $N = 25$*). *Dritter Schritt (Prüfung der Prä-Follow-Up-Entwicklung)*: Der mittlere T-Wert zur Gesamtauffälligkeit reduziert sich über den Interventionszeitraum hinweg (Prä-FU) (*$F(1,24) = 8.22$, $p = .008$, $\eta^2 = .255$*).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

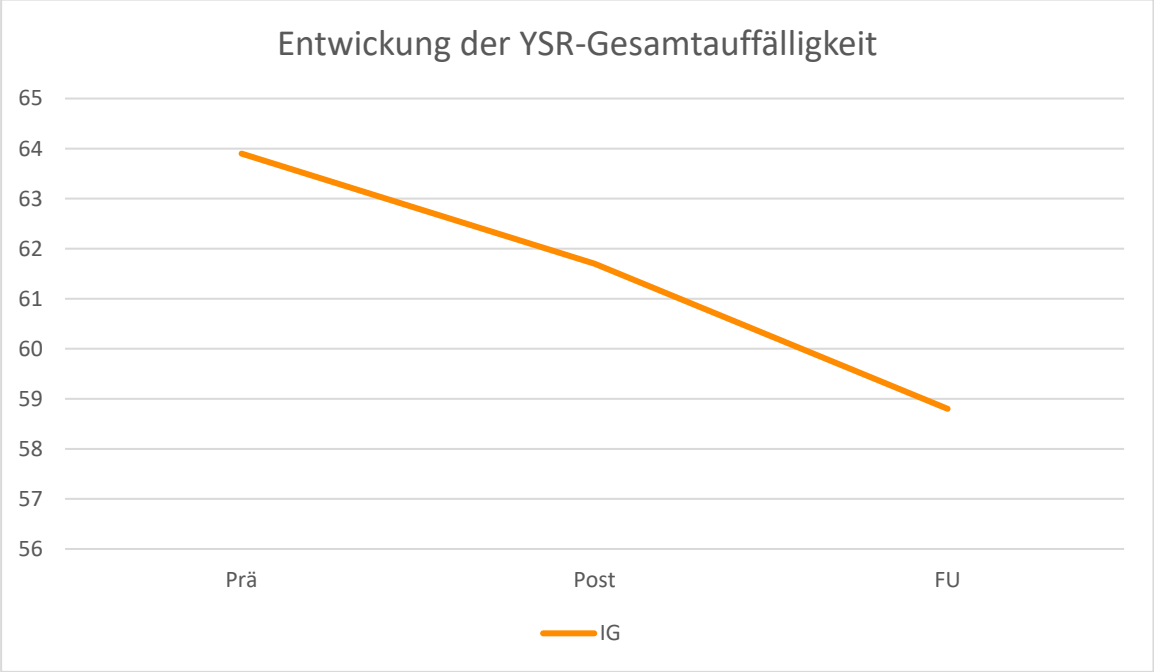



*Abbildung 11: Entwicklung (Prä-Post-FU) der YSR-Gesamtauffälligkeit. Anm.: Dargestellt werden mittlere T-Werte. Prä-Post-Unterschied ist nicht signifikant; Post-FU- sowie Prä-FU-Unterschiede sind signifikant (Kennwerte s. o.).*

#### 3.1.3.4.2 Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der KuJ

Um die Stabilität des Effektes der DreiFürEins-Intervention hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu prüfen, wurden fünf One-Way- Anova mit Messwiederholung durchgeführt (je eine für jede Unterskala des Kidscreen). Die Ergebnisse sind in Tabelle 47 überblickartig dargestellt. Zusammenfassend betrachtet ergibt sich, dass bei vier der fünf Unterskalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kein signifikanter Interventionseffekt (Prä-Post-FU) gesichert werden. Lediglich bei einer Unterskala, und zwar „Eltern und Autonomie“ lässt sich ein signifikanter Interventionseffekt nachweisen (Prä-Post-FU) (*$F(2,120) = 3.63$, $p = .029$, $\eta^2 = .057$; $N = 61$*): Der mittlere T-Wert zur Skala „Eltern und Autonomie“ steigt zwar in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum (Prä-Post) nicht signifikant (*$F(1,60) = 0.05$, $p = .833$*), aber über den Interventionszeitraum hinweg (Prä-FU) lässt sich ein signifikanter Anstieg nachweisen (*$F(1,60) = 5.87$, $p = .018$, $\eta^2 = .089$*). Auch der Unterschied zwischen der Post und FU-Messung erweist sich als statistisch signifikant (*$F(1,60) = 4.18$, $p = .045$, $\eta^2 = .065$).* Der mittlere T-Wert steigt dabei von 53.1 (Prä) auf 53.3 (Post) auf 55.6 (FU).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 47: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IVb (Gesundheitsbezogene Lebensqualität 3 Monate nach der Behandlung)*

| | | | | | ***Prä-Post-FU*** | | | ***Prä-Post*** | | | ***Post-FU*** | | | ***Prä-FU*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | $M_{FU}$ | N | F | p | $\eta^2$ | F | p | $\eta^2$ | F | p | $\eta^2$ | F | p | $\eta^2$ |
| **Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Kidscreen)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Körperliches Wohlbefinden | 46.4 | 45.1 | 45.17 | 67 | 49.32 | .518 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Psychisches Wohlbefinden | 32.5 | 32.3 | 32.2 | 65 | 0.26 | .770 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Eltern und Autonomie | **53.1** | **53.3** | **55.6** | **61** | **3.63** | **.029** | **.057** | 0.05 | .833 | - | **4.18** | **.045** | **.065** | **5.87** | **.018** | **.089** |
| Soziale Unterstützung | 45,0 | 48.1 | 48.7 | 58 | 1.62 | .203 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Schulisches Umfeld | 42.8 | 44.9 | 44.4 | 58 | 1.35 | .263 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |



Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.1.3.4.3 Reduzierung des Schulabsentismus und Verbesserung der schulischen Leistungen (Schulnoten)

Zur Prüfung der Stabilität der Effekte der DreiFürEins-Intervention auf den Schulabsentismus und die schulischen Leistungen (hier: Schulnoten) wurden für die Einschätzungen a) der Eltern und b) der KuJ insgesamt zwei Friedman-Tests (je einer für die durch die beiden Befragtengruppen vorliegenden Angaben zu den Fehltagen) sowie neun One-Way-Anova mit Messwiederholung (je eine für die für die beiden Befragtengruppen vorliegenden vier Unterskalen des SRAS-R sowie eine für die mittlere schulische Leistung) durchgeführt. Die Ergebnisse werden im folgenden dargestellt.

##### 3.1.3.4.3.1 Reduzierung des Schulabsentismus (Einschätzungen der Eltern)

*Umfang des Schulabsentismus:* Die statistische Prüfung der Entwicklung des Umfangs des Schulabsentismus erfolgte mithilfe einer zweifaktoriellen Varianzanalyse für Ränge nach Friedman. Der Test wurde anhand der Angaben der zur Anzahl der Fehltage in den letzten 12 Wochen (unabhängig vom Grund) durchgeführt und zeigt keine signifikanten Interventionseffekt *($\chi^2(2) = 1.284$, $p = .526$, $n = 101$)*.

*Motive der Schulabsentismus:* Die statistische Prüfung der Entwicklung der Schulabsentismusmotive bei den Eltern der IG zeigt: Bei drei der vier Motivskalen lässt sich ein signifikanter Interventionseffekt nachweisen (Prä-Post-FU), und zwar für die Skalen „Vermeidung negativer Affektivität“, „Vermeidung sozialer und Bewertung-Situationen“ sowie „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“. Bei genauerer Betrachtung zeigen sich dabei jeweils Unterschiede in der IG a) im Interventionszeitraum (Prä-Post) und b) zwischen Prä- und FU-Messung, jedoch nicht zwischen Post- und FU-Messung. Die Effekte werden also in erster Linie im Interventionszeitraum erreicht (Prä-Post), halten sich aber nach dem Interventionszeitraum (Post-FU). (siehe Tabelle 48)

##### 3.1.3.4.3.2 Reduzierung des Schulabsentismus (Einschätzungen der KuJ)

*Umfang des Schulabsentismus:* Die statistische Prüfung der Entwicklung des Umfangs des Schulabsentismus erfolgte mithilfe einer zweifaktoriellen Varianzanalyse für Ränge nach Friedman. Der Test wurde anhand der Angaben der zur Anzahl der Fehltage in den letzten 12 Wochen (unabhängig vom Grund) durchgeführt und zeigt keine signifikanten Interventionseffekt *($\chi^2(2) = 1.717$, $p = .424$, $n = 40$)*.

*Motive der Schulabsentismus:* Die statistische Prüfung der Entwicklung der Schulabsentismusmotive erbringt bei den KuJ der IG weniger signifikante Ergebnisse als bei den Eltern: Lediglich für eine der vier Motivskalen lässt sich ein signifikanter Interventionseffekt nachweisen (Prä-Post-FU), und zwar für die Skala „Vermeidung sozialer und Bewertung-Situationen“. Ein signifikanter Unterschied besteht dabei lediglich zwischen Prä- und FU-Messung. (siehe Tabelle 48)

##### 3.1.3.4.3.3 Verbesserung der schulischen Leistungen (hier: Schulnoten)

*Schulnoten:* Die statistische Prüfung der Entwicklung der Schulnoten (gemittelte Durchschnittsnote der Einzelnoten für Mathe, Deutsch und Englisch) bei den KuJ der IG zeigt, dass sich kein signifikanter Interventionseffekt nachweisen lässt (Prä-Post-FU). (siehe Tabelle 48)


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 48: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung IVc (Schulabsentismusmotive und schulische Leistungen 3 Monate nach der Behandlung)*

| | | | | | ***Prä-Post-FU*** | | | ***Prä-Post*** | | | ***Post-FU*** | | | ***Prä-FU*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | $M_{FU}$ | N | F | p | $\eta^2$ | F | p | $\eta^2$ | F | p | $\eta^2$ | F | p | $\eta^2$ |
| **Eltern** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vermeidung negativer Affektivität | **2.6** | **2.1** | **2.0** | **39** | **11.02** | **<.001** | **.255** | **9.72** | **.003** | **.204** | 2.72 | .107 | - | **14.81** | **< .001** | **.281** |
| Vermeidung sozialer und Bewertung-Situationen | **2.1** | **1.7** | **1.6** | **39** | **17.14** | **< .001** | **.311** | **24.88** | **.001** | **.396** | 1.11 | .300 | - | **18.48** | **< .001** | **.327** |
| Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten | **2.2** | **1.8** | **1.8** | **39** | **10.42** | **< .001** | **.215** | **15.6** | **.001** | **.291** | 0.07 | .800 | - | **10.27** | **.003** | **.213** |
| Aufsuchen attraktiverer Tätigkeiten | 1.8 | 1.8 | 1.8 | 39 | 0.91 | .913 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **Kinder und Jugendliche** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vermeidung negativer Affektivität | 2.4 | 2.3 | 2.4 | 23 | 0.24 | .790 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Vermeidung sozialer und Bewertung-Situationen | **2.1** | **1.8** | **1.7** | **23** | **4.59** | **.016** | **.173** | 3.42 | .078 | - | 0.88 | .359 | - | **11.54** | **.003** | **.344** |
| Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten | 2.2 | 2.0 | 1.9 | 23 | 3.25 | .048 | .129 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Aufsuchen attraktiverer Tätigkeiten | 2.0 | 2.0 | 1.9 | 23 | 0.38 | .688 | .017 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **Schulnoten** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mittlere schulische Leistung | 3.2 | 3.1 | 3.2 | 20 | 0.026 | 0.975 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |



Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

### 3.1.4 Beurteilung der Behandlung

Beurteilungen der Behandlungen Neben bieten – neben der Analyse der Effekte der Intervention Anhaltspunkte für den Erfolg von DreiFürEins. Im Rahmen der inhaltlichen Evaluation wurden daher die Eltern, KUJ und Therapeut*innen um eine Beurteilung der Behandlung mithilfe des FBB gebeten. Die Ergebnisse der Befragung der Eltern (3.1.4.1), der KuJ (3.1.4.2) und Therapeut*innen (3.1.4.3) werden im Folgenden nacheinander dargestellt.

#### 3.1.4.1 Beurteilung der Behandlung durch die Eltern

Die Eltern bewerteten mithilfe des FBB 1. den Verlauf (Prozessqualität) und 2. den Erfolg der Behandlung (Ergebnisqualität); darüber hinaus wird 3. aus den Angaben ein Gesamtwert gebildet, der einer Gesamtbewertung der Behandlung entspricht. Wie Abbildung 12 zeigt, liegt

1. die mittlere Bewertung des Verlaufs der Behandlung bei 3.5 *(SD = 0.7, N =193)* und damit im Prozentrangbereich 11-25 (unterdurchschnittliche Bewertung) für Mütter und im Prozentrangbereich 26-75 (durchschnittliche Bewertung) für Väter
2. die mittlere Bewertung des Erfolges der Behandlung bei 2.5 *(SD = 1.1, N =193)* und damit im Prozentrangbereich 11-25 (unterdurchschnittliche Bewertung) und im Prozentrangbereich 26-75 (durchschnittliche Bewertung) für Väter
3. die mittlere Gesamtbewertung bei 3.1 *(SD = 0.7, N = 193)* und damit im Prozentrangbereich 26-75 (durchschnittliche Bewertung) für Mütter und Väter.

Angenommen wird dabei, dass die Mütter die Fragen beantwortet haben. Sofern Männer den Fragebogen beantwortet haben, würde die Bewertung für den Verlauf und Erfolg der Behandlung durchschnittlich ausfallen.

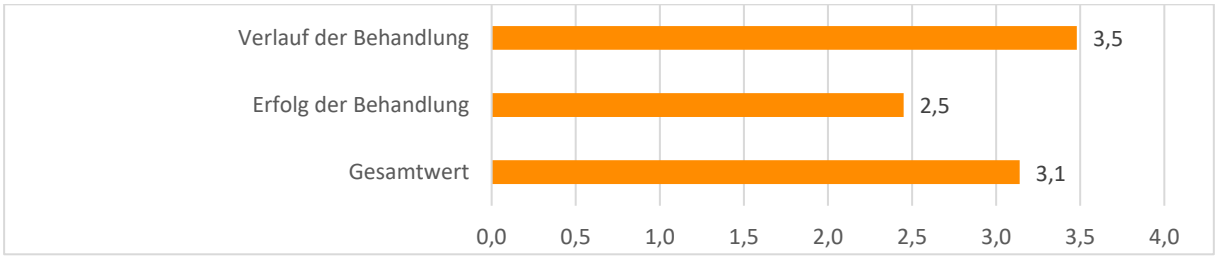



*Abbildung 12: Beurteilung der Behandlung durch die Eltern. Anm.: N = 193; abgebildet werden mittlere Skalenwerte.*

#### 3.1.4.2 Beurteilung der Behandlung durch die KuJ

Die KuJ bewerteten mithilfe des FBB 1. die Rahmenbedingungen der Behandlung, 2. die Beziehung zu den Therapeut*innen und 3. den Erfolg der Behandlung; ferner wird 4. aus den Angaben ein Gesamtwert gebildet, der einer Gesamtbewertung der Behandlung entspricht. Wie Abbildung 13 zeigt, liegt

1. die mittlere Bewertung der Rahmenbedingungen der Behandlung bei 3.1 *(SD = 0.6, N =71)*,
2. die mittlere Bewertung der Beziehung zu den Therapeut*innen bei 3.3 *(SD = 0.8, N =72)*,
3. die mittlere Bewertung des Erfolges der Behandlung bei 2.5 *(SD = 0.9, N =72)* und
4. die mittlere Gesamtbewertung der Behandlung bei 3.0 *(SD = 0.6, N = 71)*.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Damit liegen fast alle Bewertungen im Prozentrangbereich 26-75 (durchschnittliche Bewertung) und die Bewertung der Rahmenbedingungen im Prozentrangbereich 76-90 (überdurchschnittliche Bewertung). (siehe die Abbildung 13)

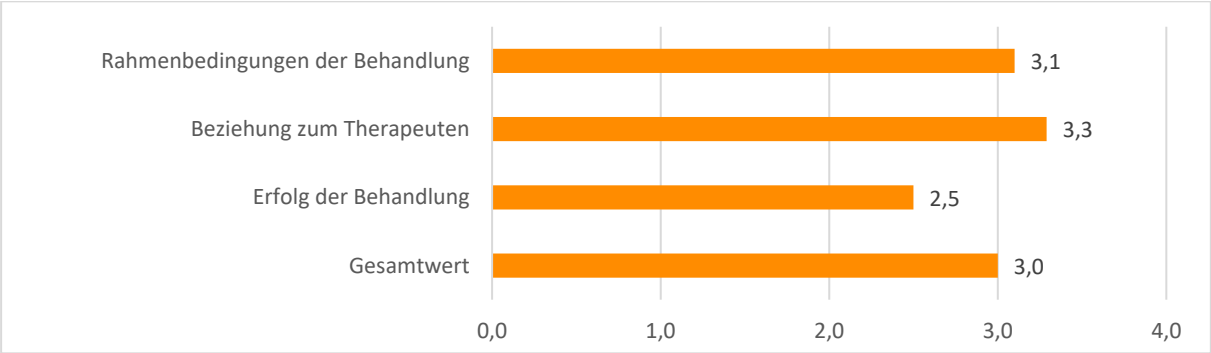



*Abbildung 13: Beurteilung der Behandlung durch die KuJ. Anmerkungen. $N_{Min}$ = 71, $N_{Max}$ = 72; abgebildet werden mittlere Skalenwerte.*

### 3.1.4.3 Beurteilung der Behandlung durch die Therapeut*innen

Die Therapeut*innen bewerteten mithilfe des FBB 1. die Kooperation mit dem Vater, 2. die Kooperation mit der Mutter, 3. die Kooperation mit den Patient*innen, 4. den Therapieerfolg hinsichtlich der Familien sowie 5. den Therapieerfolg hinsichtlich der Patient*innen (KuJ). Außerdem wurde aus den Angaben wiederum ein Gesamtwert gebildet, der einer Gesamtbewertung der Behandlung entspricht. Wie die nachfolgende Abbildung 14 zeigt, liegt

1. die mittlere Bewertung der Kooperation mit dem Vater bei 2.5 *(SD = 0.9, N = 103)*,
2. die mittlere Bewertung der Kooperation mit der Mutter bei 2.7 *(SD = 0.9, N = 225)*,
3. die mittlere Bewertung der Kooperation mit den Patient*innen bei 2.8 *(SD = 0.7, N = 271),*
4. die mittlere Bewertung des Therapieerfolgs hinsichtlich der Familie bei 1.9 *(SD = 0.8, N = 245)*
5. die mittlere Bewertung des Therapieerfolgs hinsichtlich der Patient*innen (KuJ) bei 2.6 *(SD = 0.8, N = 272)* und
6. die mittlere Gesamtwertung bei 2.5 *(SD = 0.6, N = 246)*.

Damit liegen alle Bewertungen im durchschnittlichen Bereich (Prozentrangbereich 26-75); die Bewertung des Therapieerfolgs hinsichtlich der Familie sogar im überdurchschnittlichen Bereich (Prozentrangbereich 76-90).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

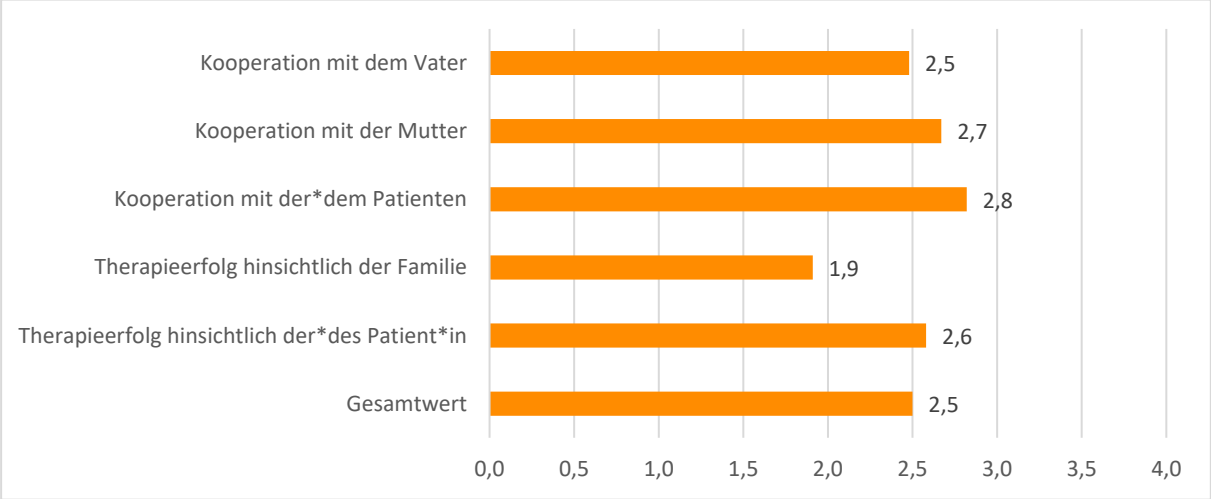



*Abbildung 14: Beurteilung der Behandlung durch die Therapeut*innen. Anmerkungen. $N_{Min}$ = 103, $N_{Max}$ = 272; abgebildet werden mittlere Skalenwerte.*

### 3.1.5 Ergebnisse der Korrelationsanalysen

Wie in Kapitel 2 erläutert, wurden zur differenzierten Beschreibung von Zusammenhängen zwischen einzelnen Variablen und dem primären Endpunkt der DreiFürEins-Versorgung (Behandlungserfolg im Hinblick auf psychische Störungen und Verhaltensstörungen) Korrelationsanalysen eingesetzt. Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen ermöglichen Rückschlüsse über die Zusammenhänge zwischen prinzipiell zwei und mehr Variablen sowie Angaben über die Stärke und Richtung der Zusammenhänge. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass Korrelationen a) keine Rückschlüsse auf Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ermöglichen (keine Kausalitätsaussagen), b) mitunter auf Scheinzusammenhängen beruhen (Einfluss von Drittvariablen), c) oft nicht alle relevanten Variablen erfassen (keine Kontrolle von wichtigen Einflussvariablen) und d) empfindlich gegenüber Ausreißern und Extremwerten sind (hohe Sensitivität). Die Ergebnisse der nachfolgenden Korrelationsanalysen sind also mit einer gewissen Vorsicht zu nutzen.

Um Korrelationen zwischen Einzelvariablen und dem Behandlungserfolg zu prüfen, wurde zunächst der Behandlungserfolg definiert. Der Behandlungserfolg wurde definiert als Differenz zwischen den Gesamtproblemwerten am Ende und Anfang der Versorgung (Prä-Post). Als Gesamtproblemwert wurde dabei auf die Werte beim SDQ und CBCL/YSR/TRF zurückgegriffen. Die Berechnung des Behandlungserfolgs wurden in drei Schritten vorgenommen: 1. In einem ersten Schritt wurde die Differenz des Gesamtproblemwerts pro Instrument und Befragtengruppe berechnet (Prä-Post). 2. In einem zweiten Schritt wurden, um Verzerrungen zu verhindern, Extremwerte aus den sechs so berechneten Behandlungserfolgsvariablen (1. SDQ Eltern, 2. SDQ KuJ, 3. SDQ Lehrkräfte, 4. CBCL Eltern, 5. YSR KuJ, 6. TRF Lehrkräfte) entfernt. 3. In einem dritten Schritt wurden Korrelationen zwischen den verschiedenen Befragtengruppen (Eltern, KuJ, Lehrkräfte) und Instrumenten des Behandlungserfolgs (SDQ bzw. SDQ und CBCL/YSR/TRF) berechnet. Die Analyse zwischen den Befragtengruppen und Instrumenten des Behandlungserfolgs belegt einige statistisch signifikante Korrelationen:

- Der eingeschätzte SDQ-Behandlungserfolg bei den Eltern (SDQ E) korreliert mit a) dem eingeschätzten SDQ-Behandlungserfolg bei den KuJ (SDQ KuJ) und Lehrkräften (SDQ L) und b) dem CBCL-Behandlungserfolg bei den Eltern (CBCL E) und andersherum.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

- Der eingeschätzte CBCL-Behandlungserfolg bei den Eltern (CBCL E) korreliert darüber hinaus mit a) dem eingeschätzten YSR-Behandlungserfolg bei den KuJ (YSR KuJ) sowie b) dem eingeschätzten SDQ-Behandlungserfolg bei den KuJ (SDQ KuJ) und Lehrkräften (SDQ L) und andersherum.
- Der eingeschätzte SDQ-Behandlungserfolg bei den Lehrkräften (SDQ L) korreliert mit dem eingeschätzten TRF-Behandlungserfolg bei den Lehrkräften (TRF L).

*Interpretation:* 1. Es gibt statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen den Einschätzungen der verschiedenen Befragtengruppen (Eltern, KuJ und Lehrkräfte) und den Erhebungsinstrumenten (SDQ und CBCL) zum Behandlungserfolg. 2. Weitere statistische Zusammenhänge zwischen den Einschätzungen der verschiedenen Befragtengruppen und Erhebungsinstrumenten zum Behandlungserfolg sind erkennbar, lassen sich jedoch z.T. aufgrund geringer Fallzahlen nicht sichern. (siehe Tabelle 49)

*Tabelle 49: Beispiel Tabellenbeschriftung*

| **Korrelation zwischen den Befragtengruppen und Erhebungsinstrumenten zum Behandlungserfolg [r, p, N)** | CBCL E | SDQ KuJ | YSR KuJ | SDQ L | TRF L |
|---|---|---|---|---|---|
| SDQ E | **.404*** | **.324*** | .300 | **.301*** | .107 |
| | <.001 | .036 | .071 | .018 | .742 |
| | 105 | 42 | 37 | 61 | 12 |
| CBCL E | | **.389*** | **.313*** | **.433*** | .668 |
| | | .013 | .049 | .002 | .071 |
| | | 40 | 40 | 48 | 8 |
| SDQ KuJ | | | .241 | .241 | .935 |
| | | | .169 | .268 | .231 |
| | | | 34 | 23 | 3 |
| YSR KuJ | | | | .485 | .712 |
| | | | | .057 | .496 |
| | | | | 16 | 3 |
| SDQ L | | | | | **.599*** |
| | | | | | .003 |
| | | | | | 22 |

Im Anschluss wurden Korrelationen zwischen unterschiedlichen Variablen auf der einen Seite und den verschiedenen Befragtengruppen und Erhebungsinstrumenten des Behandlungserfolgs auf der anderen Seite geprüft. Eingegangen wird nachfolgend auf:

- Korrelationen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und dem Behandlungserfolg (3.1.5.1),
- Korrelationen zwischen dem Anfragegrund und dem Behandlungserfolg (3.1.5.2),


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

- Korrelationen zwischen den Problemlagen und dem Behandlungserfolg (3.1.5.3),
- Korrelationen zwischen den besonderen Belastungen und dem Behandlungserfolg (3.1.5.4),
- Korrelationen zwischen der Einschlussdiagnostik und dem Behandlungserfolg (3.1.5.5),
- Korrelationen zwischen der Therapiemotivation und dem Behandlungserfolg (3.1.5.6),
- Korrelationen zwischen den Leistungen der KJPPP in DreiFürEins und dem Behandlungserfolg (3.1.5.7),
- Korrelationen zwischen den Leistungen der ReBBZ/Schulen in DreiFürEins und dem Behandlungserfolg (3.1.5.8)
- Korrelationen zwischen den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in DreiFürEins und dem Behandlungserfolg (3.1.5.9)

#### 3.1.5.1 Korrelationen zwischen den soziodemographischen Merkmalen und dem Behandlungserfolg

Im Rahmen der Korrelationsanalysen wurden Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Merkmalen und dem eingeschätzten Behandlungserfolg in DreiFürEins untersucht. Die Auswertung verdeutlicht einzelne, signifikante Korrelationen zwischen soziodemographischen Merkmalen und dem eingeschätzten Behandlungserfolg bei den Erhebungen der Eltern (SDQ E und CBCL E), nicht aber bei den Erhebungen der KUJ und Lehrkräfte: Es gibt statistisch signifikante Korrelationen:

- zwischen dem Alter der KuJ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern *(SDQ E: r = -.207, p = .014, N= 140)*,
- zwischen der Staatsangehörigkeit der Eltern und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Kinder und Jugendlichen *(SDQ KuJ: r = .306, p = .032, N = 49),*
- zwischen der Zuhause gesprochenen Sprache und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern *(SDQ E: r = .181, p = .035, N = 136; CBCL E: r = .185, p = .033, N = 132*) sowie
- zwischen einer Therapieerfahrung auf Seiten der Eltern und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern *(CBCL E: r = -.191, p= .028, N = 132)*. (siehe Tabelle 50

*Interpretation:* 1. Bei älteren KuJ wird der Behandlungserfolg von den Eltern schlechter eingeschätzt (SDQ E und CBCL E). 2. Wenn mind. ein Elternteil eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft hat wird der Behandlungserfolg von den Kindern und Jugendlichen besser bewertet (SDQ KuJ). 3. Wenn zuhause eine andere Sprache als Deutsch gesprochen wird, wird der Behandlungserfolg von den Eltern besser eingeschätzt (SDQ E und CBCL E). 4. Wenn mindestens ein Elternteil bereits über eine eigene Therapieerfahrung verfügt, wird der Behandlungserfolg von den Eltern besser bewertet (CBCL E). 5. Folgt man der Einteilung nach Cohen (1988) sind die ermittelten Korrelationen zumeist von kleiner Stärke. 5. Die ermittelten Korrelationen sprechen dafür, dass der Behandlungserfolg in DreiFürEins durch adressatenbezogene und familiäre Merkmale (z.B. Alter, Sprache zu Hause, Therapieerfahrungen der Eltern) gefördert und erschwert wird.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 50: Korrelationen zwischen soziodemographischen Daten und Behandlungserfolgen*

| **Korrelation zwischen dem Behandlungserfolg und soziodemographischen Daten [r, p, N]** | SDQ E | CBCL E | SDQ KuJ | YSR KuJ | SDQ L | TRF L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alter | **-.207*** | -.140 | -.144 | -.097 | .004 | -.123 |
| | **.014** | .110 | .318 | .533 | .965 | .586 |
| | **140** | 132 | 50 | 44 | 106 | 22 |
| Geschlecht (0 = männlich, 1 = weiblich) | -.061 | -.005 | -.010 | .189 | .009 | .124 |
| | .478 | .951 | .948 | .219 | .929 | .591 |
| | 136 | 132 | 49 | 44 | 93 | 21 |
| Staatsangehörigkeit Kind = andere als Deutsch | -.026 | -.008 | -.015 | .010 | -.015 | -.257 |
| | .763 | .928 | .919 | .949 | .888 | .274 |
| | 135 | 132 | 48 | 43 | 90 | 20 |
| Staatangehörigkeit Eltern = mind. eine andere als Deutsch | .099 | .081 | **.306*** | .087 | .050 | .115 |
| | .252 | .355 | .032 | .573 | .640 | .619 |
| | 136 | 132 | 49 | 44 | 91 | 21 |
| Einsatz Dolmetscher | -.107 | -.248 | -.402 | .086 | -.039 | .086 |
| | .567 | .178 | .220 | .826 | .848 | .855 |
| | 31 | 31 | 11 | 9 | 27 | 7 |
| Zuhause normalerweise gesprochene Sprache = andere als Deutsch | **.181*** | **.185*** | .252 | .130 | -.070 | -.302 |
| | **.035** | **.033** | .081 | .401 | .507 | .184 |
| | **136** | **132** | 49 | 44 | 91 | 21 |
| Förderbedarf | -.090 | -.083 | .110 | -.015 | .142 | .220 |
| | .300 | .346 | .464 | .924 | .183 | .338 |
| | 133 | 131 | 47 | 43 | 90 | 21 |
| Therapieerfahrung Eltern | -.112 | **-.191*** | -.145 | -.296 | .113 | .201 |
| | .194 | **.028** | .325 | .051 | .283 | .396 |
| | 135 | **132** | 48 | 44 | 92 | 20 |

### 3.1.5.2 Korrelationen zwischen dem Anfragegrund und dem Behandlungserfolg

Außerdem wurden Korrelationen zwischen dem Anfragegrund und dem eingeschätzten Behandlungserfolg in DreiFürEins untersucht. Es gibt einzelne, signifikante Zusammenhänge zwischen dem Anfragegrund und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern und KuJ. So bestehen statistisch signifikante Korrelationen:

- zwischen dem Anfragegrund Schulbegleitung und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern *(CBCL E: r = -.205, p = .026, N = 119)*,
- zwischen den Anfragegründen „Diagnostik/Gutachten/Stellungnahme“ und „Verhaltensprobleme“ auf der einen Seite und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Eltern (SDQ E) auf der anderen Seite *(Diagnostik/Gutachten/Stellungnahme: r = -.182, p = .041, N = 127; Verhaltensprobleme: r = .199, p = .025, N = 127)* sowie

- zwischen dem Anfragegrund Krankheit/Behinderung und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die KuJ *(SDQ KuJ: r = .283, p = .049, N = 49)* (siehe Tabelle 51).

*Interpretation:* 1. Sofern als Anfragegrund a) eine Schulbegleitung oder b) ein(e) Diagnostik/Gutachten/Stellungnahme vorlagen, wurde der Behandlungserfolg von den Eltern schlechter eingeschätzt (Schulbegleitung: CBCL E, Diagnostik/Gutachten/Stellungnahme: SDQ E). 2. Sobald Verhaltensprobleme des Kindes ein Anfragegrund waren, wurde der Behandlungserfolg von den Eltern besser eingeschätzt (SDQ E). 3. Der Anfragegrund Krankheit/Behinderung ging mit einer größeren Einschätzung des Behandlungserfolgs bei den KuJ einher (SDQ KuJ). 4. Folgt man der Einteilung nach Cohen (1988) weisen die Korrelationen eine kleine Stärke auf. 5. Die ermittelten Befunde könnten darauf hindeuten, dass der Behandlungserfolg von DreiFürEins schlechter bewertet wird, wenn der Anfragegrund nicht selbst gewählt, sondern extern bestimmt war (Schulbegleitung, Diagnostik/Gutachten/Stellungnahme). Der Behandlungserfolg von DreiFürEins würde – legt man die Korrelationen zugrunde – möglicherweise besser eingeschätzt werden, wenn der eigene Leidensdruck der Eltern bzw. KuJ hoch ist (Verhaltensprobleme des Kindes bzw. eigene Krankheit/Behinderung).

*Tabelle 51: Korrelationen zwischen Anfragegründen und Behandlungserfolgen*

| **Korrelation zwischen dem Behandlungserfolg und dem Anfragegrund [r, p, N]** | SDQ E | CBCL E | SDQ KuJ | YSR KuJ | SDQ L | TRF L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verhaltensprobleme | **.199*** | .034 | .143 | -.118 | -.169 | -.315 |
| | .025 | .717 | .326 | .461 | .089 | .164 |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Psychische Probleme | -.087 | -.147 | -.135 | -.105 | .009 | -.002 |
| | .331 | .111 | .353 | .513 | .925 | .992 |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Lernprobleme | .011 | .047 | .115 | -.020 | .073 | -.053 |
| | .898 | .609 | .433 | .902 | .465 | .818 |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Konflikte | -.076 | -.066 | .030 | .222 | -.085 | .205 |
| | .399 | .474 | .838 | .163 | .394 | .374 |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Verdacht KWG | .042 | -.003 | -.052 | .037 | .069 | -.105 |
| | .637 | .970 | .722 | .816 | .494 | .649 |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Schulbegleitung | -.039 | **-.205*** | .[c] | -.165 | -.008 | -.417 |
| | .663 | .026 | | .304 | .933 | .060 |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| | -.151 | -.090 | .102 | -.153 | -.061 | -.315 |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Schullaufbahnberatung | .090 | .331 | .485 | .340 | .544 | .164 |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Diagnostik/Gutachten/ Stellungnahme | **-.182*** | -.105 | -.009 | .037 | -.013 | -.176 |
| | .041 | .254 | .950 | .816 | .893 | .444 |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Absentismusmeldung formal | -.031 | .031 | -.036 | .003 | .086 | .[c] |
| | .728 | .736 | .807 | .985 | .391 | |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Krankheiten/Behinderung | .082 | .100 | **.283*** | .011 | .025 | .[c] |
| | .360 | .281 | .049 | .943 | .805 | |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| GIK-Anfrage | -.022 | .084 | .[c] | .[c] | -.104 | .[c] |
| | .807 | .363 | | | .300 | |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Verfahren nach § 49 | .[c] | .[c] | .[c] | .[c] | .[c] | .[c] |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Erfahrung mit Gewalt/ Viktimisierung durch Mitschüler*innen | .090 | -.090 | -.048 | -.194 | .077 | .[c] |
| | .314 | .328 | .744 | .224 | .445 | |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Gewaltmeldung formal | -.119 | .[c] | .[c] | .[c] | -.104 | .[c] |
| | .182 | | | | .300 | |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Opferschutz | -.103 | -.068 | .[c] | .[c] | -.040 | -.315 |
| | .248 | .461 | | | .686 | .164 |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| AUL | .[c] | -.009 | .[c] | .[c] | .[c] | .[c] |
| | | .921 | | | | |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |
| Suchtmittelkonsum | -.039 | -.071 | .035 | -.018 | .[c] | .[c] |
| | .660 | .440 | .812 | .912 | | |
| | 127 | 119 | 49 | 41 | 102 | 21 |

### 3.1.5.3 Korrelationen zwischen den Problemlagen und dem Behandlungserfolg

Darüber hinaus wurden Korrelationen zwischen den Problemlagen der KuJ sowie dem eingeschätzten Behandlungserfolg in DreiFürEins untersucht. Die Problemlagen der KuJ wurde


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

dabei von den ReBBZ-Mitarbeitenden erfasst und eingeschätzt. Die Analyse verweist auf statistisch signifikante Korrelationen, vor allem auf der Basis der Einschätzungen der Lehrkräfte:

- zwischen der Problemlage „Psychische Probleme“ und dem mithilfe der TRF-Messungen ermittelten Behandlungserfolg *(r = -.516, p = .010, N = 24)*,
- zwischen der Problemlage „Verhaltensprobleme“ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die *Lehrkräfte (SDQ L: r= -.221, p =.026, N=102; TRF: r = -.456, p = .025, N = 24)*,
- zwischen der Problemlage „Schulabsentismus“ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern *(CBCL E: r = -.240, p = .008, N = 121).*

*Interpretation:* 1. Wenn Problemlagen, wie Verhaltensprobleme oder psychische Probleme vorliegen, wird der Behandlungserfolg von den Lehrkräften schlechter bewertet (Verhaltensprobleme: SDQ L, TRF L, psychische Probleme: TRF L). 2. In eine ähnliche Richtung gehen die Einschätzungen der Eltern bei einer anderen Problemlage: Wenn das Problem Schulabsentismus besteht, wird der Behandlungserfolg von den Eltern schlechter bewertet (CBCL E). 3. Die Befunde könnte darauf hindeuten, dass bei verfestigten Problemlagen in den Bereichen Verhaltensprobleme, psychische Probleme und Schulabsentismus ggf. ein geringerer Behandlungserfolg von DreiFürEins erreicht werden kann bzw. zu erwarten ist. 4. Folgt man der Einteilung nach Cohen (1988) weisen die Korrelationen eine unterschiedliche Stärke auf (geringe vs. groß). Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen sind in Tabelle 52 dargestellt.

*Tabelle 52: Korrelationen zwischen Problemlagen und Behandlungserfolgen*

| **Korrelation zwischen dem Behandlungserfolg und Problemlagen [r, p, N]** | SDQ E | CBCL E | SDQ KuJ | YSR KuJ | SDQ L | TRF L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Psychische Probleme | -.124 | -.028 | .067 | .006 | -.153 | **-.516*** |
| | .166 | .759 | .650 | .971 | .126 | **.010** |
| | 126 | 121 | 49 | 42 | 102 | **24** |
| Verhaltensprobleme | .155 | 0,023 | .128 | -.188 | **-.221*** | **-.456*** |
| | .083 | 0,804 | .382 | .234 | .026 | **.025** |
| | 126 | 121 | 49 | 42 | 102 | **24** |
| Lernprobleme | -.080 | -.043 | .015 | -.126 | .014 | -.240 |
| | .369 | .640 | .921 | .427 | .893 | .259 |
| | 127 | 121 | 49 | 42 | 102 | 24 |
| Gewalterfahrung | -.073 | .085 | .131 | .056 | .035 | -.250 |
| | .424 | .368 | .387 | .727 | .737 | .239 |
| | 121 | 115 | 46 | 41 | 96 | 24 |
| Schulabsentismus | -.115 | **-.240*** | -.116 | -.175 | -.060 | -.376 |
| | .203 | .008 | .426 | .267 | .552 | .070 |
| | 125 | 121 | 49 | 42 | 101 | 24 |
| | -.127 | -.122 | .029 | -.201 | -.192 | .131 |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Auftrag zur Diagnostik | .160 | .183 | .842 | .201 | .054 | .541 |
| | 125 | 120 | 49 | 42 | 102 | 24 |
| Suchtverhalten | -.083 | .071 | -.047 | .123 | .079 | .192 |
| | .358 | .439 | .747 | .436 | .431 | .368 |
| | 126 | 121 | 49 | 42 | 102 | 24 |

### 3.1.5.4 Korrelationen zwischen den besonderen Belastungen und dem Behandlungserfolg

Es wurden Korrelationen zwischen den besonderen Belastungen der in DreiFürEins versorgten KuJ und ihren Familien und dem eingeschätzten Behandlungserfolg in DreiFürEins untersucht. Die besonderen Belastungen der KuJ und ihrer Eltern beruhen dabei auf Angaben der ReBBZ-Mitarbeitenden. Die Analyse belegt Korrelationen zwischen den besonderen Belastungen auf der einen Seite und dem eingeschätzten Behandlungserfolg in DreiFürEins durch verschiedene Befragtengruppen auf der anderen Seite. Es bestehen statistisch signifikante Korrelationen:

- zwischen der besonderen Belastung „Eheprobleme und Scheidung“ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern *(CBCL E: r= .256, p = .006, N = 116)* und die Lehrkräfte (SDQ L) *(r = .259, p = .009, N = 101)*,
- zwischen der besonderen Belastung „Instabile Familiensituation“ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Lehrkräfte *(SDQ L: r = -.276, p = .005, N = 101)*,
- zwischen der besonderen Belastung „Psychische Erkrankung eines*r Sorgeberechtigten“ und und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern *(CBCL E: r= -.188, p = .044, N = 116)*, die KuJ *(SDQ KuJ: r = -.288, p = .045, N = 49)* und die Lehrkräfte *(SDQ L: r = -.235, p = .018, N = 101 und TRF L: r = -.458, p = .037, N = 21)* sowie
- zwischen der besonderen Belastung „Emotionale Vernachlässigung“ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern *(SDQ E: r = .208, p = 0.21, N = 124)*.

*Interpretation:* 1. Die Korrelationsanalyse macht auf bedeutsame Zusammenhänge zwischen den besonderen Belastungen und dem eingeschätzten Behandlungserfolg in DreiFürEins aufmerksam. 2. Aus verschiedenen Perspektiven wird ein Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen eines*r Sorgeberechtigten und dem eingeschätzten Behandlungserfolg erkennbar. 3. Die Befunde deuten dabei auf eine unterschiedliche Richtung des Zusammenhangs – je nach Belastung – hin: Eheprobleme und eine Scheidung gehen mit einer besseren Einschätzung des Behandlungserfolgs einher, während andere Belastungen, wie instabile Familiensituationen, psychische Erkrankungen eines*r Sorgeberechtigten oder eine emotionale Vernachlässigung des Kindes mit einer schlechteren Einschätzung des Behandlungserfolgs einhergehen. Folgt man der Einteilung nach Cohen (1988) weisen die Korrelationen zumeist eine kleine Stärke auf. Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen sind in Tabelle 53 dargestellt.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 53: Korrelationen zwischen besonderen Belastungen und Behandlungserfolgen*

| **Korrelation zwischen dem Behandlungserfolg und besonderen Belastungen [r, p, N]** | SDQ E | CBCL E | SDQ KuJ | YSR KuJ | SDQ L | TRF L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Eheprobleme und Scheidung | .156 | **.256*** | .272 | .183 | **.259*** | -.086 |
| | .083 | .006 | .059 | .253 | .009 | .712 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Migration | .075 | -.014 | .165 | .287 | -.096 | -.005 |
| | .408 | .883 | .258 | .069 | .341 | .983 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Instabile Familiensituation | .016 | -.016 | .014 | .117 | **-.276*** | -.422 |
| | .858 | .868 | .924 | .466 | .005 | .056 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Konflikte mit Eltern | -.083 | -.034 | -.014 | .126 | .002 | -.294 |
| | .358 | .715 | .926 | .434 | .986 | .197 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Psychische Erkrankung eines*r Sorgeberechtigten | -.164 | **-.188*** | **-.288*** | -.232 | **-.235*** | **-.458*** |
| | .068 | .044 | .045 | .144 | .018 | **.037** |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | **21** |
| Emotionale Vernachlässigung | **-.208*** | -.056 | .017 | .020 | .132 | .403 |
| | .021 | .553 | .907 | .899 | .189 | .070 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Unzureichende Lebensbedingungen materieller Art | -.046 | -.134 | .001 | -.049 | -.000 | -.010 |
| | .614 | .153 | .995 | .760 | .997 | .967 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Überbehütung | .017 | -.050 | -.124 | -.305 | -.052 | .175 |
| | .851 | .591 | .394 | .052 | .607 | .447 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Schwere Krankheit oder Tod | -.101 | -.149 | -.060 | -.083 | -.101 | .072 |
| | .263 | .111 | .682 | .606 | .317 | .755 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Arbeitslosigkeit | -.027 | -.146 | -.064 | .221 | -.085 | -.154 |
| | .763 | .117 | .661 | .166 | .397 | .505 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Drogenmissbrauch | .068 | .121 | .127 | .152 | .051 | .[c] |
| | .454 | .197 | .384 | .344 | .613 | |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| | .044 | .053 | .062 | -.223 | -.072 | .153 |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hinweise auf Delinquenz | .626 | .572 | .674 | .160 | .472 | .508 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Verwahrlosung | -.139 | .002 | -.029 | .143 | .150 | .246 |
| | .123 | .979 | .844 | .374 | .135 | .283 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Sexuelle Belästigung/Missbrauch | .035 | -.071 | -.068 | .016 | -.035 | .[c] |
| | .700 | .452 | .641 | .919 | .731 | |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Konflikte mit Betreuer*innen in der Wohngruppe | -.007 | .007 | .[c] | .[c] | .[c] | .[c] |
| | .941 | .944 | | | | |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |

### 3.1.5.5 Korrelationen zwischen der Einschlussdiagnostik und dem Behandlungserfolg

Im Rahmen der Korrelationsanalysen wurden Zusammenhänge zwischen der Einschlussdiagnostik (SDQ-Gesamtproblemwert, CBCL/YSR/TRF-Gesamtauffälligkeit) und dem eingeschätzten Behandlungserfolg in DreiFürEins untersucht. Dabei zeigen sich bei den verschiedenen Befragtengruppen einige Korrelationen. Es bestehen statistisch signifikante Korrelationen:

- zwischen dem eingeschätzten Gesamtproblemwert bei Einschluss (SDQ E) und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern (SDQ E) *(r = .334, p < .001, N = 140)*,
- zwischen dem eingeschätzten Gesamtproblemwert bei Einschluss (SDQ KuJ) und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die KuJ (SDQ KuJ) *(r = .416, p = .003, N = 50)* sowie zwischen der eingeschätzten Gesamtauffälligkeit bei Einschluss (YSR KuJ) und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die KuJ (YSR KuJ) *(r = .354, p = .018, N = 40)* sowie
- zwischen dem eingeschätzten Gesamtproblemwert bei Einschluss (SDQ L) und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Lehrkräfte (SDQ L) *(r = .479, p < .001, N = 106)* (siehe Tabelle 42).

*Interpretation:* 1. Die Korrelationsanalyse macht auf Zusammenhänge zwischen dem Gesamtproblemwert bzw. der Gesamtauffälligkeit der KuJ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg aufmerksam. Folgt man der Einteilung nach Cohen (1988) weisen die Korrelationen eine mittlere Stärke auf. 2. Bei allen drei Befragtengruppen (Eltern, KuJ, Lehrkräfte) bestehen dabei Zusammenhänge zwischen dem Gesamtproblemwert oder der Gesamtauffälligkeit der KuJ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg. 3. Der SDQ-Gesamtproblemwert korreliert bei allen drei Befragtengruppen (Eltern, KuJ, Lehrkräfte) mit dem eingeschätzten SDQ-Behandlungserfolg. Bei der Gesamtauffälligkeit gilt dies nur für die KuJ (YSR), aber nicht die Eltern (CBSL) und Lehrkräfte (TRF). 4. Bemerkenswert ist, dass die Einschätzungen der verschiedenen Befragtengruppen zum Gesamtproblemwert/zur Gesamtauffälligkeit lediglich mit dem eingeschätzten Behandlungserfolg der eigenen Befragtengruppe korrelieren. 5. Generell gilt: Je stärker der Gesamtproblemwert bzw. die Gesamtauffälligkeit der KuJ bei Einschluss eingeschätzt worden ist, um so höher wird der Behandlungserfolg bewertet. Dies könnte dafür


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

sprechen, dass es in DreiFürEins gelungen ist, die Belastungen bzw. Auffälligkeiten von hochbelasteten bzw. -auffälligen KuJ spürbar zu reduzieren.

*Tabelle 54: Korrelationen zwischen Einschlussdiagnostik und Behandlungserfolgen*

| **Korrelation zwischen dem Behandlungserfolg und der Einschlussdiagnostik (Gesamtproblemwert bzw. Gesamtauffälligkeit) [r, p, N]** | SDQ E | CBCL E | SDQ KuJ | YSR KuJ | SDQ L | TRF L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SDQ Eltern Gesamtproblemwert | **.334*** | -.048 | .163 | .301 | .128 | .209 |
| | .000 | .618 | .262 | .059 | .207 | .350 |
| | 140 | 112 | 49 | 40 | 99 | 22 |
| CBCL Eltern Gesamtauffälligkeit | -.116 | .067 | -.072 | .236 | .145 | .079 |
| | .211 | .445 | .644 | .132 | .193 | .754 |
| | 118 | 132 | 44 | 42 | 82 | 18 |
| SDQ KuJ Gesamtproblemwert | -.097 | .168 | **.416*** | .224 | .277 | -.600 |
| | .527 | .287 | .003 | .203 | .065 | .088 |
| | 45 | 42 | 50 | 34 | 45 | 9 |
| YSR KuJ Gesamtauffälligkeit | -.118 | .072 | -.066 | **.354*** | .068 | -.543 |
| | .440 | .633 | .684 | .018 | .698 | .208 |
| | 45 | 46 | 40 | 44 | 35 | 7 |
| SDQ Lehrkräfte Gesamtproblemwert | .106 | -.007 | .009 | -.091 | **.479*** | .195 |
| | .289 | .948 | .956 | .633 | .000 | .385 |
| | 103 | 88 | 38 | 30 | 106 | 22 |
| TRF Lehrkräfte Gesamtauffälligkeit | .062 | -.185 | -.471 | -.548 | .209 | .214 |
| | .703 | .294 | 0,122 | .065 | .174 | .338 |
| | 40 | 34 | 12 | 12 | 44 | 22 |

### 3.1.5.6 Korrelationen zwischen der Therapiemotivation und dem Behandlungserfolg

Im Zuge der Korrelationsanalysen wurden Zusammenhänge zwischen der Therapiemotivation der Eltern und KuJ auf der einen Seite und dem eingeschätzten Behandlungserfolg in DreiFür-Eins auf der anderen Seite untersucht. Die Analyse belegt einige statistisch signifikante Korrelationen:

- Es gibt eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Therapiemotivation der Eltern (Wunsch nach Verbesserung, Bereitschaft zur Mitwirkung) und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die KuJ (YSR KuJ) *(r = .337, p = .025, N = 44)*.
- Es besteht eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Therapiemotivation der KuJ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die KuJ (SDQ KuJ) *(r = -.315, p= .025, N = 44)*. (siehe Tabelle 55)

Interpretation: Die Korrelationsanalyse zeigt: 1. Je höher die Therapiemotivation der Eltern (d.h. der Wunsch nach einer Verbesserung und die Bereitschaft zur Mitwirkung), umso besser


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

wird der Behandlungserfolg von den KuJ (YSR KuJ) eingeschätzt. Der Befund könnte darauf hindeuten, dass die Therapiemotivation der Eltern einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg und die Erfolgsbewertung der KuJ hat. 2. Bei den KuJ deutet sich ein gegensätzlicher Befund an: Je höher die Therapiemotivation der KuJ (d.h. der Wunsch nach einer Verbesserung), umso schlechter wird der Behandlungserfolg von den KuJ (SDQ KuJ) eingeschätzt. Die Interpretation muss hier offenbleiben. 3. Alle Zusammenhänge sind dabei von mittlerer Stärke. (siehe Tabelle 55).

*Tabelle 55: Korrelationen zwischen Therapiemotivation (Eltern und KuJ) und Behandlungserfolgen*

| **Korrelation zwischen dem Behandlungserfolg und der Therapiemotivation [r, p, N]** | SDQ E | CBCL E | SDQ KuJ | YSR KuJ | SDQ L | TRF L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Motivation Eltern** | | | | | | |
| Ich wünsche mir, dass es meinem Kind bessergeht bzw. dass sich an der jetzigen Situation etwas ändert. | -.157 | .049 | .131 | **.337*** | .114 | -.011 |
| | .069 | .578 | .374 | .025 | .281 | .964 |
| | 136 | 132 | 48 | 44 | 91 | 21 |
| Ich bin bereit hier aktiv mitzuwirken, damit es meinem Kind bessergeht bzw. damit sich an der jetzigen Situation etwas ändert. | -.116 | .054 | .131 | **.337*** | .081 | .[d] |
| | .177 | .541 | .374 | .025 | .447 | |
| | 136 | 132 | 48 | 44 | 90 | 21 |
| Ich habe wenig Zuversicht, dass sich an den Beschwerden meines Kindes etwas verändert. | -.002 | .057 | -.089 | .014 | .085 | -.064 |
| | .983 | .519 | .548 | .928 | .426 | .781 |
| | 136 | 132 | 48 | 44 | 90 | 21 |
| **Motivation KuJ** | | | | | | |
| Ich wünsche mir, dass es mir besser geht, bzw. dass sich die jetzige Situation ändert. | -.249 | .050 | **-.315*** | .050 | -.190 | -.648 |
| | .088 | .737 | .045 | .748 | .234 | .059 |
| | 48 | 48 | 41 | 43 | 41 | 9 |
| Ich bin bereit hier aktiv mitzuwirken, damit es mir besser geht bzw. sich die jetzige Situation ändert. | -.090 | .244 | .122 | .008 | .060 | .260 |
| | .542 | .094 | .449 | .962 | .711 | .499 |
| | 48 | 48 | 41 | 43 | 41 | 9 |
| Ich habe wenig Zuversicht, dass sich an meiner Situation etwas verändert. | .051 | -.144 | -.305 | .073 | .221 | .469 |
| | .731 | .329 | .053 | .640 | .164 | .203 |
| | 48 | 48 | 41 | 43 | 41 | 9 |

### 3.1.5.7 Korrelationen zwischen den Leistungen der KJPPP in DreiFürEins und dem Behandlungserfolg

Für die inhaltliche Evaluation waren Zusammenhänge zwischen den Leistungen der KJPPP in DreiFürEins und dem eingeschätzten Behandlungserfolg in DreiFürEins von Interesse. Mittels Korrelationsanalysen wurde daher untersucht, welche Zusammenhänge zwischen den Leistungen der KJPPP in DreiFürEins und dem eingeschätzten Behandlungserfolg bestehen. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass im Folgenden a) keine Differenzierung zwischen unterschiedlichen Krankheitsbildern und Diagnosen erfolgt, obwohl diese den Behandlungserfolg entscheidend beeinflussen und b) Einzelleistungen betrachtet werden, während sich eine


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Behandlung der KJPPP u.a. durch eine abgestimmte Gesamtkomposition unterschiedlicher Einzelleistungen, die Patienten-Therapeuten-Beziehung, den Therapieansatz und Therapeuten-Variablen auszeichnet. Vernachlässigt man diese Einschränkungen, fallen bei der Analyse einige statistisch signifikante Korrelationen auf:

- zwischen der Anzahl der wahrgenommenen Termine und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Lehrkräfte (TRF L) *(r = .506, p = .027, N = 19),*
- zwischen der Anzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen/kinder- und jugendpsychotherapeutischen Einzeltermine und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern (CBCL E) *(r = .197, p = .032, N = 119)*,
- zwischen der Anzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen/kinder- und jugendpsychotherapeutischen Gruppentermine und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die KuJ (SDQ KuJ) *(r = -.454, p = .012, N = 30)* sowie dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Lehrkräfte (SDQ L) *(r = .273, p = .048, N = 53)*,
- zwischen der Anzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen/kinder- und jugendpsychotherapeutischen Telefonate mit dem Helfersystem und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern (CBCL E) *(r = -.201, p = .031, N = 115)* und
- zwischen der Anzahl der kunsttherapeutischen Einzeltermine und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die KuJ (YSR KuJ) *(r = -.400, p = .031, N = 38)* (siehe Tabelle 56).

*Interpretation:* 1. Bei der Interpretation der berichteten Korrelationen ist – wie eingangs berichtet – eine gewisse Vorsicht geboten. Dafür sprechen nicht zuletzt die unterschiedlichen Stärken und Richtungen der ermittelten Korrelationen (geringe und mittlere Stärke, positive und negative Korrelationen). Vernachlässigt man diese Einschränkungen, lässt sich festhalten: 2. Eine steigende Anzahl an wahrgenommenen Behandlungssitzungen insgesamt geht einher mit einer besseren Einschätzung des Behandlungserfolgs bei den Lehrkräften (TRF L). 3. Eine steigende Anzahl kinder- und jugendpsychiatrischer/kinder- und jugendpsychotherapeutischer Einzeltermine geht einher mit einer besseren Einschätzung des Behandlungserfolgs bei den Eltern (CBCL E). Ähnliches gilt für die Einschätzung der Lehrkräfte bei der Anzahl an Gruppenterminen: Eine steigende Anzahl kinder- und jugendpsychiatrischer/kinder- und jugendpsychotherapeutischer Gruppentermine geht ebenfalls einher mit einer besseren Einschätzung des Behandlungserfolgs bei den Lehrkräften (SDQ L). 4. Ein gegensätzliches Ergebnis deutet sich bei drei anderen Korrelationen ab: a) Eine steigende Anzahl kinder- und jugendpsychiatrischer/kinder- und jugendpsychotherapeutischer Gruppentermine geht mit einer schlechteren Einschätzung des Behandlungserfolgs bei den KuJ einher (SDQ KuJ). b) Eine steigende Anzahl kunsttherapeutischer Einzeltermine geht ebenfalls mit einer schlechteren Einschätzung des Behandlungserfolgs durch die KuJ (YSR KuJ) einher. Und schließlich c) Eine steigende Anzahl an Telefonaten mit Personen des Helfersystems geht einher mit einer schlechteren Einschätzung des Behandlungserfolgs (CBCL E). Die Interpretation der widersprüchlichen Befunde ist nicht einfach. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass eine größere Anzahl an Gruppenterminen und kunsttherapeutischer Einzelterminen nicht auf eine hohe Zufriedenheit bei den KuJ trifft. Für differenziertere und evidenzbasierter Antworten bedarf es jedoch weitergehender Forschung. Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen enthält Tabelle 56.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 56: Korrelationen zwischen durch die KJPPP erbrachten Leistungen und Behandlungserfolgen*

| **Korrelation zwischen dem Behandlungserfolg und den Leistungen der KJPPP in DreiFürEins [r, p, N]** | SDQ E | CBCL E | SDQ KuJ | YSR KuJ | SDQ L | TRF L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Insgesamt wahrgenommene Sitzungen | | | | | | |
| Anzahl der insgesamt wahrgenommenen Sitzungen (Summe aller unten genannten Termine) | -.076 | .126 | -.053 | -.061 | .094 | **.506*** |
| | .406 | .173 | .719 | .696 | .385 | **.027** |
| | 123 | 119 | 48 | 43 | 87 | **19** |
| Kinder- und jugendpsychiatrischen/kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlungen | | | | | | |
| Anzahl der wahrgenommenen Einzel-Termine (Kind/Jugendliche*r) | -.025 | **.197*** | .037 | .238 | -.045 | .034 |
| | .783 | .032 | .805 | .124 | .677 | 0,892 |
| | 123 | 119 | 48 | 43 | 87 | 19 |
| Anzahl der wahrgenommenen Gruppen-Termine (Kind/Jugendliche*r) | .082 | -.024 | **-.454*** | -.303 | **.273*** | .[b] |
| | .455 | .827 | .012 | .132 | .048 | |
| | 86 | 84 | 30 | 26 | 53 | 10 |
| Anzahl der wahrgenommenen Eltern- und/oder Familien-Termine (Eltern/Familie) | .036 | .161 | .045 | -.139 | .046 | .437 |
| | .693 | .081 | .761 | .375 | .673 | .061 |
| | 122 | 118 | 48 | 43 | 87 | 19 |
| Anzahl der Termine mit Personen des Helfersystems | -.103 | .044 | -.041 | .142 | -.018 | -.109 |
| | .259 | .633 | .782 | .365 | .870 | .657 |
| | 123 | 119 | 48 | 43 | 87 | 19 |
| Anzahl der Telefonate mit Personen des Helfersystems | -.107 | **-.201*** | .140 | -.217 | -.002 | .464 |
| | .249 | .031 | .355 | .173 | .983 | .053 |
| | 119 | 115 | 46 | 41 | 84 | 18 |
| Kunst- und musiktherapeutische Angebote | | | | | | |
| Anzahl wahrgenommene musiktherapeutische Einzeltermine | .082 | .078 | .093 | .052 | .[b] | .[b] |
| | .450 | .479 | .619 | .796 | | |
| | 87 | 85 | 31 | 27 | 55 | 11 |
| Anzahl wahrgenommene musiktherapeutische Gruppentermine | .[b] | .[b] | .[b] | .[b] | .[b] | .[b] |
| | 86 | 84 | 31 | 27 | 55 | 11 |
| Anzahl wahrgenommene kunsttherapeutische Einzeltermine | .019 | .051 | -.055 | **-.400*** | .023 | .466 |
| | .842 | .596 | .723 | .013 | .836 | .051 |
| | 114 | 109 | 44 | 38 | 81 | 18 |
| Anzahl wahrgenommene kunsttherapeutische Gruppentermine | -.065 | -.048 | -.073 | -.235 | .169 | .361 |
| | .502 | .626 | .647 | .161 | .143 | .170 |
| | 110 | 106 | 42 | 37 | 77 | 16 |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

### 3.1.5.8 Korrelationen zwischen den Leistungen der ReBBZ/Schulen in DreiFürEins und dem Behandlungserfolg

Das Innovationsfondsprojekt zielte auf eine engere Kooperation von KJPPP, Schule und Kinder- und Jugendhilfe ab. Im Rahmen der Evaluation wurde daher untersucht, welche Korrelationen sich zwischen den verschiedenen Leistungen der ReBB/Schulen in DreiFürEins und dem eingeschätzten Behandlungserfolg zeigen. Wie bereits weiter oben dargestellt, erbrachten die ReBBZ/Schulen folgende Leistungsbereiche in DreiFürEins 1. diagnostische Verfahren, 2. konkrete Förderansätze und 3. konkrete Maßnahmen. Im Folgenden soll betrachtet werden, welche Zusammenhänge sich zwischen einzelnen Verfahren, konkreten Förderansätzen und konkreten Maßnahmen auf der einen Seite und dem eingeschätzten auf der anderen Seite ergeben. Begonnen wird mit den diagnostischen Verfahren.

*a) diagnostische Maßnahmen:* Bei den diagnostischen Maßnahmen lassen sich unterschiedlichste Korrelationen zwischen den diagnostischen Maßnahmen und dem eingeschätzten Behandlungserfolg feststellen, ohne dass sich ein klares Muster abbildet. Es gibt statistisch signifikante Korrelationen:

- zwischen *dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Eltern* und a) Gesprächen mit Ärzt*innen und Therapeut*innen *(SDQ E: r = -.230, p = .010, N = 124)*, b) Gesprächen mit den einzelnen Schüler*innen *(SDQ E: r = -.245 p = .006, N = 124)*, c) Beobachtungen im ReBBZ *(SDQ E: r = -.187, p = .037, N = 124)*, d) einem Aktenstudium *(SDQ E: r = -.272, p = .002, N = 124)* und e) Beobachtungen in der Pause *(CBCL – E: r = .202, p = .030, N = 16)*,
- zwischen dem *eingeschätzten Behandlungserfolg durch die KuJ* und a) Gesprächen mit der Schul- oder Abteilungsleitung *(YSR KuJ: r = -.311, p = .048, N = 41)* und b) Beobachtungen im Unterricht *(SDQ KuJ: r = .321, p = .025, N = 49)* sowie
- zwischen dem *eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Lehrkräfte* und a) Beobachtungen außerhalb der Schule *(SDQ L: r = -.247, p = .013, N = 101)*, b) Gesprächen mit Ärzt*innen und Therapeut*innen *(TRF L: r = .433, p = .050, N = 21)*, c) Gesprächen mit Förderkoordinator*innen *(TRF L: r = -.522, p = .015, N = 21)*, d) Gesprächen mit Lehrkräften *(TRF L: r = -.492, p = .023, N = 21)* und e) Gesprächen mit Eltern oder Betreuer*innen *(TRF L: r = -.468, p = .032, N = 21)*.

*Interpretation:* 1. Die diagnostischen Maßnahmen der ReBBZ/Schulen stehen offensichtlich in einem Zusammenhang mit den Einschätzungen zum Behandlungserfolg. 2. Die einzelnen diagnostischen Maßnahmen weisen dabei sowohl positive als auch negative Zusammenhänge zum Behandlungserfolg auf. In der Mehrzahl der Korrelationen geht das Vorhandensein einer diagnostischen Maßnahme mit einer schlechteren Einschätzung des Behandlungserfolgs einher. 3. Eine bessere Einschätzung des Behandlungserfolges deutet sich bei a) Gesprächen mit Ärzt*innen und Therapeut*innen in der Lehrereinschätzung *(TRF L: r = -.433, p = .050, N = 21)*, b) Beobachtungen in der Pause in der Elterneinschätzung *(CBCL E: r = -.202, p = .030, N = 16)* und c) Beobachtungen im Unterricht in der Einschätzung der KuJ *(SDQ KuJ: r = -.321, p = .025, N = 49)* ab. 4. Eine inhaltliche Erklärung der beobachteten Zusammenhänge kann mit den vorliegenden Analysen nicht geleistet werden und bedarf weiterer Feinanalysen.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 57: Korrelationen zwischen den durch die ReBBZ erbrachter Diagnostik und Behandlungserfolgen*

| **Korrelation zwischen Behandlungserfolg und den Leistungen der ReBBZ/Schulen [r, p, N] a) diagnostische Verfahren** | SDQ E | CBCL E | SDQ KuJ | YSR KuJ | SDQ L | TRF L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gespräch mit Träger der Jugendhilfe | -.012 | .007 | -.097 | -.170 | -.022 | -.105 |
| | .891 | .937 | .509 | .288 | .825 | .649 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Gespräch mit Schulleitung/Abteilungsleitung | -.016 | .099 | -.097 | **-.311*** | -.001 | -.389 |
| | .859 | .289 | .506 | .048 | .992 | .081 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Gespräch mit Ärzt*innen/Therapeut*innen | **-.230*** | -.153 | .064 | .021 | -.062 | **.433*** |
| | .010 | .101 | .661 | .897 | .540 | .050 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Gespräch mit Förderkoordinator*innen | -.009 | -.056 | .221 | -.056 | -.067 | **-.522*** |
| | .918 | .553 | .127 | .728 | .509 | .015 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Gespräch mit Lehrkräften | .138 | -.043 | .047 | -.304 | -.144 | **-.492*** |
| | .127 | .649 | .747 | .054 | .150 | .023 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Gespräch mit ASD | -.132 | -.065 | .020 | .244 | -.033 | .315 |
| | .144 | .491 | .893 | .124 | .747 | .165 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Gespräch mit Schüler*in | **-.245*** | .043 | -.084 | .038 | -.023 | -.280 |
| | .006 | .645 | .565 | .813 | .821 | .219 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Gespräch mit Eltern oder Betreuer*in | -.039 | -.008 | .231 | .139 | .130 | **-.468*** |
| | .670 | .933 | .111 | .386 | .197 | .032 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Testdiagnostik | -.092 | .067 | .001 | .125 | -.042 | .052 |
| | .309 | .476 | .995 | .437 | .673 | .824 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Beobachtung außerhalb der Schule | -.093 | -.012 | .090 | .158 | **-.247*** | -.235 |
| | .306 | .895 | .539 | .323 | .013 | .305 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Beobachtung im Unterricht | -.010 | .107 | **.321*** | -.009 | .019 | -.012 |
| | .914 | .255 | .025 | .955 | .852 | .958 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Beobachtung in der Pause | -.056 | **.202*** | .209 | .141 | .063 | -.102 |
| | .535 | .030 | .149 | .379 | .530 | .659 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Beobachtung im ReBBZ | **-.187*** | .109 | -.264 | .037 | .089 | .148 |
| | .037 | .246 | .067 | .820 | .375 | .521 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |
| Aktenstudium | **-.272*** | -.036 | .047 | -.036 | -.106 | -.098 |
| | .002 | .704 | .750 | .822 | .290 | .673 |
| | 124 | 116 | 49 | 41 | 101 | 21 |

*b) Konkrete Förderansätze:* Bei drei konkreten Förderansätzen zeigt sich eine statistisch signifikante Korrelation zum eingeschätzten Behandlungserfolg, und zwar:

- zwischen der „Arbeit mit therapeutischen Elementen“ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Lehrkräfte (SDQ L) *(r = -.280, p = .005, N = 99)*,
- zwischen der Förderung der „Bewältigung von Alltagsproblemen“ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die KuJ (YSR KuJ) *(r = .356, p = .026, N = 39)* und
- zwischen der Förderung von „Lern- und Arbeitstechniken“ und dem eingeschätzten Behandlungserfolg durch die Lehrkräfte (TRF L) *(r = -.482, p= .027, N = 21)*.

*Interpretation:* 1. Eine Förderung der „Bewältigung von Alltagsproblemen“ geht mit einer besseren Einschätzung des Behandlungserfolgs bei den KuJ einher (YSR). 2. Im Gegensatz dazu zeichnet sich bei einer „Arbeit mit therapeutischen Elementen“ und einer Förderung von „Lern- und Arbeitstechniken“ eine schlechtere Einschätzung des Behandlungserfolgs bei Lehrkräften ab (SDQ L bzw. TRF). Erklärungsansätze für diese Befunde liegen nicht vor.

*Tabelle 58: Korrelationen zwischen den durch die ReBBZ erbrachter Förderung und Behandlungserfolgen*

| **Korrelation zwischen Behandlungserfolg und den Leistungen der ReBBZ/Schulen [r, p, N] b) Konkrete Förderansätze** | SDQ E | CBCL E | SDQ KuJ | YSR KuJ | SDQ L | TRF L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Arbeit mit therapeutischen Elementen | -.124 | -.178 | -.219 | -.235 | **-.280*** | -.002 |
| | .172 | .059 | .134 | .151 | .005 | .993 |
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | 21 |
| Bewältigung von Alltagsproblemen | -.015 | .047 | .124 | **.356*** | .121 | -.429 |
| | .874 | .618 | .401 | .026 | .233 | .052 |
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | 21 |
| Lern- und Arbeitstechniken | -.029 | .006 | .139 | .214 | -.072 | **-.482*** |
| | .747 | .947 | .345 | .190 | .478 | .027 |
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | 21 |
| Sport, auch mit psychomotorischen Elementen | -.068 | .027 | -.196 | -.129 | -.066 | .040 |
| | .454 | .777 | .182 | .432 | .516 | .863 |
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | 21 |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Trainings (Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Entspannung u.a.) | -.010 | .057 | -.095 | -.132 | .040 | -.188 |
| | .915 | .551 | .519 | .422 | .697 | .414 |
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | 21 |

*c) Konkrete Maßnahmen:* Es lassen sich lediglich zwei statistisch signifikante Korrelationen zwischen einer konkreten Maßnahme und den eingeschätzten Behandlungserfolgen nachweisen. So besteht zwischen der stundenweisen Einzelförderung auf der einen Seite und den eingeschätzten Behandlungserfolgen durch die Eltern (SDQ E) und Lehrkräfte (TRF L) eine statistisch signifikante Korrelation *(SDQ E: r = -.209, p= .021, N = 122; TRF L: r = .433, p= .005, N = 21)*.

*Interpretation:* Bei den KuJ, bei denen eine stundenweise Einzelförderung erfolgt ist, geben die Lehrkräfte (TRF L) eine bessere Einschätzung und die Eltern (SDQ E) eine schlechtere Einschätzung des Behandlungserfolgs ab. Bei allen anderen Maßnahmen lässt sich keine signifikante Korrelation nachweisen.

*Tabelle 59: Korrelationen zwischen den durch die ReBBZ/Schulen ergriffenen Maßnahmen und Behandlungserfolgen*

| **Korrelation zwischen Behandlungserfolg und den Leistungen der ReBBZ/Schulen [r, p, N] c) Konkrete Maßnahmen** | SDQ E | CBCL E | SDQ KuJ | YSR KuJ | SDQ L | TRF L |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Differenzierung im Klassenverband | .016 | -.008 | -.098 | .154 | -.079 | -.072 |
| | .865 | .937 | .510 | .349 | .438 | .758 |
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | 21 |
| Einzelbetreuung in akuten Krisen | -.052 | .090 | -.250 | .196 | -.006 | -.070 |
| | .566 | .345 | .087 | .233 | .952 | .764 |
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | 21 |
| ergänzende Kleingruppen | .030 | -.000 | .039 | .205 | -.035 | .139 |
| | .743 | .998 | .793 | .211 | .732 | .547 |
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | 21 |
| Praktika | .[c] | .007 | .[c] | .[c] | -.000 | .[c] |
| | | 0,945 | | | .996 | |
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | 21 |
| Stundenweise Einzelförderung | **-.209*** | -.138 | .051 | -.142 | -.140 | **.433*** |
| | .021 | .145 | .733 | .387 | .167 | **.050** |
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | **21** |
| Temporäre Lerngruppe im ReBBZ | -.160 | -.024 | -.105 | -.194 | -.015 | .[c] |
| | .078 | .798 | .476 | .237 | .879 | |
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | 21 |
| Temporäre Lerngruppe in der Schule | -.088 | -.009 | .[c] | .[c] | -.022 | .[c] |
| | .334 | .923 | | | .833 | |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 122 | 113 | 48 | 39 | 99 | 21 |

### 3.1.5.9 Korrelationen zwischen den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in DreiFürEins und dem Behandlungserfolg

Ein wichtiger Kooperationspartner im Innovationsfondsprojekt DreiFürEins war die Kinder- und Jugendhilfe. Vor diesem Hintergrund war für die inhaltliche Evaluation von Interesse, welche Korrelationen zwischen den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und dem eingeschätzten Behandlungserfolg bestehen. Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe wurden für die nachfolgende Auswertung vereinfacht operationalisiert in a) Beteiligung (ja/nein) und b) Intensität der Beteiligung. Die Auswertung zeigt: Anhand der vorliegenden Daten lässt sich keine statistische signifikante Korrelation zwischen a) der Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe und b) der Intensität der Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe auf der einen Seite und dem eingeschätzten Behandlungserfolg auf der anderen Seite nachweisen (siehe Tabelle 60). Eine Interpretation erfordert ohne Zweifel mehr Detailinformationen. Eine Erklärung könnte sein, dass die Kernkompetenz der Kinder- und Jugendhilfe (trotz des § 35a SGB VIII) bislang nicht in der Bearbeitung psychischer Probleme, Belastungen und Störungen sowie chronischer Verhaltensstörungen bestehen, die in den Erhebungsinstrumenten erfasst werden (SDQ, CBCL, YSR und TRF). Eine andere Erklärung könnte aber auch lauten, dass die ohne Zweifel vorhandene Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe in DreiFürEins im Vergleich zur KJPPP und Schule noch nicht den durchgreifenden Einfluss auf die Verbesserung des Behandlungserfolgs hatte. Zu prüfen wäre in diesem Falle eine noch engere Kooperation der Systeme (z.B. Vor-Ort-Präsenz, gemeinsame Sitzungen, gemeinsame Klärungen der Angebote pro Fall) sowie eine Ausweitung der Kooperation (z.B. Einbindung der freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe).

*Tabelle 60: Korrelationen zwischen der Beteiligung der Jugendhilfe und Behandlungserfolgen*

| **Korrelation zwischen dem Behandlungserfolg und der Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe [r, p, N]** | SDQ E | CBCL | SDQ KuJ | YSR | SDQ L | TRF |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Jugendhilfe beteiligt (ja – nein) | .078 | -.035 | -.078 | .091 | -.056 | .013 |
| | .408 | .724 | .608 | .571 | .585 | .956 |
| | 114 | 104 | 46 | 41 | 98 | 20 |
| Beteiligung Jugendhilfe (nach Intensität) | .062 | -.065 | -.201 | .112 | -.122 | -.127 |
| | .511 | .510 | .180 | .484 | .231 | .594 |
| | 114 | 104 | 46 | 41 | 98 | 20 |

## 3.2 Ergebnisse der inhaltlichen Effektevaluation in Bezug auf die beteiligten FKR

Aus der inhaltlichen Effektevaluation liegen zwei unterschiedliche Datensätze für die Auswertung vor: Der erste Datensatz umfasst diejenigen Fachkräfte, die von Beginn an am Projekt DreiFürEins beteiligt waren und sich an beiden Messzeitpunkten an der Befragung beteiligt haben (Wiederholungsbefragte). Er enthält dementsprechend nur eine begrenzte Anzahl an Befragten, ermöglicht aber „echte“ Längsschnittaussagen sowie Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Der zweite Datensatz umfasst alle Befragten, die sich am ersten oder zweiten Messzeitpunkt an der Befragung beteiligt haben. Er schließt damit Fachkräfte ein, die an DreiFürEins direkt beteiligt oder nicht direkt beteiligt waren und Fachkräfte, die


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

von Beginn an in DreiFürEins involviert waren oder erst später hinzugekommen sind. Der zweite Datensatz enthält damit eine größere Anzahl an Befragten. Die Ergebnisse des ersten und zweiten Messzeitpunktes werden verglichen, wobei berücksichtigt werden muss, dass zum Teil unterschiedliche Befragten teilgenommen haben. Die Stichproben, Ergebnisse und Interventionseffekte für beide Datensätze werden nacheinander dargestellt. Begonnen wird mit der Auswertung der Wiederholungsbefragten.

### 3.2.1 Auswertungen zu Wiederholungsbefragten

Die nachfolgende Darstellung zur Wiederholungsbefragung umfasst 1. eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe und Ausgangslage hinsichtlich berufsbezogener und soziodemographischer Daten und der Zielvariablen (Kapitel 3.2.1.1) sowie 2. die Ergebnisprüfung auf Interventionseffekte (Kapitel 3.2.1.2).

#### 3.2.1.1 Beschreibung der Stichprobe und Ausgangslage

Im Folgenden werden die Fachkräfte, die an beiden Befragungswellen teilgenommen haben, hinsichtlich a) berufsbezogener und soziodemographischer Daten sowie b) der Beurteilung der Kooperation sowie des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserlebens zum ersten Messzeitpunkt beschrieben. Die Angaben bilden die Grundlage für weitere Analysen zum ersten und zweiten Messzeitpunkt.

##### 3.2.1.1.1 Berufsbezogene und soziodemographische Daten

Von insgesamt 59 Fachkräften liegen Daten für beide Messzeitpunkte vor. Die Daten erlauben Rückschlüsse a) zur Zugehörigkeit zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe, b) zur „Stammeinrichtung“ der Fachkräfte, c) zur ReBBZ-Abteilung sowie d) zur Beteiligung in DreiFürEins. Zu a) Von den Fachkräften gehörten demnach 39,0 % *(n = 23)* der Interventionsgruppe und 61,0 % (n = 36) der Kontrollgruppe an. Zu b) In der Interventionsgruppe waren ca. 83 % (n = 19) der Fachkräfte in den ReBBZ und ca. 17 % *(n = 4)* über die Kliniken angestellt. In der Kontrollgruppe waren hingegen alle Fachkräfte über die ReBBZ angestellt, da in den Kontrollgruppen-ReBBZ keine Kliniker von DreiFürEins tätig waren. zu c) Von allen in den ReBBZ beschäftigten Fachkräften arbeiten knapp zwei Drittel *(59.3 %; n = 32)* in den Beratungsabteilungen der ReBBZ und knapp ein Drittel *(31.5 %; n = 17)* in den Bildungsabteilungen der ReBBZ. Nur wenige Fachkräfte waren in beiden Abteilungen beschäftigt *(9,3 % = n = 5)*. zu d) Von 52 Wiederholungsbefragten liegen weitere Angaben zu Ihrer Beteiligung an DreiFürEins vor. Ein Viertel *(25.0 %, n = 13)* gibt an, direkt in DreiFürEins beteiligt gewesen zu sein. Immerhin knapp die Hälfte äußert, zumindest indirekt involviert gewesen zu sein *(46.2 %, n= 24)*. Ein gutes Viertel der Fachkräfte war unbeteiligt. (siehe Tabelle 61).

*Prüfung auf Unterschiede zwischen IG und KG (nicht in der Tabelle abgebildet):* Eine Signifikanzprüfung macht darüber hinaus deutlich, dass signifikante Unterschiede zwischen IG und KG bestehen. Dies gilt für die einstellende Einrichtung, da die Kliniker*innen ausschließlich in den IG eingesetzt worden sind und eine höhere Beteiligung der involvierten Beratungsabteilungen der IG-ReBBZ zu erkennen ist. In Bezug auf die ReBBZ-Abteilung und die Beteiligung an DreiFürEins gibt es hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 61: Verteilung der FKR (Wiederholungsbefragte) auf Einrichtung und Abteilung*

| | *IG* | | *KG* | | *IG +KG* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ReBBZ IG und KG [n, %]** | 23 | 39.0 % | 36 | 61.0 % | 59 | 100% |
| **Einrichtung [n, %]** | | | | | | |
| ReBBZ | 19 | 82.6 % | 36 | 100 % | 55 | 93.2 % |
| Klinik | 4 | 17.4 % | - | - | 4 | 6.8 % |
| **Gesamt [N]** | 23 | | 36 | | 59 | |
| **Abteilung [n, %]** | | | | | | |
| Bildungsabteilung | 3 | 16.7 % | 14 | 38.9 % | 17 | 31.5 % |
| Beratungsabteilung | 13 | 72.2 % | 19 | 52.8 % | 32 | 59.3 % |
| beiden Abteilungen | 2 | 11.1 % | 3 | 8.3 % | 5 | 9.3 % |
| **Gesamt [N]** | 18 | | 36 | | 54 | |
| **Beteiligung an DreiFürEins [n, %]** | | | | | | |
| Keine Beteiligung an DreiFürEins | 5 | 27.8 % | 10 | 29.4 % | 15 | 28.8 % |
| Indirekt als Mitarbeiter*in/Lehrkraft an DreiFürEins beteiligt | 8 | 44.4 % | 16 | 47.1 % | 24 | 46.2 % |
| Direkte Beteiligung an DreiFürEins als Koordinator*in/Co-Fallzuständiger | 5 | 27.8 % | 8 | 23.5 % | 13 | 25.0 % |
| **Gesamt [N]** | 18 | | 34 | | 52 | |

Darüber hinaus liegen von den Wiederholungsbefragten Angaben zum Geschlecht, zum Alter und zur Berufsgruppe der Befragten vor: Immerhin etwa drei Viertel der Wiederholungsbefragten ordnen sich dem weiblichen Geschlecht *(75.9 %; n = 44)*. Hinsichtlich des Alters liegen Aussagen zu verschiedenen Altersgruppen vor. Die größten Altersgruppen demnach sind 45-49 Jahre *(21.1 %; n = 12)* und 60 Jahre und älter *(26.3 %; n = 15)*. Hinsichtlich der Berufsgruppe gehören die Sonderpädagog*innen *(44.9 %; n = 26)* zur größten Gruppe, gefolgt von Psycholog*innen *(29.3 %; n = 17)* und Sozialpädagog*innen/Sozialarbeiter*innen *(12.1 %; n= 7)*. (siehe Tabelle 62) Prüfung auf Unterschiede zwischen IG und KG (nicht in der Tabelle abgebildet): Eine Signifikanzprüfung verdeutlicht ferner, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG hinsichtlich des Geschlechts, des Alters und der Berufsgruppe der Befragten bestehen. Beide Gruppen unterscheiden sich also zum ersten Messzeitpunkt diesbezüglich nicht und sind vergleichbar.

*Tabelle 62: Geschlecht, Alter und Berufe der wiederholungsbefragten FKR*

| | *IG* | | *KG* | | *IG +KG* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Geschlecht** | | | | | | |
| weiblich | 17 | 77.3 % | 27 | 75.0 % | 44 | 75.9 % |
| männlich | 5 | 22.7 % | 9 | 25.0 % | 14 | 24.1 % |
| **Gesamt [N]** | 22 | | 36 | | 58 | |
| **Alter** | | | | | | |
| unter 30 | 1 | 4.5 % | 1 | 2.9 % | 2 | 3.5 % |
| 30-34 Jahre | 1 | 4.5 % | 5 | 14.3 % | 6 | 10.5 % |
| 35-39 Jahre | 2 | 9.1 % | 3 | 8.6 % | 5 | 8.8 % |
| 40-44 Jahre | 2 | 9.1 % | 4 | 11.4 % | 6 | 10.5 % |
| 45-49 Jahre | 4 | 18.2 % | 8 | 22.9 % | 12 | 21.1 % |
| 50-54 Jahre | 3 | 13.6 % | 1 | 2.9 % | 4 | 7.0 % |
| 55-59 Jahre | 2 | 9.1 % | 5 | 14.3 % | 7 | 12.3 % |
| 60 Jahre und älter | 7 | 31.8 | 8 | 22.9 % | 15 | 26.3 % |
| **Gesamt [N]** | 22 | | 35 | | 57 | |
| **Ausgeübter Beruf [n, %]** | | | | | | |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sonderpädagog*in | 11 | 47.8 % | 15 | 42.9 % | 26 | 44.8 % |
| Psycholog*in | 6 | 26.1 % | 11 | 31.4 % | 17 | 29.3 % |
| Sozialpädagog*in/Sozialarbeiter*in | 1 | 4.3 % | 6 | 17.1 % | 7 | 12.1 % |
| Allgemeinpädagog*in | 2 | 8.7 % | - | - | 2 | 3.4 % |
| (Fach-)Ärzt*in | 3 | 13.0 % | - | - | 3 | 5.2 % |
| Fachkraft Erziehung/Pflege | - | - | 1 | 2.9 % | 1 | 1.7 % |
| Approbierte*r (Fach)Therapeut*in | - | - | 2 | 5.7 % | 2 | 3.4 % |
| Lehrkraft | - | - | - | - | - | - |
| **Gesamt [N]** | 23 | | 35 | | 58 | |

#### 3.2.1.1.2 Beurteilung der Kooperation und des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserlebens

Im Folgenden werden die Einschätzungen der 59 Wiederholungsbefragten zur Kooperation sowie zum Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben zum ersten Messzeitpunkt dargestellt. Eingegangen wird – in Übereinstimmung zu den Fragestellungen und Hypothesen der Evaluation – auf 1. die Kooperationspraxis (Hypothese FKR-6), 2. den Kooperationsumfang (Hypothese FKR-7), 3. das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben (Hypothese FKR-8) sowie ergänzend 4. den Informationsstand.

##### 3.2.1.1.2.1 Beurteilung der Kooperationspraxis (Hypothese 6) (Kooperationsbereitschaft, -verhalten und -zufriedenheit)

Die Alternativhypothese FKR-6 zielte auf eine Verbesserung der Kooperationspraxis ab: „FKR-6: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins verbessern sich die subjektive Kooperationsbereitschaft, das Kooperationsverhalten und die Kooperationszufriedenheit bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ“. Für die Evaluation war daher von Interesse, wie die Kooperationspraxis (Kooperationsbereitschaft, Kooperationsverhaltens und Kooperationszufriedenheit) von den Fachkräften zum ersten Messzeitpunkt bewertet wird. Um die Ausgangslage der Kooperationspraxis zum ersten Messzeitpunkt zu ermitteln, wurden die Fachkräfte anhand vorliegender Instrumente aus anderen Untersuchungen und der Fachliteratur detaillierter zur Kooperationspraxis befragt. Zur Kooperationsbereitschaft und zum Kooperationsverhalten wurde dabei auf Skalen von Sicotte u. a. (2002) und Fussangel (2008) und zur Kooperationszufriedenheit auf Skalen von Fussangel (2008) zurückgegriffen. Die Abfragen bei den Fachkräften zur Kooperationsbereitschaft und zum Kooperationsverhalten erfolgten über 51 Items und im Regelfall über eine 5-stufige endpunktbenannte Antwortskala (1= trifft gar nicht zu – 5 = trifft völlig zu). Die Einzelitems wurden anschließend anhand der Fachliteratur, Faktorenanalysen und Reliabilitätsanalysen zu 10 Skalen zusammengefasst. Die Berechnung der Skalenwerte erfolgte über die Berechnung eines Mittelwerts aus allen verfügbaren Werten der Einzelitems der jeweiligen Skala. Zusätzlich zu den 51 Items und 10 Skalen wurde eine Skala „Formalisierung und strukturelle Absicherung der multiprofessionellen Kooperation“ über einen Summenscore aus sieben Einzelitems gebildet (0 = trifft nicht zu/kann ich nicht einschätzen vs. 1 = trifft zu). Bei den Skalen zur Kooperationszufriedenheit sollten die Fachkräfte zum ersten Messzeitpunkt für insgesamt 15 Einzelitems angeben, wie stark ihrer Meinung die Aussagen auf den Nutzen der multiprofessionellen Kooperation im letzten Schuljahr zutrafen (Quelle: Fussangel 2008). Die Zustimmung zu den Einzelitems erfolgte über eine 5-


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

stufige Antwortskala (1 = trifft gar nicht zu – 5 = trifft völlig zu). Die Angaben wurden dann zu vier Skalen gebündelt. Abschließend erfolgte die Berechnung eines Mittelwerts über die vorliegenden Itemwerte der einzelnen Skalen. Die nachfolgende Tabelle 63 gibt einen Überblick über die Werte zur Kooperationspraxis.

*Tabelle 63: Beurteilung der Kooperationspraxis zum 1. Messzeitpunkt (Wiederholungsbefragte)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N (IG +KG)*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Kooperationsbereitschaft*** | | | | | | |
| Überzeugung von den Vorteilen der multiprofessionellen Kooperation | 4.21 | (0.74) | 4.28 | (0.73) | 4.25 | (0.73) |
| ***Kooperationsverhalten*** | | | | | | |
| Soziale Integration in multiprofessionellen Teams | 3.70 | (0.63) | 3.66 | (0.61) | 3.67 | (0.61) |
| Konfliktbehaftetheit der multiprofessionellen Kooperation | 2.18 | (0.73) | 2.02 | (0.65) | 2.08 | (0.68) |
| Zustimmung zur disziplinären Logik | 2.73 | (0.93) | 2.35 | (0.90) | 2.50 | (0.93) |
| Zustimmung zur interdisziplinären Logik | 3.90 | (0.78) | 3.85 | (0.73) | 3.87 | (0.74) |
| Multiprofessionelle Koordinierung | 3.11 | (0.45) | 3.19 | (0.50) | 3.16 | (0.48) |
| Multiprofessionelle Aktivitäten | 3.63 | (0.58) | 3.64 | (0.59) | 3.64 | (0.58) |
| Zeitstrukturen für multi-professionelle Kooperation | 2.95 | (0.88) | 3.14 | (0.90) | 3.07 | (0.89) |
| Gemeinsames Ziel | 3.29 | (0.52) | 3.39 | (0.69) | 3.35 | (0.63) |
| Zwang zur multi-professionellen Kooperation | 2.26 | (0.66) | 2.31 | (0.84) | 2.29 | (0.78) |
| Formalisierung und strukturelle Absicherung der multi-professionellen Kooperation | 1.50 | (1.30) | 2.06 | (1.69) | 1.84 | (1.56) |
| ***Kooperationszufriedenheit*** | | | | | | |
| Emotionale Entlastung | 3.79 | (1.17) | 4.26 | (0.83) | 4.08 | (0.99) |
| Fachlicher Nutzen | 4.24 | (0.78) | 4.42 | (0.79) | 4.35 | (0.79) |
| Verbesserter Schülerfokus | 4.07 | (0.78) | 4.13 | (0.67) | 4.11 | (0.71) |
| Arbeitsentlastung | 3.35 | (0.77) | 3.20 | (0.97) | 3.26 | (0.89) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 21 | 23 | 33 | 36 | 55 | 59 |

Die Auswertung der Befragungsergebnisse zur Kooperationspraxis zeigt hinsichtlich der Kooperationsbereitschaft bereits zum ersten Messzeitpunkt eine recht starke Überzeugung der Fachkräfte von den Vorteilen der multiprofessionellen Kooperation *(M = 4.3; SD = 0.73)*. Auch das Kooperationsverhalten zeichnet sich bereits zum ersten Messzeitpunkt durch recht positive Bewertungen aus. So gab es bei den Fachkräften eine starke Zustimmung hinsichtlich a) der Zustimmung zu einer interdisziplinären Logik *(M = 3.8; SD = 0.74)*, b) der sozialen Integration im multiprofessionellen Team (M = 3.7; SD = 0.61) sowie c) der multiprofessionellen Aktivitäten *(M = 3.6; SD = 0.58)*. Die geringste Zustimmung gab es bei den „kritischen" Skalen a) Konfliktbehaftung der multiprofessionellen Kooperation *(M = 2.1; SD = 0.68)*, b) Zwang zur


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

multiprofessionellen Kooperation *(M = 2.3; SD = 0.78)* und c) der Zustimmung zu einer disziplinären Logik *(M = 2.5; SD = 0.93)*. Bemerkenswert erscheinen die geringe Formalisierung und strukturelle Absicherung der multiprofessionellen Kooperation *(M = 1.8; SD = 1.56)*. Hinsichtlich der Kooperationszufriedenheit nahmen die Fachkräfte bereits zum ersten Messzeitpunkt a) eine emotionale Entlastung *(M = 4.1; SD = 0.99)*, b) einen verbesserten Schüler*innenfokus *(M = 4.1; SD = 0.71)* sowie c) einen fachlichen Nutzen *(M = 4.4; SD = 0.79)*, durch die multiprofessionelle Kooperation wahr. Im Vergleich dazu wurde deutlich seltener eine Arbeitsentlastung gesehen (M = 3.3; SD = 0.89). Prüfung auf Unterschiede zwischen IG und KG (nicht in der Tabelle abgebildet): Obwohl vereinzelt größere Unterschiede zwischen IG und KG zum ersten Messzeitpunkt erkennbar sind, sind diese statistisch nicht signifikant (z.B. Skalen: Disziplinäre Logik sowie Formalisierung und strukturelle Absicherung der multiprofessionellen Kooperation). Vereinfacht formuliert: IG und KG sind damit hinsichtlich der Kooperationspraxis vergleichbar.

#### 3.2.1.1.2.2 Beurteilung des Kooperationsumfangs (Hypothese 7) (Kooperationsintensität und gemeinsame Fallbearbeitungszeit)

Die Alternativhypothese FKR-7 bei den Fachkräften lautete: „FKR-7: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins erhöht sich die gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit und Kooperationsintensität bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ“. Für die Evaluation war daher von Interesse, wie der Kooperationsumfang (Kooperationsintensität und gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit) von den Fachkräften zum ersten Messzeitpunkt bewertet wird. Um die Ausgangslage der Kooperationsintensität zum ersten Messzeitpunkt detaillierter zu ermitteln, wurde die Häufigkeit von Kontaktanlässen bei den Fachkräften erhoben. Die Fachkräfte sollten für sieben Kontaktanlässe einer übergeordneten Kooperation (z.B. Konferenzen, Projekte, Fort- und Weiterbildungen, Supervisionen) und für neun Kontaktanlässe einer fallbezogenen Kooperation (z.B. Fallbesprechungen, Erarbeitung von Förder- und Hilfeplänen, Elterngespräche) angeben, wie häufig sie im letzten Schuljahr mit verschiedenen Berufsgruppen zusammengearbeitet haben (1 = gar nicht, 2 = halbjährig oder seltener, 3 = vierteljährig, 4 = monatlich, 5 = wöchentlich oder öfter). Anschließend wurden die sieben bzw. neun Einzelbewertungen zur Vereinfachung gemittelt, auch wenn die Angaben kein metrisches Messniveau aufweisen. Zur Erhebung der gemeinsamen, sektorenübergreifenden Fallbearbeitungszeit zum ersten Messzeitpunkt sollten die Fachkräfte schätzen, wieviel Zeit wie pro Woche durchschnittlich mit der gemeinsamen Fallbearbeitung verbracht haben (in Minuten). Selbst wenn diese Angaben nur sehr grobe Schätzwerte sind, ermöglichen sie doch einen Anhaltspunkt für die sektorenübergreifende Fallbearbeitungszeit. Die Auswertung zeigt: 1. Die fallbezogene Kooperation (Tendenz: monatlich) findet häufiger statt als die übergreifende Kooperation (Tendenz: vierteljährlich). Dies könnte dafürsprechen, dass eine sektorenübergreifende Kooperation häufiger stattfindet, wenn konkrete Fallbezüge bzw. fallbezogene Anlässe bestehen. 2. Gleichzeitig scheint die multiprofessionelle Kooperation – auch in Einzelfällen – kein alltäglicher Handlungsvollzug zu sein, sondern findet in größeren Abständen statt (monatliche oder vierteljährliche Treffen). 3. Die durchschnittliche, gemeinsame Zeit für die Fallbearbeitung geben die Fachkräfte mit gut zwei Stunden pro Woche an, wobei die Werte zwischen den Befragten sehr stark schwanken *(M = 129,6 min, SD = 139,17)*. Prüfung auf Unterschiede zwischen IG und KG (nicht in der Tabelle abgebildet): Zwischen IG und KG bestehen keine signifikanten Unterschiede im Umfang der multiprofessionellen Kooperation,


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

d.h. der Umfang der übergeordneten und fallbezogenen Kooperation sowie die gemeinsame Fallbearbeitungszeit unterscheiden sich nicht. IG und KG weisen zum ersten Messzeitpunkt einen vergleichbaren Umfang der Kooperation auf, wenngleich sich – legt man die gemessenen Werte zugrunde – bei den Fachkräften der KG eine etwas größere Kooperationsintensität andeutet.

*Tabelle 64: Beurteilung der Kooperationsumfangs zum 1. Messzeitpunkt (Wiederholungsbefragte)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N (IG +KG)*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Kooperationsintensität*** | | | | | | |
| Mittlerer Umfang übergeordnete Kooperation | 2.94 | (0.87) | 3.20 | (0.72) | 3.10 | (0.78) |
| Mittlerer Umfang fallbezogene Kooperation | 3.57 | (0.91) | 3.95 | (0.62) | 3.80 | (0.76) |
| ***Gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit*** | | | | | | |
| Gemeinsame Zeit in der Fallbearbeitung pro Woche (in min.) | 135.26 | (137.58) | 126.13 | (142.28) | 129.60 | (139.17) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 19 | 23 | 31 | 36 | 50 | 59 |

#### 3.2.1.1.2.3 Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben (Hypothese 8)

Die Alternativhypothese FKR-8 bei den Fachkräften lautete: „FKR-8: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins verbessert sich die Selbstwirksamkeit und reduziert sich das Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ“. Für die Evaluation war daher bedeutsam, wie sich das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben zum ersten Messzeitpunkt darstellt. Um die Ausgangslage zum ersten Messzeitpunkt zu ermitteln, wurden das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben sowie das Burnout-Risiko über vorhandene Items und Skalen aus der Fachliteratur übernommen bzw. adaptiert (u.a. Berufliche Selbstwirksamkeit: Abele u. a. 2006, Kollektive Selbstwirksamkeit: Schwarzer & Jerusalem 1999, Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko: Original: Schaufeli, Leiter, Maslach und Jackson 1996 und deutsche Übersetzung: Cillien, Fischbach, Mörsdorf, Scherp und Schaufeli 2006). Aufgrund der bereits bewährten Instrumente und Skalen wurde a) die berufliche Selbstwirksamkeit über die Zustimmung zu sechs Einzelitems mittels einer 5-stufigen, endpunktbenannte Antwortskala (1 = trifft gar nicht zu – 5 = trifft völlig zu), b) die kollektive Selbstwirksamkeit über die Zustimmung zu zwölf Einzelitems mittels einer 4-stufigen Antwortskala (1 = stimmt nicht, 2 = stimmt kaum, 3 = stimmt eher, 4 = stimmt genau) und c) das Beanspruchungserleben und Burnout-Risikos über 16 Items mittels einer 7-stufigen Antwortskala zu spezifischen Belastungssituationen (1 = nie, 2 = ein paar Mal pro Jahr oder weniger, 3 = einmal pro Monat oder weniger, 4 = ein paar Mal pro Monat, 5 = einmal pro Woche, 6 = ein paar Mal pro Woche, 7 = jeden Tag) erhoben. Die Antworten zum Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko wurden zu drei Skalen gebündelt. Die Auswertung zeigt: 1. Die Fachkräfte geben zum ersten Messzeitpunkt eine hohe berufliche Selbstwirksamkeit *(M = 4.2; SD = 0.54)* und etwas geringere kollektive Selbstwirksamkeit *(M = 3.0; SD = 0.44)* an. 2. Bei der Belastung zeichnen sich beim ersten Messzeitpunkt eine hohe berufliche Effektivität (M = 6.1;


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

SD = 0.73), eine mittlere Erschöpfung *(M = 4.0; SD = 1.36)* und ein geringer Grad an Zynismus *(M = 2.3; SD = 1.11)* an. Prüfung auf Unterschiede zwischen IG und KG (nicht in der Tabelle abgebildet): Die Signifikanzprüfung verweist auf weitgehend vergleichbare Werte von IG und KG zum ersten Messzeitpunkt. So lassen sich bei a) der kollektiven Selbstwirksamkeit, b) der emotionalen Erschöpfung, c) der beruflichen Effektivität und d) dem Zynismus keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG zum ersten Messzeitpunkt sichern. Lediglich bei der beruflichen Selbstwirksamkeit bestehen signifikante Unterschiede zwischen IG (M = 4.3; SD = 0.44) und KG *(M = 4.0; SD = 0.58)*.

*Tabelle 65: Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben zum 1. Messzeitpunkt (wiederholungsbefragte)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N (IG +KG)*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Selbstwirksamkeitserleben*** | | | | | | |
| Berufliche Selbstwirksamkeit | 4.32 | (0.44) | 4.04 | (0.58) | 4.15 | (0.54) |
| Kollektive Selbstwirksamkeit | 3.04 | (0.36) | 3.04 | (0.49) | 3.04 | (0.44) |
| ***Beanspruchungserleben*** | | | | | | |
| Emotionale Erschöpfung | 4.02 | (1.02) | 3.90 | (1.54) | 3.95 | (1.36) |
| Berufliche Effektivität | 6.09 | (0.57) | 6.04 | (0.83) | 6.06 | (0.73) |
| Zynismus | 2.28 | (0.77) | 2.38 | (1.30) | 2.34 | (1.11) |
| **Gesamt [N]** | 23 | | 36 | | 59 | |

#### 3.2.1.1.2.4 4. Beurteilung des Informationsstandes zu den Kooperationspartnern

Um zusätzlich zu ermitteln, wie sich der Informationsstand der Fachkräfte über die Kooperationspartner zum ersten Messzeitpunkt darstellt, wurden Fachkräfte – anhand von selbstkonstruierten Items – detaillierter über ihren Informationsstand a) zu den in DreiFürEins kooperierenden Institutionen (ReBBZ, KJPPP, Jugendhilfe), b) zu bestehenden Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation sowie c) zum Projekt DreiFürEins befragt. Die Befragten sollten den eigenen Informationsstand auf einer Skala von 1 – 5 bewerten (1 = sehr schlecht, 2 = eher schlecht, 3 = mittelmäßig, 4 = eher gut, 5 = sehr gut). Die Ergebnisse zum ersten Messzeitpunkt zeigen Folgendes: Zu a) Der Informationsstand der Fachkräfte über die in DreiFürEins kooperierenden Institutionen wurde detaillierter über mehrere Items erhoben (z. B. Informationsstand zum Leitbild, Auftrag, zu den Kernaufgaben, Angeboten der Institution/einzelner Abteilungen der Institution). Um den Informationsstand über die in DreiFürEins kooperierenden Institutionen zu bündeln, wurde über die verschiedenen Items der einzelnen Institutionen hinweg jeweils ein Mittelwert berechnet (Informationsstand ReBBZ, KJPPP, Jugendhilfe). Die Befragungsergebnisse zeigen: Der Informationsstand über die ReBBZ wird von den befragten Fachkräften im Mittel mit 3.8 bewertet *(SD = 0.70)*. Der Informationsstand zur KJPPP liegt hingegen lediglich bei 2.7 *(SD = 1.04)* und der zur Kinder- und Jugendhilfe bei 3.1 *(SD = 0.72, n = 59)*. Die Befragungsergebnisse deuten auf einen Informationsbedarf zur KJPPP und Jugendhilfe hin. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Befragten oft aus der Bildungsabteilung des ReBBZ, d.h. dem schulischen Bereich, kommen. b) Der Informationsstand der Fachkräfte über Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation wurden anhand von konkreten Vereinbarungen in Hamburg detaillierter erhoben („Leitlinien für bezirkliche


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Kooperationsvereinbarungen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ), Schulen und weiteren Stellen“, „Rahmenvereinbarung ‚Regionale Kooperationen zwischen Schule und Jugendhilfe für die Bildung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit besonders herausforderndem Verhalten‘“, „Richtlinie für den Umgang mit Schulpflichtverletzungen“). Die Angaben wurden zur einer Gesamtbewertung gemittelt. Der Informationsstand zu Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation wird von den befragten Fachkräften im Durchschnitt mit 2.8 bewertet (SD = 0.81). Auch hier deutet sich also ein Informationsbedarf an. c) Der Informationsstand zum Projekt DreiFürEins wurde über Angaben zum Informationsstand zu den Zielen, der Zielgruppe, den Angeboten, den einzelnen Rollen der drei Institutionen in DreiFürEins und zur eigenen Rolle erfragt. Auch hier wurde ein Mittelwert über die verschiedenen Angaben hinweg gebildet. Zu Beginn des Projektes liegt der durchschnittliche Informationsstand immerhin bei 3.6 *(SD = 0.9)*.Prüfung auf Unterschiede zwischen IG und KG (nicht in der Tabelle abgebildet): Eine Signifikanzprüfung auf Unterschiede zwischen IG und KG macht auf viele Gemeinsamkeiten zwischen IG und KG hinsichtlich des Informationsstandes aufmerksam: So unterscheiden sich die Befragten der IG und KG nicht hinsichtlich des Informationsstandes über a) das ReBBZ, b) die Jugendhilfe, c) die Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation sowie d) die KJPPP. Lediglich im Hinblick auf den Informationsstand über das Projekt DreiFürEins lassen sich signifikante Unterschiede zwischen IG *(M = 3.9; SD = 0.77)* und KG *(M = 3.3, SD = 0.98)* nachweisen. Nicht ganz unerwartet verfügt die IG zum ersten Messzeitpunkt bereits über einen besseren Informationsstand als die KG.

*Tabelle 66: Informationsstand über Kooperationsbeteiligte zum 1. Messzeitpunkt (Wiederholungsbefragte)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***IG +KG*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Informationsstand in Bezug auf… M (SD)*** | | | | | | |
| das ReBBZ | 3.68 | (0.86) | 3.90 | (0.58) | 3.81 | (0.70) |
| die KJPPP | 2.96 | (1.27) | 2.47 | (0.82) | 2.66 | (1.04) |
| die Jugendhilfe | 3.12 | (0.77) | 3.03 | (0.70) | 3.06 | (0.72) |
| Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation | 2.78 | (0.81) | 2.78 | (0.82) | 2.78 | (0.81) |
| DreiFürEins | 3.93 | (0.77) | 3.32 | (0.98) | 3.56 | (0.94) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 23 | 23 | 35 | 36 | 58 | 59 |

#### 3.2.1.1.3 Zusammenfassung des Vergleichs zwischen IG und KG

Zusammenfassend betrachtet sind – legt man die statistischen Prüfungen zugrunde – die IG und KG sowohl hinsichtlich der soziodemographischen als auch der fachlichen Merkmale gut vergleichbar. Unterschiede zwischen IG und KG bestehen beim ersten Messzeitpunkt dennoch im Hinblick auf 1. den Anstellungsträger der Fachkräfte (u. a. Kliniker*innen ausschließlich in den IG), 2. die Zugehörigkeit zu den ReBBZ-Abteilungen (v. a. höhere Beteiligung der Beratungsabteilungen der IG-ReBBZ zu Beginn des Projektes), 3. den Informationsstand zum Projekt DreiFürEins (besserer Informationsstand bei der IG) und 4. die berufliche Selbstwirksamkeit. Die meisten dieser Unterschiede sind durch das Zuweisungsverfahren und die Projektentstehung von DreiFürEins erklärbar.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

### 3.2.1.2 Prüfung der Interventionseffekte

#### 3.2.1.2.1 Verbesserung der Kooperationspraxis (Hypothese 6) (Kooperationsbereitschaft, -verhalten und -zufriedenheit)

Die Alternativhypothese FKR-6 bei den Fachkräften lautete: „FKR-6: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins verbessern sich die subjektive Kooperationsbereitschaft, das Kooperationsverhalten und die Kooperationszufriedenheit bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ“. Um den Effekt der DreiFürEins-Intervention auf die subjektive Kooperationsbereitschaft, das Kooperationsverhalten und die Kooperationszufriedenheit bei den Fachkräften zu überprüfen, wurden Two-Way-Mixed-Anovas mit einem Vergleich zwischen IG und KG über die Zeit durchgeführt (je eine Anova für jede Skala). Die Ergebnisse der Tests werden in Tabelle 67 dargestellt und nachfolgend erläutert.

*Tabelle 67: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung FKR I (Kooperationspraxis)*

| | ***IG*** | | | ***KG*** | | | ***Interaktionseffekt*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | F | P | $\eta^2$ |
| ***Kooperationsbereitschaft*** | | | | | | | | | |
| Überzeugung von den Vorteilen der multi-professionellen Kooperation | 4.2 | 4.5 | 23 | 4.3 | 4.6 | 34 | 0.26 | .611 | - |
| ***Kooperationsverhalten*** | | | | | | | | | |
| **Soziale Integration in multi-professionellen Teams** | **3.7** | **4.2** | **21** | **3.6** | **3.6** | **35** | **6.39** | **.014** | **.106** |
| Konfliktbehaftung der multi-professionellen Kooperation | 2.2 | 2.0 | 22 | 2.0 | 2.1 | 35 | 2.93 | .093 | - |
| Disziplinäre Logik | 2.8 | 2.4 | 21 | 2.4 | 2.6 | 35 | 3.17 | .081 | - |
| Interdisziplinäre Logik | 3.1 | 3.5 | 20 | 3.2 | 3.3 | 35 | 0.98 | .326 | - |
| Multiprofessionelle Koordinierung | 3.1 | 3.5 | 20 | 3.2 | 3.3 | 35 | 2.24 | .140 | - |
| **Multiprofessionelle Aktivitäten** | **3.6** | **4.1** | **21** | **3.6** | **3.7** | **35** | **6.31** | **.015** | **.105** |
| **Zeitstrukturen für multiprofessionelle Kooperation** | **3.0** | **3.7** | **20** | **3.3** | **3.2** | **35** | **4.72** | **.034** | **.080** |
| Gemeinsames Ziel | 3.2 | 3.7 | 20 | 3.3 | 3.2 | 35 | 3.07 | .086 | - |
| Zwang zur multiprofessionellen Kooperation | 2.3 | 2.1 | 19 | 2.3 | 2.3 | 34 | 0.65 | .426 | - |
| Formalisierung/strukturelle Absicherung der multi-professionellen Kooperation | 1.6 | 2.9 | 19 | 1.9 | 2.6 | 31 | 0.71 | .404 | - |
| ***Kooperationszufriedenheit*** | | | | | | | | | |
| **Emotionale Entlastung** | **3.8** | **4.2** | **21** | **4.3** | **4.2** | **33** | **4.69** | **.035** | **.083** |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fachlicher Nutzen (zur eigenen Weiterbildung)** | **4.2** | **4.6** | **22** | **4.5** | **4.3** | **33** | **6.95** | **.011** | **.116** |
| Verbesserter Schülerfokus | 4.1 | 4.4 | 22 | 4.2 | 4.2 | 34 | 1.99 | .164 | - |
| Arbeitsentlastung | 3.3 | 3.4 | 22 | 3.2 | 3.3 | 34 | 0.11 | .747 | - |

Die Tabelle 67 macht darauf aufmerksam, dass für das Projekt DreiFürEins im Interventionszeitraum kein signifikanter Interaktionseffekt hinsichtlich der Kooperationsbereitschaft nachgewiesen werden kann. Eine Ursache hierfür könnte sein, dass sowohl in der IG als auch der KG tendenziell eine höhere Kooperationsbereitschaft bestand. Wie die Tabelle 67 zeigt, ergeben sich bei einer Prüfung des Kooperationsverhaltens mittels Two-Way-Mixed-Anova für die drei Kooperationsskalen „Soziale Integration im multiprofessionellen Team", „Multiprofessionelle Aktivitäten" und „Zeitstrukturen für multiprofessionelle Kooperation" signifikante Interaktionseffekte *($F(1.00, 54.00) = 6.39$, $p = .014$, $\eta^2 = .11$ bzw. $F(1.00, 54.00) = 6.31$, $p = .015$, $\eta^2 = .15$ bzw. $F(1.00, 54.00) = 4.72$, $p = .034$, $\eta^2 = .08$, $N_{IGmin} = 20$ und $N_{IGmax} = 21$; $N_{KG} = 35$)*. Die durchschnittliche Zustimmung zu diesen drei Skalen des Kooperationsverhaltens verstärkte sich in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum von zwei Jahren stärker als in der Kontrollgruppe und in erwartungsgemäßer Richtung: So ist bei der Skala zur sozialen Integration im multiprofessionellen Team in der Interventionsgruppe eine Zunahme der durchschnittlichen Zustimmung von 3.7 auf 4.2 festzustellen, während der Wert in der Kontrollgruppe bei 3.6 stagniert. Bei der Skala zum Vorhandensein von multiprofessionellen Aktivitäten ist in der Interventionsgruppe ist eine Zunahme des Mittelwerts von 3.6 auf 4.1 zu verzeichnen, während der Wert in der Kontrollgruppe nahezu unverändert bei 3.6 bzw. 3.7 liegt. Bei der Skala zu den Zeitstrukturen ist schließlich in der Interventionsgruppe eine Zunahme des Mittelwerts von 3.0 auf 3.7 feststellbar, während der Wert in der Kontrollgruppe nahezu unverändert bei 3.3 bzw. 3.2 liegt. Auch bei den anderen Skalen zum Kooperationsverhalten deuten sich ähnliche (positive) Effekte ab, die sich jedoch statistisch nicht sichern lassen. Ursächlich hierfür könnten die kleinen Stichproben sein. Im Hinblick auf die Kooperationszufriedenheit zeichnen sich für die beiden Skalen „Emotionale Entlastung" und „Fachlicher Nutzen" signifikante Interaktionseffekte von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit *($F(1.00, 52.00) = 4.69$, $p = .035$, $\eta^2 = .083$; $N_{IG} = 21$; $N_{KG} = 33$ bzw. $F(1.00, 53.00) = 6.95$, $p = .011$, $\eta^2 = .116$; $N_{IG} = 22$; $N_{KG} = 33$)*. Die durchschnittliche Zustimmung zu diesen Skalen verstärkt sich also in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum von zwei Jahren stärker als in der Kontrollgruppe. Zusammenfassend lässt sich resümieren, dass die Überprüfungen darauf hinweisen, dass es mittels des Projektes DreiFürEins nachweisbar gelungen ist, das Kooperationsverhalten zwischen den Professionen und Sektoren zu verbessern (soziale Integration im multiprofessionellen Team, multiprofessionelle Aktivitäten und „Zeitstrukturen für multiprofessionelle Kooperation) und die konkrete Kooperationszufriedenheit zu erhöhen (emotionale Entlastung, fachlicher Nutzen). Bei der Entwicklung der Kooperationsbereitschaft zeichnen sich hingegen keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ab.

#### 3.2.1.2.2 Erhöhung des Kooperationsumfangs (Hypothese 7) (gemeinsame Fallbearbeitungszeit und Kooperationsintensität)

Die Alternativhypothese FKR-7 bei den Fachkräften lautete: „FKR-7: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins erhöht sich die gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit und Kooperationsintensität bei den Fachkräften in den


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ“. Um den Effekt der DreiFürEins-Intervention auf die gemeinsame, sektorenübergreifende Fallbearbeitungszeit und die Kooperationsintensität der Fachkräfte zu überprüfen, wurden insgesamt drei Two-Way-Mixed-Anova durchgeführt (1. Umfang übergeordnete Kooperation, 2. Umfang fallbezogene Kooperation, 3. gemeinsame Zeit in der Fallbearbeitung pro Woche). Die Ergebnisse der Tests werden im Hinblick auf die Effekte der DreiFürEins-Intervention in Tabelle 68 dargestellt und nachfolgend berichtet.

*Tabelle 68: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung FKR II (Kooperationsumfang)*

| | ***IG*** | | | ***KG*** | | | ***Interaktionseffekt*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | F | p | $\eta^2$ |
| ***Kooperationsintensität*** | | | | | | | | | |
| Mittlerer Umfang übergeordnete Kooperation | 2.9 | 3.2 | 23 | 2.6 | 3.2 | 35 | 1.34 | .252 | - |
| Mittlerer Umfang fallbezogene Kooperation | 3.4 | 3.5 | 18 | 4.0 | 3.9 | 36 | 0.08 | .784 | - |
| ***Gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit*** | | | | | | | | | |
| Gemeinsame Zeit in der Fallbearbeitung pro Woche (in min.) | 149 | 142 | 16 | 132 | 164 | 27 | 0.07 | .421 | - |

Die Auswertung macht hinsichtlich der drei Two-Way-Mixed-Anova auf Folgendes aufmerksam: 1. Beim Umfang der übergeordneten Kooperation deutet sich bei einer Betrachtung der Mittelwerte sowohl in der IG als auch der KG eine Verbesserung ab. Unterschiede zwischen der IG und KG über die Zeit lassen sich jedoch statistisch nicht sichern. D.h., die DreiFürEins-Intervention hat – unter Berücksichtigung des Vergleichs zwischen IG und KG – nicht statistisch nachweisbar zu einer Verbesserung des Umfangs der übergeordneten Kooperation beigetragen. 2. Beim Umfang der fallbezogenen Kooperation deuten sich in der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Mittelwerte kaum Veränderungen über die Zeit ab. Übereinstimmend dazu zeigt sich bei der statistischen Prüfung, dass die DreiFürEins-Intervention im Vergleich zwischen IG und KG nicht statistisch nachweisbar zu einer Verbesserung des Umfangs der fallbezogenen Kooperation geführt hat. 3. Bei der gemeinsamen Zeit in der Fallbearbeitung deutet sich bei einer Betrachtung der Mittelwerte eine Zunahme der Fallbearbeitungszeit in der Kontrollgruppe – im Unterschied zur Interventionsgruppe – an. Diese Entwicklungen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe sind jedoch nicht statistisch signifikant. Es gibt also keinen statistischen Nachweis dafür, dass die DreiFürEins-Intervention einen Einfluss auf die gemeinsame Fallbearbeitungszeit hat. Zusammenfassend zeigt sich bei allen drei Skalen zur Kooperationsintensität und gemeinsamen Fallbearbeitungszeit also kein signifikanter Interaktionseffekt. D.h., anhand der vorliegenden Befunde kann kein Effekt der DreiFürEins-Intervention auf die Kooperationsintensität und gemeinsame Fallbearbeitungszeit nachgewiesen werden. Die Ergebnisse können unterschiedlich interpretiert werden: 1. Obwohl Skalen zur Kooperationspraxis auf eine Verbesserung des Kooperationsverhaltens und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Kooperationsnutzens hinweisen, hat dies nicht zu einer erhöhten Kooperationsintensität und gemeinsamen Fallbearbeitungszeit geführt. 2. Eine Verbesserung der Kooperationspraxis – wie in DreiFürEins belegt – geht nicht per se mit einer Zunahme der Kooperationsintensität und gemeinsamen Fallbearbeitungszeit einher. Dies könnte auch so interpretiert werden, dass die Kooperation zwischen den Professionen und Sektoren verbessert werden kann, ohne (automatisch) auf eine höhere Kooperationsintensität und Fallbearbeitungszeit angewiesen zu sein. 3. Unter Umständen könnten Effekte der Kooperationsintensität und gemeinsame Fallbearbeitungszeit bei größeren Stichproben statistisch nachgewiesen werden.

#### 3.2.1.2.3 Verbesserung des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserlebens (Hypothese 8)

Die Alternativhypothese FKR-8 bei den Fachkräften lautete: „FKR-8: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins verbessert sich die Selbstwirksamkeit und reduziert sich das Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ“. Um den Effekt der DreiFürEins-Intervention auf das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko der Fachkräfte zu überprüfen, wurden insgesamt fünf Two-Way-Mixed-Anova durchgeführt (jeweils eine Anova pro Skala). Die Ergebnisse der Tests werden in Tabelle 69 dargestellt.

*Tabelle 69: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung FKR III (Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben)*

| | ***IG*** | | | ***KG*** | | | ***Interaktionseffekt*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | F | p | $\eta^2$ |
| ***Selbstwirksamkeitserleben*** | | | | | | | | | |
| Berufliche Selbstwirksamkeit | 4.3 | 4.3 | 23 | 4.0 | 4.1 | 36 | 0.51 | .477 | - |
| Kollektive Selbstwirksamkeit | 3.0 | 3.2 | 23 | 3.0 | 3.0 | 36 | 3.40 | .070 | - |
| ***Beanspruchungserleben*** | | | | | | | | | |
| Emotionale Erschöpfung | 4.0 | 3.8 | 23 | 3.9 | 3.8 | 36 | 0.51 | .477 | - |
| Berufliche Effektivität | 6.1 | 6.0 | 23 | 6.0 | 6.0 | 36 | 0.47 | .494 | - |
| Zynismus | 2.3 | 2.3 | 23 | 2.4 | 2.4 | 36 | 0.00 | .961 | - |

Die Auswertung mittels Two-Way-Mixed-Anova erbrachte für keine der fünf untersuchten Skalen zur Selbstwirksamkeit und Belastung einen signifikanten Interaktionseffekt *($p > .05$)*. D.h. es konnte kein Effekt von DreiFürEins für 1. die berufliche Selbstwirksamkeit, 2. die kollektive Selbstwirksamkeit, 3. die Belastung emotionale Erschöpfung, 4. die berufliche Effektivität und 5. den Zynismus im Befragungszeitraum zwischen Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt werden. Allenfalls für die Skala Kollektive Selbstwirksamkeit deutet sich tendenziell ein Effekt von DreiFürEins an, der jedoch statistisch nicht signifikant ist. Zusammenfassend betrachtet lässt die Auswertung damit keine statistisch belastbare Aussage über einen Effekt von DreiFürEins auf das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben zu.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.2.1.2.4 Verbesserung des Informationsstandes

Zusätzlich wurde folgende Hypothese geprüft: „Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins verbessert sich der Informationsstand zu den Kooperationspartnern (sowie zu zur Kooperation bestehenden Vereinbarungen und zu DreiFürEins) bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ. Um den Effekt der DreiFürEins-Intervention auf den Informationsstand der Fachkräfte zu überprüfen, wurden insgesamt fünf Two-Way-Mixed-Anova durchgeführt (jeweils eine Anova pro Skala). Die Ergebnisse der Tests werden in Tabelle 70 dargestellt.

*Tabelle 70: Ergebnisübersicht Interventionseffektprüfung FKR zus (Informationsstand)*

| | ***IG*** | | | ***KG*** | | | ***Interaktionseffekt*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | $M_{Prä}$ | $M_{Post}$ | N | F | p | $\eta^2$ |
| ***Informationsstand in Bezug auf…*** | | | | | | | | | |
| das ReBBZ | 3.7 | 4.1 | 23 | 3.9 | 4.1 | 36 | 1.15 | .289 | - |
| die KJPPP | 3.0 | 3.3 | 23 | 2.5 | 2.9 | 35 | 0.31 | .577 | - |
| die Jugendhilfe | 3.1 | 3.5 | 23 | 3.0 | 3.0 | 36 | 3.23 | .077 | - |
| Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation | 2.8 | 3.1 | 23 | 2.8 | 3.0 | 36 | 0.05 | .823 | - |
| DreiFürEins | 3.9 | 4.2 | 23 | 3.3 | 3.6 | 35 | 0.13 | .722 | - |

Die Auswertung mittels Two-Way-Mixed-Anova erbrachte für keine der fünf untersuchten Skalen zum Informationsstand einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ($p > 0.5$). D.h. es konnte kein Effekt von DreiFürEins für den Informationsstand zu 1. den Kooperationspartnern, 2. Die Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation sowie 3. DreiFürEins zwischen Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt werden. Zusammenfassend betrachtet lässt die Auswertung damit keine statistisch belastbare Aussage über einen Effekt von DreiFürEins auf den Informationsstand zu den Kooperationspartnern (sowie zu zur Kooperation bestehenden Vereinbarungen und zu DreiFürEins) zu.

### 3.2.2 Auswertungen zu allen Befragten

Nachdem sich die bisherige Auswertung auf diejenigen Fachkräfte konzentriert hat, die sich an beiden Messzeitpunkten an der Befragung beteiligt haben (Wiederholungsbefragte) sollen nun, wie eingangs beschrieben, alle Befragten, die sich am ersten und/oder zweiten Messzeitpunkt an der Befragung beteiligt haben, in die Analysen einbezogen werden. Dazu erfolgen für die Messzeitpunkte getrennte Beschreibungen und Unterschiedsprüfungen hinsichtlich a) berufsbezogener und soziodemographischer Daten sowie b) der Beurteilung der Kooperation sowie des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserlebens. Hierbei werden (für beide Messzeitpunkte) an DreiFürEins beteiligte und nicht an DreiFürEins beteiligte Fachkräfte miteinander verglichen, um durch den Vergleich der für die beiden Messzeitpunkte Ergebnisse Hinweise auf Interventionseffekte zu erhalten. Für die Vergleiche der an DreiFürEins beteiligten und der nicht an DreiFürEins beteiligten Fachkräfte, wurde dabei die Variable „Beteiligung an


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

DreiFürEins“, die in der IG sowie in der KG von den in den ReBBZ beschäftigten Fachkräften mit „Ich bin war…“ 1 = …nicht an DreiFürEins beteiligt“, 2= „…indirekt als Mitarbeiter*in/Lehrkraft an DreiFürEins beteiligt“ oder 3= „…direkt als Koordinator*in/Co-Fallzuständige*r in DreiFürEins beteiligt“ beantwortet wurde, dahingehend umcodiert, dass alle in der KG-ReBBZ beschäftigten Befragten sowie in der IG-ReBBZ nicht beteiligten Befragte als „nicht beteiligt“ und alle in der IG-ReBBZ beschäftigten und indirekt oder direkt beteiligten Befragten sowie alle in Klinik beschäftigten Befragten als „beteiligt“ codiert sind. Dies erschien sinnvoll, da in der KG an DreiFürEins beteiligte Fachkräfte ausschließlich an der Studie (Durchführung der Befragungen mit den KuJ und deren Sorgeberechtigten) nicht aber an der DreiFürEins-Versorgung (z. B. MPFK, RKT, Supervisionen mit Fachkräften der anderen Systeme), von der die Wirkung ausgehen soll, beteiligt waren. Nachfolgend werden also die Ergebnisse des deskriptiven und Unterschiedsanalysen zu den so codierten beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften dargestellt. Dabei erfolgt zunächst eine Beschreibung und Prüfung auf Unterschiede zwischen an DreiFürEins beteiligten und nicht an DreiFürEins beteiligten Fachkräften zum ersten Messzeitpunkt (Kapitel 3.2.2.1). Anschließend werden die Ergebnisse der deskriptiven und Unterschiedsanalysen zum zweiten Messzeitpunkt dargestellt (Kapitel 3.2.2.2) und zuletzt die Ergebnisse für die Messzeitpunkte getrennt durchgeführten Unterschiedsprüfungen aufeinander bezogen bzw. miteinander verglichen und daraus Hinweise auf Interventionseffekte abgeleitet (Kap. 3.2.2.3).

### 3.2.2.1 Stichprobenbeschreibung erster Messzeitpunkt

Nachfolgend werden die Fachkräfte, die an der ersten Befragungswelle teilgenommen haben, hinsichtlich a) berufsbezogener und soziodemographischer Daten sowie b) der Beurteilung der Kooperation sowie des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben zum ersten Messzeitpunkt beschrieben. Dabei wird, um später im Vergleich der beiden Messzeitpunkte Hinweise auf Interventionseffekte erhalten zu können, auf Unterschiede zwischen an DreiFürEins beteiligten und nicht an DreiFürEins beteiligten Fachkräften geprüft.

#### 3.2.2.1.1 Berufsbezogene und soziodemographische Daten

Berufsbezogene Daten: Für die Auswertung liegen Daten von insgesamt 231 Personen zum ersten Messzeitpunkt vor *(N = 231)*. Die Daten ermöglichen Rückschlüsse a) zur Zugehörigkeit zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe, b) zur „Stammeinrichtung“ der Fachkräfte, c) zur ReBBZ-Abteilung sowie d) zur Beteiligung in DreiFürEins. Zu a) Von den 231 Personen können anhand der Zugehörigkeit zu einem ReBBZ ca. 31 % (n = 71) der Interventionsgruppe und ca. 61 % *(n = 141)* der Kontrollgruppe zugeordnet werden. Für 19 Personen *(ca. 8 %)* ist eine Zuordnung aufgrund fehlender Angaben nicht möglich. b) In der Interventionsgruppe waren ca. 89 % *(n = 63)* im ReBBZ und ca. 11 % *(n = 8)* in den Kliniken beschäftigt. In der Kontrollgruppe arbeiten alle Fachkräfte im ReBBZ, da keine Kliniker beschäftigt waren. c) Von den in den ReBBZ beschäftigten Fachkräften arbeiten jeweils rund 43 Prozent in den Beratungs- und Bildungsabteilungen *(n = 91 bzw. n = 92)* und rund 13 % *(n = 27)* in beiden Abteilungen zudem geben d) Ca. 61 % *(n = 117)* von ihnen nicht in DreiFürEins beteiligt zu sein, ca. 31 % *(n = 59)* indirekt (z.B. als Mitarbeiter*in/Lehrkraft) an DreiFürEins beteiligt zu sein und ca. 8 % *(n = 15)* direkt in DreiFürEins beteiligt zu sein (z.B. als Koordinator*in/Co-Fallzuständige). Nach der im vorigen Kapitel beschriebenen Umcodierung zur Beteiligung an der DreiFürEins-Versorgung, kann abschließend bei 75.9 % *(n =151)* der Befragten von keiner Beteiligung an DreiFürEins


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

und bei 24.1 % *(n = 48)* von einer Beteiligung an DreiFürEins ausgegangen werden (siehe Tabelle 71).

*Tabelle 71: Verteilung der FKR auf Einrichtung und Abteilung (T1)*

| | *IG* | | *KG* | | *Alle T1* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ReBBZ IG und KG [n, %]** | 71 | 33.5 % | 141 | 66.5 % | 212 | 100% |
| **Einrichtung [n, %]** | | | | | | |
| ReBBZ | 63 | 88.7 % | 141 | 100 % | 223 | 96.5 % |
| Klinik | 8 | 11.3 % | | | 8 | 3.5 % |
| **Gesamt [N]** | 71 | | 141 | | 231 | |
| **Abteilung [n, %]** | | | | | | |
| Bildungsabteilung | 25 | 41.0 % | 63 | 45.7 % | 91 | 43.3 % |
| Beratungsabteilung | 26 | 42.6 % | 62 | 44.9 % | 92 | 43.8 % |
| beiden Abteilungen | 10 | 16.4 % | 13 | 9.4 % | 27 | 12.9 % |
| **Gesamt [N]** | 53 | | 129 | | 191 | |
| **Beteiligung an DreiFürEins [n, %]** | | | | | | |
| Keine Beteiligung an DreiFürEins | 18 | 34.0 % | 95 | 73.6 % | 117 | 61.3 % |
| Indirekt als Mitarbeiter*in/Lehrkraft an DreiFürEins beteiligt | 30 | 56.6 % | 26 | 20.2 % | 59 | 30.9 % |
| Direkte Beteiligung an DreiFürEins als Koordinator*in/Co-Fallzuständiger | 5 | 9.4 % | 8 | 6.2 % | 15 | 7.9 % |
| **Gesamt [N]** | 53 | | 129 | | 191 | |
| **Beteiligung an der DreiFürEins-Versorgung [n, %]** | | | | | | |
| Beteiligt | 43 | 70.5 % | | | 48 | 24.1 |
| Nicht beteiligt | 18 | 29.5 % | 129 | 100.0 % | 151 | 75.9 % |
| **Gesamt [N]** | 61 | | 129 | | 199 | |

Soziodemographische Daten: Über die berufsbezogenen Angaben hinaus liegen von den Befragten soziodemographische Angaben a) zum Geschlecht, b) zum Alter und c) zur Berufsgruppe vor: zu a) 75 % der Befragten ordnen sich dem weiblichen Geschlecht und 25% dem männlichen Geschlecht zu. Zu b) Die Befragten sind relativ gleichmäßig über die abgefragten Altersgruppen vertreten. zu c) Bei den Berufsgruppen dominieren die Sonderpädagog*innen *(55.8 %; n = 121)* und mit Abstand die Psycholog*innen *(18.4 %; n = 40)* und Sozialpädagog/arbeiter*innen *(15.7 %; n = 34)*. Deutlich seltener sind Allgemeinpädagog*innen, (Fach-)Ärzt*innen, Fachkräfte für Erziehung/Pflege, Approbierte*r (Fach-)Therapeut*innen oder Lehrkräfte in der Stichprobe vertreten.

*Tabelle 72: Geschlecht, Alter und Berufe der befragten FKR (T1)*


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | *Beteiligte FKR* | | *Nicht beteiligte FKR* | | *Alle T1* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Geschlecht** | | | | | | |
| weiblich | 33 | 73.3 % | 112 | 76.7 % | (159) | 75.0 % |
| Männlich | 12 | 26.7 % | 34 | 23.3 % | (53) | 25.0 % |
| **Gesamt [N]** | 45 | | 136 | | (212) | |
| **Alter** | | | | | | |
| unter 30 | 3 | 6.5 % | 10 | 6.9 % | (13) | 6.1 % |
| 30-34 Jahre | 6 | 13.0 % | 14 | 9.7 % | (20) | 9.4 % |
| 35-39 Jahre | 3 | 6.5 % | 17 | 11.8 % | (26) | 12.3 % |
| 40-44 Jahre | 10 | 21.7 % | 20 | 13.9 % | (32) | 15.1 % |
| 45-49 Jahre | 6 | 13.0 % | 22 | 15.3 % | (30) | 14.2 % |
| 50-54 Jahre | 6 | 13.0 % | 20 | 13.9 % | (28) | 13.2 % |
| 55-59 Jahre | 4 | 8.7 % | 23 | 16.0 % | (31) | 14.6 % |
| 60 Jahre und älter | 8 | 17.4 % | 18 | 12.5 % | (32) | 15.1 % |
| **Gesamt [N]** | 46 | | 144 | | (212) | |
| **Ausgeübter Beruf [n, %]** | | | | | | |
| Sonderpädagog*in | 21 | 44.7 % | 84 | 57.9 % | (121) | 55.8 % |
| Psycholog*in | 13 | 27.7 % | 22 | 15.2 % | (40) | 18.4 % |
| Sozialpädagog*in/Sozialarbeiter*in | 5 | 10.6 % | 27 | 18.6 % | (34) | 15.7 % |
| Allgemeinpädagog*in | 2 | 4.3 % | 10 | 6.6 % | (13) | 6.0 % |
| (Fach-)Ärzt*in | 3 | 6.4 % | - | - | (3) | 1.4 % |
| Fachkraft Erziehung/Pflege | 1 | 2.1 % | 2 | 1.4 % | (3) | 1.4 % |
| Approbierte*r (Fach-)Therapeut*in | 2 | 4.3 % | - | - | (2) | 0.9 % |
| Lehrkraft | - | - | - | - | (1) | 0.5 % |
| **Gesamt [N]** | 61 | | 137 | | (217) | |

#### 3.2.2.1.2 Beurteilung der Kooperation und des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserlebens

Im Folgenden werden die Beurteilungen zur Kooperation sowie zum Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben der 231 zum ersten Messzeitpunkt erreichten Befragten dargestellt. Eingegangen wird – in Übereinstimmung zu den Fragestellungen und Hypothesen der Evaluation – auf 1. die Kooperationspraxis (Hypothese FKR-6), 2. den Kooperationsumfang (Hypothese FKR-7), 3. das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben (Hypothese FKR-8) sowie ergänzend 4. den Informationsstand.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.2.2.1.2.1 Beurteilung der Kooperationspraxis (Hypothese 6) (Kooperationsbereitschaft, -verhalten und -zufriedenheit)

Die Alternativhypothese FKR-6 zielte – wie bereits skizziert – auf eine Verbesserung der Kooperationspraxis ab: „FKR-6: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins verbessern sich die subjektive Kooperationsbereitschaft, das Kooperationsverhalten und die Kooperationszufriedenheit bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ“. Für die Evaluation war daher von Interesse, wie die Kooperationspraxis (Kooperationsbereitschaft, Kooperationsverhaltens und Kooperationszufriedenheit) von den Fachkräften zum ersten Messzeitpunkt bewertet wird. Hierzu wurden die Fachkräfte anhand vorliegender Instrumente detaillierter zur Kooperationspraxis befragt (Quellen: Sicotte u. a., 2002 und Fussangel 2008). Die Abfragen zur Kooperationsbereitschaft und zum Kooperationsverhalten erfolgte – wie bereits beschrieben – im Regelfall über eine 5-stufige endpunktbenannte Antwortskala (1 = trifft gar nicht zu – 5 = trifft völlig zu). Die Einzelitems wurden anschließend anhand der Fachliteratur zu insgesamt 11 Skalen zusammengefasst. Die Berechnung der Skalenwerte erfolgte über die Berechnung eines Mittelwerts aus allen verfügbaren Werten der Einzelitems der jeweiligen Skala. Lediglich bei der Skala „Formalisierung und strukturelle Absicherung der multiprofessionellen Kooperation“ wurde ein Summenscore aus sieben Einzelitems (0 = trifft nicht zu/kann ich nicht einschätzen vs. 1 = trifft zu) gebildet. Bei den Fragen und Skalen zur Kooperationszufriedenheit sollten die Fachkräfte zum ersten Messzeitpunkt für insgesamt 15 Einzelitems angeben, wie stark ihrer Meinung die Aussagen auf den Nutzen der multiprofessionellen Kooperation im letzten Schuljahr zutrafen (Quelle: Fussangel 2008). Die Zustimmung zu den Einzelitems erfolgte über eine 5-stufige Antwortskala (1= trifft gar nicht zu – 5 = trifft völlig zu). Die Angaben wurden dann zu vier Skalen gebündelt. Abschließend erfolgte die Berechnung eines Mittelwerts über die vorliegenden Itemwerte der einzelnen Skalen. Die nachfolgende Tabelle 73 gibt einen Überblick über die Werte.

*Tabelle 73: Beurteilung der Kooperationspraxis zum 1. Messzeitpunkt (Alle Befragten)*

| | ***Beteiligte FKR*** | | ***Nicht beteiligte FKR*** | | ***Alle T1*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Kooperationsbereitschaft*** | | | | | | |
| Überzeugung von Vorteilen der multiprofessionellen Kooperation | 4.3 | (0.63) | 4.3 | (0.74) | 4.3 | (0.74) |
| ***Kooperationsverhalten*** | | | | | | |
| Soziale Integration in multiprofessionellen Teams | 3.6 | (0.61) | 3.7 | (0.69) | 3.7 | (0.69) |
| Konfliktbehaftung der multiprofessionellen Kooperation | 2.2 | (0.66) | 2.1 | (0.75) | 2.2 | (0.77) |
| Disziplinäre Logik | 2.5 | (0.80) | 2.6 | (0.97) | 2.6 | (0.94) |
| Interdisziplinäre Logik | 3.7 | (0.79) | 3.9 | (0.79) | 3.8 | (0.81) |
| Multiprofessionelle Koordinierung | 3.3 | (0.55) | 3.2 | (0.61) | 3.2 | (0.65) |
| Multiprofessionelle Aktivitäten | 3.6 | (0.65) | 3.6 | (0.68) | 3.6 | (0.68) |
| Zeitstrukturen für multiprofessionelle Kooperation | 3.1 | (1.02) | 2.9 | (1.00) | 2.9 | (1.01) |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gemeinsames Ziel | 3.3 | (0.65) | 3.4 | (0.79) | 3.3 | (0.77) |
| Zwang zur multiprofessionellen Kooperation | 2.4 | (0.84) | 2.3 | (0.79) | 2.3 | (0.93) |
| Formalisierung/strukturelle Absicherung der multiprofessionellen Kooperation | 2.2 | (1.76) | 2.4 | (1.91) | 2.1 | (1.65) |
| ***Kooperationszufriedenheit*** | | | | | | |
| Emotionale Entlastung | 4.0 | (1.00) | 4.1 | (0.87) | 4.1 | (0.92) |
| Fachlicher Nutzen (zur eigenen Weiterbildung) | 4.3 | (0.68) | 4.3 | (0.86) | 4.2 | (0.87) |
| Verbesserter Schülerfokus | 4.1 | (0.75) | 4.1 | (0.76) | 4.1 | (0.80) |
| Arbeitsentlastung | 3.3 | (1.04) | 3.3 | (1.02) | 3.3 | (1.00) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 44 | 46 | 118 | 141 | 202 | 223 |

Die Auswertung der Befragungsergebnisse zur Kooperationspraxis zeigt: Die Kooperationsbereitschaft zeichnet sich bereits zum ersten Messzeitpunkt durch eine starke Überzeugung der Fachkräfte von den Vorteilen der multiprofessionellen Kooperation aus *(M = 4.3; SD = 0.74)*. Ähnliche positive Befunde ergeben sich beim Kooperationsverhalten zum ersten Messzeitpunkt: Bei den befragten Fachkräften gibt es eine starke Zustimmung a) zur interdisziplinären Logik *(M = 3.8; SD = 0.81)*, b) zur sozialen Integration im multiprofessionellen Team *(M = 3.7; SD = 0.69)* sowie c) zu multiprofessionellen Aktivitäten *(M = 3.6; SD = 0.68)*. Die geringste Zustimmung gibt es bei den negativ formulierten Skalen, d. h. a) der Konfliktbehaftung der multiprofessionellen Kooperation *(M = 2.2; SD = 0.77)*, b) dem Zwang zur multiprofessionellen Kooperation *(M = 2.3; SD = 0.93)* und c) der disziplinären Logik *(M = 2.6; SD = 0.94)*. Auffällig ist auch hier die geringe Formalisierung und strukturelle Absicherung der multiprofessionellen Kooperation *(M = 2.1; SD = 1.65)*. Hinsichtlich der Kooperationszufriedenheit artikulieren die befragten Fachkräfte zum zweiten Messzeitpunkt a) einen fachlichen Nutzen *(M = 4.2; SD = 0.87)*, b) einen verbesserten Schüler*innenfokus *(M = 4.1; SD = 0.80)* und c) eine emotionale Entlastung *(M = 4.1; SD = 0.92)*. Deutlich seltener wird eine Arbeitsentlastung wahrgenommen *(M = 3.3; SD = 1.00)*.Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften (nicht in der Tabelle abgebildet): Die Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften zum ersten Messzeitpunkt ergibt keine statistisch signifikanten Ergebnisse *(F (1, 149) = 1; p = .452; $N_{beteiligt}$ = 44; $N_{unbeteiligt}$ = 118 (Kooperationsbereitschaft und -verhalten)) bzw. F (1, 182) = 0.404; p = .806; $N_{beteiligt}$ = 46; $N_{unbeteiligt}$ = 141 (Kooperationszufriedenheit))*. Beteiligte und nicht beteiligte Fachkräfte unterscheiden sich damit zum ersten Messzeitpunkt nicht hinsichtlich der Kooperationspraxis.

#### 3.2.2.1.2.2 Beurteilung des Kooperationsumfangs (Hypothese 7) (Kooperationsintensität und gemeinsame Fallbearbeitungszeit)

Die Alternativhypothese FKR-7 bei den Fachkräften lautete: „FKR-7: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins erhöht sich die gemeinsame,


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit und Kooperationsintensität bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ“. Für die Evaluation war daher von Bedeutung, wie die Kooperationsintensität und gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit von den Fachkräften zum ersten Messzeitpunkt bewertet wird.

Um die Ausgangslage der *Kooperationsintensität* zum ersten Messzeitpunkt detaillierter zu ermitteln, wurde – wie oben bereits beschrieben – die Häufigkeit der Kontaktanlässe bei den Fachkräften erhoben. Die Fachkräfte sollten für sieben Kontaktanlässe einer übergeordneten Kooperation (z.B. Konferenzen, Projekte, Fort- und Weiterbildungen, Supervisionen) und für neun Kontaktanlässe einer fallbezogenen Kooperation (z.B. Fallbesprechungen, Erarbeitung von Förder- und Hilfeplänen, Elterngespräche) angeben, wie häufig sie im letzten Schuljahr mit verschiedenen Berufsgruppen zusammengearbeitet haben (1 = gar nicht, 2 = halbjährig oder seltener, 3 = vierteljährig, 4 = monatlich, 5 = wöchentlich oder öfter). Anschließend wurden die sieben bzw. neun Einzelbewertungen zur Vereinfachung gemittelt, auch wenn die Angaben kein metrisches Messniveau aufweisen. Zur Erhebung der *gemeinsamen, sektorenübergreifenden Fallbearbeitungszeit* zum ersten Messzeitpunkt sollten die Fachkräfte schätzen, wieviel Zeit sie pro Woche durchschnittlich mit der gemeinsamen Fallbearbeitung verbracht haben (in Minuten). Auch wenn diese Angaben der Befragten nur Schätzwerte sind, sind sie ein Anhaltspunkt für die sektorenübergreifende Fallbearbeitungszeit.

*Tabelle 74: Beurteilung der Kooperationsintensität zum 1. Messzeitpunkt (Alle Befragten)*

| | ***Beteiligte FKR*** | | ***Nicht beteiligte FKR*** | | ***Alle T1*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Kooperationsintensität*** | | | | | | |
| Mittlerer Umfang übergeordnete Zusammenarbeit | 3.1 | (0.86) | 3.0 | (0.89) | 3.0 | (0.87) |
| Mittlerer Umfang fallbezogene Zusammenarbeit | 3.7 | (0.81) | 3.7 | (0.81) | 3.7 | (0.78) |
| ***Gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit*** | | | | | | |
| Gemeinsame Zeit in der Fallbearbeitung pro Woche | 158.2 | (175.54) | 122.8 | (126.57) | 132.9 | (144.53) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | | 40 | | 118 | 180 | 226 |

Die Auswertung zeigt: 1. Die fallbezogene Kooperation (M = 3.7, SD = 0.78) findet in der Tendenz monatlich und damit häufiger statt als die übergreifende Kooperation, die in der Tendenz vierjährlich stattfindet (M = 3.0, SD 0.87). Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass konkrete Fallbezüge bzw. fallbezogene Anlässe eine Kooperation fördern. 2. Gleichzeitig scheint die multiprofessionelle Kooperation – auch in Einzelfällen – kein alltäglicher Handlungsvollzug zu sein, sondern findet in größeren Abständen statt (monatliche oder vierteljährliche Treffen). 3. Die gemeinsame, sektorenübergreifende Zeit für die Fallbearbeitung geben die Fachkräfte durchschnittlich mit gut zwei Stunden pro Woche an, wobei die Werte zwischen den Befragten sehr stark schwanken (M = 132.9 min, SD = 144.53).

Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften (nicht in der Tabelle abgebildet): Die Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften ergibt zum ersten Messzeitpunkt keine statistisch signifikanten Unterschiede


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

hinsichtlich des Kooperationsumfangs (F (1, 154) = 1; p = .561; $N_{beteiligt}$ = 40; $N_{unbeteiligt}$ = 118). Beteiligte und nicht beteiligte Fachkräfte unterscheiden sich zum ersten Messzeitpunkt also nicht hinsichtlich des Kooperationsumfangs.

#### 3.2.2.1.2.3 Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben (Hypothese 8)

Die Alternativhypothese FKR-8 bei den Fachkräften lautete: „FKR-8: Durch die Mitwirkung an der sektorenübergreifenden Versorgung von DreiFürEins verbessert sich die Selbstwirksamkeit und reduziert sich das Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko bei den Fachkräften in den Interventions-ReBBZ innerhalb von 24 Monaten stärker als in den Kontroll-ReBBZ“. Für die Evaluation war daher bedeutsam, wie sich das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben und das Burnout-Risiko zum ersten Messzeitpunkt darstellt. Um die Ausgangslage zum ersten Messzeitpunkt zu ermitteln, wurden das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben – wie bereits erläutert – über vorhandene Items und Skalen aus anderen Untersuchungen und der Fachliteratur erfasst (u.a. Berufliche Selbstwirksamkeit: Abele u. a. 2006, Kollektive Selbstwirksamkeit: Schwarzer & Jerusalem 1999, Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko: Original: Schaufeli, Leiter, Maslach und Jackson 1996 und deutsche Übersetzung: Cillien, Fischbach, Mörsdorf, Scherp und Schaufeli 2006). Aufgrund der bereits bewährten Items und Skalen aus der Fachliteratur wurde a) die berufliche Selbstwirksamkeit über die Zustimmung zu sechs Einzelitems mittels einer 5-stufigen, endpunktbenannte Antwortskala (1 = trifft gar nicht zu – 5 = trifft völlig zu), b) die kollektive Selbstwirksamkeit über die Zustimmung zu zwölf Einzelitems mittels einer 4-stufigen Antwortskala (1 = stimmt nicht, 2 = stimmt kaum, 3 = stimmt eher, 4 = stimmt genau) und c) das Beanspruchungserleben über 16 Items mittels einer 7-stufigen Antwortskala zu spezifischen Belastungssituationen (1 = nie, 2 = ein paar Mal pro Jahr oder weniger, 3 = einmal pro Monat oder weniger, 4 = ein paar Mal pro Monat, 5 = einmal pro Woche, 6 = ein paar Mal pro Woche, 7 = jeden Tag) erhoben. Die Antworten zum Beanspruchungserleben wurden zu drei Skalen gebündelt.

*Tabelle 75: Selbstwirksamkeit und Beanspruchung zum 1. Messzeitpunkt (Alle Befragten)*

| | ***Beteiligte FKR*** | | ***Nicht-beteiligte FKR*** | | ***Alle T1*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Selbstwirksamkeitserleben*** | | | | | | |
| Berufliche Selbstwirksamkeit | 4.1 | (0.64) | 4.1 | (0.65) | 4.1 | (0.62) |
| Kollektive Selbstwirksamkeit | 3.0 | (0.48) | 3.1 | (0.52) | 3.0 | (0.53) |
| ***Beanspruchungserleben*** | | | | | | |
| Emotionale Erschöpfung | 4.0 | (1.16) | 3.9 | (1.37) | 3.9 | (1.33) |
| Berufliche Effektivität | 5.9 | (0.80) | 6.0 | (0.74) | 6.1 | (0.73) |
| Zynismus | 2.5 | (1.36) | 2.3 | (1.26) | 2.4 | (1.33) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | | 47 | | 148 | 226 | 228 |

Die Auswertung zeigt: 1. Die Fachkräfte geben zum ersten Messzeitpunkt eine hohe berufliche Selbstwirksamkeit *(M = 4.1; SD = 0.62)* und eine etwas geringere kollektive Selbstwirksamkeit *(M = 3.0; SD = 0.53)* an. 2. Bei der Belastung ergeben sich beim ersten Messzeitpunkt eine hohe berufliche Effektivität *(M = 6.1; SD = 0.73)*, eine mittlere emotionale Erschöpfung *(M = 3.9; SD = 1.33)* und ein geringer Grad an Zynismus *(M = 2.4; SD = 1.33)*.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften (nicht in der Tabelle abgebildet): Die Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften ergibt zum ersten Messzeitpunkt keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserlebens *(F (1, 189) = 0.631; p = .690; $N_{beteiligt}$ = 47; $N_{unbeteiligt}$ = 148)*. Beteiligte und nicht beteiligte Fachkräfte unterscheiden sich zum ersten Messzeitpunkt also nicht hinsichtlich des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserlebens.

#### 3.2.2.1.2.4 Beurteilung des Informationsstandes zu den Kooperationspartnern

Um ergänzend herauszufinden, wie sich der Informationsstand der Fachkräfte über die Kooperationspartner zum ersten Messzeitpunkt darstellt, wurden die Fachkräfte – anhand von selbstkonstruierten Items – detaillierter über ihren Informationsstand a) zu den in DreiFürEins kooperierenden Institutionen (ReBBZ, KJPPP, Jugendhilfe), b) zu bestehenden Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation sowie c) zum Projekt DreiFürEins befragt. Die Befragten sollten den eigenen Informationsstand auf einer Skala von 1 bis 5 bewerten (1 = sehr schlecht, 2 = eher schlecht, 3 = mittelmäßig, 4 = eher gut, 5 = sehr gut). Die Ergebnisse zum ersten Messzeitpunkt zeigen:

Zu a) Der *Informationsstand der Fachkräfte über die in DreiFürEins kooperierenden Institutionen* wurde detaillierter über mehrere Items erhoben (z. B. Informationsstand zum Leitbild, Auftrag, zu den Kernaufgaben, Angeboten der Institution/einzelner Abteilungen der jeweiligen Institution). Um den Informationsstand über die in DreiFürEins kooperierenden Institutionen zu bündeln, wurde über die verschiedenen Items der einzelnen Institutionen hinweg jeweils ein Mittelwert berechnet (Informationsstand ReBBZ, KJPPP, Jugendhilfe). Die Befragungsergebnisse zeigen: Der Informationsstand über die ReBBZ wird von den befragten Fachkräften im Mittel mit 3.8 bewertet *(SD = 0.65)*. Der Informationsstand zur Kinder- und Jugendhilfe liegt zum ersten Messzeitpunkt bei 3.1 *(SD = 0.83)* und zur KJPPP lediglich bei 2.6 *(SD = 0.98)*. Die Befragungsergebnisse deuten auf einen Informationsbedarf zur Kinder- und Jugendhilfe sowie KJPPP hin. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Befragten oft aus der Bildungsabteilung des ReBBZ, d.h. dem schulischen Bereich, kommen.

b) Der Informationsstand der Fachkräfte über Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation wurden anhand von konkreten Vereinbarungen in Hamburg detaillierter erhoben („Leitlinien für bezirkliche Kooperationsvereinbarungen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Regionalen Bildungs- und Beratungszentren, Schulen und weiteren Stellen“, „Rahmenvereinbarung ‚Regionale Kooperationen zwischen Schule und Jugendhilfe für die Bildung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit besonders herausforderndem Verhalten‘“, „Richtlinie für den Umgang mit Schulpflichtverletzungen“). Die Angaben wurden zur einer Gesamtbewertung gemittelt. Der Informationsstand zu Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation wurde von den befragten Fachkräften im Durchschnitt mit 2.9 bewertet *(SD = 0.81)*. Auch hier deutet sich also ein Informationsbedarf an.

c) *Der Informationsstand zum Projekt DreiFürEins* wurde über Angaben zum Informationsstand zu den Zielen, der Zielgruppe, den Angeboten, den einzelnen Rollen der drei Institutionen in DreiFürEins und zur eigenen Rolle erfragt. Auch hier wurde ein Mittelwert über die verschiedenen Angaben hinweg gebildet. Zu Beginn des Projektes liegt der durchschnittliche Informationsstand bei 3.2 *(SD = 1.95)*.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht-beteiligten Fachkräften (nicht in der Tabelle abgebildet):* Eine Signifikanzprüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften macht auf mindestens einen Unterschied hinsichtlich des Informationsstandes aufmerksam *($F (1, 178) = 9.718$, $p < .001$, $\eta^2 = .214$, $N_{beteiligt} = 46$; $N_{unbeteiligt} = 138$)*. Die Post-Hoc-Test zeigen dabei, dass signifikante Unterschiede in Bezug auf den Informationsstand zur KJPPP *($F (1, 178) = 18.537$, $p < .001$, $\eta^2 = .092$, $N_{beteiligt} = 46$; $N_{unbeteiligt} = 138$)* sowie in Bezug auf den Informationsstand zu DreiFürEins bestehen *($F (1, 178) = 37.594$, $p < .001$, $\eta^2 = .171$, $N_{beteiligt} = 46$; $N_{unbeteiligt} = 138$)*. Nicht ganz unerwartet verfügen beteiligte Fachkräfte hier schon zum ersten Messzeitpunkt über einen höheren Informationsstand als nicht beteiligte Fachkräfte. In Bezug auf den Informationsstand zum ReBBZ, zur Jugendhilfe und zu Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation bestehen hingegen keine Unterschiede.

*Tabelle 76: Informationsstand über Kooperationsbeteiligte zum 1. Messzeitpunkt (Alle Befragten)*

| | ***Beteiligte FKR*** | | ***Nicht beteiligte FKR*** | | ***Alle T1*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Informationsstand in Bezug auf… M (SD)** | | | | | | |
| das ReBBZ | 3.8 | (0.70) | 3.8 | (0.60) | 3.8 | (0.65) |
| die KJPPP | 3.1 | (1.21) | 2.4 | (0.89) | 2.6 | (0.98) |
| die Jugendhilfe | 3.3 | (0.72) | 3.1 | (0.89) | 3.1 | (0.83) |
| Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation | 3.1 | (0.93) | 2.8 | (0.77) | 2.9 | (0.81) |
| den Informationsstand zu DreiFürEins | 3.9 | (0.78) | 2.9 | (0.91) | 3.2 | (0.95) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | | 46 | | 138 | 219 | 230 |

### 3.2.2.2 Stichprobenbeschreibung zweiter Messzeitpunkt

Im Folgenden werden die Fachkräfte, die an der zweiten Befragungswelle teilgenommen haben, ebenfalls hinsichtlich a) berufsbezogener und soziodemographischer Daten sowie b) der Beurteilung der Kooperation sowie des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben zum zweiten Messzeitpunkt beschrieben.

#### 3.2.2.2.1 Berufsbezogene und soziodemographische Daten

*Berufsbezogene Daten:* Für die Auswertung liegen Daten von insgesamt 177 Personen für den zweiten Messzeitpunkt vor *($N = 177$)*. Die Daten ermöglichen Rückschlüsse a) zur Zugehörigkeit zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe, b) zur „Stammeinrichtung“ der Fachkräfte, c) zur ReBBZ-Abteilung sowie d) zur Beteiligung in DreiFürEins. Zu a) Von den 177 Fachkräften können anhand der Zugehörigkeit zu den ReBBZ ca. 44 % *($n = 77$)* der Interventionsgruppe und ca. 57 % *($n = 100$)* der Kontrollgruppe zugeordnet werden. Zu b) In der Interventionsgruppe waren ca. 91 % *($n = 70$)* im ReBBZ und ca. 9 % *($n = 7$)* in den Kliniken beschäftigt. In der Kontrollgruppe arbeiteten hingegen alle Fachkräfte im ReBBZ, da keine Kliniker beschäftigt waren. Zu c) Von den in den ReBBZ beschäftigten Fachkräften arbeiteten jeweils gut 45 Prozent in den Beratungsabteilung oder der Bildungsabteilung *($n = 73$ bzw. $75$)* und rund 8 % *($n = 13$)* in beiden Abteilungen. Zu d) Von 159 Befragten liegen Angaben zur Beteiligung in DreiFürEins vor. Ca.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

38 % *(n = 61)* waren nicht in DreiFürEins, ca. 44 % *(n = 70)* indirekt (z. B. als Mitarbeiter*in/Lehrkraft) und ca. 18 % (n = 28) direkt in DreiFürEins (z.B. als Koordinator*in/Co-Fallzuständige) beteiligt. Nach der eingangs beschriebenen Umcodierung zur Beteiligung an der DreiFürEins-Versorgung, kann abschließend bei 31.9 % *(n = 53)* der Befragten von einer Beteiligung an DreiFürEins und bei 68.1 % *(n = 113)* von keiner Beteiligung an DreiFürEins ausgegangen werden (siehe Tabelle 77).

*Tabelle 77: Verteilung der FKR auf Einrichtung und Abteilung (T2)*

| | ***IG*** | | ***KG*** | | ***N (IG +KG)*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ReBBZ IG und KG [n, %]** | 77 | 43.5 % | 100 | 56,5 % | 177 | 100% |
| **Einrichtung [n, %]** | | | | | | |
| ReBBZ | 70 | 90.9 % | 100 | 100 % | 170 | 96.0 % |
| Klinik | 7 | 9.1 % | - | - | 7 | 4.0 % |
| **Gesamt [N]** | 77 | | 100 | | 177 | |
| **Abteilung [n, %]** | | | | | | |
| Bildungsabteilung | 28 | 41.8 % | 47 | 50.0 % | 75 | 46.6 % |
| Beratungsabteilung | 33 | 49.3 % | 40 | 42.6 % | 73 | 45.3 % |
| beiden Abteilungen | 6 | 9.0 % | 7 | 7.4 % | 13 | 8.1 % |
| **Gesamt [N]** | 67 | | 94 | | 161 | |
| **Beteiligung an DreiFürEins [n, %]** | | | | | | |
| Keine Beteiligung an DreiFürEins | 20 | 30.3 % | 41 | 44.1 % | 61 | 38.4 % |
| Indirekt als Mitarbeiter*in/Lehrkraft an DreiFürEins beteiligt | 33 | 50.0 % | 37 | 39.8 % | 70 | 44.0 % |
| Direkte Beteiligung an DreiFürEins als Koordinator*in/Co-Fallzuständiger | 13 | 19.7 % | 15 | 16.1 % | 28 | 17.6 % |
| **Gesamt [N]** | 66 | | 93 | | 159 | |
| **Beteiligung an der DreiFürEins-Versorgung [n, %]** | | | | | | |
| Beteiligt | 53 | 72.6 % | 0 | 0.0 % | 53 | 31.9 % |
| Nicht beteiligt | 20 | 27.4 % | 93 | 100.0 % | 113 | 68.1 % |
| **Gesamt [N]** | 73 | | 93 | | | |

*Soziodemographische Daten:* Über die berufsbezogenen Angaben hinaus liegen von den Befragten soziodemographische Angaben a) zum Geschlecht, b) zum Alter und c) zur Berufsgruppe vor: zu a) Ca. 78 % der Post-Befragten gehören weiblichen Geschlecht und ca. 22% dem männlichen Geschlecht an. zu b) Die Die Befragten verteilen sich relativ gleichmäßig über die abgefragten Altersgruppen. zu c) Zu den drei größten Berufsgruppen in der Stichprobe zum zweiten Messzeitpunkt gehören zum zweiten Messzeitpunkt die Sonderpädagog*innen *(48.8*


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*%, n = 82)*, die Psycholog*innen *(23.8 %; n = 40)* sowie die Sozialpädagog/arbeiter*innen *(14.9 %; n = 25)*. Deutlich seltener sind auch Allgemeinpädagog*innen, Ärzt*innen, Fachkräfte für Erziehung/Pflege und Therapeut*innen vertreten. (siehe Tabelle 78)

*Tabelle 78: Geschlecht, Alter und Berufe der befragten FKR (T2)*

| | ***Beteiligte FKR*** | | ***Nicht beteiligte FKR*** | | ***Alle T2*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Geschlecht** | | | | | | |
| weiblich | 43 | 86.0 % | 79 | 76.0 % | 126 | 78.3 % |
| Männlich | 7 | 14.0 % | 25 | 24.0 % | 35 | 21.7 % |
| **Gesamt [N]** | 50 | | 92 | | 161 | |
| **Alter** | | | | | | |
| unter 30 | 6 | 11.8 % | 4 | 3.8 % | 10 | 6.1 % |
| 30-34 Jahre | 5 | 9.8 % | 13 | 12.4 % | 18 | 11.0 % |
| 35-39 Jahre | 3 | 5.9 % | 15 | 14.3 % | 19 | 11.7 % |
| 40-44 Jahre | 6 | 11.8 % | 18 | 17.1 % | 24 | 14.7 % |
| 45-49 Jahre | 10 | 19.6 % | 10 | 9.5 % | 23 | 14.1 % |
| 50-54 Jahre | 11 | 21.6 % | 9 | 8.6 % | 20 | 12.3 % |
| 55-59 Jahre | 2 | 3.9 % | 20 | 19.0 % | 22 | 13.5 % |
| 60 Jahre und älter | 8 | 15.7 % | 16 | 15.2 % | 27 | 16.6 % |
| **Gesamt [N]** | 51 | | 105 | | 163 | |
| **Ausgeübter Beruf [n, %]** | | | | | | |
| Sonderpädagog*in | 23 | 43.4 % | 54 | 50.5 % | 82 | 48.8 % |
| Psycholog*in | 14 | 26.4 % | 25 | 23.4 % | 40 | 23.8 % |
| Sozialpädagog*in/Sozialarbeiter*in | 9 | 17.0 % | 16 | 15.0 % | 25 | 14.9 % |
| Allgemeinpädagog*in | 2 | 3.8 % | 6 | 5.6 % | 9 | 5.4 % |
| (Fach-)Ärzt*in | 3 | 5.7 % | - | - | 3 | 1.8 % |
| Fachkraft Erziehung/Pflege | 1 | 1.9 % | 3 | 2.8 % | 5 | 3.0 % |
| Approbierte*r (Fach)Therapeut*in | 1 | 1.9 % | 3 | 2.8 % | 4 | 2.4 % |
| **Gesamt [N]** | 53 | | 107 | | 168 | |

#### 3.2.2.2.2 Beurteilung der Kooperation und des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben

Im Folgenden werden die Beurteilungen zur Kooperation sowie zum Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben der 177 zum zweiten Messzeitpunkt erreichten Befragten dargestellt. Eingegangen wird – in Übereinstimmung zu den Fragestellungen und Hypothesen der


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Evaluation sowie die Darstellung zum ersten Messzeitpunkt – auf 1. die Kooperationspraxis (Hypothese FKR-6), 2. den Kooperationsumfang (Hypothese FKR-7), 3. das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben (Hypothese FKR-8) sowie ergänzend 4. den Informationsstand.

#### 3.2.2.2.2.1 Beurteilung der Kooperationspraxis (Hypothese 6) (Kooperationsbereitschaft, -verhalten und -zufriedenheit)

Die Alternativhypothese FKR-6 zielte – wie bereits beim ersten Messzeitpunkt dargestellt – auf eine Verbesserung der Kooperationspraxis (Kooperationsbereitschaft, Kooperationsverhaltens und Kooperationszufriedenheit) ab. Für die Evaluation war daher von Interesse, wie die Kooperationspraxis von den Fachkräften zum zweiten Messzeitpunkt von den Befragten bewertet wird. Hierzu wurden die Fachkräfte anhand der zum ersten Messzeitpunkt eingesetzten Instrumente detaillierter zur Kooperationspraxis befragt (Quellen: Sicotte u. a. 2002 und Fussangel 2008). Die Fachkräfte sollten Einzelitems zu 15 Skalen bewerten. Die nachfolgende Tabelle 79 gibt einen Überblick über die ermittelten Werte.

*Tabelle 79: Beurteilung der Kooperationspraxis zum 2. Messzeitpunkt (Alle Befragten)*

| | ***Beteiligte FKR*** | | ***Nicht beteiligte FKR*** | | ***Alle T2*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Kooperationsbereitschaft*** | | | | | | |
| Überzeugung von Vorteilen der multiprofessionellen Kooperation | 4.5 | (0.54) | 4.5 | (0.67) | 4.4 | (0.65) |
| ***Kooperationsverhalten*** | | | | | | |
| Soziale Integration in multiprofessionellen Teams | 4.0 | (0.68) | 3.7 | (0.63) | 3.8 | (0.67) |
| Konfliktbehaftung der multiprofessionellen Kooperation | 1.8 | (0.68) | 2.1 | (0.64) | 2.0 | (0.67) |
| Disziplinäre Logik | 2.4 | (0.85) | 2.7 | (0.97) | 2.5 | (0.95) |
| Interdisziplinäre Logik | 4.1 | (0.71) | 4.0 | (0.79) | 4.0 | (0.74) |
| Multiprofessionelle Koordinierung | 3.4 | (0.79) | 3.3 | (0.62) | 3.3 | (0.68) |
| Multiprofessionelle Aktivitäten | 4.0 | (0.69) | 3.6 | (0.64) | 3.7 | (0.67) |
| Zeitstrukturen für multiprofessionelle Kooperation | 3.5 | (1.16) | 2.9 | (0.93) | 3.0 | (1.03) |
| Gemeinsames Ziel | 3.7 | (0.68) | 3.4 | (0.69) | 3.5 | (0.71) |
| Zwang zur multiprofessionellen Kooperation | 2.0 | (0.81) | 2.3 | (0.81) | 2.1 | (0.85) |
| Formalisierung/strukturelle Absicherung der multiprofessionellen Kooperation | 3.5 | (1.98) | 2.6 | (2.04) | 2.4 | (1.87) |
| ***Kooperationszufriedenheit*** | | | | | | |
| Emotionale Entlastung | 4.4 | (0.80) | 4.0 | (0.82) | 4.1 | (0.83) |
| Fachlicher Nutzen (zur eigenen Weiterbildung) | 4.6 | (0.54) | 4.3 | (0.71) | 4.4 | (0.68) |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verbesserter Schülerfokus | 4.5 | (0.62) | 4.2 | (0.68) | 4.3 | (0.67) |
| Arbeitsentlastung | 3.6 | (0.90) | 3.2 | (0.96) | 3.3 | (1.00) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | 41 | 52 | 103 | 117 | 146 | 172 |

Die Auswertung der Befragungsergebnisse zur Kooperationspraxis zeigt: Die Kooperationsbereitschaft zeichnet sich – wie zum ersten Messzeitpunkt – auch zum zweiten Messzeitpunkt durch eine starke Überzeugung der Fachkräfte von den Vorteilen der multiprofessionellen Kooperation aus (M = 4.4; SD = 0.65). Hinsichtlich des Kooperationsverhaltens besteht auch zweiten Messzeitpunkt eine recht positive Bewertung. Bei den befragten Fachkräften gibt es – in der Rangfolge wie beim ersten Messzeitpunkt - eine starke Zustimmung a) zur interdisziplinären Logik (M = 4.0; SD = 0.74), b) zur sozialen Integration im multiprofessionellen Team (M = 3.8; SD = 0.67) sowie c) zu multiprofessionellen Aktivitäten (M = 3.7; SD = 0.67). Die geringste Zustimmung gab es bei den negativ formulierten Skalen, d. h. a) der Konfliktbehaftung der multiprofessionellen Kooperation (M = 2.0; SD = 0.67), b) dem Zwang zur multiprofessionellen Kooperation (M = 2.1; SD = 0.85) und c) der disziplinären Logik (M = 2.5; SD = 0.95). Auffällig ist auch zum zweiten Messzeitpunkt die insgesamt geringe Formalisierung und strukturelle Absicherung der multiprofessionellen Kooperation (M = 2.4; SD = 1.87). Hinsichtlich der Kooperationszufriedenheit attestieren die befragten Fachkräfte zum zweiten Messzeitpunkt der multiprofessionellen Kooperation a) einen fachlichen Nutzen (M = 4.4; SD = 0.68), b) einen verbesserten Schüler*innenfokus (M = 4.3; SD = 0.67) und c) eine emotionale Entlastung (M = 4.1; SD = 0.83). Deutlich seltener wird auch zum zweiten Messzeitpunkt eine Arbeitsentlastung wahrgenommen (M = 3.3; SD = 1.00).

Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften (nicht in der Tabelle abgebildet): Die Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften zum zweiten Messzeitpunkt ergibt mindestens einen signifikanten Unterschied sowohl für die Kooperationsbereitschaft und das Kooperationsverhalten ($F(12,104) = 2.947$; $p = .001$; $\eta^2 = .254$; $N_{beteiligt} = 41$; $N_{unbeteiligt} = 76$) als auch für die Kooperationszufriedenheit ($F(4,150) = 3.361$; $p = .011$; $\eta^2 = .082$; $N_{beteiligt} = 52$; $N_{unbeteiligt} = 103$). Beteiligte und nicht beteiligte Fachkräfte unterscheiden sich damit zum zweiten Messzeitpunkt hinsichtlich der Kooperationspraxis. Die Post-Hoc-Test zeigen dabei, dass beteiligte und nicht beteiligte Fachkräfte sich in ihrer Wahrnehmung/Einschätzung

1. der sozialen Integration im multiprofessionellen Team

   *($F(1,115) = 5.599$; $p = .020$; partielles $\eta^2 = .046$)*,

2. der Konfliktbehaftung der multiprofessionellen Kooperation

   *($F(1,115) = 6.883$; $p = .010$; partielles $\eta^2 = .056$),*

3. des Vorhandenseins multiprofessioneller Aktivitäten

   *($F(1,115) = 12.123$; $p < .001$; partielles $\eta^2 = .095$),*

4. des Vorhandenseins von Zeitstrukturen für multiprofessionelle Kooperation

   *($F(1,115) = 7.502$; $p = .007$; partielles $\eta^2 = .061$),*

5. eines Zwangs zur multiprofessionellen Kooperation


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*(F (1,115) = 4.584; p = .034; partielles η² = .038),*

6. der Formalisierung der Kooperation

   *(F (1,115) = 5.361; p = .022; partielles η² = .045)* sowie

7. der emotionalen Entlastung

   *(F (1,153) = 6.910; p = .009 partielles η² = .043)*

8. des fachlichen Nutzens

   *(F (1,153) = 10.523; p = .001 partielles η² = .064)*

9. des verbesserten Schülerfokus

   *(F (1,153) = 5.559; p = .020 partielles η² = .035)*

10. der Arbeitsentlastung

    *(F (1,153) = 5.690; p = .018; partielles η² = .036)*

signifikant voneinander unterscheiden. Dabei werden sowohl die Kooperationspraxis als auch der Kooperationsnutzen zum zweiten Messzeitpunkt von beteiligten Fachkräften besser eingeschätzt als von nicht beteiligten Fachkräften. So stimmen beteiligte Fachkräfte dem Vorhandensein

1. einer sozialen Integration im multiprofessionellen Team stärker,
2. einer Konfliktbehaftung der multiprofessionellen Kooperation weniger stark,
3. multiprofessioneller Aktivitäten stärker,
4. von Zeitstrukturen für die multiprofessionelle Kooperation stärker,
5. eines Zwangs zur multiprofessionellen Kooperation weniger stark

zu also nicht beteiligte Fachkräfte.
Außerdem erzielen sie

6. höhere Werte auf dem Score zur Formalisierung der multiprofessionellen Kooperation

und stimmen sowohl dem Nutzen

7. der emotionalen Entlastung als auch
8. des fachlichen Nutzens als auch
9. des verbesserten Schülerfokus als auch
10. der Arbeitsentlastung

stärker zu als nicht beteiligte Fachkräfte.

#### 3.2.2.2.2.2 Beurteilung des Kooperationsumfangs (Hypothese 7) (Kooperationsintensität und gemeinsame Fallbearbeitungszeit)

Die Alternativhypothese FKR-7 zielte auf eine Erhöhung des Kooperationsumfangs (Kooperationsintensität sowie gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit) bei den


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Fachkräften ab. Für die Evaluation war daher von Bedeutung, wie die Kooperationsintensität und gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit von den Fachkräften zum zweiten Messzeitpunkt bewertet wird. Hierzu wurde die Häufigkeit unterschiedlicher Kontaktanlässe einer übergeordneten Kooperation (z.B. Konferenzen, Projekte, Fort- und Weiterbildungen, Supervisionen) und einer fallbezogenen Kooperation (z.B. Fallbesprechungen, Erarbeitung von Förder- und Hilfeplänen, Elterngespräche) bei den Fachkräften erhoben. Außerdem wurden zeitliche Angaben zur *gemeinsamen, sektorenübergreifenden Fallbearbeitungszeit* erhoben (Minuten pro Woche).

*Tabelle 80: Beispiel Tabellenbeschriftung*

| | ***Beteiligte FKR*** | | ***Nicht beteiligte FKR*** | | ***Alle T2*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Kooperationsintensität*** | | | | | | |
| Mittlerer Umfang übergeordnete Zusammenarbeit | 3.3 | (0.76) | 3.0 | (0.86) | 3.1 | (0.83) |
| Mittlerer Umfang fallbezogene Zusammenarbeit | 4.0 | (0.66) | 3.7 | (0.79) | 3.8 | (0.77) |
| ***Gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit*** | | | | | | |
| Gemeinsame Zeit in der Fallbearbeitung pro Woche | 201.7 | (208.62) | 141.8 | (169.31) | 159.7 | (175.63) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | | 38 | | 90 | 142 | 172 |

Die Auswertung zum zweiten Messzeitpunkt zeigt ähnliche Ergebnisse wie beim ersten Messzeitpunkt: 1. Die fallbezogene Kooperation *(M = 3.8, SD = 0.77)* findet in der Tendenz monatlich und damit häufiger statt als die übergreifende Kooperation, die in der Tendenz vierjährlich stattfindet *(M = 3.1, SD 0.83)*. Dies könnte als Hinweis interpretiert werden, dass konkrete Fallbezüge bzw. fallbezogene Anlässe eine Kooperation zwischen Fachkräfte fördern. 2. Gleichzeitig scheint die multiprofessionelle Kooperation – auch in Einzelfällen – kein alltäglicher Handlungsvollzug zu sein, sondern findet in größeren Abständen statt (monatliche oder vierteljährliche Treffen). 3. Die gemeinsame, sektorenübergreifende Zeit für die Fallbearbeitung geben die Fachkräfte durchschnittlich mit gut zwei Stunden pro Woche an, wobei die Werte zwischen den Befragten sehr stark schwanken (M = 159,7 min, SD = 175,63). Diese Zeitangaben liegen höher als zum ersten Messzeitpunkt.

*Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften (nicht in der Tabelle abgebildet):* Die Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften zum zweiten Messzeitpunkt ergibt, obwohl die Bewertungen der beteiligten Fachkräfte höher ausfallen, keinen signifikanten Unterschied für die Beurteilung des Kooperationsumfangs ($F(3,124) = 2.208$; $p = .090$; $N_{beteiligt} = 38$; $N_{unbeteiligt} = 90$).

#### 3.2.2.2.2.3 Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben (Hypothese 8)

Die Alternativhypothese FKR-8 zielte auf eine Verbesserung des Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben bei den Fachkräften ab. Für die Evaluation war daher bedeutsam, wie sich das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben zum zweiten Messzeitpunkt darstellt. Für die Erhebung wurde – wie beim ersten Messzeitpunkt – auf vorhandene Items und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Skalen aus der Fachliteratur zurückgegriffen (u.a. Berufliche Selbstwirksamkeit: Abele u. a. 2006, Kollektive Selbstwirksamkeit: Schwarzer & Jerusalem 1999, Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko: Original: Schaufeli, Leiter, Maslach und Jackson 1996 und deutsche Übersetzung: Cillien, Fischbach, Mörsdorf, Scherp und Schaufeli 2006).

*Tabelle 81: Selbstwirksamkeit und Beanspruchung zum 2. Messzeitpunkt (Alle Befragten)*

| | ***Beteiligte FKR*** | | ***Nicht beteiligte FKR*** | | ***Alle T2*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Selbstwirksamkeitserleben*** | | | | | | |
| Berufliche Selbstwirksamkeit | 4.2 | (0.55) | 4.0 | (0.68) | 4.1 | (0.66) |
| Kollektive Selbstwirksamkeit | 3.2 | (0.45) | 3.0 | (0.48) | 3.1 | (0.49) |
| ***Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko*** | | | | | | |
| Emotionale Erschöpfung | 3.9 | (1.22) | 4.1 | (1.33) | 4.0 | (1.34) |
| Berufliche Effektivität | 6.0 | (0.72) | 6.0 | (0.74) | 6.1 | (0.73) |
| Zynismus | 2.2 | (0.98) | 2.4 | (1.12) | 2.3 | (1.09) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | | 48 | | 109 | 169 | 174 |

Die Auswertung zum zweiten Messzeitpunkt zeigt ähnliche Befunde wie beim ersten Messzeitpunkt: 1. Die Fachkräfte geben zum zweiten Messzeitpunkt eine hohe berufliche Selbstwirksamkeit (M = 4.1; SD = 0.66) und eine etwas geringere kollektive Selbstwirksamkeit (M = 3.1; SD = 0.49) an. 2. Beim Beanspruchungserleben zeigt sich auch beim zweiten Messzeitpunkt – zumindest auf der Basis der Selbsteinschätzungen – wieder eine hohe berufliche Effektivität (M = 6.1; SD = 0.73), eine mittlere emotionale Erschöpfung (M = 4.0; SD = 1.34) und ein geringer Grad an Zynismus (M = 2.3; SD = 1.09).

*Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften (nicht in der Tabelle abgebildet):* Die Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften zum zweiten Messzeitpunkt ergibt, obwohl die Bewertungen der beteiligten Fachkräfte in Bezug auf die Selbstwirksamkeit höher ausfallen, keinen signifikanten Unterschied für das Selbstwirksamkeits- und Beanspruchungserleben (F (5,151) = 1.631; p = .155; $N_{beteiligt}$ = 48; $N_{unbeteiligt}$ = 109).

#### 3.2.2.2.2.4 Beurteilung des Informationsstandes zu den Kooperationspartnern

Um ergänzend herauszufinden, wie sich der Informationsstand der Fachkräfte über die Kooperationspartner zum zweiten Messzeitpunkt darstellt, wurden die Fachkräfte – wie zum ersten Messzeitpunkt – anhand von selbstkonstruierten Items – detaillierter über ihren Informationsstand a) zu den in DreiFürEins kooperierenden Institutionen (ReBBZ, KJPPP, Jugendhilfe), b) zu bestehenden Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation sowie c) zum Projekt DreiFürEins befragt (siehe Tabelle 82).

*Tabelle 82: Informationsstand über Kooperationsbeteiligte zum 2. Messzeitpunkt (Alle Befragten)*

| | ***Beteiligte FKR*** | ***Nicht beteiligte FKR*** | ***Alle T2*** |
|---|---|---|---|


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| **Informationsstand in Bezug auf…** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **M (SD)** | | | | | | |
| das ReBBZ | 4.0 | (0.67) | 3.9 | (0.61) | 4.0 | (0.62) |
| die KJPPP | 3.3 | (0.97) | 2.7 | (0.90) | 2.9 | (0.93) |
| die Jugendhilfe | 3.6 | (0.74) | 3.1 | (0.76) | 3.2 | (0.79) |
| Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation | 3.2 | (0.81) | 2.9 | (0.79) | 3.0 | (0.81) |
| den Informationsstand zu DreiFürEins | 4.1 | (0.85) | 3.4 | (0.92) | 3.6 | (0.99) |
| **Gesamt [N¬Min, N¬Max]** | | 50 | | 101 | 161 | 176 |

Die Auswertung der Ergebnisse zum zweiten Messzeitpunkt zeigt:

Zu a) Der *Informationsstand der Fachkräfte über die in DreiFürEins kooperierenden Institutionen* zeigt: Der Informationsstand über die ReBBZ wird von den befragten Fachkräften im Mittel mit 4.0 bewertet (SD = 0.62). Der Informationsstand zur Kinder- und Jugendhilfe liegt zum zweiten Messzeitpunkt bei 3.2 (SD = 0.79) und zur KJPPP bei nunmehr 2.9 (SD = 0.93). Die Befragungsergebnisse deuten auch zum zweiten Messzeitpunkt auf einen Informationsbedarf zur Kinder- und Jugendhilfe sowie KJPPP hin, wenn alle Befragten als Maßstab genommen werden. Zu berücksichtigen ist allerdings auch hier, dass die Befragten oft aus dem ReBBZ, d.h. dem schulischen Bereich, kommen.

b) Der Informationsstand der Fachkräfte über *Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation* wurde von den befragten Fachkräften im Durchschnitt mit 3.0 bewertet (SD = 0.81). Auch hier deutet sich zum zweiten Messzeitpunkt nach wie vor ein Informationsbedarf an, da die Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation eine wichtige Grundlage für die Kooperation der Fachkräfte sind.

c) *Der Informationsstand zum Projekt DreiFürEins* liegt zum zweiten Messzeitpunkt durchschnittlich bei 3.6 (SD = 0.99). Die Befragten verfügen damit über einen relativ guten Informationsstand.

*Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften (nicht in der Tabelle abgebildet):* Die Prüfung auf Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften zum zweiten Messzeitpunkt ergibt für die Beurteilung des Informationstands/der Informationsstände mindestens einen signifikanten Unterschied ($F(5,145) = 5.078$; $p < .001$; $\eta^2 = .149$; $N_{beteiligt} = 50$; $N_{unbeteiligt} = 105$). Beteiligte und nicht beteiligte Fachkräfte unterscheiden sich damit zum zweiten Messzeitpunkt hinsichtlich der Informationsstände. Die Post-Hoc-Test zeigen dabei, dass beteiligte und nicht beteiligte Fachkräfte sich hinsichtlich des Inforationsstandes zu

1. zur KJPPP ($F(1,149) = 11.438$; $p < .001$; partielles $\eta^2 = .071$),
2. zur Jugendhilfe ($F(1,149) = 15.732$; $p < .001$; partielles $\eta^2 = .096$),
3. zu Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation ($F(1,149) = 4.981$; $p = .028$; partielles $\eta^2 = .032$),
4. zu DreiFürEins ($F(1,149) = 17.905$; $p < .001$; partielles $\eta^2 = .107$),

signifikant voneinander unterscheiden. Dabei ist der Informationsstand der beteiligten Fachkräfte jeweils höher als der von nicht beteiligten.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.2.2.3 Zusammenschau erster und zweiter Messzeitpunkt

Bezieht man nun die Ergebnisse der Unterschiedsprüfungen zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften zum ersten und zum zweiten Messzeitpunkt aufeinander, so zeigen sich zum ersten Messzeitpunkt nur wenige und zudem gut erklärbare Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften, während zum zweiten Messzeitpunkt viel mehr (statistisch signifikante) Unterschiede zwischen beteiligten und nicht beteiligten Fachkräften vorliegen. So wird zum ersten Messzeitpunkt lediglich der Informationsstand zur KJPPP sowie zu DreiFürEins von den beteiligten Fachkräften besser eingeschätzt als von den nicht beteiligten Fachkräften, während zum zweiten Messzeitpunkt Unterschiede sowohl in Bezug auf die Kooperationspraxis (Kooperationsverhalten und Kooperationszufriedenheit) als auch in Bezug auf den Informationsstand Unterschiede vorliegen und die beteiligten Fachkräfte sowohl das Kooperationsverhalten besser als auch den Kooperationsnutzen höher einschätzen und zudem ihren Informationsstand sowohl zur KJPPP, als auch zur Jugendhilfe, als auch zu Vereinbarungen zur multiprofessionellen Kooperation sowie zu DreiFürEins höher einschätzen. Die Befunde deuten insgesamt auf Folgendes hin: Bei 1. dem Vorliegen einer breiteren Datenbasis sowie 2. der Betrachtung an DreiFürEins beteiligten Fachkräften gibt es im Vergleich zu nicht an DreiFürEins beteiligten Fachkräften deutliche Wirkungshinweise von DreiFürEins bei den beteiligten Fachkräften (Informationsstand, Kooperationsverhalten, Kooperationszufriedenheit).

## 3.3 Ergebnisse der inhaltlichen Prozessevaluation

Ergänzend zu der inhaltlichen Effektevaluation wurde eine inhaltliche Prozessevaluation durchgeführt (siehe Kapitel 2.3). Die Ziele der inhaltlichen Prozessevaluation bestanden darin, a) Schwierigkeiten und Herausforderungen der Implementierung und Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung, aber auch b) Gelingensbedingungen und Lösungsansätze der Implementierung und Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung sowie c) gewinnbringende und defizitäre Aspekte der Implementierung und Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung während der Projektlaufzeit herauszuarbeiten. Dabei sollten die Sichtweisen der Fachkräfte auf der Steuerungs- und Umsetzungsebene berücksichtigt werden. Die drei leitenden Fragestellungen der inhaltlichen Prozessevaluation für die Steuerungsebene und Umsetzungsebene lauteten im Einzelnen (siehe Kapitel 2.3):

- FKR-Fr-zus1: Welche Schwierigkeiten und Herausforderungen oder Gelingensbedingungen werden im Hinblick auf die Implementierung und Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in Innovationsfondprojekten berichtet?
- FKR-Fr-zus2: Wie konnte den Schwierigkeiten und Herausforderungen, die sich im Rahmen der Implementierung und Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zeigten, begegnet werden?
- FKR-Fr-zus3: Welche gewinnbringenden und/oder defizitären Aspekte werden im Hinblick auf die sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten erzielt/berichtet?


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen wurden im Rahmen der inhaltlichen Prozessevaluation Interviews und Gruppeninterviews auf Umsetzungs- und Steuerungsebene geführt, deren Ergebnisse – nach einer Beschreibung des Samples – nacheinander dargestellt werden.

### 3.3.1 Beschreibung des Samples

Um die Fragestellungen zu beantworten, wurden im Zeitraum von September bis Dezember 2023 Einzel- und Gruppeninterviews mit ausgewählten – an der Steuerung und Umsetzung von DreiFürEins beteiligten Akteur*innen – durchgeführt (siehe hierzu und zum Folgenden Kapitel 2.3). Insgesamt wurden a) 11 Einzel- und Gruppeninterviews (acht Einzel- und drei Gruppeninterviews) mit *Steuerungsakteur*innen* aus ReBBZ, Jugendamt (ASD), KJPPP, Schul- und Sozialbehörde und Krankenkassen und b) 17 Einzelinterviews mit *Umsetzungsakteur*innen* aus ReBBZ, KJPPP und Jugendamt (ASD) geführt. Befragt wurden dabei insgesamt 34 Akteur*innen, jeweils 17 Akteur*innen auf der Umsetzungs- und Steuerungsebene. Die Auswahl des konkreten Befragtensamples erfolgte anhand a) der Funktion (Steuerungs- und Umsetzungsebene), b) der Organisationszugehörigkeit (Schule, Kinder- und Jugendhilfe, KJPP, Krankenkasse sowie c) der Beteiligung am Projekt DreiFürEins (Fachkräfte der IG-ReBBZ). Befragt werden sollten Personen, die 1. an der Steuerung oder Umsetzung von DreiFürEins beteiligt waren, 2. aus allen beteiligten Sektoren von DreiFürEins (Schule, Kinder- und Jugendhilfe, KJPPP, Krankenkassen) sowie 3. aus allen vier an der Umsetzung von DreiFürEins beteiligten IG-ReBBZ.

- **Auf der Steuerungsebene** wurden an DreiFürEins beteiligte Konsortial- und Kooperationspartner*innen aus a) ReBBZ, b) Jugendamt, c) KJPPP, d) Schul- und Sozialbehörde und e) Krankenkassen

- **Auf der Umsetzungsebene** wurden an DreiFürEins beteiligte Fachkräfte aus a) ReBBZ, b) KJPPP und c) Jugendamt befragt.

Die Tabelle 83 gibt einen Überblick über das Sample auf der Steuerungs- und Umsetzungsebene. Die Leitfäden für die Interviews orientierten sich an den Fragestellungen der inhaltlichen Prozessevaluation und wurden jeweils an das Arbeitsfeld der Interviewten angepasst. So erhielten beispielsweise Akteur*innen auf der Steuerungsebene Fragen zur Projektsteuerung und Akteur*innen auf der Umsetzungsebene Fragen zur Projektumsetzung und -kooperation in DreiFürEins. Insgesamt lagen am Ende über 31 Stunden Interviewmaterial für die Auswertung vor.

*Tabelle 83: Sample und methodisches Vorgehen der inhaltlichen Prozessevaluation*

| | Steuerungsebene | Umsetzungsebene |
|---|---|---|
| Anzahl Befragte | 17 Befragte | 17 Befragte |
| Befragte Personengruppen | Konsortial- und Kooperationspartner*innen aus ReBBZ, Jugendamt (ASD), KJPPP, Schulbehörde, Sozialbehörde und Krankenkassen | Fachkräfte aus ReBBZ, KJPPP und Jugendamt |
| Erhebungsinstrumente | 11 leitfadengestützte, problemzentrierte Einzel- und Gruppeninterviews | 17 leitfadengestützte, problemzentrierte Einzelinterviews |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | |
|---|---|---|
| Dauer der Interviews | 658 min (Gesamt)<br>60 min (Mittelwert)<br>35 - 78 min (Spannweite) | 1243 min (Gesamt)<br>73 min (Mittelwert)<br>43 - 106 min (Spannweite) |
| Erhebungszeitraum | Oktober – November 2023 | September – Dezember 2023 |
| Auswertungsmethode | Qualitative Inhaltsanalyse | Qualitative Inhaltsanalyse |

### 3.3.2 Darstellung der Ergebnisse auf Steuerungsebene

Für die inhaltliche Prozessevaluation auf Steuerungsebene wurden – wie bereits berichtet – acht Einzelinterviews und drei Gruppeninterviews mit Konsortial- und Kooperationspartner*innen aus ReBBZ, Jugendamt (ASD), KJPPP, Schulbehörde, Sozialbehörde sowie Krankenkassen geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ziel dieses Kapitels ist es insbesondere zentrale Befunde der Interviews mit der Steuerungsebene zu a) den Schwierigkeiten und Herausforderungen, b) den Gelingensbedingungen und Lösungsansätzen sowie c) gewinnbringenden und defizitären Aspekten der Implementierung und Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung während der Projektlaufzeit zu präsentieren. Bei der Präsentation wird sich an den Relevanzsetzungen und Themenschwerpunkten der Befragten orientiert. Das Kapitel ist daher folgendermaßen aufgebaut: Zunächst wird auf die Bedarfe, Erwartungen und die Implementierung von DreiFürEins eingegangen (Kapitel 3.3.2.1). Darauf aufbauend folgt eine Darstellung der Rahmenbedingungen der sektorenübergreifenden Kooperation (Kapitel 3.3.2.2). Die beiden folgenden Kapitel beschäftigen sich ausführlicher mit der Steuerung (Kapitel 3.3.2.3) und Umsetzung von DreiFürEins (Kapitel 3.3.2.4). Die folgenden Unterkapitel widmen sich intensiver den förderlichen Faktoren und Gelingensbedingungen (Kapitel 3.3.2.5), den hinderlichen Faktoren und Herausforderungen (Kapitel 3.3.2.6), dem Umgang mit Herausforderungen (Kapitel 3.3.2.7) sowie den Wirkungen und Grenzen von DreiFürEins (Kapitel 3.3.2.8). Abschließend erfolgen eine Darstellung der Wünsche und Ideen (Kapitel 3.3.2.9) sowie Aussagen zu Verstetigung, Ausbau und flächendeckender Implementierung von DreiFürEins (Kapitel 3.3.2.10).

#### 3.3.2.1 Bedarfe, Erwartungen und Implementierung von DreiFürEins

Ziel dieses Unterkapitels ist es, die Beschreibungen und Bewertungen der Befragten auf der Steuerungsebene zur Ausgangslage und der Implementierung von DreiFürEins zu erfassen. Dabei wird auf 1. die Ausgangssituation und die Bedarfe für DreiFürEins, 2. die Darstellung der Erwartungen an DreiFürEins sowie 3. die Ergebnisse zur Entstehung, Konzipierung und Implementierung von DreiFürEins eingegangen.

##### 3.3.2.1.1 Ausgangssituation und Bedarfe

Die Befragten der Steuerungsebene thematisieren die Bedarfe für DreiFürEins überwiegend aus einer Beschreibung der Ausgangssituation der Hamburger Versorgungsstruktur. Sie heben dabei vor allem sechs Punkte hinsichtlich der Ausgangssituation und Bedarfe hervor (1. gestiegene Unterstützungsbedarfe, 2. Zugangsbarrieren zu Unterstützungsleistungen, 3. Versäulung von Leistungsbereichen, 4. fehlendes Wissen und Erfahrung mit Kooperation, 5. vorhandene Kooperationsstrukturen, 6. Besonderheiten als Stadtstaat):


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**1. Gestiegene Unterstützungsbedarfe der Kinder und Jugendlichen**: Viele Befragte auf der Steuerungsebene heben hohe und steigende Unterstützungsbedarfe der Kinder und Jugendlichen hervor: 1. eine Zunahme psychischer Erkrankungen und eine Verschiebung in jüngere Altersgruppen (Vor- und Grundschule), 2. eine Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht sowie 3. eine steigende Diversität und unterschiedlichere Bedarfslagen.

**2. Zugangsbarrieren zu Unterstützungsleistungen:** Gleichzeitig benennen viele Befragte Barrieren für Kinder, Jugendliche und Familien, um einen angemessenen Zugang zu Unterstützungsleistungen zu erhalten. Hierzu zählen: 1. ein hoher Aufwand und lange Wartezeiten für Therapieplätze, 2. sprachliche Barrieren, 3. Vorbehalte und Ängste gegenüber Jugendamt und KJPPP sowie 4. ein fehlendes Wissen über das Gesundheitssystem und die Unterstützungsangebote.

**3. Versäulung von Leistungsbereichen:** In vielen Interviews auf der Steuerungsebene wird zudem eine Versäulung von Leistungsbereichen konstatiert, d. h.: 1. eine fehlende regelhafte Kommunikation zwischen den Sektoren, 2. ein Nebeneinander statt Miteinander bei der Fallarbeit, 3. eine Kooperation nur in eskalierten Einzelfällen sowie 4. Doppelstrukturen, eine Ineffektivität und hohe Kosten von Leistungsbereichen. Das folgende Zitat steht exemplarisch für die Versäulung von Leistungsbereichen und Doppelstrukturen:

> „Weil wir halt nicht so arbeiten in Deutschland. […] Sondern wir arbeiten alle in unseren Silos, schließen danach die Tür, schicken den Betroffenen, oder das Kind und den Jugendlichen wieder ins nächste Silo. Und letztendlich haben wir Doppelausgaben, Doppelstrukturen. Wir verwirren die Leute komplett, teilweise ja auch mit widersprüchlichen Aussagen."

**4. Fehlendes Wissen und Erfahrung mit Kooperation:** Einige Befragte thematisieren außerdem fehlende Wissens- und Erfahrungsbestände als Ausgangssituation. Dies beziehen sie auf: 1. fehlende Kenntnisse über die anderen Sektoren (z. B. über Arbeitsprozesse, gesetzliche Grundlagen, professionsspezifische Haltung), 2. eine unzureichende Thematisierung von Kooperation im Studium (insbesondere Medizin, aber auch Psychologie und Pädagogik) sowie 3. fehlende Kenntnisse und Erfahrungen mit der sektorenübergreifenden Kooperation.

**5. Vorhandene Kooperationsstrukturen:** Ungeachtet des zuvor beschriebenen Mangels an Kooperationswissen und -erfahrung verweisen viele Befragte auch auf vorhandene Kooperationsstrukturen. Genannt werden: 1. vorhergehende, sektorenübergreifende Projekte und Austauschformate, 2. Erfahrungen einzelner Sektoren mit professionsübergreifender Kooperation (z. B. bestehende Kooperationsvereinbarungen, Leitlinien, gemeinsame Fallbesprechungen, Treffen und Fortbildungen) sowie 3. persönliche und enge Kontakte zwischen Sektoren (insbesondere auf Leitungsebene).

**6. Besonderheiten als Stadtstaat:** Einige Befragte betonen in den Interviews darüber hinaus Besonderheiten von Hamburg als Stadtstaat: 1. eine bestehende Kooperationskultur und enge Verbindungen der Schulen untereinander, 2. die Möglichkeit persönlicher Kontakte aufgrund der begrenzten Fläche, 3. geringere Auswirkungen des Fachkräftemangels („mehr Bewerbungen") sowie 4. eigene Verwaltungsstrukturen der Bezirke und lokale Unterschiede (hoher bürokratischer Aufwand).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.3.2.1.2 Erwartungen an DreiFürEins

Der Erwartungshorizont an DreiFürEins war sehr unterschiedlich. Er reichte von a) sehr hohen und vielfältigen Erwartungen, über b) eine anfängliche Skepsis und c) unterschiedliche Erwartungen an den Arbeitsaufwand bis d) zu geringen bzw. fehlenden Erwartungen:

***a) Hohe und vielfältige Erwartungen an DreiFürEins:*** Die Befragten verbanden mit DreiFürEins sehr hohe und vielfältige Erwartungen. Diese manifestieren sich in der Formulierung von unterschiedlichen Zielen, Wirkungen und Inhalten. Die Erwartungen der Befragten an DreiFürEins bezogen sich sehr oft auf 1. eine Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Familien (z. B. Erreichung schwer erreichbarer und „bildungsferner" Familien, Abbau von Zugangsbarrieren, Bereitstellung eines „Türöffners", schnellere therapeutische Versorgung) sowie 2. eine Zusammenführung der Sektoren (z. B. Herstellung von Synergien, Steigerung der Effektivität, Überwindung der Versäulung, Verbesserung der Kooperation). Einzelne Befragte hatten an DreiFürEins außerdem folgende Erwartungen: 3. eine Entlastung von Schulen und Lehrkräften, 4. den wissenschaftlichen Nachweis für den Erfolg der sektorenübergreifenden Kooperation und dadurch eine Ausweitung des Angebots, 5. eine Kostenreduktion durch eine frühzeitige Versorgung, 6. die Erhöhung des eigenen Prestiges als Vorreiter bei einer innovativen, sektorenübergreifenden Kooperation, 7. eine Verbesserung von Schulnoten und Verhindern von Schulabbrüchen sowie 8. eine Verbesserung der Gesundheit der Fachkräfte. Das folgende Zitat steht exemplarisch für vielfach geäußerte Erwartungen:

> „das heißt, wir haben die Erwartung gehabt, von Anfang an, dass wir diese Schwellenangst und dieses Hindernis, Schwelle in die Klinik, abbauen können. Die zweite Erwartung war, dass wir schneller in therapeutische Hilfe kommen. Also diese Wartezeiten verkürzen können. Und die dritte Erwartung war, dass die Kinder, die nie in therapeutische Settings kommen, […] die zum Teil aus bildungsfernen Elternhäusern kommen, aus Elternhäusern, die zum Teil selber in schwierigen Verhältnissen, in schwierigen Umgängen sich befinden und insgesamt auch als Familie Hilfe bräuchten, dass die dann auch überhaupt mal in Therapie kommen. Das waren so drei ganze große Erwartungshaltungen. Und die, die vierte war […], was die Elternhäuser angeht, das sind oft Elternhäuser, wo die Jugendämter ohnehin schon drin sind. Dass wir also dann gesagt haben, dann machen wir aus der Not eine Tugend und verbinden hier auch die Jugendhilfe, ReBBZ und die Kliniken enger miteinander, damit wir voneinander wissen und diese Zersplitterung und das nebeneinanderher Arbeiten aufhört. Das heißt, hier auch Synergien zu schaffen und voneinander zu wissen, um diese Synergien für das Kind nutzen zu können"

***b) Anfängliche Skepsis gegenüber DreiFürEins:*** Neben diesen positiven Erwartungen äußern einzelne Befragte in den Interviews auch eine anfängliche Skepsis gegenüber DreiFürEins. Sie befürchteten: 1. eine Hochschwelligkeit des Angebots (durch die umfangreiche Teilnahmeerklärung und die begleitende Evaluation), 2. die Vermischung von bewusst getrennten Schutzräumen (Schule und Therapie) sowie 3. einen zu kurzen Zeitraum der therapeutischen Unterstützung (von einem halben Jahr).

***c) Arbeitsaufwand für DreiFürEins unterschiedlich erwartet – Zwischen Belastung und Pragmatismus:*** Bezogen auf den Arbeitsaufwand divergieren die Erwartungen in den Interviews: Während einzelne Befragte anfänglich von DreiFürEins einen hohen Arbeitsaufwand erwarteten, rechneten einzelne andere Befragte mit einer unkomplizierten Umsetzung und einer geringen Komplexität des Projektes.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

***d) Geringe bzw. keinerlei Erwartungen an DreiFürEins:*** Gleichzeitig geben einige Befragte an, geringe bzw. keinerlei Erwartungen an DreiFürEins gehabt zu haben. Aus den Aussagen der Befragten lassen sich drei Erklärungen hierfür ableiten: 1. Ein Teil der Befragten begründet die nicht vorhandenen Erwartungen mit einer grundlegenden Offenheit und Neugier auf das Projekt und 2. ein weiterer Teil mit einer mangelnden Auseinandersetzung mit der Gestaltung der Kooperation vor Projektbeginn. 3. Ein anderer Teil der Befragten verweist auf vielfältige, bereits bestehende sektorenübergreifende Kooperationserfahrungen und hinterfragt die „Innovation“ von DreiFürEins.

#### 3.3.2.1.3 Entstehung, Konzipierung und Implementierung von DreiFürEins

Für die inhaltliche Prozessevaluation war von Interesse, wie die Akteur*innen auf der Steuerungsebene a) die Entstehung, b) die Konzipierung und c) die Implementierung von DreiFürEins wahrgenommen haben. Die Interviewaussagen der Befragten verweisen auf eine a) unterschiedlich erlebte Entstehungsgeschichte von DreiFürEins, b) Lob und Kritik für die Konzipierung von DreiFürEins sowie c) eine Implementierung von DreiFürEins über konkrete Arbeitsschritte und die Bewältigung von Herausforderungen.

***a) Unterschiedlich erlebte Entstehungsgeschichte von DreiFürEins**:* Einige Befragte befürworten rückblickend die grundlegende Idee von DreiFürEins und heben in den Interviews die Notwendigkeit und die Besonderheit des Projektes hervor („hat es so noch nie gegeben“). In einzelnen Interviews wird als Motivation ein politischer Wille angeführt, „auch für eine Zielgruppe etwas anzubieten, die so durchs Raster fällt“. Wie genau die Idee für DreiFürEins entstanden ist, wird dabei von jeweils einzelnen Befragten jedoch unterschiedlich beschrieben: 1. der Innovationsfonds habe sich an die Sozialbehörde gewendet und diese habe die BSB involviert, 2. die TK habe die Projektidee gehabt und sei auf die BSB zugegangen, 3. die Idee sei von der Schulbehörde und der Uni Oldenburg gekommen, diese hätten die KJPPP dazu geholt sowie 4. Sozialbehörde und Schulbehörde hätten die Grundidee entwickelt. Diese unterschiedlichen Aussagen verweisen ohne Zweifel auf eine unterschiedliche Involviertheit der Befragten in den Entstehungsprozess von DreiFürEins. Sie könnten aber auch als Hinweis auf 1. eine unzureichende Beteiligung bei der Entstehung von DreiFürEins, 2. eine fehlende, gemeinsam geteilte Vision von DreiFürEins sowie 3. ein Kommunikationsdefizit interpretiert werden. Zu berücksichtigen ist dabei zum einen die Komplexität der beteiligten Sektoren (Schule, Kinder- und Jugendhilfe und KJPPP) und zum anderen, dass die Konzeptentwicklung und Implementierung von DreiFürEins am Anfang der Coronazeit erfolgte und durch außergewöhnliche Rahmenbedingungen und Kontaktbarrieren beeinflusst worden ist.

***b) Lob und Kritik für die Konzipierung von DreiFürEins**:* Die Befragten der Steuerungsebene betonen in Bezug auf die Konzipierung von DreiFürEins sowohl Lob und Anerkennung als auch Herausforderungen und Kritikpunkte. Die positive Aussagen beziehen sich vor allem auf: 1. die Fokussierung auf ein gemeinsames Ziel (z. B. die Erfüllung bestehender Bedarfe) und ein großes Interesse der Beteiligten an DreiFürEins während der Planungsphase (z. B. „eine Herzensangelegenheit“), 2. eine hohe Zufriedenheit mit der Kooperation und der strukturierten Begleitung bei der Konzipierung durch die Konsortialführung (TK) und die Evaluator*innen (der Uni Oldenburg), 3. eine hilfreiche, gegenseitige Ergänzung und ein Lernen voneinander (z. B. Fachbegriffe, Arbeitsprozess, Perspektiven) sowie 4. eine inhaltlich unkomplizierte Projektentwicklung und eine hohe Zufriedenheit mit dem erstellen Konzept.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Gleichzeitig gehen viele Befragte in den Interviews auch auf Herausforderungen und Kritikpunkte bei der Konzipierung von DreiFürEins ein. Sie heben vor dem Hintergrund der praktischen Erfahrungen vor allem folgende fünf kritische Punkte hervor: 1. Fehleinschätzungen und „Stolpersteine“ durch unkonkrete Formulierungen und nicht bedachte Aspekte (z. B. zu offen formulierte Leistungsbeschreibung, unkonkrete Vorgaben zur Dokumentation, Fehlkalkulation der Fallzahlen), 2. unterschiedliche Voraussetzungen und mangelnde Kenntnisse der Sektoren übereinander (z. B. über Ressourcen und Arbeitsstrukturen), 3. unterschiedliche Verständnisse von Zielen und Zielgruppen sowie unterschiedliche Fachsprachen der Beteiligten, 4. wenig Zeit für die Antragstellung und gleichzeitig ein hoher Klärungsaufwand bei der Implementierung (z. B. wenig Zeit für die Antragstellung und damit das Kennenlernen der Beteiligten untereinander, später ein hoher Zeitaufwand für den Klärungsprozess und die Beantwortung vieler Fragen, Unklarheiten über Rollen und Verantwortlichkeiten im Projekt) sowie 5. eine fehlende Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe und der Umsetzungsebene bei der Konzipierung von DreiFürEins. In dem folgenden Zitat werden exemplarisch anfängliche Herausforderungen angesprochen:

> „Wir hatten furchtbar viele Diskussionen. Es gab große Probleme am Anfang. Wir haben nicht dieselbe Sprache gesprochen. Wir mussten uns erstmal einigen, wer hat auch den Hut auf, in welchen Strukturen bewegen wir uns, wie schaffen wir Strukturen, in denen wir kommunizieren, wie die Projektarbeit etabliert wird, wie sie kontrolliert wird, wie sie begleitet wird. Das war auch nicht immer konfliktfrei, das war sehr schwierig am Anfang. Wir haben es aber dann immer wieder geschafft, weil allen das Ziel sehr wertvoll schien und lohnenswert. Und das war die Hauptsache. […] Also das alles anzugleichen und für die Praxis runter zu brechen und händelbar zu machen, das war eine große Herausforderung.“

***c) Implementierung von DreiFürEins erfolgte über konkrete Arbeitsschritte und die Bewältigung von Herausforderungen****:* Die Aussagen der Befragten über die Implementierung von DreiFürEins umfassen einerseits Beschreibungen konkreter Arbeitsschritte und andererseits Aussagen zur Bewältigung anfänglicher Herausforderungen.

In ihren Beschreibungen über die konkreten Arbeitsschritte zur Implementierung von DreiFürEins nennen einige Befragte unter anderem folgende Punkte: 1. Informationsformate über DreiFürEins (E-Mail, digitale Auftaktveranstaltung, Kick-Off-Veranstaltung), 2. Vorgaben für die Kooperationsstruktur durch das Projektteam (Termine für Fallkonferenzen, Teamsitzungen und Lenkungsgruppe), 3. Einstellung von Personal (KJPPP), Bereitstellung von Koordination und zusätzliche Finanzierung von Stellenanteilen (ReBBZ), 4. Erstellung von Arbeitsplatzbeschreibungen und Etablierung von Kommunikationswegen sowie 5. verbindliche Fortbildungen und eine wöchentliche Sprechstunde für Mitarbeitende.

Gleichzeitig beschreiben viele Befragte die Implementierung und den Aufbau von Strukturen für DreiFürEins auch als herausfordernd. Dabei gehen sie vor allem auf folgende Punkte ein: 1. Schwierigkeiten bei der Einbindung des Jugendamtes (z. B. zu späte Beteiligung, fehlende Informiertheit, begrenzte Ressourcen), 2. viele organisatorische Fragen und einen hohen Klärungsbedarf (z. B. zu Räumen, Material, Technik, Dokumentation, Datenschutz), 3. die Corona-Pandemie mit Folgen für den Projektbeginn und das gegenseitige Kennenlernen (z. B. Verschiebung des Projektbeginns, Verlust von Ressourcen und Motivation, digitale statt persönliche Treffen), 4. Schwierigkeiten, die Zielgruppe zu erreichen (z. B. hochschwellige Einverständniserklärung, sprachliche Hürden, Vorbehalte gegenüber einem Datenaustausch mit dem Jugendamt), 5. ein hoher Aufwand die Kontroll-ReBBZ von einer Teilnahme zu


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

überzeugen (z. B. Sorge vor Mehrarbeit, Hinterfragen des Nutzens für die Kontroll-ReBBZ), 6. eine Diskrepanz zwischen konzeptionellen Vorgaben und praktischen Umsetzungsmöglichkeiten (z. B. Gefühl der Reglementierung vs. Mut etwas Neues auszuprobieren), 7. eine zeitaufwendige Bekanntmachung von DreiFürEins (z. B. fehlende Fortbildungen oder persönliche Projektvorstellung) sowie 8. eine fehlende „Erprobungszeit" vor Beginn der Versorgung auf Steuerungs- und Umsetzungsebene (z. B. für Prozesse, Strukturen, Rückmeldeschleifen, Anpassungen). Das folgende Zitat illustriert die vielen organisatorischen Fragen und den hohen Klärungsbedarf:

> „Und was musste alles vorbereitet werden, damit es überhaupt losgehen kann. […] Wo kommen die Tische her? Wo kommen die Räume her? Das hat auch […] zu Verwerfungen geführt, […] ‚Wieso sollen wir einen Therapieraum abgeben?' Wo kommen die Möbel her? Also wer bestellt die Möbel? Wer bestellt das Material? Wie wird das alles dokumentiert? Wie werden die Dokumentationssysteme, die gar nicht zusammenpassen, zusammengeführt? Was ist der Datenschutz? Wo ist das gar nicht möglich, weil der Datenschutz davor ist. Also ganz viele banale Fragen, die furchtbar viel Arbeit gemacht haben, uns manchmal auch zur Verzweiflung getrieben haben, weil wir manchmal auch gar nicht mehr weiterwussten. Aber letzten Endes, das ist alles gelöst worden und dann konnte es irgendwann losgehen."

#### 3.3.2.2 Rahmenbedingungen

Für das Gelingen von DreiFürEins sind die Rahmenbedingungen der sektorenübergreifenden Kooperation von besonderer Bedeutung. Die Befragten der Steuerungsebene wurden daher in den Interviews unter anderem nach personellen (Kapitel 3.3.2.2.1), organisatorischen (Kapitel 3.3.2.2.2), kooperativen (Kapitel 3.3.2.2.3), datenschutzrechtlichen (Kapitel 3.3.2.2.4) und unterstützungsbezogenen (Kapitel 3.3.2.2.5) Rahmenbedingungen befragt. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

##### 3.3.2.2.1 Personelle Rahmenbedingungen

Die Befragten gehen in den Interviews auf a) Unterschiede in der personellen Ausstattung der beteiligten Sektoren und b) Herausforderungen bei den personellen Rahmenbedingungen (z. B. Personalfluktuation, hoher Aufwand für Projekt) ein:

***a) Unterschiede in der personellen Ausstattung der beteiligten Sektoren**:* Über den Innovationsfonds wurden in DreiFürEins Personalstellen für KJPPP-Therapeut*innen in den ReBBZ finanziert, was einzelne Befragte als „größte Ressource" einschätzen. Darüber hinaus beschreiben einzelne Befragte, dass in den ReBBZ Stellenanteile für die Koordination von DreiFürEins zur Verfügung gestellt und durch die BSB zusätzlich finanziert worden sind. Einige Befragte verweisen zudem darauf, dass die Jugendämter keine personellen Ressourcen für DreiFürEins erhalten haben. Die Jugendämter hätten deshalb jeweils unterschiedliche Lösungen für die Beteiligung an DreiFürEins entwickeln müssen (z. B. Einbezug von Netzwerker*innen).

***b) Herausforderungen bei den personellen Rahmenbedingungen**:* In den Interviews mit der Steuerungsebene werden zahlreiche Herausforderungen bei den personellen Rahmenbedingungen angesprochen. 1. Viele Befragte problematisieren eine hohe Personalfluktuation (vor allem auf Umsetzungs-, aber auch auf Steuerungsebene) sowie eine damit verbundene fehlende Konstanz in der Kooperation und zeitliche Verzögerungen von Abläufen (z. B. erneute


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Einarbeitung). 2. Zudem geben viele Befragte begrenzte personelle Ressourcen und einen hohen, zusätzlichen zeitlichen Aufwand für DreiFürEins an (z. B. für die Datenerhebung, Kooperation, Fortbildungen). Vereinzelt werden darüber hinaus 3. eine fehlende Einplanung von Verwaltungskräften und Kosten für Dolmetscher*innen, 4. Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung (vor allem in der KJPPP) sowie 5. interne personelle Veränderungen einzelner Sektoren (hohe Belastung, fehlende Stabilität) von den Befragten angesprochen. Das folgende Zitat illustriert exemplarisch die hohe Personalfluktuation:

> „In der Umsetzungsphase, also damit meine ich jetzt schon tatsächlich Versorgung und Kooperation, war für mich mühsam. Und da habe ich auch gemerkt, ich komme so ein bisschen mit meiner Energie ins Stocken, als es enorm viele Wechsel gab überall und alle Leute, mit denen angefangen wurde, das Konzept zu planen, quasi weg waren, und ich […] dachte: ‚Ich kenne überhaupt niemand mehr. Wo sind denn alle die, die, mit denen wir geplant haben?' Den Teil fand ich schon auch anstrengend."

#### 3.3.2.2.2 Organisatorische Rahmenbedingungen

Die Akteur*innen auf der Steuerungsebene thematisieren in den Interviews die organisatorischen Rahmenbedingungen von DreiFürEins vor allem im Zusammenhang mit a) der Evaluation und b) der Dokumentation:

**a) Sinnvolle Evaluation, aber Hochschwelligkeit und hoher Aufwand**: Einige Befragte heben die Evaluation von DreiFürEins als sinnvolles Reflexionsinstrument, wichtiges Qualitätsmerkmal und Voraussetzung für eine Verstetigung von DreiFürEins hervor. Betont wird zudem die Expertise und das hohe Engagement der Evaluator*innen (z. B. Begleitung von Prozessen, Entwicklung von Strukturen, Angebot von Workshops). Gleichzeitig verweisen Befragte auch auf Schwierigkeiten und Probleme mit der Evaluation und heben vor allem folgende vier Punkte hervor: 1. eine Hochschwelligkeit der Datenerhebung für die Familien (z. B. hoher Umfang, sprachliche Hürden, Vorbehalte gegenüber Datenerhebung), 2. einen hohen Zeit- und Arbeitsaufwand für die Fachkräfte, 3. einen hohen Druck die vorab kalkulierten Fallzahlen zu erreichen (z. B. Überschätzung des Bedarfs) sowie 4. ein zum Teil wenig geeignetes digitales Erhebungstool (SecuTrial). In dem folgenden Zitat wird der hohe Zeit- und Arbeitsaufwand sowie die Hochschwelligkeit der Datenerhebung für die Familien problematisiert:

> „Ich finde, jetzt im Rahmen von DreiFürEins im Projekt, finde ich es tatsächlich zu groß, den quantitativen Teil. Ich bin aber nicht diejenige, die die Evaluation macht […]. Mit dem Blick als Umsetzende und auch auf der Steuerungsebene denke ich, dass das Projekt davon profitiert hätte, wenn es eine schlankere Art von Evaluation gegeben hätte. […] Auch wenn es um Interventionsforschung geht, dass man dann eben die primären Zielkriterien sehr reduziert oder wenn man merkt, dass diese Zielgruppe eben schwer erreichbar ist, da dann mittendrin nochmal reduziert, ist es einfach eine sehr hohe Fallzahl gewesen. Auch hier bin ich nicht in dem Prozess der Stichprobenkalkulation mit drin gewesen […] Aber eben auf der Umsetzungsebene war das sicherlich etwas, was viel Kraft und Kapazitäten und Ressourcen und auch Stimmung gekostet hat, weil die Kollegen tatsächlich sehr, sehr, sehr viel investieren in die Evaluation."

**b) wichtige und Sicherheit bietende Dokumentation, aber mit starken Reglementierungen und Einschränkungen**: Die Dokumentation der Zusammenarbeit (z. B. Protokollierung von Fallbesprechungen, Aufgabenverteilung) wird von einzelnen Befragten als wichtige, Sicherheit


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

schaffende Strukturierung geschätzt. Gleichzeitig bemängeln einzelne Befragte: 1. die Zusammenführung der unterschiedlichen Dokumentationssysteme als Herausforderung, 2. die starke Reglementierung durch Dokumentations- und Protokollvorgaben, 3. die datenschutzrechtlichen Beschränkungen bei den Protokollen der Fallbesprechungen (mit der Folge, dass jeweils individuelle Protokolle geführt werden mussten) sowie 4. die fehlenden Details und begrenzte Nachvollziehbarkeit von Fallberichten (z. B. Anteile und Ziele der einzelnen Sektoren, Schule und Kinder- und Jugendhilfe nicht enthalten).

#### 3.3.2.2.3 Kooperative Rahmenbedingungen

Die Aussagen der Befragten zu den kooperativen Rahmenbedingungen von DreiFürEins beziehen sich auf a) die gelungene Kooperationsstruktur auf der Umsetzungsebene (v. a. multiprofessionelle Fallkonferenzen, regionale Kernteams) und b) die vielfältige und überwiegend hilfreiche Kooperationsstruktur auf der Steuerungsebene (z. B. Konsortialtreffen, NVF-Lenkungsgruppe, Projektteam der BSB, sektoreninterne Austauschtreffen, informelle Austauschformen und Kommunikationswege).

***a) Gelungene Kooperationsstrukturen auf der Umsetzungsebene**:* Viele Befragte honorieren in den Interviews die vorgegebenen Kooperationsstrukturen auf der Umsetzungsebene mit feststehenden wöchentlichen Terminen für 1. die multiprofessionellen Fallkonferenzen und 2. die regionalen Kernteams. Beide Kooperationsgremien waren ein wichtiger und offensichtlich hilfreicher Bestandteil von DreiFürEins. Die Befragten schätzen insbesondere die Verbindlichkeit, den klaren Ablauf, den hilfreichen Austausch unter den Fachkräften sowie die Reduktion des Arbeitsaufwands für die Terminkoordination.

***b) Vielfältige und überwiegend hilfreiche Kooperationsstrukturen auf der Steuerungsebene**:* Auf der Steuerungsebene erwähnen die Befragten eine Vielzahl an Kooperationsgremien und -ebenen, u. a. die Konsortialtreffen, die NVF-Lenkungsgruppe, das Projektteam der BSB, die sektoreninternen Austauschtreffen innerhalb der BSB, zwischen Jugendamtsleitungen, zwischen den Kliniken sowie informelle Austauschformen und Kommunikationswege etc.:

1. Erwähnt wird das (temporär wöchentlich stattfindende) Konsortialtreffen unter Leitung der TK, an dem das gesamte DreiFürEins-Konsortium teilgenommen habe (z. B. Krankenkassen, BSB, Sozialbehörde, KJPPP, Universitäten). Im Projektverlauf wurden sowohl der Turnus als auch der Teilnehmerkreis des Konsortialtreffens bedarfsgerecht angepasst (z. B. sporadische Teilnahme von Leitungskräften aus den Jugendämtern). Dieses Format wird von einigen Befragten insbesondere aufgrund der regelmäßigen Absprachen, der verbindlichen Beteiligung und der gemeinsamen Projektsteuerung sehr geschätzt. Das folgende Zitat steht exemplarisch für die Wertschätzung der regelmäßigen, verbindlichen Treffen:

> „Was sich auf jeden Fall als sehr gewinnbringend erwiesen hat, ist die regelhafte, sehr häufige Videokonferenz. Das ist nicht üblich, dass man sich wöchentlich, oder mehr oder weniger wöchentlich, aber standardmäßig eigentlich wöchentlich, im Gesamtkonsortium trifft. Also das hilft schon sehr, zum einen die Vielzahl der Partner zum gleichen Zeitpunkt zusammenzubringen. Weil das bei allen mittlerweile ein gesetzter Termin ist. Natürlich fehlen mal einzelne, aber man kann eigentlich schon sagen, spätestens in zwei Wochen erreicht man immer einen der Partner, die man erreichen will. Das hat sich auf jeden Fall als sehr gewinnbringend, hilfreich erwiesen, weil man keine einzelnen Terminvereinbarungen machen muss, wenn man mit allen sprechen will. Das Intervall hilft, weil es sehr, sehr


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> kurzfristig ist. Und gerade so diese Koordinationsaufgabe, alle beteiligten Partner zusammenzubringen, ist einfach superschwer sonst. Also, ja, Regelhaftigkeit und kurze Intervalle von festen Besprechungsterminen, die dann auch relativ zuverlässig von allen wahrgenommen werden, ist etwas, was extrem hilfreich war und ist."

2. Einige Befragte benennen zudem die (ca. vierteljährlich stattfindende) NVF-Lenkungsgruppe, an welcher Leitungskräfte aus KJPPP, ReBBZ und Jugendamt sowie (z. T. sporadisch) weitere Akteur*innen aus BSB, Sozialbehörde, Konsortialführung und Universität Oldenburg beteiligt gewesen seien. Die Befragten honorieren daran vor allem die Möglichkeit, projektbezogene Fragen auf einer Metaebene zu klären und durch den Austausch das Verständnis füreinander zu erhöhen. 3. Einzelne Befragte der BSB führen außerdem das Projektteam der BSB als relevant für die Umsetzungsebene an, da es Kooperationsstrukturen auf der Umsetzungsebene der ReBBZ gefördert habe (Selbsteinschätzung). 4. Darüber hinaus erwähnen einige Befragte in den Interviews sektoreninterne Austauschtreffen, wie die Projektgruppe aus mehreren ReBBZ, den Austausch der Jugendamts-, Abteilungs- bzw. Fachbereichsleitungen untereinander sowie den Austausch der Krankenkassen untereinander. 5. In einigen Interviews werden zudem weitere Kooperationsformate erwähnt, wie „diverse andere Austauschformate", „diese Steuerungsgruppen", „Projekttreffen" und „verschiedene Arbeitskreise". 6. Darüber nennen einige Befragte informelle Absprachen und eine bilaterale Kommunikation zwischen den Akteur*innen auf der Steuerungsebene, um Einzelfragen zu klären oder „große Sitzungen" vorzubereiten. Zusammenfassend betrachtet hat es in DreiFürEins auf der Steuerungsebene a) regelmäßige, sektorenübergreifende Kooperationsgremien auf (z. B. Konsortialtreffen, NVF-Lenkungsgruppe), b) regelmäßige sektorenbezogene Kooperationsgremien (z. B. Projektgruppen, Austauschformate innerhalb der Sektoren) sowie c) informelle, anlassbezogene Kooperationsstrukturen (z. B. für die bilaterale Kommunikation) gegeben. Diese Kooperationsstrukturen werden als nützlich ein- und wertgeschätzt.

Auch wenn der Nutzen der Kooperationsgremien an vielen Stellen betont wird, kritisieren einzelne Befragte auf der Steuerungsebene auch den hohen zeitlichen und inhaltlichen Aufwand für die Kooperation und Koordination (z. B. Vor- und Nachbereitung der Gremien, Aufgabenverteilung, Treffen von Absprachen). Vor allem die anfänglich weniger eingebundenen Akteur*innen aus dem Jugendamt hinterfragen in den Interviews zum Teil a) die Anzahl und Termindichte der Gremien sowie b) die Notwendigkeit der eigenen Teilnahme an den Gremien. Die Kritik einer befragten Person aus dem Jugendamt illustriert das folgende Zitat:

> „das fand ich auch am Anfang ziemlich holprig und auch nicht so ganz klar, ob das wirklich so viele Treffen geben muss? Es gab so viele Ebenen und da erst mal durchzusteigen, war auch eine Herausforderung. […] Aber teilweise in der Ebene, wo ich unterwegs war, […] hatte ich den Eindruck, dass wir als Jugendhilfe da auch nicht so viel zu beitragen konnten, sage ich mal so. […] Wir hatten da oftmals nicht so viel Platz, sage ich mal. Das war wirklich dann so ein bisschen fraglich, ob diese Termine auch in der Taktung so häufig da sein mussten. […] Das war echt ein ganz schön hoher / hohe Schlagzahl an Treffen. Man hatte den Eindruck, man spricht mehr über die Struktur als über Inhalte. Die Inhalte waren wirklich dann eher auf der operationalen Ebene, denke ich. Und das war manchmal ein bisschen zu abgehoben vielleicht dann."


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.3.2.2.4 Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen

DreiFürEins zeichnete sich in den Projektzielen und der Projektstruktur durch eine enge Kooperation der drei Sektoren KJPPP, Schule und Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt) aus. Für die Absicherung aller Beteiligten und die Versorgung in DreiFürEins wurden im Projekt a) Einwilligungserklärungen, b) Datenschutzerklärungen und c) Schweigepflichtentbindungen der Sorgeberechtigten gegenüber den Fachkräften im anderen System entwickelt und konsequent eingesetzt. Auf diese Weise wurde eine umfassende Aufklärung und Einwilligung der Kinder, Jugendlichen und Sorgeberechtigten, eine Freiwilligkeit der Teilnahme in DreiFürEins, eine Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben sowie ein tragfähiger Datenaustausch sichergestellt. Die Aussagen der Befragten Akteur*innen auf der Steuerungsebene deuten auf eine Wertschätzung der datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen in DreiFürEins und gleichzeitig auf Schwierigkeiten und Vorbehalte in der Handlungspraxis hin.

***a) Wertschätzung des datenschutzrechtlich abgesicherten Austauschs zwischen den Sektoren und zu einzelnen Fällen:*** Einzelne Befragte auf der Steuerungsebene honorieren in den Interviews explizit 1. die Ermöglichung und Vereinfachung des (fallbezogenen) Austauschs zwischen den beteiligten Sektoren sowie 2. die rechtliche Absicherung von Fallbesprechungen durch die Schweigepflichtsentbindung (und Datenschutzerklärung).

***b) Handlungspraktische Schwierigkeiten und Vorbehalte bei der Umsetzung der datenschutzrechtlichen Vorgaben:*** Gleichzeitig weisen viele Befragte auch auf Schwierigkeiten und Vorbehalte bei der Umsetzung der datenschutzrechtlichen Vorgaben hin. Diese beziehen sich insbesondere auf 1. einen hohen Zeitaufwand für die Klärung datenschutzrechtlicher Fragen und deren Umsetzung in DreiFürEins, vor allem zu Projektbeginn (z. B. Zeitpunkt der Unterschriften, Zuständigkeiten, Datenfluss), 2. unterschiedliche rechtliche Vorgaben der Sektoren und technische Schwierigkeiten (z. B. fehlende Passung von Computersystemen, unterschiedliche Zugänge und nutzbare Programme), 3. eine erforderliche Sensibilität gegenüber therapeutischen Inhalten (z. B. Balance von Schutz der Familien und Nutzen für die Kooperation) sowie 4. Vorbehalte von Eltern gegenüber dem sektorenübergreifenden Datenaustausch (z. B. Information des Jugendamtes). In dem folgenden Zitat werden die Anfangsschwierigkeiten bei der Datenweitergabe anhand der Einverständniserklärungen thematisiert:

> „Ja, dann gibt es immer wieder das Thema Datenschutz, was sehr schwierig ist, zum Teil zu händeln. Weil, da es unterschiedliche rechtliche Vorgaben gibt, und Formulare, die entwickelt werden, wo die Eltern dann ihr Einverständnis geben für Datenweitergabe, müssen irgendwie juristisch abgesegnet werden, und es ist auch immer aufwendig da, sich darüber zu verständigen. Wie kann das denn eigentlich aussehen, und dazu braucht man auch Juristen?“

#### 3.3.2.2.5 Unterstützungsbezogene Rahmenbedingungen

Unterstützungsbezogene Rahmenbedingungen für die Umsetzungsebene wurden in den Interviews mit der Steuerungsebene eher am Rande thematisiert. Die Aussagen lassen sich drei Angebotsformen zuordnen: a) Supervision, b) Fortbildung und c) Informationsmaterialien und Arbeitshilfen:

***a) Hohe Bedeutung von Supervision, aber späte Umsetzung****:* Einzelne Befragte betonen in den Interviews die Relevanz von Supervision in DreiFürEins zur Reflexion der Teamdynamik


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

und zur Entlastung bei herausfordernden Fällen. Vereinzelt bezeichnen Befragte die sporadische Teilnahme von Oberärzt*innen an regionalen Kernteams als „Fachsupervision“ und bewerten diese als hilfreich zur Klärung konkreter Fragestellungen. Gleichzeitig bemängeln Befragte, dass das in DreiFürEins konzeptionell vorgesehene Supervisions-Angebot zu spät umgesetzt worden sei. Das folgende Zitat illustriert die späte Umsetzung und zugleich die Sinnhaftigkeit von Supervision für Teamprozesse:

> „Mir fällt noch ein, […] die Supervision. Das war auch was auf der operativen Ebene sehr schlecht funktioniert hat. Das war zugesagt, schon ziemlich zu Beginn. Und wir haben es jetzt in den letzten Zügen bekommen. Das habe ich auch nie verstanden, warum das eigentlich so schwierig war, das auf die Beine zu stellen. Aber gut, ich finde, das ist eine Gelingensbedingung, dass das Team die Gelegenheit hat, sich supervidieren zu lassen. In welchen Kontexten auch immer, es könnte ein bisschen übergreifender sein, glaube ich fast, aber, genau. […] Aber für Teamprozesse, würde ich denken, ist das eine wichtige Sache.“

***b) Gute Resonanz auf Fortbildungsangebote, aber noch mehr Bedarf**:* Einzelne Befragte erwähnen in den Interviews verbindliche Fortbildungen für Fachkräfte in DreiFürEins als positiv, ohne jedoch deren Inhalte im Detail auszuführen. Diese Fortbildungen seien den Befragten zufolge sehr gut angenommen worden, wurden demnach allerdings zu selten und überwiegend zu Beginn von DreiFürEins angeboten.

***c) Hilfreiche Informationsmaterialien und Arbeitshilfen, aber hoher Aufwand für die Erstellung:*** In einigen Interviews werden darüber hinaus diverse Informationsmaterialien und Arbeitshilfen angesprochen, die im Rahmen von DreiFürEins für die Umsetzungsebene entwickelt worden sind. Die Befragten nennen unter anderem 1. Handouts und Diagramme zu Kommunikationswegen, 2. die Arbeitsplatzbeschreibungen, 3. das Handbuch zur Umsetzung von DreiFürEins, 4. den Newsletter mit aktuellen Informationen sowie 5. den Ordner mit Übersetzungshilfen für Schweigepflichtentbindungen. Die Befragten betonen die Relevanz und Nützlichkeit der (einheitlichen) Informationsmaterialien und Arbeitshilfen für alle Mitarbeitenden, problematisieren jedoch gleichzeitig den hohen Aufwand für deren Erstellung.

#### 3.3.2.3 Steuerung

Für die Evaluation war von besonderem Interesse, wie die Steuerungsakteur*innen die Steuerung in DreiFürEins selbst wahrgenommen hat. Die Aussagen der Befragten auf der Steuerungsebene lassen sich fünf Themenbereichen zuordnen: a) Gesamtsteuerung und -koordination von DreiFürEins, b) Steuerung des Informations- und Entscheidungstransfers in DreiFürEins von der Steuerungs- zur Umsetzungsebene, c) notwendige Nachsteuerung von Arbeitsprozessen zur erfolgreichen Umsetzung von DreiFürEins, d) vielfältige Austausch- und Beteiligungsangebote der Steuerungsebene mit und für die Umsetzungsebene sowie e) Mitarbeiterführung auf Umsetzungsebene.

***a) Gesamtsteuerung und -koordination von DreiFürEins über zentrale Ansprechpartner*innen, Gremien und Koordinationsstellen**:* Einige Befragte betonen die Relevanz einer zentralen Koordination und Steuerung für den Erfolg von DreiFürEins. Sie heben auf der Basis der Projekterfahrungen insbesondere 1. eindeutige, für Koordination zuständige Ansprechpersonen auf unterschiedlichen Ebenen (bei den beteiligten Behörden und innerhalb der Sektoren), 2. die projektübergreifenden Steuerungsgremien zur Klärung inhaltlicher Fragen mit einem „übergeordneten Blick“ (Projektleitung und NVF-Lenkungsgruppe) sowie 3. die Einrichtung


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

von Koordinationsstellen in den ReBBZ als sehr hilfreich hervor. Einzelne Befragte – überwiegend der BSB – nennen ferner 1. die Konsortialführung der TK, 2. die Projektleitung der BSB, 3. die ReBBZ sowie 4. die Evaluator*innen der Uni Oldenburg als zentrale Steuerungsakteur*innen (zur Rolle von Konsortialführung und BSB in DreiFürEins siehe Kapitel 3.3.2.4.2).

***b) Steuerung des Informations- und Entscheidungstransfers in DreiFürEins von der Steuerungs- zur Umsetzungsebene:*** In einigen Interviews betonen Befragte auf der Steuerungsebene die Notwendigkeit eines systematischen Transfers von Informationen und Entscheidungen der Steuerungsebene auf die Umsetzungsebene für eine erfolgreiche Umsetzung von DreiFürEins. Dabei geht es letztlich um Strategien, Verfahren und Regeln zur Sammlung, Priorisierung, Weitergabe, Verarbeitung und Umsetzung von Informationen und Entscheidungen in DreiFürEins. Positiv hervorgehoben werden in diesem Zusammenhang von den Befragten vor allem 1. die Einführung komplexer Kommunikationsstrukturen in DreiFürEins (vgl. Kapitel 3.3.2.2.3) und 2. die Bereitstellung von Unterstützungsangeboten für die Umsetzungsebene in DreiFürEins (vgl. Kapitel 3.3.2.2.5). Einige Befragte heben diesbezüglich außerdem Vorerfahrungen auf der Umsetzungsebene und berufliche Bezüge zum Thema von DreiFürEins als hilfreich hervor. Gleichzeitig problematisieren viele Befragte auf der Steuerungsebene selbstkritisch: 1. begrenzte Detailkenntnisse der Steuerungsebene (z. B. der Krankenkassen) von Arbeitsprozessen auf der Umsetzungsebene, 2. mitunter „Top-Down-Prozesse“ und Kommunikationsschwierigkeiten, 3. eine mitunter mangelnde bzw. zu späte Beteiligung der Umsetzungsebene (z. B. der Jugendämter) an Projektentscheidungen, 4. eine Asymmetrie in der Weitergabe von Informationen, wobei oftmals die ReBBZ früh informiert waren, sowie 5. eine begrenzte Steuerungs- und Veränderungsmöglichkeit von Arbeitsprozessen aufgrund einer hohen Autonomie der beteiligten Sektoren.

***c) Notwendige Nachsteuerung von Arbeitsprozessen zur erfolgreichen Umsetzung von DreiFürEins, vor allem im Fallmanagement und der Beteiligung der Umsetzungsebene:*** In vielen Interviews beschreiben Befragte darüber hinaus die Notwendigkeit zur Nachsteuerung von Arbeitsprozessen und letztlich ein erfolgreiches Nachsteuern in DreiFürEins. Hierzu zählen insbesondere 1. vorgenommene Veränderungen beim Fallmanagement (z. B. die Reduktion der Fallzahlen, der spätere Zeitpunkt der Schweigepflichtsentbindung, die Anpassung von Zielgruppen und Ausschlusskriterien) sowie 2. die Beteiligung und Information der Umsetzungsebene bei Schwierigkeiten im Projekterlauf (z. B. nachträgliche Erläuterungen, Aufarbeitung von Irritationen, Krisen- und Sondersitzungen, Organisation von Teamtagen). Vereinzelt weisen Befragte selbstkritisch darauf hin, dass diese Nachsteuerung unter anderem aufgrund der unzureichenden Detailkenntnisse der Steuerungsebene über die Praxis erforderlich gewesen sei. Berücksichtigt werden muss hier jedoch, dass die Nachsteuerung von Prozessen ein üblicher Bestandteil von Projekt- und Organisationsentwicklung ist.

***d) Vielfältige Austausch- und Beteiligungsangebote der Steuerungsebene mit und für die Umsetzungsebene, aber personenabhängig:*** Viele Befragte der Steuerungsebene benennen in den Interviews – neben den allgemeinen Unterstützungsangeboten für die Umsetzungsebene (Supervision, Fortbildung sowie Informationsmaterialien und Arbeitshilfen) – vielfältige Austausch- und Beteiligungsangebote der Steuerungsebene mit und für die Umsetzungsebene in DreiFürEins. Hierzu gehören Austausch- und Beteiligungsangebote: 1. zu Projektbeginn (z. B. regelmäßige Einladung von ReBBZ-Leitungskräften zu Projektbeginn), 2. während des Projektverlaufes (z. B. wöchentliche, offene Sprechstunde der BSB-Projektleitung mit den Koordinator*innen zur Klärung von Fragen zu DreiFürEins, regelmäßiger Austausch zwischen der


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Projektleitung der Sozialbehörde mit den Fachbereichsleitungen der Jugendämter zu Fragen der Ressourcen, Arbeitsaufgaben und Gremien, regelmäßige Visiten), 3. in Krisensituationen und besonderen Situationen (z. B. Krisen- und Sondersitzungen mit ReBBZ- und Jugendamtsleitungen zu aktuellen Themen, z. B. Screening-Verfahren) sowie 4. sonstige, sektoreninterne Formate (z. B. Teilnahme an Fallbesprechungen, DreiFürEins als Tagesordnungspunkt von internen Sitzungen, Austausch zwischen Leitungskräften). Anhand der Aussagen einzelner Befragter deutet sich zum einen die Gewährung einer hohen Autonomie für die Fachkräfte auf der Umsetzungsebene (Gestaltungsspielräume) und zum anderen eine unterschiedliche Beteiligung, Unterstützung und Steuerung der Umsetzungsebene durch die Steuerungsakteur*innen an.

***e) Mitarbeiterführung durch Leitungskräfte auf der Umsetzungsebene**:* Viele Befragte gehen in Zusammenhang mit dem Thema Steuerung auch auf die Mitarbeiterführung durch Leitungskräfte auf der Umsetzungsebene ein (z. B. Abteilungs-, Fachbereichs- und Gesamtleitungen aus Klinik-, ReBBZ- und ASD). Befragte honorieren dabei das besondere Engagement, die Arbeitsweise und die interne Kommunikation von Leitungskräften auf der Umsetzungsebene, die vielfältige Aufgaben in DreiFürEins übernommen haben. Hierzu gehören beispielsweise 1. das Treffen von Entscheidungen, 2. die Vermittlung von Kenntnissen über die anderen Sektoren und Professionen, 3. die Rollenklärung zwischen den Professionen und Akteur*innen, 4. die Gewährleistung einer Kooperation auf Augenhöhe, 5. die Förderung der Motivation der Fachkräfte sowie 6. die Abwägung von Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten. Gleichzeitig problematisieren Befragte 1. einen hohen Zeitaufwand für die Leitungskräfte auf der Umsetzungsebene, um DreiFürEins in den eigenen Strukturen bekannt zu machen, 2. einen hohen Aufwand für die Leitungskräfte auf der Umsetzungsebene, um Fachkräfte vom Nutzen der sektorenübergreifenden Kooperation zu überzeugen und sie zu einer Beteiligung an DreiFürEins zu motivieren, 3. die hohen Belastungen der Fachkräfte, die Projektziele und -vorgaben zu erfüllen, 4. Unsicherheiten bei den Fachkräften, inwiefern (bestehende) Gestaltungsspielräume in DreiFürEins genutzt werden können sowie 5. die Unterschiede im persönlichen Engagement der Leitungs- und Fachkräfte und in der Belastung der Sektoren (z. B. unterschiedliche Belastung je nach Anzahl der Mitarbeitenden).

Das folgende Zitat illustriert exemplarisch Reflexionen der Steuerungsebene a) zur frühzeitigen Beteiligung der Umsetzungsebene bei der Projektplanung sowie b) zur erforderlichen Nachsteuerung im Projektverlauf. Zu berücksichtigen ist, dass die beteiligten Antragsteller*innen in DreiFürEins praktische Erfahrungen auf der Umsetzungsebene hatten und Konkretisierungsbedarfe von geförderten Anträgen üblicher Bestandteil von Projekt- und Organisationsentwicklungsprozessen sind:

> „Vielleicht hätten wir mehr am Anfang schon die Kollegen, die Umsetzungsebene einbeziehen sollen. Also das Ganze, der ganze Antrag ist ja sozusagen auf Leitungsebene geschrieben worden. Und ich glaube, wir hätten am Anfang eher nochmal gucken müssen, wie kriegen wir die Umsetzungsebene nochmal besser mit hinein, ohne dass es so einen Top-Down gibt. Also ihr macht das jetzt so, und ihr macht das jetzt so. Weil wir haben dann ja wirklich eine ganze Menge nachgesteuert. Und Nachsteuerungsprozesse sind immer dann entstanden, wenn die Umsetzungsebene gesagt hat: ‚Pass mal auf, das ist nicht so klug. Aber mache das doch lieber so.' […] Also ich glaube, [Organisation 1] hat praktisch noch nie [Organisation 2] von innen gesehen oder war mal in so einer Fallbesprechung drin oder so. Und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

das ist ja immer schwierig, Dinge zu verstehen, wenn man sie eigentlich nur vom Bild kennt.“

### 3.3.2.4 Umsetzung

Das folgende Kapitel erläutert die Beschreibungen und Bewertungen der Steuerungsebene zur Umsetzung von DreiFürEins. Eingegangen wird auf 1. die Fallsteuerung und Versorgung (Kapitel 3.3.2.4.1), 2. die Rollen und Aufgaben (Kapitel 3.3.2.4.2), 3. die Hierarchien (Kapitel 3.3.2.4.3) sowie 4. die Bewertung der Kooperation (Kapitel 3.3.2.4.4). Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass a) die konkrete Umsetzung nicht im Fokus der Interviews mit der Steuerungsebene stand und b) viele Befragte der Steuerungsebene in den Interviews übereinstimmend dazu auf einen begrenzten Einblick in die konkrete Umsetzung von DreiFür-Eins verweisen (siehe Kapitel 3.3.2.3). Aus den Aussagen der Befragten gehen dennoch wichtige Beschreibungen und Bewertungen zur Umsetzung in DreiFürEins hervor, die Schlussfolgerungen zur Umsetzung ermöglichen. Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse beruhen dabei zum Teil auf den Aussagen lediglich einzelner Befragter. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse einschränkend zu berücksichtigen.

Fallsteuerung und Versorgung in DreiFürEins

Zur Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit multimodalem Versorgungsbedarf und der Versorgung der Kinder und Jugendlichen wurden in DreiFürEins Ein- und Ausschlusskriterien für DreiFürEins festgelegt und im Projektverlauf präzisiert sowie ein Ablaufschema vom Fallzugang bis zur Anschlussversorgung entwickelt (Fallmanagement). Die Befragten der Steuerungsebene gehen vor diesem Hintergrund hinsichtlich der Fallsteuerung und Versorgung in den Interviews auf a) den Zugang und die Einsteuerung von Fällen, b) das Screening der Fälle und die Einschluss- und Ausschlusskriterien, c) die Versorgung und Fallarbeit, d) die Fallzuständigkeit des Jugendamtes sowie e) den Fallabschluss und die Anschlussversorgung ein. Dies soll im Folgenden erläutert werden.

***a) Zugang und Einsteuerung von Fällen**:* Einige Befragte beschreiben, dass der Zugang und die Einsteuerung von Fällen in DreiFürEins überwiegend über die Schulen erfolgt sei. Damit wäre prinzipiell ein niedrigschwelliger Zugang an einem alltäglichen Lebensort zu Kindern und Jugendlichen ermöglicht worden. Viele Befragte problematisieren in diesem Zusammenhang jedoch auch 1. eine Hochschwelligkeit des Zugangs für bestimmte Familien (z. B. sprachliche Hürden, Notwendigkeit der Schweigepflichtsentbindung, hoher zeitlicher Aufwand). Einzelne Befragte bemängeln zudem 2. eine ungleiche Einsteuerung von Fällen durch die Sektoren (nur vereinzelt über KJPPP oder Kinder- und Jugendhilfe), 3. eine Vermischung des schulischen und des therapeutischen Settings (mögliche Hürde für Familien) sowie 4. eine nur begrenzte Auskunftsfähigkeit der Schulen über psychotherapeutische Detailfragen, obwohl die Schulen erste Ansprechpartner*innen für DreiFürEins waren.

***b) Screening der Fälle und die Einschluss- und Ausschlusskriterien:*** Zum Screening der Kinder und Jugendlichen und zu den Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien gibt es zwischen den Befragten kein einheitliches Meinungsbild: Einzelne Befragte schätzen die Strukturierung durch das vereinbarte Fallmanagement sowie die vorhandenen, eindeutigen Ein- und Ausschlusskriterien („legitimer Rahmen“). Gleichzeitig problematisieren einige Befragte 1. die Notwendigkeit von Diagnostik generell („ich will kein Raster abarbeiten“), 2. die Entscheidungshoheit der ReBBZ über die Umsetzung des Screenings, 3. eine zu großzügige Auslegung der


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Einschlusskriterien (z. T. Familien erreicht, „die auch sonst ihren Weg allein in die Systeme gefunden hätten“), 4. zu eng gefasste Ausschlusskriterien (z. B. Warteliste und Nicht-Ankommen in KJPPP) sowie 5. Unsicherheiten und unterschiedliche Informationsstände durch Veränderungen der Zielgruppen und Kriterien während der Projektlaufzeit. Darüber hinaus wird der hohe Fallzahlendruck in DreiFürEins problematisiert.

***c) Versorgung und Fallarbeit**:* Viele Befragten honorieren in den Interviews die Versorgung der Kinder, Jugendlichen und Familien in DreiFürEins und heben dabei besonders 1. die Synergieeffekte durch die gemeinsame Fallarbeit der Sektoren und Professionen, 2. die wirksamere Beratung und zielgerichtete Fallsteuerung in Angebote der anderen Sektoren sowie 3. den erleichterten Zugang zu fallbezogenen Informationen durch den Informationsaustausch hervor. Unabhängig davon diskutieren jeweils einzelne Befragten folgende Aspekte der Versorgung und Fallarbeit in DreiFürEins auch kritisch: 1. Absprachebedarfe und Unsicherheiten über das Vorgehen in besonderen Fällen (z. B. unklarer Ablauf bei Kindeswohlgefährdung), 2. die Übergriffigkeit von Klient*innen und hierzu fehlende Unterstützungsmöglichkeiten der Fachkräfte vor Ort („Einsamkeit auf dem Gelände“) sowie 3. eine unzureichende Einbindung der Schulen in die Fallarbeit.

***d) Fallzuständigkeit des Jugendamtes**:* Die Kinder- und Jugendhilfe und dort insbesondere der ASD der Jugendämter, waren wichtige Kooperationspartner*innen von DreiFürEins. Durch die örtliche Zuständigkeit der Jugendämter weisen alle Befragten der Jugendämter in den Interviews auf unterschiedliche Vorgehensweisen der Fallzuständigkeit des ASD in den Jugendämtern hin. Anhand der Aussagen der Befragten der Jugendämter lassen sich prinzipiell zwei unterschiedliche Vorgehensweisen der Jugendämter identifizieren: 1. in einem Teil der Jugendämter wurde eine ASD-Zuständigkeit für DreiFürEins-Fälle erst bei einem ermittelten Hilfebedarf durch die Kinder- und Jugendhilfe im Sinne des SGB VIII eingerichtet. 2. Bei einem anderen Teil der Jugendämter wurde nach der Aufnahme von Fällen in DreiFürEins automatisch eine ASD-Zuständigkeit festgelegt. Die Fälle wurden anschließend intern verteilt und die Fallzuständigen nahmen persönlich Kontakt mit den Familien auf (z. B. Vorstellung und Einladung bei Beratungsbedarf). Die Befragten der Jugendämter erörtern in den Interviews sehr differenziert die Beteiligung und Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe in DreiFürEins-Fällen: 1. Sofern ein Hilfebedarf der Kinder- und Jugendhilfe vorlag, lag aus Sicht der Befragten unstrittig eine Zuständigkeit des ASD vor. 2. Die Befragten der Jugendämter weisen allerdings auch darauf hin, dass in vielen Fällen *vor* DreiFürEins keine originäre Zuständigkeit des ASD bestanden habe bzw. Familien zum Teil individuelle – über die wichtige, hilfreiche Kooperation in den multiprofessionellen Fallkonferenzen hinausgehende – Unterstützungsangebote des ASD auch *während* DreiFürEins nicht in Anspruch genommen hätten. Dies spricht aus Sicht der wissenschaftlichen Evaluation aufgrund des Screenings und der Einschlusskriterien für einen frühzeitigen und niedrigschwelligen Zugang. Vereinzelt wird in den Interviews allerdings der verhältnismäßig hohe Arbeitsaufwand der Jugendämter in DreiFürEins für Familien hinterfragt, die vorher keinen Kinder- und Jugendhilfebedarf hätten und „gar nicht in unserer Zuständigkeit sind“. Dies verdeutlicht auch das folgende Zitat:

> „Ja, dass die Familien eigentlich gar kein Unterstützungsbedarf von unserer Seite haben. Das war schon immer wieder Thema. Das heißt aber nicht, dass die Expertise der Fachkräfte in diesen Fallkonferenzen nicht hilfreich war. Also, ich habe das eher so gehört, dass die sozialpädagogische Sichtweise auf dieses Familiensystem oder auf dieses Setting schon immer gerne gehört wurde, ohne dass wir direkt mit der Familie in Kontakt stehen oder


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

arbeiten. Weil die unsere Unterstützung nicht brauchte, nicht wollte, nicht angenommen hat, warum auch immer. Gibt es ja vielschichtige Gründe."

Die Befragungsergebnisse deuten auf eine hohe Arbeitsbelastung der Jugendämter hin, die mitunter eine a) niedrigschwellige, präventive und inklusive Fallarbeit, b) sektorenübergreifende Kooperation und c) zusätzliche Generierung von Fällen, wie in DreiFürEins, erschweren. Angenommen werden kann aus Sicht der wissenschaftlichen Evaluation, dass zumindest ein Teil der DreiFürEins-Fälle einen Hilfebedarf durch die Kinder- und Jugendhilfe aufweist bzw. perspektivisch zu Kinder- und Jugendhilfefällen wird (z. B. § 35a Eingliederungshilfe, §§ 27ff. Hilfen zur Erziehung, §§ 16ff. Erziehung in der Familie).

**e) Fallabschluss und Anschlussversorgung**: Einige Befragte gehen in den Interviews darüber hinaus auf die Gestaltung des Fallabschlusses in DreiFürEins und die Gewährleistung einer Anschlussversorgung ein. Positiv wird von Befragten das hohe Engagement der in DreiFürEins beteiligten Sektoren und Professionen bei der Suche nach Lösungswegen bewertet, um Kinder und Jugendliche im Anschluss in andere Angebote überzuleiten (z. B. das ReBBZ, die Institutsambulanz, eine Tagesklinik). Gleichzeitig problematisieren Befragte 1. die begrenzte Laufzeit des Projektes und die engen Vorgaben zum Zeitraum der Versorgung (Begrenzung auf sechs Monate, keine Möglichkeit der Verlängerung oder des Nachholens von krankheitsbedingt ausgefallenen Terminen), 2. einen damit verbundenen Abbruch der „Therapeut-Patientenbindung" sowie 3. vorzeitige und nicht erklärbare Fallabschlüsse aufgrund von Abwesenheiten und Abbrüchen der therapeutischen Behandlung durch Kinder und Jugendliche.

#### 3.3.2.4.1 Rollen und Aufgaben in DreiFürEins

In DreiFürEins war vorgesehen, dass die beteiligten Sektoren jeweils spezifische Zugänge, Kenntnisse, Kompetenzen und Maßnahmen einbringen. Obwohl das Thema Rollen und Aufgaben in den Interviews mit der Steuerungsebene nicht explizit im Fokus des Interesses stand, wurde es von den Befragten thematisiert.

Einige Befragte betonen in den Interviews die Relevanz einer **Klärung von Rollen und Zuständigkeiten** sowie eine Erhaltung der Rollenklarheit (kein Verschwimmen von Aufgabenbereichen) für die sektorenübergreifende Kooperation. Vereinzelt honorieren Befragte eine „gute Aufgabenverteilung" sowie ausreichend Autonomie der Sektoren zur internen Ausgestaltung der Rollen und Umsetzung von Arbeitsprozessen. Gleichzeitig weisen viele Befragte auch auf **Schwierigkeiten** mit den Rollen und Aufgaben hin und nennen: 1. einen hohen Zeitaufwand zur Klärung von Rollen, Ansprechpersonen und Verantwortlichkeiten (sowohl auf Steuerungs- als auch auf Umsetzungsebene), 2. eine erforderliche Sensibilität, Aufgaben trotz unterschiedlicher Statusgruppen und Hierarchieebenen gleichberechtigt zu verteilen (siehe auch Kapitel 3.3.2.4.3), 3. eine Ambivalenz aus eigener Autonomie, Abgrenzung und entgegengebrachten Erwartungen anderer Sektoren an Aufgaben und Zuständigkeiten, 4. eine erforderliche erneute Rollenklärung bei Personalwechseln („viele Rollendiskussionen", „personenabhängig knifflig"), 5. eine fehlende Dokumentation von sektorenspezifischen Aufgaben in Fallberichten und Protokollen, 6. eine mögliche Rollen- und Verantwortungsdiffusion sowie 7. eine Gefahr der Nicht-Kommunikation aus Sorge Verantwortungsbereiche zu überschreiten.

Viele Befragte gehen in den Interviews außerdem auf **spezifische Rollen und Aufgaben** einzelner beteiligter Konsortial- sowie Kooperationspartner*innen ein. Ihre Antworten beziehen


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

sich vor allem auf: a) die KJPPP, b) das ReBBZ, c) das Jugendamt, d) die BSB, e) die Konsortialführung sowie f) die Krankenkassen:

***a) KJPPP**:* In einigen Interviews finden sich Aussagen unterschiedlicher Befragtengruppen zu den Rollen und Aufgaben der KJPPP in DreiFürEins. Die Befragten aus der KJPPP erläutern in ihren Selbsteinschätzungen vor allem die therapeutischen Leistungen und Aufgaben sowie den Nutzen der KJPPP in DreiFürEins. Eine Konkretisierung wird im Rahmen der Fremdeinschätzung von den anderen Befragtengruppen übernommen. Die Rolle des Personals der KJPPP wird dabei als „der Gewinn des ganzen Projektes" und unverzichtbarer Bestandteil von DreiFürEins bewertet. Die Ärzt*innen der KJPPP hätten – Befragten zufolge – in den Kernteams die Rolle einer „Wächterin der Vorgaben, was den medizinischen Bereich anbelangt" eingenommen. Die konkreten Aufgaben der KJPPP in DreiFürEins seien u. a. 1. das Einbringen einer therapeutischen Perspektive, Einschätzung und Diagnostik von Fällen gewesen. Darüber hinaus hätten die Fachkräfte der KJPPP 2. auf die Einhaltung qualitativer Standards der Kliniken sowie ihres Berufsethos (z. B. Verlässlichkeit des Angebots) geachtet. Die KJPPP hätte schließlich 3. weitere therapeutische Angebote eingebracht bzw. Fälle weitervermittelt („Portfolio im Hintergrund": Institutsambulanz, Tagesklinik).

***b) ReBBZ**:* Viele Befragte, vor allem aus der BSB und den ReBBZ, gehen in den Interviews auf die Rolle und Aufgaben der ReBBZ ein. Die Selbsteinschätzungen der Befragten aus der BSB und den ReBBZ verweisen auf eine zentrale Rolle der ReBBZ in DreiFürEins („die tragende Säule", „der Player, der das Ganze maßgeblich getragen hat"). Insbesondere die Gruppe der Koordinator*innen wird dabei lobend hervorgehoben. Darüber hinaus werden von ihnen weitere Akteur*innen in den ReBBZ als relevant betont (z. B. Leitungsvertretung, Hilfskräfte für die Evaluation). Arbeitsschwerpunkte der ReBBZ in DreiFürEins waren den gesamten Befragten zufolge vor allem: 1. die Koordination und Organisation der Umsetzung von DreiFürEins (z. B. Räumlichkeiten, Treffen, Dokumentation), 2. die Kommunikation mit der Steuerungsebene und die Weitergabe von projektbezogenen Informationen auf der Umsetzungsebene, 3. die Beratung und Kommunikation mit Familien/Eltern (z. B. über DreiFürEins informieren), 4. die Vermittlung der Kinder, Jugendlichen und Familien/Eltern in reguläre Angebote der ReBBZ (z. B. auch im Anschluss an DreiFürEins) sowie 5. die Datenerhebung im Rahmen der Evaluation (z. B. Motivierung der Familien zur Teilnahme, Unterstützung beim Ausfüllen, Übersetzung von Fragen, Erreichung der Fallzahlen). Als Nichtzuständigkeit wird in einzelnen Interviews – in bewusster Abgrenzung zur KJPPP – die Beantwortung therapeutischer Fragen genannt.

***c) Jugendamt**:* In vielen Interviews gehen die Befragten auf die Rolle und Aufgaben des Jugendamtes in DreiFürEins ein. Viele Befragte geben dabei an, dass die Rolle und Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe in DreiFürEins für sie wichtig, hilfreich und unverzichtbar gewesen sei (z. B. im extremen Fall sogar „ein viel bedeutsamerer Part dieses Projekts als der kinder- und jugendpsychiatrische Teil"). In einigen Interviews finden sich jedoch auch Hinweise auf 1. eine unzureichende Beteiligung, 2. einen unklaren Auftrag (z. B. „Familien haben keinen Jugendhilfebedarf") und 3. eine untergeordnete Rolle des Jugendamtes in DreiFürEins (z. B. „eher einen kleineren Part", „fünftes Rad"). Auffällig ist, dass Befragte des Jugendamtes häufiger eine geringere Bedeutung und Beteiligung in DreiFürEins mit einem mangelnden Kinder- und Jugendhilfebedarf begründen (d. h. Zuständigkeitsverweis), während die anderen Befragtengruppen eher auf die hohe Relevanz des Jugendamtes für DreiFürEins (z. B. Ziele, Zielgruppen, Angebote) sowie die eigenen Bemühungen zur Einbindung des Jugendamtes


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

verweisen. Die Aufgaben des Jugendamtes, die in DreiFürEins übernommen worden sind, lassen sich anhand der Aussagen der Befragten folgendermaßen zusammenfassen: 1. das Einbringen sozialpädagogischer Kenntnisse, Perspektiven und Ressourcen (z. B. systemischer Blick auf Familien, rechtliche Grundlagen des SGB VIII, sozialräumliche Angebote), 2. eine Zuständigkeit und Beratung bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (z. B. Kenntnis der Kriterien und des Vorgehens) sowie 3. die Bekanntmachung von DreiFürEins innerhalb des Jugendamtes. Die Befragten des Jugendamtes gehen in ihren Ausführungen vor allem auf das Einbringen einer sozialpädagogischen Expertise ein, während einzelne andere Befragtengruppen zusätzlich die Zuständigkeit bei Kindeswohlgefährdung betonen. Auffällig ist, dass in einigen Interviews auf unterschiedliche Lösungen der Bezirke und verschiedene Akteur*innen in den Jugendämtern hingewiesen wird (z. B. Fallkraft, Abteilungsleitung, Jugendamtsleitung, Fachaufsicht, Netzwerker*in). Eine Nichtzuständigkeit des Jugendamtes wird explizit und in Abgrenzung zur KJPPP und zu den ReBBZ für die Erreichung der Fallzahlen sowie die Kommunikation mit Eltern über DreiFürEins gesehen. In der folgenden Selbsteinschätzung wird die Wertschätzung der sozialpädagogischen Expertise des Jugendamtes, aber auch die kleinere Bedeutung in DreiFürEins erkennbar:

> „Was ich aber gut fand, dass in den Fallbesprechungen die Expertise des Jugendamtes dabei war. Die einfach noch mal aus ihrer Sicht schildern konnte für ReBBZ und für Psychiatrie, welche Möglichkeiten es gibt und welche sozialpädagogische Einschätzung es einfach gibt. Das war, glaube ich, sehr, sehr bereichernd. Ohne, dass das jetzt unsere Jugendhilfe-Kinder in erster Linie gewesen sind. Diese große Organisation, die fand ich eher echt ein bisschen schwierig. Weil wir, glaube ich, eher einen kleineren Part hatten."

***d) BSB**:* Neben Akteur*innen auf der Umsetzungsebene gehen die Befragten in den Interviews ebenfalls auf Rollen und Aufgaben der Steuerungsebene ein. Einige Befragte heben dabei besonders die Rolle der BSB hervor und bezeichnen sie als „Hüter" oder „Schnittstelle" für „das ganze operative Geschäft" und „was zusammengehalten hat". Dabei wird insbesondere die Projektleitung als zentral für DreiFürEins beschrieben. Viele Befragte nennen in den Interviews unter anderem folgende Aufgaben der BSB in DreiFürEins: 1. Beteiligung an der Entwicklung und Konzeption von DreiFürEins, 2. Steuerung und Begleitung der Umsetzungsebene (z. B. Einführung von Kooperationsstrukturen, Organisation von Fortbildungen und Austauschformaten, Angebot einer Sprechstunde für ReBBZ) sowie 3. Finanzierung von Personalanteilen für die Koordination in ReBBZ. Es fällt auf, dass die differenzierteren Aussagen über die Rollen und Aufgaben der BSB von Befragten der ReBBZ sowie der BSB selbst stammen und somit überwiegend auf Selbsteinschätzungen beruhen.

***e) Konsortialführung**:* Der Konsortialführung durch die TK wird von vielen Befragten eine tragende Rolle in DreiFürEins zugeschrieben. Viele Befragte betonen die Rolle der TK als Ideengeber und Antragsteller beim Innovationsfonds sowie als projekterfahrenen Gesamtsteuerer und Kommunikator während der gesamten Laufzeit von DreiFürEins (z. B. „Lead"). Den Befragten zufolge lagen die Aufgaben der TK insbesondere in: 1. der Antragstellung von DreiFürEins beim Innovationsfonds, 2. der Entwicklung, Beantragung und Ausarbeitung des Versorgungsvertrags von DreiFürEins sowie 3. der umfassenden Verantwortung für die gesamte Projektsteuerung von DreiFürEins (z. B. Steuerungsebene „immer wieder zusammenholen", Initiieren von Austauschformaten, Gesamtüberblick behalten, Finanzierung). Vereinzelt problematisieren einige Befragte die medizinische Ausrichtung der Konsortialführung sowie Grenzen einer Konsortialführung bei einem komplexen Praxisprojekt mit unterschiedlichen Beteiligten


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

(z. B. keine Vorgaben oder Entscheidungen ohne die anderen Beteiligten). Letzteres belegt das folgende Zitat aus externer Sicht:

> „jetzt könnte man vielleicht noch im Rahmen von DreiFürEins sagen, okay, es gibt so was wie eine Konsortialführung, die mehr oder weniger vielleicht gar nicht inhaltlich so tief drin ist, aber die einfach qua Name oder Position irgendwie Konsortialführung führt im Namen. Und man das darüber irgendwie steuern kann. Also sprich, wenn die Konsortialführung das und das sagt oder dann ist das so. Aber im Endeffekt kann auch die Konsortialführung nicht unabhängig von den anderen Beteiligten inhaltliche Entscheidungen oder so treffen, macht sie auch nicht. Aber das ist manchmal so ein bisschen mein Eindruck, sodass da dann vielleicht drauf gewartet wird, dass von der Konsortialführung ein Statement gegeben wird, was gar nicht finde ich auf einer inhaltlichen Ebene irgendwie eine Rolle spielt, auf einer Hierarchie oder strukturellen Ebene sicherlich, aber auf einer inhaltlichen Ebene nicht, weil die Konsortialführung einfach mit am wenigsten ein Verständnis von der Umsetzung hat“

***f) Krankenkassen**:* In fast allen Interviews wird zudem auf die Rolle und Aufgaben der an DreiFürEins beteiligten Krankenkassen eingegangen. Dabei wird zwischen „der TK“ als Konsortialführung (hierzu siehe vorigen Punkt) und „den Krankenkassen“ unterscheiden. Die Rolle der Krankenkassen wird von den Befragten in erster Linie als Finanzierer von DreiFürEins gesehen („die zahlen ja immerhin die Leistung“). Zu den Aufgaben in DreiFürEins gehören den Aussagen der Befragten zufolge 1. die Zuständigkeit für Fragen der Finanzierung von DreiFürEins (z. B. Finanzierungsentscheidungen, Kalkulation, Umwidmung von Geldern, Leistungsbeschreibung, Verantwortung für Mitgliedergelder), 2. die Beteiligung an der übergeordneten Steuerung und dem Austausch im Konsortium von DreiFürEins (z. B. Teilnahme an den Konsortialtreffen, Entwicklung des Logos, Bereitstellung von Daten für die Evaluation) sowie 3. die Finanzierung der medizinischen Leistungen und Bereitstellung von Gutscheinen in DreiFürEins (z. B. als Anreiz für Familien sich an DreiFürEins zu beteiligen). Vereinzelt stellen Befragte (außerhalb der Krankenkassen) die hohe Anzahl der beteiligten Krankenkassen und den inhaltlichen Beitrag der Krankenkassen für DreiFürEins zur Diskussion. Eingeräumt wird von Befragten, dass die Beteiligung an der Umsetzung von DreiFürEins nicht zu den originären Aufgaben der Krankenkassen gehört (Nicht-Zuständigkeit).

#### 3.3.2.4.2 Hierarchien in DreiFürEins

DreiFürEins zielte – neben der frühzeitigen Förderung der gesunden Entwicklung und Bildungsteilhabe von Kindern und Jugendlichen mit klinischem und multimodalem Versorgungsbedarf – zentral auf eine sektorenübergreifende Kooperation von KJPPP, Schule (ReBBZ) sowie Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt) ab (Diagnostik, Behandlung und Förderung). Diesem anspruchsvollen Projektziel können Zweifel an der bestehenden Hierarchie, sehr ungleiche Machtverhältnisse sowie Machtkämpfe und -konflikte zwischen Sektoren und Professionen entgegenstehen, auch wenn Hierarchien zum Ordnungsprinzip von Projekten und Organisationen gehören. Im Folgenden wird den Hierarchien in DreiFürEins nachgegangen, d. h. der Rangordnung, den Entscheidungsbefugnissen, den Festlegungen der Rechte, Pflichten und Zuständigkeiten sowie den Konflikten. Aus den Interviews mit der Steuerungsebene lassen sich drei Diskursstränge zur Hierarchie in DreiFürEins erkennen: a) Hierarchien auf Steuerungsebene, b) Hierarchien zwischen Steuerungs- und Umsetzungsebene und c) Hierarchien auf Umsetzungsebene:


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

***a) Hierarchien auf Steuerungsebene**:* Die Ausführungen der Befragten zu Hierarchien auf der Steuerungsebene von DreiFürEins divergieren sehr stark. Einige Aussagen der Befragten verweisen explizit auf eine Gleichberechtigung zwischen den Beteiligten der verschiedenen Sektoren auf der Steuerungsebene und negieren somit größere Hierarchieunterschiede. Benannt werden 1. eine Wertschätzung und Offenheit in der Kommunikation untereinander (z. B. keine „alleinige Wissenshoheit"), 2. eine hohe Sensibilität für die Gleichwertigkeit aller Beteiligten (z. B. bei der Informationsweitergabe oder der Formulierung in Veröffentlichungen), 3. eine Überwindung von Hierarchien im Sinne des gemeinsamen Ziels von DreiFürEins sowie 4. das Treffen von gemeinsamen Absprachen und solidarischen Projektentscheidungen. Gleichzeitig verweisen viele Befragte der Steuerungsebene auch auf bestehende Hierarchien zwischen den Beteiligten der verschiedenen Sektoren und benennen entsprechende Schwierigkeiten und Konflikte. Sie heben vor allem folgende sechs Punkte hervor: 1. systembedingte Hierarchien, Machtunterschiede und Konflikte um Entscheidungshoheit (z. B. insbesondere zu Projektbeginn), 2. ein hoher Zeitaufwand für Absprachen zwischen unterschiedlich hierarchisch aufgebauten Organisationen bzw. Behörden, 3. statusbedingte Unterschiede der verfügbaren Ressourcen (z. B. zwischen Konsortial- und Kooperationspartner*innen), 4. eine fehlende alleinige Entscheidungshoheit und damit zum Teil eine Entscheidungs- und Verantwortungsdiffusion (z. B. die Notwendigkeit alle Sektoren zu beteiligen, aber „wer sagt, wo es langgeht?"), 5. ein Ungleichgewicht und Irritationen durch eine starke medizinische Ausrichtung des Projektes sowie 6. ein Gefühl von Anweisungen und Kontrolle (z. B. „da ist jemand, der immer genau Bescheid wissen will"). Das folgende Zitat verweist exemplarisch auf eine Gefahr von Verantwortungsdiffusion und bestehende Hierarchien zwischen den Beteiligten der verschiedenen Sektoren, aber auch eine hohe Sensibilität und das gemeinsame Ziel von DreiFürEins:

> „Na, ich würde sagen, es ist ein Stück weit, gibt es immer wieder sowas wie Rollendiffusion. Oder Verantwortungsdiffusion. Wer hat den Hut auf? Von wem muss was kommen? Ein sehr genaues Überlegen, ob man Dinge macht oder nicht, weil man den anderen praktisch nicht irgendwie etwas vorgreifen will oder auf die Füße treten will, sondern, ne, man ist ja auch auf eine gelingende Kooperation aus. […] Also man kommuniziert viel, aber man sagt nichts, weil man eben die Befürchtung hat, die Rolle, den Verantwortungsbereich, aber auch den Hierarchiebereich des anderen irgendwie zu überschreiten. Das empfinde ich als herausfordernd. Aber das liegt auch daran, dass in dem Projekt ja wirklich auch nicht nur verschiedene Sektoren miteinander arbeiten, sondern auf der Steuerungsebene ja auch Menschen sehr unterschiedlicher Hierarchieebenen miteinander auch arbeiten."

***b) Hierarchien zwischen Steuerungs- und Umsetzungsebene**:* In vielen Interviews der Steuerungsebene wird eine Unterscheidung zwischen Steuerungs- und Umsetzungsebene von DreiFürEins vorgenommen (z. B. „Vorgesetztenebene" und „Leitung" vs. „nachgeordnete Mitarbeiter" und „Fachkräfte"). Die Befragten der Steuerungsebene betonen in ihren Ausführungen die Notwendigkeit, Projektentscheidungen auf einer übergeordneten Ebene treffen und einheitliche Vorgaben an die Umsetzungsebene kommunizieren zu müssen. Für die Umsetzungsebene sei die Unterstützung durch die Steuerungsebene beispielsweise eine hilfreiche Absicherung bei fachlichen Entscheidungen und Arbeitsschritten. Gleichzeitig ist bei den Befragten das Bemühen deutlich erkennbar, die Expertise der Umsetzungsebene anzuerkennen. Diesbezüglich geben viele Befragte der Steuerungsebene selbstkritisch 1. eine mangelnde Beteiligung der Umsetzungsebene bei Projektentscheidungen, 2. eine Distanz zwischen der Steuerungs- und Umsetzungsebene und 3. unzureichende Kenntnisse der Steuerungsebene über Arbeitsprozesse auf der Umsetzungsebene zu. Darüber hinaus problematisieren einzelne


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Befragte schließlich 4. auch eine hohe Sensibilität, Autonomie und Entscheidungshoheit der verschiedenen Sektoren bei einer Veränderung eigener Arbeitsstrukturen und -prozesse, wie folgendes Zitat illustriert:

> „Also ein Projekt wie DreiFürEins ändert nicht grundsätzlich Prozesse, die in der Schule laufen […]. Wenn da Dinge geändert werden müssen, ob die jetzt in Projektbezug sind oder auch nicht, dann muss die Institution das natürlich selber machen. Und da kann auch eine Konsortialführung oder auch andere Konsortialpartner ja keine Vorgabe zu machen. Man muss also eine Form finden, wie man Prozesse und Strukturen gemeinsam hinkriegt, ohne dass der eine dem anderen sagen kann: ‚Du musst das aber so machen'. Also auch ich […] kann einem Krankenhaus nicht sagen: ‚Du musst das so umsetzen'. Wenn die das nicht wollen und nicht verstehen, oder nicht umsetzen können, habe ich auch keine Handreichung, die zu zwingen"

***c) Hierarchien auf Umsetzungsebene**:* Die Befragten der Steuerungsebene thematisieren am Rande auch das Thema Hierarchien auf der Umsetzungsebene von DreiFürEins. Vereinzelt werden Hierarchien zwischen den Sektoren und Professionen auf der Umsetzungsebene negiert und stattdessen 1. eine sektorenübergreifende Kooperation der Fachkräfte auf Augenhöhe, 2. ein gleichberechtigter Austausch in Fallkonferenzen und 3. eine Wertschätzung der unterschiedlichen Arbeitsansätze zum Ausdruck gebracht. Gleichzeitig verweisen einige Befragte darauf, dass eine Kooperation auf Augenhöhe nicht selbstverständlich sei und auch auf der Umsetzungsebene zum Teil Hierarchien, aber auch Schwierigkeiten sichtbar würden. Erwähnt werden hier: 1. Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (z. B. in Bezug auf Image, Bezahlung, Souveränität im Auftreten, Häufigkeit der Wortmeldungen), 2. ein Ungleichgewicht der Aufgaben in DreiFürEins (z. B. starker Fokus auf Therapie), 3. eine Verteilung von Anweisungen untereinander (z. B. „vorgeben, was sie zu tun haben"), 4. ein Ungleichgewicht des Zugangs und der Möglichkeit, Fälle einzusteuern (z. B. nur vereinzelt über KJPPP oder Kinder- und Jugendhilfe), 5. eine Asymmetrie in der Weitergabe von Informationen (z. B. „ReBBZ hatte meist viel mehr Informationen") sowie 6. die Anwesenheit von Leitungskräften in Kernteams (Weisungsbefugnis, Fachkontrolle).

#### 3.3.2.4.3 Bewertung der Kooperation in DreiFürEins

In den Interviews gehen die Befragten bei der Bewertung der Kooperation einerseits auf a) die Kooperation auf Steuerungsebene und b) die Kooperation auf Umsetzungsebene ein:

**a) Kooperation auf Steuerungsebene**: Viele Befragte bewerten die sektorenübergreifende Kooperation auf der Steuerungsebene **positiv**. Gelobt werden vor allem ein großes Interesse an der Zusammenarbeit, ein wertvoller, regelmäßiger Austausch sowie ein wertschätzender Umgangston. Ebenso betonen die Befragten eine gemeinsame Zielorientierung, eine hohe Identifikation und ein großes Engagement für DreiFürEins sowie eine Überzeugung vom Nutzen der sektorenübergreifenden Kooperation. Das gemeinsame Ziel DreiFürEins umzusetzen habe auch zu einer Überwindung von Schwierigkeiten und Konflikten beigetragen. Zudem schätzen die Befragten ein persönliches Kennenlernen untereinander, einen Vertrauensaufbau, ein erhöhtes Verständnis füreinander sowie eine Offenheit in der Gesprächskultur der Zusammenarbeit (Fragen stellen, Kritik konstruktiv ansprechen und annehmen können). Das folgende Zitat illustriert die hohe Identifikation mit DreiFürEins und die gemeinsame Zielorientierung zur Überwindung von Konflikten:


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> „Ich nehme die Zusammenarbeit so als, alle sind an dem Gelingen von DreiFürEins höchst interessiert und sind sehr committet. Und das ist praktisch das, was alle trägt. Und man kann dem einen Namen geben. Und darunter, glaube ich, lassen sich dann auch Konflikte oder Verschiedenheiten, wie auch immer, klären oder auch aushalten. […] Es ist eben das DreiFürEins. Hey, wir wollen doch alle das gleiche. Und jetzt lasst uns mal gucken, dass wir eine Lösung finden. Okay, du hast die Vorstellung von der Lösung, ich die, da könnte es jetzt vielleicht auch knirschen, aber am Ende des Tages kommt man immer wieder an den Punkt, naja, aber wir wollen das."

Gleichzeitig verweisen fast alle Befragte auch auf ambivalente Erfahrungen sowie **Schwierigkeiten und Herausforderungen** der Kooperation auf der Steuerungsebene. Die Befragten heben vor allem sieben Punkte hervor: 1. Konflikte um Rollen, Hierarchien und Befugnisse sowie eine Entscheidungshoheit der einzelnen beteiligten Sektoren, 2. unterschiedliche Ziele und Erwartungen an DreiFürEins, 3. unterschiedliche Sprachen und Arbeitsweisen der Sektoren, 4. einen hohen Zeit- und Organisationsaufwand (für Absprachen, Kennenlernen, Gremien), 5. Verzögerungen durch Personalfluktuation, Abhängigkeit von Personen und unregelmäßige Beteiligung (aufgrund unterschiedlicher Kapazitäten), 6. fehlende Kenntnisse und ein unzureichendes Verständnis füreinander (für interne Arbeitsabläufe, Sichtweisen) sowie 7. die Herausforderung, das Jugendamt in die Kooperation zu integrieren (späte Beteiligung, fehlende Ressourcen, unklarer Auftrag). In dem folgenden Zitat werden exemplarisch unterschiedliche Ziele angesprochen:

> „in der Projektumsetzung stellt man dann halt schon fest, dass die Blicke auf die Themen und die Blicke auf die Zielsetzung schon auch unterschiedlich sind, je nach der Institution. […] Man hat da so eine gemeinsame Schnittmenge, die war auch vielleicht gar nicht so klein, aber sie war halt nicht 100 Prozent. Ich glaube, 100 Prozent zu erreichen, ist sowieso immer schwer. Aber man sollte schon irgendwie über die 90 Prozent kommen, von dem Verständnis, was man gemeinsam über die Projektzielsetzung hat. Und das war, glaube ich, am Anfang nicht so gegeben. Und das fiel auch immer wieder in den Besprechungen auf, dass man da […] so manchmal aneinander vorbeigeredet hat."

**b) Kooperation auf Umsetzungsebene**: Viele Befragte der Steuerungsebene äußern sich in den Interviews – ungeachtet des begrenzten, unmittelbaren Einblicks – auch zur Kooperation auf der Umsetzungsebene. Berücksichtigt werden muss, dass die Aussagen weniger auf eigenen Erfahrungen, sondern überwiegend auf Fremdeinschätzungen beruhen. Die Kooperation wird dabei sehr positiv bewertet (z. B.: „da läuft es richtig gut"). Die Befragten honorieren insbesondere 1. die Vereinfachung der gemeinsamen Fallarbeit (z. B. durch die Schweigepflichtsentbindung). 2. den regelmäßigen Austausch und die enge Vernetzung der Fachkräfte (z. B. durch die Fallkonferenzen), 3. die Klarheit der Rollen in der Kooperation, 4. das hohe Engagement, die gemeinsame Zielorientierung und das große Interesse der Fachkräfte an der gemeinsamen Umsetzung von DreiFürEins, 5. die gemeinsame Sprache und das gegenseitige Verständnis und Vertrauen der Fachkräfte sowie 6. das Bestreben nach Harmonie, Gleichberechtigung und Anerkennung der unterschiedlichen Arbeitsweisen und Sichtweisen (z. B. Kooperation auf Augenhöhe, „nicht wirklich Konflikte"). Das folgende Zitat verdeutlicht exemplarisch die gleichberechtigte und gewinnbringende Kooperation in den multiprofessionellen Fallkonferenzen von DreiFürEins:

> „Und da wurde dann dieses DreiFürEins auch deutlich. […] Also das habe ich schon so erlebt oder immer wieder gehört, dass das total klasse war und auch da gleichberechtigt […]. Da


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

tauschen die sich super gut aus. Da werden Kontakte geknüpft. Da werden die unterschiedlichen Arbeitsweisen deutlich gemacht und die unterschiedlichen Aufträge, und sie haben ihre Berechtigung alle nebeneinander."

Ungeachtet der sehr positiven Gesamtbewertung der Kooperation durch viele Befragte, werden in den Interviews mit der Steuerungsebene oft auch Schwierigkeiten und Herausforderungen der Kooperation auf der Umsetzungsebene angesprochen. Verwiesen wird von den Befragten unter anderem auf: 1. unterschiedliche Ziele und Erwartungen der Fachkräfte an DreiFürEins, 2. einen hohen Zeitaufwand der Fachkräfte (z. B. für Absprachen, Rollenklärung, Integration in eigene Arbeitsprozesse), 3. eine hohe Personalfluktuation der Fachkräfte im Projektverlauf (z. B. „wieder von Neuem"), 4. unzureichende Kenntnisse übereinander (z. B. zu Arbeitsweisen, genutzten Testverfahren) sowie 5. eine unzureichende Involvierung der Jugendämter in DreiFürEins (z. B. „nicht so richtig eingeladen").

#### 3.3.2.5 Förderliche Faktoren und Gelingensbedingungen

In der vorherstehenden Beschreibung der Ergebnisse wurden bereits an verschiedenen Stellen förderliche Faktoren und Gelingensbedingungen für DreiFürEins angesprochen. In diesem Kapitel erfolgt nun eine zusammenfassende Darstellung der in den Interviews genannten förderlichen Faktoren und Gelingensbedingungen. Auf eine Differenzierung zwischen förderlichen Faktoren und Gelingensbedingungen wird dabei aus pragmatischen Gründen verzichtet, da eine Trennschärfe zwischen Einflussfaktoren und Bedingungen den Interviews oftmals nicht zu entnehmen ist. Mit den Ausführungen wird der zweite Teil der Forschungsfrage FKR-Fr-zus1 zusammenfassend beantwortet:

- FKR-Fr-zus1: Welche Schwierigkeiten und Herausforderungen oder **Gelingensbedingungen** werden im Hinblick auf die Implementierung und Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in Innovationsfondprojekten berichtet?

Die Befragten der Steuerungsebene gehen in den Interviews auf vielfältige förderliche Faktoren und Gelingensbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ein. Die Aussagen beziehen sich vor allem auf a) strukturelle Faktoren, b) projektbezogene Faktoren, c) Steuerungsfaktoren, d) kooperative Faktoren, e) individuelle Faktoren und f) fallbezogene Faktoren.

**a) Strukturelle Faktoren:** Viele Befragte führen in den Interviews strukturelle Faktoren (im Sinne von Rahmenbedingungen) als förderliche Faktoren bzw. Gelingensbedingung für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten an. Hierzu zählen die Befragten insbesondere: 1. fundierte Kenntnisse der Steuerungsakteur*innen von der Umsetzungsebene (z. B. durch Einbindung der Umsetzungsebene, personelle Wechsel von der Umsetzungs- auf die Steuerungsebene), 2. die Bereitstellung von Personalressourcen und personeller Kontinuität für die Kooperation (z. B. Finanzierung von Personalstellen bzw. Personalanteilen, personelle Kontinuität), 3. die Schaffung von einer Koordination und klaren Strukturen und Abläufen (Koordinationsstellen, feste Abläufe), 4. die Bereitstellung einer personellen Unterstützung für die Dokumentation und Verwaltung (z. B. durch Verwaltungskräfte, Praktikant*innen und Honorarkräfte) sowie 5. die Etablierung von festen Kooperationsstrukturen auf der Umsetzungs- und Steuerungsebene (Steuerungsgruppe, multiprofessionelle Fallkonferenzen, regionale Kernteams). Darüber hinaus nennen


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

jeweils einzelne Befragte 6. räumliche Rahmenbedingungen (z. B. feste Räume), eine angemessene, sächliche Ausstattung (z. B. Ausstattung der Räume und Fachkräfte), Unterstützungsstrukturen für die Fachkräfte (z. B. Supervision, Fortbildungen), eine klare institutionelle Anbindung des Personals (z. B. Therapeut*innen an Klinik) sowie Dokumentation und Schweigepflichtsentbindung als förderliche Faktoren bzw. Gelingensbedingungen. In dem folgenden Zitat werden exemplarisch Personalressourcen als eine wichtige Gelingensbedingung für die Kooperation angesprochen:

> „Der Kapazitätsaspekt ist auf jeden Fall Gelingensbedingung. […] Und wenn da Kapazitätsengpässe sind, dann fallen so Sonderlocken wie Projekte einfach hinten runter. Was dann dazu führt, dass Projektbeteiligte einfach dann nicht da sind. Die fehlen dann vor Ort und verlangsamen Diskussionsprozesse, weil ich die wieder nachträglich ins Boot hole, weil ich die inhaltlich ja brauche. […] Aber das ist sehr, sehr aufwendig, wenn Partner einfach nicht die Kapazität haben, an regelhaften Austauschen teilzunehmen."

**b) Projektbezogene Faktoren**: Viele Befragte benennen projektbezogene Faktoren als förderlich bzw. Gelingensbedingung für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Die Befragten erwähnen hier unter anderem: 1. die Einbindung bestehender Kontakte und Erfahrungen, 2. die Bereitstellung von ausreichend Zeit für gemeinsame Planung und Kennenlernen (v.a. zu Beginn), 3. die Formulierung eindeutiger Projektziele und die Eingrenzung der Zielgruppe, 4. die Schaffung eines klaren Projektrahmens als Struktur für die Kooperation, 5. die Einrichtung der formativen und summativen Evaluation in DreiFürEins (z. B. als Qualitätsmerkmal, zur Erkennen von Verbesserungspotential) sowie 6. eine begrenzte Anzahl weiterer Projekte der Beteiligten. Das folgende Zitat illustriert exemplarisch die Eingrenzung der Zielgruppe:

> „Ich glaube, es ist auch eine Gelingensbedingung, dass es eine eindeutige Verständigung über die Zielgruppe gibt. Weil ich glaube, dass, wenn das nicht da ist, wuchert das in alle Richtungen. Und ich glaube, das belastet die Kooperation sofort enorm, immer und immer und immer wieder neu. Also ich glaube, es braucht eine Begrenzung, die für alle klar ist."

**c) Steuerungsfaktoren**: Viele Befragte betonen in ihren Ausführungen explizit die Relevanz einer Steuerung für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Die genannten förderlichen Faktoren bzw. Gelingensbedingungen beziehen sich vor allem auf: 1. das Vorhandensein einer übergeordneten Steuerungsstruktur (z. B. Projektleitung, Projektteam, Lenkungs- und Steuerungsgruppe), 2. die Etablierung von Koordinator*innen und Ansprechpersonen (z. B. auf der Steuerungs- und Umsetzungsebene, in den Sektoren und Einrichtungen/Behörden), 3. die Unterstützung der Umsetzungsebene bei der Aufgaben- und Rollenklärung, 4. eine Information, Motivation, Steuerung durch die Leitungskräfte (z. B. Überzeugung von DreiFürEins, Treffen von Entscheidungen, Mitarbeitende „abholen" und motivieren) sowie 5. die Bereitstellung von Unterstützungsstrukturen (z. B. Supervision und Fortbildungen). Das folgende Zitat belegt exemplarisch die Relevanz von Steuerungsstrukturen für DreiFürEins (Projektleitung, Lenkungs-/Steuerungsgruppe):

> „Aber ich glaube, es ist wichtig, dass übergeordnet eine Metaebene darauf guckt. Also es braucht eine Projektleitung. Es braucht ein Steuerungsinstrument. Und so, wie Projekte aufgebaut sind, denke ich, muss es eben eine Lenkungsgruppe geben, muss es eine Steuergruppe geben, die sozusagen darauf guckt."


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**d) Kooperative Faktoren**: Viele Befragte gehen in den Interviews außerdem ausführlicher auf kooperative Faktoren für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ein und heben förderliche Faktoren bzw. Gelingensbedingungen hervor. Hierzu zählen: 1. die Koordination des Gesamtprojektes und der Kooperation (z. B. Projektleitung, Projektgruppe), 2. die Institutionalisierung einer verbindlichen Kooperation (z. B. regelmäßige, verbindliche und effiziente Treffen über Fallkonferenzen und regionale Kernteams, Schweigepflichtsentbindung, schriftliche Vereinbarungen), 3. die Schaffung einer gemeinsam getragenen und gleichberechtigten Kooperationskultur (z. B. Kooperation auf Augenhöhe, positives Miteinander, Freude an Kooperation), 4. die gemeinsame Einigung auf bestimmte Ziele und Zielgruppen, 5. die Nutzung von formellen und informellen Kommunikationssettings, 6. die Bereitschaft zur Aneignung von Kenntnissen übereinander (z. B. Sektoren, Arbeitsstrukturen, Fachsprachen), 7. die Bereitstellung eines Rahmens zum persönlichen Kennenlernen und zur Entwicklung von Nähe und Vertrautheit miteinander sowie 8. eine Rollenklarheit. In dem nachstehenden Zitat werden unterschiedliche kooperative Faktoren als Gelingensbedingung beschrieben (z. B. Koordination des Gesamtprojektes und der Kooperation, Institutionalisierung einer verbindlichen Kooperation):

> „und das sagen sowohl die Umsetzenden als auch die auf der Steuerungsebene, dass es irgendwie klar ist, es gibt Institutionen oder Personen, die koordinieren und es gibt einen festen Ablauf, einen zeitlich begrenzten, festen Ablauf über die multiprofessionellen Fallkonferenzen. Es gibt Austauschmöglichkeiten innerhalb der, ich nenne es jetzt mal Netzwerke aus den einzelnen Systemen. Also diese regionalen Kernteams, wo Dinge besprochen werden können. Also, das sind so klare Sachen. Es ist die Schweigepflichtsentbindung von Anfang an."

**e) Individuelle Faktoren:** Fast alle Befragte geben zudem individuelle Faktoren als förderlich bzw. Gelingensbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten an. Hierzu zählen vor allem: 1. ein persönliches Engagement der Fachkräfte (z. B. Motivation, Freude an Kooperation, Bereitschaft zu Mehrarbeit), 2. individuelle Überzeugungen der Fachkräfte von DreiFürEins und vom Nutzen für die Zielgruppe, 3. Professionalität, Fehlerfreundlichkeit und Konfliktfähigkeit (z. B. soziale Kompetenzen, Fehleroffenheit), 4. persönliche Bereitschaft und Offenheit für Zusammenarbeit (z. B. Interesse an anderen Sektoren und Arbeitsweisen), 5. fundiertes fachliches Wissen (z. B. „gute Ausbildung") und 6. Berufserfahrung. Das folgende Zitat illustriert die persönliche Bereitschaft und Offenheit für die Zusammenarbeit:

> „Ja, also auch sehr, sehr wichtig ist halt immer wieder die Bereitschaft zusammenzuarbeiten, dem anderen zuzuhören, genauer zu verstehen, wie der andere arbeitet, wie er ausgebildet worden ist. […] Aber wenn ich dieses Interesse nicht habe, […] dann kann Kooperation auch nicht gut funktionieren, weil ich weiß dann gar nichts vom anderen. Also das ist sehr stark, eine Haltung, die ich auch nicht überall erlebe, ne? Dieses wirklich grundsätzliche Interesse an anderen Professionen und anderen Helfersysteme."

**f) Fallbezogene Faktoren**: In einigen Interviews werden darüber hinaus fallbezogene Faktoren als förderlich bzw. Gelingensbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten beschrieben. Einzelne Befragte heben beispielsweise Folgendes hervor: 1. einen festgelegten Ablauf des Fallmanagements, 2. ein Eingangsmanagement mit klar definierten Ein- und Ausschlusskriterien, 3. einen Zugang zu fallbezogenen Daten, 4. eine gemeinsame Hilfeplanung und Verknüpfung von Angeboten,


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

5. schriftliche Vereinbarungen über Zuständigkeiten und Übergänge sowie 6. die Nutzung weiterer Angebote der Kooperationspartner*innen (z. B. Möglichkeit stationärer Aufnahme in KJPPP). In dem nachstehenden Zitat wird die gemeinsame Hilfeplanung und Verknüpfung von Angeboten thematisiert:

> „Genau, und dann braucht es eben auch neben diesem Wissen über das andere System auch unbedingt, dass meine Wahrnehmung, Kreativität bezogen auf das Ineinandergreifen vom Angebot. […] Also, wir brauchen sozusagen von allen drei Systemen eine Fantasie, eine Kreativität. Wie kann ich mein eigenes Angebot so gestalten, dass es mit dem zusammenpasst oder gut anschließt an das therapeutische Angebot zum Beispiel oder an das psychiatrische Angebot. […] Da braucht es auch, und da kommen wir näher in die Richtung Fallebene, Verabredungen. Wie man dazu kommt. Und zwar, Stichwort ist dann, eine gemeinsame Hilfeplanung zu machen. […] Und, ich würde mal sagen, dass das Herzstück einer funktionierenden Zusammenarbeit diese gemeinsame Hilfeplanung ist. Damit alle Beteiligten, einschließlich Eltern und Kind, wissen, welches Ziel wird hier verfolgt? […] Und wer macht was, um dieses Ziel zu erreichen? Das scheint mir unabdingbar zu sein, damit die Hilfe gelingen kann.“

#### 3.3.2.6 Hinderliche Faktoren und Herausforderungen

In den vorherstehenden Kapiteln zu den Ergebnissen der Interviews auf Steuerungsebene wurden bereits an verschiedenen Stellen Herausforderungen, Probleme und Schwierigkeiten in DreiFürEins erläutert. Im folgenden Kapitel soll nun eine Zusammenfassung der in den Interviews beschriebenen hinderlichen Faktoren und Herausforderungen erfolgen, um den ersten Teil der Forschungsfrage FKR-Fr-zus1 zu beantworten, wobei vereinfachend und ohne weitere Differenzierung von hinderlichen Faktoren und Herausforderungen gesprochen wird:

- FKR-Fr-zus1: Welche **Schwierigkeiten und Herausforderungen** oder Gelingensbedingungen werden im Hinblick auf die Implementierung und Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in Innovationsfondprojekten berichtet?

Die Positionierungen der Befragten der Steuerungsebene zu Herausforderungen, Schwierigkeiten und hinderlichen Faktoren einer sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten fallen unterschiedlich aus: 1. Einige Befragte verweisen in den Interviews auf den Projekt-Charakter von DreiFürEins und, dass Schwierigkeiten und Herausforderungen von daher normal und unabdingbar seien. Daraus könne gelernt und Anpassungen vorgenommen werden. 2. Einzelne Befragte geben an, keine größeren Schwierigkeiten oder Herausforderungen in DreiFürEins wahrgenommen zu haben. 3. In den Interviews gehen dennoch alle Befragten auf hinderliche Faktoren und Herausforderungen ein. Die in den Interviews genannten hinderlichen Faktoren und Herausforderungen lassen sich dabei acht Themenbereichen zuordnen: a) kulturell-gesellschaftliche Faktoren, b) externe Faktoren, c) projektbezogene Faktoren, d) arbeitsbezogene Faktoren, e) strukturelle Faktoren, f) kooperative Faktoren, g) fallbezogene Faktoren sowie h) individuelle Faktoren. Die Einteilung dieser Faktoren beruht auf etablierten Betrachtungsebenen kooperativen Handelns in inklusiven Settings (individuelle Ebene, interaktionell Ebene, Sachebene, institutionelle Ebene und kulturell-gesellschaftliche Ebene, vgl. Neumann 2019, S. 84ff.), welche an die Projektergebnisse angepasst und induktiv ergänzt wurden. Nachfolgend werden diese Faktoren näher erläutert:


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**a) Kulturell-gesellschaftliche Faktoren**: Viele Befragte nennen in den Interviews hinderliche Faktoren und Herausforderungen für eine sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten auf der kulturell-gesellschaftlichen Ebene. Hierzu zählen unter anderem: 1. der Einfluss gesellschaftlicher Herausforderungen (z. B. Fachkräftemangel, Personalfluktuation, fehlende Ressourcen, steigende Bedarfe), 2. die Versäulung der Leistungsbereiche (z. B. Grenzen der Finanzierungssysteme, hoher Zeitaufwand für Veränderungen), 3. der wirtschaftliche Druck (z. B. die Erreichung hoher Fallzahlen), 4. die Zunahme von Bürokratie sowie 5. der Einfluss politischer Interessen (z. B. „Eitelkeiten“, die Sorge vor Kompetenzverlust). Das folgende Zitat enthält beispielhaft unterschiedliche hinderliche Faktoren und Herausforderungen auf der kulturell-gesellschaftlichen Ebene:

> „Die Herausforderungen sind einfach enorm viel größer geworden im Vergleich zu vor zehn Jahren noch. Und die Zusammenarbeit macht das natürlich nicht einfacher dann, ne? Sondern die Verständigung ist aufwendig. Und die Fluktuation, der Fachkräftemangel macht uns auch allen zu schaffen. […] das sind so die gesellschaftlichen Begleiterscheinungen, die uns so treiben, ne, vorantreiben, ne?“

**b) Externe Faktoren**: Einzelne Befragte erwähnen in den Interviews externe, projektunabhängige Faktoren und Herausforderungen für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten an und nennen dabei vor allem: 1. weitere, parallele Projekte und insofern Zeitprobleme für eine umfassende Beteiligung (z. B. „Grundschulprojekt“, „Kooperation Sozialraum“) sowie 2. unerwartete Ereignisse im Projektverlauf mit größeren Folgen (z. B. Brand und Beschädigung von Material und Technik).

**c) Projektbezogene Faktoren**: In allen Interviews finden sich Hinweise der Befragten auf hinderliche, projektbezogene Faktoren und Herausforderungen für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Die Befragten verweisen dabei insbesondere auf: 1. Anlaufschwierigkeiten von DreiFürEins (z. B. Corona, daher verschobener Startzeitpunkt und Unsicherheiten), 2. den hohen Fallzahldruck in DreiFürEins (z. B. hohe Fallzahlen im Antrag, Druck die Fallzahlen zu erreichen, Rekrutierungsprobleme in der Kontrollgruppe), 3. die zeitaufwendige, hochschwellige Evaluation und das schwer bedienbare Erhebungstool in DreiFürEins (SecuTrial), 4. die begrenzte Laufzeit von DreiFürEins (z. B. hoher Aufwand für Öffentlichkeitsarbeit, hohe Fallzahlen am Projektende) sowie 5. Unstimmigkeiten über die Zielgruppe in DreiFürEins. Das folgende Zitat illustriert einige hinderliche, projektbezogene Faktoren und Herausforderungen:

> „Also eine Herausforderung hat sich bei uns ganz klar ergeben. Es hat einfach eine gewisse Weile gedauert, bis das hier im Bezirk wirklich bekannt war. Und sozusagen auch die Dynamik entwickelt hat, die wir uns sehr gewünscht haben. Dass einfach auch relativ viele Fälle da waren, viel eingesteuert worden ist. Und das ist aber zu einem Zeitpunkt gewesen, wo wir eigentlich schon wieder dabei waren […], das Ganze zu einem Ende zuführen. Das war einfach eine Herausforderung, ein bisschen im Timing. So, das Gefühl, es ist jetzt gerade richtig losgegangen. Und jetzt sind wir schon wieder mit dem Ende beschäftigt.“

**d) Arbeitsbezogene Faktoren**: Viele Befragten nennen hinderliche, arbeitsbezogene Faktoren und Herausforderungen, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen: 1. herausfordernde Vereinheitlichung von Arbeitsprozessen in DreiFürEins (z. B. einheitliche Verfahren und Arbeitsweisen für sehr unterschiedliche Sektoren), 2. herausfordernde Integration von DreiFürEins in bestehende Arbeitsstrukturen (z. B. lose Anbindung von Mitarbeitenden in einzelnen Sektoren, DreiFürEins eher als „Satelliten-Projekt“), 3. unterschiedliche Vorgaben und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Regelungen für identische Arbeitsprozesse (z. B. Umgang mit Datenschutz), 4. hohe Termindichte im Berufsalltag (z. B. für zusätzliche Besprechungen und Fortbildungen) sowie 5. zeitaufwendige, interne Kommunikation über DreiFürEins (z. B. Informationsweitergabe, Bekanntheit). In dem nachstehenden Zitat beschreibt eine befragte Person die Herausforderungen bei der Integration von DreiFürEins in bestehende Arbeitsstrukturen:

> „aber größte Herausforderung ist quasi, […] Strukturen, die man für das Projekt entwickelt hat, Abläufe, in eine schon existierende Struktur reinzubringen, von der man nicht weiß, wie die eigentlich funktioniert. Und natürlich stellt man dann in der Umsetzung fest, man ist vielleicht bei der Planung von anderen Voraussetzungen ausgegangen. […] Ja, man hat für die Planung bestimmte Annahmen getroffen, die sich so in der Umsetzung gar nicht als passend oder, ja, richtig erweisen."

**e) Strukturelle Faktoren**: Viele Befragte gehen in den Interviews auch auf hinderliche, strukturelle Faktoren und Herausforderungen für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ein. Hierzu zählen insbesondere: 1. die sehr unterschiedliche Ressourcenausstattung der verschiedenen Sektoren (z. B. fehlende Ausstattung für die Kinder- und Jugendhilfe), 2. der hohe, zusätzliche Aufwand für die Umsetzung von DreiFürEins, 3. die hohe Personalfluktuation (z. B. die fehlende Kontinuität, die Verzögerung von Abläufen), 4. die fehlende Einplanung von Verwaltungskräften und Dolmetscher*innen im Antrag, 5. die Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung, 6. die räumlichen Herausforderungen (z. B. Einsamkeit auf einem großen Gelände) sowie 7. technische Hürden (z. B. unterschiedliche Zugänge, Datenschutzbeschränkungen). Das folgende Zitat verdeutlicht sehr gut die Folgen einer unterschiedlichen Ressourcenausstattung:

> „Und auch alle anderen sind ja mit sehr unterschiedlicher Kapazität ausgestattet. Das führt natürlich schon in der Umsetzung von Themen einfach zu Unterschieden. Ein Partner, der eine auskömmliche Personalausstattung über das Projekt finanziert hat, kann Dinge anders umsetzen als ein Partner, der überhaupt keine Fördermittel erhält, und das alles aus Board-Mitteln machen muss oder will. Das produziert natürlich schon einen Unterschied auf der Umsetzungsebene. […] Man hat dann den Umstand, es sind nicht alle auf dem Papier gleichberechtigt, sollen aber quasi gleichberechtigt zusammenarbeiten mit unterschiedlichen Kapazitäten. Das funktioniert halt nicht immer"

**f) Kooperative Faktoren**: Alle Befragten gehen in den Interviews darüber hinaus ausführlicher auf hinderliche, kooperative Faktoren und Herausforderungen für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ein. Die Befragten nennen unter anderem: 1. einen hohen Zeitaufwand und Abstimmungsbedarf zum Aufbau von Kooperationsstrukturen (z. B. Vielzahl an Treffen, Klärung der Rollen, Zuständigkeiten, des Datenschutzes und Datenflusses), 2. die hohe Komplexität von DreiFürEins mit vielen Beteiligten und großen Unterschieden zwischen Sektoren (z. B. hinsichtlich der personellen Ausstattung und Arbeitsstrukturen), 3. die unterschiedlichen Ziele und Erwartungen an DreiFürEins, 4. die Schwierigkeiten und Konflikte zur Klärung der Kooperationsstrukturen (z. B. der Rollen, Hierarchien, Befugnisse sowie Autonomieansprüche der einzelnen Sektoren, Professionen und Einzelakteur*innen), 5. die Kommunikationsschwierigkeiten zwischen den Sektoren (z. B. unterschiedliche Fachsprachen, asymmetrische Informationsweitergabe), 6. die Abhängigkeit von einzelnen Sektoren, Professionen und Akteur*innen (z. B. bei Hilfeplanung und trotz unregelmäßiger Beteiligung), 7. die fehlenden Kenntnisse über und Verständnisse für die anderen Sektoren und Professionen, 8. die verspätete Umsetzung von


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Supervision, 9. die zum Teil mangelnde Unterstützung durch die Leitungskräfte sowie 10. Herausforderungen bei der Einbindung der Jugendämter (z. B. fehlende Ressourcen und späte Beteiligung in DreiFürEins). In dem folgenden Zitat beschreibt eine befragte Person anschaulich die großen Unterschiede zwischen den Sektoren als Herausforderung:

> „Na, ich glaube, eine Herausforderung ist tatsächlich, dass in DreiFürEins sind einmal drei Systeme, die alle sehr unterschiedlich arbeiten. Auch in der Steuerungsebene, glaube ich, alle auch ein Stück weit Zeit brauchten, bis sie wenigstens ein grundgemeinsames Verständnis hatten von Zielen, Zielgruppe."

**g) Fallbezogene Faktoren**: In vielen Interviews berichten Befragte von hinderlichen, fallbezogenen Faktoren und Herausforderungen. Hierzu zählen insbesondere: 1. die Hochschwelligkeit des Zugangs (z. B. aufgrund sprachlicher Hürden, der Schweigepflichtsentbindung, Datenschutzerklärung, des zeitlichen Aufwandes), 2. die schwierige Erreichbarkeit und Vorbehalte von Familien (z. B. gegenüber einem Datenaustausch, einzelnen Sektoren), 3. das Ungleichgewicht in der Einsteuerung von Fällen (z. B. überwiegend Einsteuerung über die Schulen, selten über KJPPP und Kinder- und Jugendhilfe), 4. zu eng gefasste Ausschlusskriterien, 5. hohe Absprachebedarfe zwischen den Sektoren und Unsicherheiten bei besonderen Fällen (z. B. unklarer Ablauf bei Kindeswohlgefährdung), 6. die Übergriffigkeit von Klient*innen und die fehlende Unterstützung der Fachkräfte vor Ort, 7. die geringe Einbindung der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. keine Zuständigkeit des Jugendamtes), 8. die unzureichende Einbindung der Schulen in die unmittelbare Fallarbeit sowie 9. der begrenzte Versorgungszeitraum (z. B. geringe Flexibilität, Abbruch der „Therapeut-Patientenbindung"). Das folgende Zitat steht exemplarisch für die Hochschwelligkeit des Zugangs und die Vorbehalte von Familien:

> „es ist für die Eltern zu viel. Also diese, diese ganzen Einverständniserklärungen, die man einholen muss, alles Thema Datenschutz, ist eine große Herausforderung gewesen, die viele Eltern schon abgeschreckt haben. Wir haben unterschätzt, dass viele unserer Eltern mit Behörden entweder schlechte Erfahrungen gemacht haben oder sehr misstrauisch sind, aus welchen Gründen auch immer. Diese Hürde haben wir, glaube ich, völlig unterschätzt."

**h) Individuelle Faktoren**: Viele Befragte benennen darüber hinaus auch hinderliche, individuelle Faktoren und Herausforderungen für eine sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Dabei gehen sie vor allem auf folgende Punkte ein: 1. individuelle Unterschiede in den Überzeugungen und im Engagement der Fachkräfte (z. B. Offenheit, Interesse, Freude, Überzeugung), 2. individuelle Unterschiede in der Kooperativität, Konfliktfähigkeit und Professionalität der Fachkräfte (z. B. Kooperationsbereitschaft) sowie 3. Unterschiede in der Beteiligung und Anwesenheit der Fachkräfte (z. B. Mitwirkungsbereitschaft, krankheitsbedingte Abwesenheit). In dem folgenden Zitat wird exemplarisch auf ein unterschiedliches Engagement eingegangen:

> „Und wenn ich sage: ‚Das will ich nicht, kann ich nicht oder weiß ich nicht', dann, ja, dann bin ich auch ein Stück mehr draußen. Da können aber die anderen nichts dafür. Das muss ich mir dann eben selber sagen. Ich, ne, ich konnte das ja nicht oder wollte das nicht. Also ja, so den Teil fand ich tatsächlich richtig schwierig, […] für den Inhalt des Projektes und für das, was auch so zwischen den nachgeordneteren Mitarbeitern transportiert wurde, atmosphärischer Art."


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

### 3.3.2.7 Umgang mit Herausforderungen (Handlungsansätze und Strategien)

Das folgende Kapitel widmet sich den Handlungsansätzen und Strategien der Befragten, um mit den wahrgenommenen, hinderlichen Faktoren sowie Schwierigkeiten und Herausforderungen in DreiFürEins umzugehen. Dabei sollen vor allem Antworten auf die zweite Forschungsfrage der Prozessevaluation gewonnen werden:

- FKR-Fr-zus2: Wie konnte den Schwierigkeiten und Herausforderungen, die sich im Rahmen der Implementierung und Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zeigten, begegnet werden?

Die in den Interviews mit der Steuerungsebene beschriebenen Handlungsansätze und Strategien, um mit wahrgenommenen hinderlichen Faktoren, Schwierigkeiten und Herausforderungen der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten umzugehen, lassen sich vier Themenbereichen zuordnen: a) strukturelle Handlungsansätze und Strategien, b) kooperative Handlungsansätze und Strategien, c) individuelle Handlungsansätze und Strategien und d) fallbezogene Handlungsansätze und Strategien. Hierauf soll im Folgenden eingegangen werden. Zur Vereinfachung wird dabei synonym von Handlungsansätzen *und* Strategien beim Umgang mit von hinderlichen Faktoren und Herausforderungen bei der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten gesprochen.

**a) Strukturelle Handlungsansätze und Strategien**: Viele Befragte erwähnen strukturelle Strategien, um mit den beschriebenen, hinderlichen Faktoren und Herausforderungen bei der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten umzugehen. Hierzu zählen unter anderem: 1. die Anpassung der Projektvorgaben (z. B. Reduktion der Fallzahlen auf ein realistisches Maß, Nachsteuerung der Zielgruppen und Ausschlusskriterien), 2. die zielgerichtete Auswahl und Einführung neuen Personals (z. B. bei Personalwechsel „neu aufgestellt“), 3. die Bereitstellungen zusätzlicher, personeller Ressourcen in den ReBBZ (z. B. die Koordinationsstellen, die Hilfskräfte für die Datenerhebung) sowie 4. die Schaffung von verschiedenen, personellen Lösungen der Jugendämter zur Beteiligung in DreiFürEins (z. B. Nutzung der Netzwerker*innen, GiK-Fachkräfte, Leitungskräfte). Das folgende Zitat illustriert die Anpassung der Fallzahlen auf ein realistisches Maß:

> „der Anfang war sehr, sehr schleppend. […] dann haben wir ja auch die Zahlen etwas runtergefahren. […] Also wir haben versucht, zu modifizieren und den Realitäten Rechnung zu tragen.“

**b) Kooperative Handlungsansätze und Strategien**: Auch der Umgang mit hinderlichen, kooperativen Faktoren und Herausforderungen bei der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten wird in vielen Interviews thematisiert. Die Befragten verweisen hierzu insbesondere auf Kommunikationsansätze und -strategien. Benannt werden: 1. ein regelmäßiger, persönlicher Austausch, 2. die Einführung eines iterativen Feedback (z. B. Feedback einholen, nachsteuern, Feedback einholen), 3. die Entwicklung von Informationsmaterialen und Umsetzungshilfen (z. B. Handouts, Handbuch, Diagramme, Newsletter, Übersetzungshilfen), 4. die Durchführung von Krisensitzungen und Besprechungen von besonderen Einzelfällen (z. B. Grundsatz: „Störungen haben Vorrang“), 5. die Nutzung von informellen Absprachen auf der Steuerungsebene (z. B. vor Treffen „die Kuh vom Eis“ nehmen), 6. die Einbindung und Wertschätzung der Expertise der Umsetzungsebene,


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

7. das Vorhalten eines Angebots von Sprechstunde und Workshops, 8. die Motivierung der Umsetzungsebene für DreiFürEins (z. B. Andere „mitreißen“), 9. die offene Thematisierung von Schwierigkeiten sowie 10. die gemeinsame Lösungssuche (z. B. Abwägung der Vor- und Nachteile, Fokussierung auf ein Ziel und eine Lösung, Finden eines Minimalkonsenses). Im folgenden Zitat berichtet eine Person der Steuerungsebene über den Sinn einer offenen Sprechstunde für Fachkräfte in DreiFürEins:

> „Und dann aber sie in ihrem Prozess zu unterstützen, zu hören, wenn sie was sagen. Jeden Montag gab es eine offene Sprechstunde, wo man alle Fragen loswerden konnte, die man rund um DreiFürEins hatte. Also gerade für die Koordinatoren war das ganz wichtig. Also so, solche Dinge haben wir getan, damit das irgendwie besser und gut läuft und rund läuft.“

**c) Individuelle Handlungsansätze und Strategien**: Viele Befragte thematisieren darüber hinaus individuelle Handlungsansätze und Strategien beim Umgang mit hinderlichen Faktoren und Herausforderungen bei der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Hierzu zählen insbesondere: 1. ein hohes persönliches Engagement und Begeisterung für DreiFürEins (vor allem der Fachkräfte auf der Umsetzungsebene), 2. eine aktive Lösungssuche bei Schwierigkeiten (z. B. Fokus: „Welchen Beitrag kann ich leisten?“), 3. die Nutzung von Kreativität zur Entwicklung passender Formate (z. B. Geschenke als Anreiz, Schaffung eines Newsletters), 4. das Arrangieren mit den Herausforderungen und die Suche nach einem pragmatischen Umgang (z. B. „das Beste draus machen“), 5. eine persönliche Abgrenzung und ggf. eine (zeitweise) Entscheidung gegen eine aktive Beteiligung (z. B. „wenn ich da keine Ressource habe, komme ich nicht“), 6. das Einbringen eigener Praxiserfahrungen, 7. Selbstvertrauen und Risikobereitschaft sowie 8. die Entwicklung von Gelassenheit und Durchhaltevermögen („dickes Fell“). Das folgende Zitat steht exemplarisch für das hohe persönliche Engagement und die aktive Lösungssuche:

> „Was immer schon gut funktioniert, ist, dass das auf Fachebene, auf Arbeitsebene auch bei allen Partnern, nicht nur die an der Versorgung beteiligt waren, alle sehr engagiert und gewillt waren, Dinge gut umzusetzen. Ohne das würde das, glaube ich, auch nicht funktionieren. Also alle haben immer versucht, Lösungen zu finden und gemeinsam dafür zu sorgen, dass das funktioniert. Auch wenn man nicht immer ganz genau wusste, wie das geht.“

**d) Fallbezogene Handlungsansätze und Strategien**: In einigen Interviews finden sich außerdem fallbezogene Handlungsansätze und Strategien. Einzelne Befragte nennen beispielsweise: 1. eine adressatengerechte Kommunikation von Materialien (z. B. des Projektflyers und der Einverständniserklärung), 2. die sensible, persönliche Kommunikation mit den Familien (z. B. um Hilfe anzunehmen und Fragebögen auszufüllen), 3. die Nutzung von Incentives zur Erhöhung der Mitwirkungsbereitschaft der Familien (z. B. Gutscheine für Freizeitpark, Zoo), 4. die Nutzung der Evaluation als Gesprächsanlass (z. B. in der Kontrollgruppe) sowie 5. die Ermöglichung einer Anschlussversorgung durch die Bereitstellung eines Regelangebots. Im folgenden Zitat wird die adressatengerechte Kommunikation mit den Familien angesprochen:

> „auch der Gedanke, wie kommen wir an diese Zielgruppe ran, also auch im Sinne von, eine adressatengerechte Kommunikation, die sich, […] erst dann im Tun entwickelt hat, von den einzelnen Umsetzenden […] Also, es gab dann zwar irgendwann einen Flyer oder auch eine Einverständniserklärung kindgerechter, es war weiterhin viel zu abstrakt für die Zielgruppe. […] Das ist eben wirklich im Tun passiert, sich zu überlegen, […] wie kann ich gut in die Kommunikation gehen mit solchen Familien? Was sind denn auch dann Schwierigkeiten, sie ins Vertrauen zu bekommen, ne? […] Und das wirklich auch so zu kommunizieren, dass


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

sie das auch als einen, auch tatsächlich als ein Angebot und nicht als eine Bedrohung wahrnehmen."

#### 3.3.2.8 Wirkungen und Grenzen von DreiFürEins

Von besonderem Interesse ist, wie die Steuerungsakteur*innen subjektiv die Wirkungen und Grenzen von DreiFürEins beurteilen. Ziel des folgenden Kapitels ist es daher, subjektiv Antworten auf die Frage nach den Wirkungen und Grenzen und damit die dritte Forschungsfrage der Prozessevaluation zu DreiFürEins zu erlangen:

- FKR-Fr-zus3: Welche gewinnbringenden und/oder defizitären Aspekte werden im Hinblick auf die sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten erzielt/berichtet?

Allgemein fällt auf, dass viele Befragte der Steuerungsebene sehr zufrieden mit DreiFürEins sind, eine hohe persönliche Überzeugung vom Erfolg der sektorenübergreifenden Kooperation angeben und deutlich mehr positive wie negative erzielte Aspekte benennen. In den Interviews wird DreiFürEins oft verallgemeinert als „sinnvoll", „super", „erfolgreich", „wichtig" und „wertvoll" bezeichnet. Gleichzeitig äußern viele Befragte Unsicherheiten im Hinblick auf die konkret erzielten Effekte von DreiFürEins. Sie verweisen dabei auf die Ergebnisse der Evaluation. Einzelne Befragte betonen explizit, selbst nicht einschätzen zu können, inwiefern DreiFürEins numerische Effekte erzielt habe (z. B. Kostenreduktion, Auskömmlichkeit der Personalmittel, erreichte Fallzahlen) und welche inhaltlichen Ergebnisse die individuellen Fallkonferenzen gebracht haben. Einzelne Befragte sprechen daher lieber von „Erkenntnissen" statt Erfolgen oder „keiner großen Wirkung" von DreiFürEins, wobei hier auch keine Erwartungshaltungen an DreiFürEins bestanden. Die Unsicherheiten über die konkreten Effekte von DreiFürEins illustriert beispielhaft das folgende Zitat:

„Über die numerischen Effektstärken kann ich nichts sagen. […] Weil ich die aktuellen, erfolgten Therapien numerisch nicht einsehen kann. Kann ich nicht einschätzen."

Ungeachtet der globalen Positiveinschätzung von DreiFürEins und der Unsicherheiten über die konkreten Effekte finden sich in allen Interviews der Befragten der Steuerungsebene vielfältige Aussagen zu den erzielten Wirkungen von DreiFürEins. Zum Teil wird auch auf die Grenzen von DreiFürEins eingegangen. Die Aussagen beziehen sich vor allem auf: a) Wirkungen im Hinblick auf das Gesamtprojekt, b) Wirkungen und Grenzen im Hinblick auf die Sektoren, c) Wirkungen und Grenzen im Hinblick auf Ressourcen, d) Wirkungen und Grenzen im Hinblick auf Kooperationen, e) Wirkungen und Grenzen im Hinblick auf Fachkräfte sowie f) Wirkungen und Grenzen im Hinblick auf Kinder und Jugendliche. In der folgenden Darstellung werden diese Themenbereiche näher erläutert:

**a) Wirkungen im Hinblick auf das Gesamtprojekt**: Viele Befragte nennen in den Interviews Wirkungen von DreiFürEins. Hierzu zählen: 1. DreiFürEins führte zu einer höheren Sichtbarkeit des Bedarfs einer sektorenübergreifenden Versorgungsform (z. B. für besondere Zielgruppe), 2. DreiFürEins führte zu einer sektorenübergreifenden Kooperation und Systemveränderungen (z. B. Nutzen der Kooperation für die Sektoren, Veränderungen in den Systemen, Ersparnis von Kosten und Zeit), 3. DreiFürEins führte zur politischen Motivation und zum politischen Willen einer Fortführung (z. B. Erhalt der Strukturen, Brückenfinanzierung) sowie 4. DreiFürEins führte zu einer komplexen, aber notwendigen Kooperationsstruktur (z. B. die Besonderheit und Komplexität von DreiFürEins wird von Außenstehenden erkannt und gewürdigt). Das


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

folgende Zitat illustriert exemplarisch die höhere Sichtbarkeit des Bedarfs einer sektorenübergreifenden Versorgungsform und den politischen Willen zur Fortführung von DreiFürEins:

> „Und das empfinde ich auch […] als einen ganz starker Boost auch für die anderen Institutionen, zu sehen, ja, also das hat eben wirklich auch eine Relevanz, was wir hier machen. Das wird gesehen. Und das wird positiv bewertet. Und genau, das ist was, womit ich vielleicht so nicht gerechnet habe. Und auch, dass es auch auf einer politischen Ebene so eine große Akzeptanz und so ein großer Wille da ist, das zu wollen."

**b) Wirkungen und Grenzen im Hinblick auf die Sektoren**: Viele Befragte der Steuerungsebene gehen auf sektorenübergreifende Wirkungen von DreiFürEins ein. Sie nennen insbesondere drei Punkte: 1. eine engere und gewinnbringende Kooperation der Sektoren (z. B. gemeinsame Fallverantwortung, Synergieeffekte), 2. eine verbesserte Außenwahrnehmung der Sektoren (z. B. des Jugendamts), 3. eine Förderung von Kooperations- und Öffnungstendenzen (z. B. sektorenübergreifende Öffnung, mehr Multiprofessionalität) und 4. die Förderung von Organisationsentwicklungsprozessen (z. B. „Change-Prozess"). Gleichzeitig verweisen einzelne Befragte in diesem Zusammenhang auch auf Grenzen von DreiFürEins: 1. ein Fortbestehen der starken Versäulung der Sektoren (z. B. keine Kooperation zwischen „Tanker BSB und Jugendhilfe") sowie 2. ein Ausbleiben von systeminternen Veränderungsprozessen (z. B. keine Flexibilität der Arbeitsprozesse). Das folgende Zitat illustriert exemplarisch Veränderungsprozesse, die durch DreiFürEins unterstützt worden sind:

> „Und ich würde noch mal ergänzen, also auf der Ebene der Organisationsentwicklung der einzelnen [Organisation 3] ist ja dieser Schwerpunkt, […] mit der multiprofessionellen Zusammenarbeit, oder vielmehr des gezielten Nutzens dieser besonderen Multiprofessionalität. Das war ja ohnehin ein Organisationsentwicklungsschwerpunkt unserer Häuser. Und das Projekt DreiFürEins hat in diesem Prozess ganz wertvolle, also Impulse reingebracht. Möglichkeiten der Erfahrung/also Erfahrung zu sammeln und die für sich auszuwerten. Und insofern diesen Strang der Entwicklung unserer Häuser ganz doll gefördert."

**c) Wirkungen und Grenzen im Hinblick auf Ressourcen**: Die Aussagen der Befragten der Steuerungsebene zu den Ressourcen fallen je nach Betrachtung sehr unterschiedlich aus. Position A: Einzelne Befragte gehen von einer Kostenreduktion von DreiFürEins aufgrund der Schaffung von Synergien, Strukturen und der Prävention vor Ort aus (z. B. „dass wir irgendwo gesellschaftlich hier Geld gespart haben"). Gleichzeitig verweisen die Befragten auch auf a) eine mangelnde Informations- und Datenbasis zu den konkreten Kosten und Einsparungen von DreiFürEins (z. B. aufgrund der Pauschalen und einer ungenauen Dokumentation von Einzelleistungen), b) mögliche Folgekosten für die Kinder- und Jugendhilfe im Anschluss an die psychotherapeutische Versorgung sowie c) Grenzen des Wirksamkeitsnachweises von DreiFürEins ausschließlich an numerischen Daten. Position B: Einzelne Befragte äußern - ungeachtet langer Wartezeiten auf Therapieplätze – Unsicherheiten über die notwendigen Mehrleistungen, die über die bestehende Regelfinanzierung hinausgehen. Position C: Von einzelnen Befragten werden strukturelle Grenzen von DreiFürEins im Hinblick auf Finanzierungssysteme, Finanzbudgets und Rechtgrundlagen hervorgehoben: 1. Grenzen der Finanzierungssysteme (z. B. Ausrichtung auf sektorenspezifische Leistungen), 2. begrenzte Fördermittel sowie 3. mangelnde Finanzierung von notwendigen Koordinierungs- und Kooperationsleistungen (z. B. unflexible Finanzierungsvorgaben für fall- und sektorenübergreifende Leistungen, fehlende Finanzierung von Schnittstellen- und Koordinationsleistungen). Diese Grenzen werden in dem folgenden Zitat zusammengefasst:


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> „Die Finanzierungssysteme enden ja meistens an der Grenze des eigenen Systems. Und wir stellen jetzt aber fest, es gibt Schnittstellenaufgaben, die lassen sich keinem der Systeme direkt zuordnen. Und für die gibt es auch keine benannte Finanzierung. […] Als Krankenkasse darf ich nur Geld für bestimmte Dinge ausgeben […], weil es sehr viele gesetzliche Anforderungen gibt […]. Und da freier zu sein in der Gestaltung, wenn ich der Meinung bin, das ist hier eine gute Versorgung, ein gutes Koordinationsangebot, muss ich mir natürlich trotzdem überlegen, aus welchen Töpfen darf ich das finanzieren, oder darf ich das vielleicht auch nicht finanzieren."

**d) Wirkungen und Grenzen im Hinblick auf Kooperationen**: Nicht ganz unerwartet gehen fast alle Befragten in den Interviews auch auf die Wirkungen von DreiFürEins für die Kooperation ein. Sie nennen dabei insbesondere folgende positive Wirkungen: 1. eine Annäherung und engere Kooperation der Sektoren und Professionen (z. B. mehr Vertrautheit und Verständnis, gemeinsame Sprache, Augenhöhe), 2. die Etablierung von festen und hilfreichen Kooperationsstrukturen (z. B. regelhafter Austausch, etablierte Steuerungsebenen und Gremien), 3. eine gelungene und ertragreiche Kooperation (z. B. positive Erfahrungen, Nutzen erkannt, Zusammenführung der Expertisen, fachlich voneinander lernen, sich ergänzen), 4. den Erhalt der Autonomie und Rollenklarheit der einzelnen Akteur*innen trotz der Kooperation (z. B. „Berechtigungen alle nebeneinander") sowie 6. den Ausbau des Kooperationsnetzwerkes (z. B. ein persönliches Kennenlernen neuer Kooperationspartner*innen). Neben diesen positiven Wirkungen nennen jeweils einzelne Befragte auch Grenzen von DreiFürEins im Hinblick auf Kooperationen. Hierzu zählen: 1. der erhöhte Koordinations- und Arbeitsaufwand, 2. die datenschutzrechtlichen Beschränkungen des Austauschs, 3. die Nicht-Kommunikation aufgrund eines hohen Harmoniebedürfnisses, 4. die Rollen- und Verantwortungsdiffusion in der Kooperation sowie 5. Zeitprobleme für die Kooperation (z. B. Zeitengpässe, um regelmäßig an Gremien teilzunehmen). Das folgende Zitat belegt exemplarisch die erfolgreiche Annäherung und Kooperation zwischen den Sektoren und Professionen:

> „Die Kolleginnen und Kollegen profitieren davon, dass sie enger und näher miteinander arbeiten, dass sie eine gemeinsame Sprache haben. Und wenn nicht eine gemeinsame Sprache, dass sie aber wissen, was der andere meint. Dass sie also eine andere Form der Zusammenarbeit ausprobiert haben, von denen wir sagen, wir sind enger zusammengerückt. Wir verstehen einander. Wir arbeiten auf gleicher Augenhöhe"

**e) Wirkungen und Grenzen im Hinblick auf Fachkräfte**: In vielen Interviews finden sich Aussagen der Befragten zu den Wirkungen und Grenzen von DreiFürEins im Hinblick auf die Fachkräfte. Zu den positiven Wirkungen zählen demnach unter anderem: 1. eine höhere (Selbst-)Wirksamkeit und größere Arbeitszufriedenheit, 2. eine höhere Motivation, Freude und Begeisterung für die sektorenübergreifende Kooperation, 3. eine größere Entlastung und verbesserte Unterstützung (insbesondere von Lehrkräften) sowie 4. fachliche Erkenntnisse und positive Erfahrungen durch DreiFürEins (z. B. zu Online-Meetings, Besonderheiten der Zielgruppe). Gleichzeitig beschreiben jeweils einzelne Befragte auch Grenzen von DreiFürEins im Hinblick auf die Fachkräfte: 1. eine Abhängigkeit von Einzelpersonen und personeller Kontinuität, 2. Grenzen des persönlichen Engagements und der Akzeptanz der Fachkräfte (z. B. fehlende finanzielle und personelle Ressourcen sind nur begrenzt ausgleichbar) sowie 3. eingeschränkte zeitliche Ressourcen (z. B. Anstieg der Bürokratie, Ausweitung von Besprechungen zu Lasten der Fallarbeit). In dem nachstehenden Zitat wird exemplarisch das Gefühl höherer Wirksamkeit beschrieben:


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> „ich denke auch, dass es viel gebracht hat, weil sich / ich denke zumindest wir, als [Organisation 3] uns an vielen Stellen wirksamer gefühlt haben. Weil wir etwas mitbringen konnten, etwas einbringen konnten, was uns, glaube ich, vorher auch wirklich fehlte. Oder was uns oft in anderen Beratungsprozessen fehlt, nämlich tatsächlich etwas ja, einbringen zu können, was es ohne uns so nicht gegeben hätte. Und, ja, da auch das Gefühl zu haben, in dieser Zusammenarbeit wirklich auch für die einzelnen Kinder und Jugendlichen etwas bewegen zu können, was in so einer Komprimiertheit und Intensität sonst nicht da gewesen ist. Und ich denke, es hat also im Sinne von Wirksamkeitsempfinden, viel gebracht."

**f) Wirkungen und Grenzen im Hinblick auf Kinder und Jugendliche**: Viele Befragte der Steuerungsebene erläutern in den Interviews Wirkungen von DreiFürEins im Hinblick auf die Kinder und Jugendlichen. Zum Teil werden auch Grenzen von DreiFürEins benannt. Als Wirkungen honorieren die Befragten insbesondere: 1. die Vereinfachung und Beschleunigung des Zugangs zu Unterstützungsleistungen und den anderen Hilfesystemen („Türöffner"), 2. die frühzeitige, niedrigschwellige und bedarfsorientierte Erreichung ansonsten schwer erreichbarer Zielgruppen, 3. die Ermöglichung einer neuen Versorgungsqualität (z. B. Kind im Mittelpunkt, verbessertes Fallverständnis, größeres Angebotsspektrum), 4. eine verbesserte Bündelung und Verzahnung von Hilfen (z. B. klare Ansprechpersonen, vereinfachte Übergänge, Synergieeffekte), 5. eine therapeutische Versorgung (insbesondere aus Sicht der Akteur*innen der Kinder- und Jugendhilfe), 6. eine Stabilisierung und Präsenz der Kinder und Jugendlichen im Unterricht und in der Schule sowie 7. einzelfallbezogene Erfolge (z. B. therapeutische Anschlussversorgung, „Erkenntnisgewinne"). Jeweils einzelne Befragte nennen auch Grenzen von DreiFürEins im Hinblick auf die Kinder und Jugendlichen. Hierzu gehören: 1. Probleme in der Erreichbarkeit von Familien (z. B. sprachliche Hürden, Vorbehalte gegenüber Datenaustausch), 2. die Ablehnung der therapeutischen Versorgung durch die Familien (z. B. aufgrund von Scham oder eines Negierens des Behandlungsbedarfs), 3. die zeitliche Befristung der Versorgung und die zu geringe Anzahl an Terminen (z. B. mit Folgen durch den Beziehungsabbruch). Einzelne Befragte verweisen zudem auf das Risiko, die Familien im Zuge der Kooperationsbemühungen aus dem Blick zu verlieren (z. B. durch die Vielzahl an Beteiligten, den Fokus auf die sektorenübergreifende Kooperation) bzw. sich bei komplexen, hoch belasteten Fällen zu „verzetteln". Das folgende Zitat illustriert zum einen die frühzeitige, niedrigschwellige und bedarfsorientierte Erreichung von Zielgruppen und zum anderen die verbesserte Bündelung und Verzahnung von Hilfen:

> „Ja, dass die, die Familien schneller erreicht werden, eher erreicht werden. Nämlich dort, wo sie als Erstes auffallen, in der Schule. Dass die Hürden zur Erreichbarkeit der Familien niedriger werden und die Hürden in der Zusammenarbeit zwischen den Professionellen niedriger werden, ne? Dadurch, dass ich sie kenne, dass ich die Telefonnummer habe, dass ich weiß, wen ich ansprechen soll, kann, im jeweiligen Jugendamt oder im ReBBZ oder in der Schule. Und ja, dass zeitliche Lücken vermieden werden, wo die Kinder irgendwie plötzlich unversorgt auf der Straße stehen, sage ich mal. […] Die Hilfe kommt eher an, kommt bedarfsorientierter an, bringt den Familien mehr, würde ich auf jeden Fall sagen."

#### 3.3.2.9 Wünsche und Ideen für DreiFürEins

In den Interviews mit der Steuerungsebene wurden die Befragten abschließend gebeten, sich DreiFürEins als festen Bestandteil des Hamburger Hilfesystems vorzustellen und ihre Wünsche und Ideen für eine derartige Etablierung des Projektes zu formulieren. Die vielfältigen


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Antworten der Befragten lassen sich zu folgenden Themenbereichen bündeln: a) Wünsche im Hinblick auf das Gesamtprojekt, b) Wünsche im Hinblick auf die Rahmenbedingungen, c) Wünsche im Hinblick auf die Kooperation, d) Wünsche im Hinblick auf die Kinder und Jugendlichen sowie e) Wünsche im Hinblick auf die Fachkräfte:

**a) Wünsche im Hinblick auf das Gesamtprojekt**: Viele Befragte der Steuerungsebene nennen in den Interviews projektbezogene Wünsche für eine Verstetigung von DreiFürEins. Zu berücksichtigen ist, dass sich die Wünsche zum Teil durch die Vielzahl der Befragten, Sektoren und Professionen sowie die Interessen widersprechen. Die Befragten heben besonders folgende Wünsche hervor: 1. eine Ausweitung der Projektpartner*innen (z. B. auf niedergelassene Therapeut*innen, Schulen, das Universitätsklinikum, die ARGE, Kitas, weitere ASDs, Eltern) vs. eine Reduktion der Projektpartner*innen (z. B. um die Krankenkassen), 2. ein Beibehalten der Zielgruppe vs. eine Fokussierung der Zielgruppe (auf Kinder, Jugendliche und Familien in sozial schwierigen Stadtteilen), 3. ein Aufrechterhalten des Evaluationsformats vs. eine personelle Trennung der Evaluation in den ReBBZ (jeweils unterschiedliche Fachkräfte sind für Angebote und Befragungen zuständig), 4. eine konzeptionelle Schärfung des Auftrags der Kinder- und Jugendhilfe, 5. eine grundsätzliche Verschlankung des Konzepts von DreiFürEins und der Evaluation (z. B. „Komplexität reduzieren“) sowie 6. eine Steigerung der Bekanntheit von DreiFürEins (z. B. Ausweitung der Öffentlichkeitsarbeit).

**b) Wünsche im Hinblick auf die Rahmenbedingungen**: In vielen Interviews geben die Befragten der Steuerungsebene Wünsche für eine Verstetigung von DreiFürEins im Hinblick auf die Rahmenbedingungen an. Diese beziehen sich vor allem auf die Strukturen, das Personal, die Finanzen und die Dokumentation. Die Befragten nennen als Wünsche: 1. ein Aufrechterhalten der Besprechungsstrukturen und Arbeitsprozesse (z. B. multiprofessionelle Fallkonferenzen), 2. ein Festhalten an den Steuerungsinstrumenten (z. B. Lenkungs- und Steuerungsgruppen), 3. ein Beibehalten der Koordinationsstellen, 4. die Schaffung weiterer Personalstellen (z. B. für Verwaltung, Sekretariat), 5. die Bereitstellung von mehr zeitlichen Ressourcen (z. B. für die Kooperation und Reflexion), 6. die Gewährleistung einer personellen Kontinuität, 7. eine gesicherte, gemeinsame Finanzierung und „gute Ausstattung“ (z. B. bisherige Mittel als Minimum, Finanzierung von Kooperation und Koordination), 8. eine Konkretisierung der Leistungsbeschreibung, 9. eine verpflichtende Dokumentation der erbrachten Leistungen, 10. eine gemeinsame, von allen Sektoren nutzbare Datenplattform sowie 11. eine Integration der Behandlungsanteile und Ziele von Kinder- und Jugendhilfe und Schule im Berichtswesen. Die Befragten sprechen sich insofern für eine Beibehaltung entwickelter Kooperationsstrukturen sowie die Schaffung neuer Personal-, Finanzierungs- und Dokumentationsformen aus.

**c) Wünsche im Hinblick auf die Kooperation**: Viele Befragte gehen in den Interviews bei ihren Wünschen zur Verstetigung von DreiFürEins auf die Kooperation ein. Sie äußern über die genannten Rahmenbedingungen hinaus: 1. eine Überarbeitung und Ergänzung der Kooperationsstrukturen (z. B. gemeinsame Beratung aller Sektoren an einem Ort, zentrale Terminkoordination, jährlicher Austausch aller Bezirke), 2. eine Klärung von Rollen, Zuständigkeiten und der Beteiligung an Gremien, 3. eine gleichberechtigte Zusammenarbeit auf Augenhöhe, 4. ausreichend Zeit zum Kennenlernen in Präsenz (insbesondere vor Projektbeginn), 5. eine regelmäßige Schulung der Fachkräfte (z. B. zur Kooperation, und zu den anderen Sektoren) sowie 6. die Implementierung einer reflexiven und auf Weiterentwicklung abzielenden Kooperationskultur (z. B. mehr Hinterfragen, Umdenken und Einlassen auf Innovation und Kooperation).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**d) Wünsche im Hinblick auf die Kinder und Jugendlichen**: Darüber hinaus äußern viele Befragte der Steuerungsebene bei einer Verstetigung von DreiFürEins Wünsche im Hinblick auf die Kinder und Jugendlichen, insbesondere zur Fallsteuerung und Versorgung. Die Befragten gehen dabei unter anderem auf folgende Punkte ein: 1. eine Überarbeitung des Zugangs und der Fallaufnahme (z. B. gleichberechtigte Einsteuerung von Fällen durch alle Sektoren, Zugang über Sekretariat, gemeinsame Entscheidung über Fallaufnahme, Abschaffung der Diagnostik), 2. eine stärkere Beteiligung der Familien bei der Ziel- und Hilfeplanung, 3. eine effektivere, bedarfsorientierte Versorgung (z. B. klare, fallabhängige Zuständigkeiten und Regelungen für Übergänge), 4. ein teamorientierteres Fallmanagement (z. B. ein gemeinsamer Hilfeprozess statt des „Zuschiebens“ von Zuständigkeiten), 5. eine höhere Bekanntheit des Angebots im Sozialraum (z. B. der Austausch und die Einsteuerung über bestehende Netzwerke, Information über realistische Erwartungshaltungen), 6. eine Ausweitung der Angebotsstrukturen (z. B. zusätzliche Familienangebote, individuell und in einer Gruppe), 7. mehr aufsuchende Angebote vor Ort (z. B. gemeinsame Sprechstunde in Schulen), 8. eine adressatengerechte Kommunikation von Beginn an (z. B. kindgerechte Flyer, mehrsprachige Einverständniserklärung) sowie 9. eine Reflexion der Gründe für Behandlungsabbrüche.

**e) Wünsche im Hinblick auf die Fachkräfte**: Vereinzelt wird auf Wünsche im Hinblick auf die Fachkräfte eingegangen. Die Wünsche beziehen sich dabei auf folgende drei Punkte: 1. zwischenmenschliche Kompetenzen (z. B. Konfliktfähigkeit, Geduld), 2. eine gute fachliche Ausbildung sowie 3. Berufserfahrung (z. B. zur Beschleunigung der Entwicklung von Ideen und Thesen für Versorgung).

#### 3.3.2.10 Verstetigung, Ausbau und flächendeckende Implementierung von DreiFürEins

Die Versorgungsphase innerhalb von DreiFürEins war von 2021 bis 2024 geplant. Die Förderung durch den Innovationsfonds endete im Januar 2024. Der Gemeinsame Bundesausschusses (G-BA) konnte zu diesem Zeitpunkt – ohne Evaluationsergebnisse und Berichte – noch keinen Beschluss für eine mögliche Überführung des Projekts in die Regelversorgung aussprechen. Für den Erfolg von DreiFürEins spricht, dass sich die Projektpartner*innen des Innovationsfondsprojekts darauf verständigen konnten, die Versorgung übergangsweise mit eigenen Mitteln fortzusetzen. Diese Brückenfinanzierung begann im Mai 2024 und soll zunächst bis März 2026 andauern.

Von Interesse erscheint, wie die Befragten der Steuerungsgruppe die Brückenfinanzierung bewerten. Den Befragungsergebnissen zufolge werten einzelne Befragte die Brückenfinanzierung als einen großen, gemeinsamen Erfolg von DreiFürEins, wobei sich viele Befragte in den Interviews eine längerfristige Fortführung bzw. sogar eine Verstetigung und einen Ausbau von DreiFürEins explizit wünschen. Gleichzeitig verweisen einzelne Befragte auf die in Innovationsfondsprojekten übliche, zeitliche Befristung und machen auf hohe Anforderungen für eine Verstetigung aufmerksam (z. B. „Verstetigung ist kein Selbstläufer“). Das folgende Zitat illustriert die Bewertung der Brückenfinanzierung als Erfolg:

> „Und wenn man uneingeschränkt dazu ja sagt, ist das ja schon erst mal was Tolles, was dabei herausgekommen ist. Also und ich finde, was ein super Ausblick in die Zukunft ist. Natürlich haben wir uns gewünscht, dass das Projekt nicht beendet wird, sondern in die Fläche gehen kann. […] Aber, dass alle Beteiligten jetzt sozusagen wirklich sagen: ‚Das wollen wir. Und wir wollen es, bevor die Evaluation kommt. Und wir wollen eine Brückenfinanzierung in irgendeiner Art und Weise hinbekommen.‘ Finde ich einen echt großen Erfolg,


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> den ich so erstmal mir zwar gewünscht hätte. Aber ehrlich gesagt, nicht so gedacht hätte, dass das auf so einen großen Wiederklang trifft […] bis hoch zu den Staatsräten. Also das finde ich schon toll“

Einig sind sich viele Befragte der Steuerungsebene, dass die Evaluationsergebnisse entscheidend für eine mögliche Fortführung und Voraussetzung für eine Verstetigung, einen Ausbau und eine flächendeckende Implementierung von DreiFürEins seien. In einigen Interviews verweisen Befragte außerdem darauf, dass die abschließende Entscheidung auf politischer Ebene getroffen werden müsse und die Empfehlung des G-BA ausschlaggebend dafür sei. Die Umsetzung einer potentiellen Empfehlung liege dann jedoch bei den Akteur*innen vor Ort (keine Richtlinienkompetenz des G-BA).

*Verstetigung und Ausbau in Hamburg:* Für eine Verstetigung und einen Ausbau von DreiFürEins in Hamburg äußern Befragte folgende sechs Vorschläge (siehe hierzu auch die Wünsche in Kapitel 3.3.2.9): 1. Nutzung der Strukturen, Arbeitsweisen und Projekterfahrungen in DreiFürEins als Grundlage und Basis für eine Weiterentwicklung (z. B. hinsichtlich der Anzahl der Kooperationspartner*innen), 2. Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten für eine Erbringung von Koordinations- und Kooperationsleistungen (z. B. Flexibilität gesetzlicher Grundlagen, bundesweite Regelung für Vergütung von Koordination und Kooperation), 3. Weiterentwicklung des beruflichen Selbstverständnisses der Fachkräfte (z. B. mehr aufsuchende Tätigkeit vor Ort), 4. Implementierung von DreiFürEins als Unterstützungsansatz neben dem bestehenden Hilfesystem (z. B. kein Ersatz), 5. Unterstützung der Kontrollgruppen-ReBBZ bei der Implementierung von DreiFürEins (z. B. Nutzung der Interventionsgruppen-ReBBZ als Mentor*innen) sowie 6. im Notfall eine Fortführung der sektorenübergreifenden Kooperation auch ohne Finanzierung. Gleichzeitig nennen einige Befragte auch mögliche Herausforderungen bei einer Verstetigung und einem Ausbau von DreiFürEins. Die Herausforderungen beziehen sich insbesondere auf: 1. eine mögliche Ressourcenreduktion und damit eingeschränkte Verlässlichkeit (z. B. Reduktion von Personal, hohe Personalfluktuation), 2. die Probleme bei einer Zusammenführung von vorhandenen und neuen Strukturen sowie 3. die notwendige Ausbalancierung des hohen Bedarfs und einer gleichzeitig niedrigschwelligen Umsetzung.

*Flächendeckende Implementierung in Deutschland:* In Bezug auf eine mögliche, flächendeckende Implementierung von DreiFürEins in andere Bundesländer äußern sich einige Befragte auch. Dies begründen sie insbesondere mit: 1. Hamburg spezifischen Besonderheiten (individuelle Voraussetzungen vor Ort, Vorhandensein von ReBBZ, hohe Motivation, enge persönliche Kontakte), 2. den großen Unterschieden zwischen Stadt- und Flächenländern (unterschiedliche gesetzliche Vorgaben, Strukturen, Größe und Bedarfe), 3. einer ungewissen Finanzierung sowie 4. gegenwärtig nicht ausreichenden (personellen) Ressourcen. In dem folgenden Zitat werden exemplarisch Hamburg spezifische Besonderheiten sowie große Unterschiede zwischen Stadt- und Flächenländern thematisiert:

> „Also Hamburg als Stadtstaat ist ja mit seinen Schulen sehr eng vernetzt. Aber auch hier haben wir festgestellt, die 13 ReBBZ funktionieren auch alle ein Stück weit unterschiedlich. […] Die regionalen oder die lokalen Strukturen sind vielleicht immer ein Tick weit anders. Und wenn ich dann in Bundesländer gucke, die Flächenbundesländer sind, wo Schulen untereinander sicherlich nicht so eng vernetzt sein werden, wie das jetzt in einem Stadtstaat ist, dann braucht es da, glaube ich, schon eine intensive Diskussion, wie man das Projekt dahin überführen kann oder welche Bestandteile wie in welche Strukturen passen. Da können wir im Moment nur aus Hamburg heraus antworten und sagen: ‚Bei uns hat es so und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

so funktioniert. Das sind unsere Erfahrungen.‘ Aber für andere, ländliche Räume, andere Schulsysteme in anderen Bundesländern haben wir keine Erfahrung gemacht.“

### 3.3.3 Darstellung der Ergebnisse auf Umsetzungsebene

Für die inhaltliche Prozessevaluation auf Umsetzungsebene wurden 17 Einzelinterviews mit Fachkräften aus KJPPP, ReBBZ und Jugendamt geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Ziel dieses Kapitels ist es insbesondere zentrale Befunde der Interviews zu a) Gelingensbedingungen, b) Herausforderungen und Handlungsansätzen und Strategien im Umgang mit den Herausforderungen, c) Wirkungen in DreiFürEins sowie d) Wünschen und d) Ideen zur Fortführung darzustellen. Das Kapitel ist dazu folgendermaßen aufgebaut: Zunächst wird auf die Erwartungen an und die Implementierung von DreiFürEins eingegangen (Kapitel 3.3.3.1). Anschließend werden die Rahmenbedingungen (Kapitel 3.3.3.2) und die Umsetzung von DreiFürEins thematisiert (Kapitel 3.3.3.3). Darauf folgen Unterkapitel mit einem engeren Bezug zu den Forschungsfragen, d. h. die förderlichen Faktoren und Gelingensbedingungen (Kapitel 3.3.3.4), die hinderlichen Faktoren und Herausforderungen (Kapitel 3.3.3.5), der Umgang mit den Herausforderungen (Kapitel 3.3.3.6) sowie die Wirkungen von DreiFürEins (Kapitel 3.3.3.7). Im Anschluss an die Darstellung der Wünsche und Ideen der Befragten (Kapitel 3.3.3.8) folgen Aussagen zu Verstetigung, Ausbau und flächendeckender Implementierung von DreiFürEins (Kapitel 3.3.3.9).

#### 3.3.3.1 Erwartungen an und Implementierung von DreiFürEins

Ziel dieses Kapitels ist es, über eine Analyse der Interviews die Bewertungen und Beschreibungen zu den Erwartungen und zur Implementierung von DreiFürEins zu erfassen. Zunächst wird dabei auf die Erwartungen der Befragten an DreiFürEins (Kapitel 3.3.3.1.1) eingegangen. Darauf folgt eine Darstellung der Befunde zur Implementierung von DreiFürEins (Kapitel 3.3.3.1.2).

##### 3.3.3.1.1 Erwartungen an DreiFürEins

Die Erwartungen der Befragten an DreiFürEins standen in den Interviews mit der Umsetzungsebene nicht im Fokus. Bei der Einordnung ist deshalb zu berücksichtigen, dass die folgenden Befunde teilweise auf den Aussagen einzelner Befragter beruhen. Aus den Aussagen einiger Befragter lassen sich dennoch folgende Erwartungen an Ziele und Wirkungen von DreiFürEins ableiten: 1. eine schnellere, frühzeitige, niedrigschwellige (z. T. therapeutische) Unterstützung für eine schwer-erreichbare Zielgruppe, 2. die Schaffung eines zentralen Anlaufpunkts vor Ort für Familien (z. B. wo „alle Fäden zusammenlaufen“), 3. eine qualitätsvolle Unterstützung und Entlastung von Familien, 4. eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Kooperation (z. B. Austausch im Team, Vereinfachung von Übergängen), 5. eine Förderung des Teamgefühls, der Motivation, einer Entlastung und neuer Impulse für die Fachkräfte (z. B. Vorbeugung von Resignation bei schwierigen Fällen, Burnout-Prophylaxe für Lehrkräfte, „viel frischen Wind“), 6. eine Verbesserung des Fallverständnisses (z. B. durch psychiatrische Diagnosen, neue Erkenntnisse aus der Kooperation), 7. eine Kostenreduktion (z. B. Reduktion von Fallzahlen und Kosten, Vermeidung von Unterbringungen) sowie 8. Einbindung zusätzlicher Ressourcen (z. B. eine vermehrte Nutzung des Sozialraums).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Neben diesen positiven Erwartungen äußern einzelne Befragte in den Interviews rückblickend auch eine anfängliche Skepsis gegenüber DreiFürEins. Sie befürchteten: 1. eine Vielzahl an Beteiligten (inklusive einer Verwirrung von Familien), 2. eine zusätzliche Arbeitsbelastung und weitere Termine (z. B. für das Jugendamt), 3. eine fehlende Trennschärfe zwischen den Sektoren (z. B. geringe Distanz zwischen Kunst- und Musiktherapie und regulärem Unterricht durch Nutzung identischer Räumlichkeiten) sowie 4. eine starke Fokussierung auf die Entlastung von Lehrkräften sowie 5. eine unzureichende öffentliche Darstellung der niedrigschwelligen Therapiemöglichkeit.

In dem folgenden Zitat werden ambivalente Erwartungen an DreiFürEins deutlich:

> „Ja, also na klar, wie sonst auch, man sagt ja auch, viele Köche verderben den Brei. Also, je mehr Helfer-Systeme, desto verwirrender kann es ja auch sein. Also da müssen die Absprachen schon richtig gut sein und man muss, glaube ich, richtig eingespielt sein, damit es die auch nicht verwirrt. […] Ja, gleichzeitig ist es vielleicht auch cool, dass die nicht, dann müssen wir noch mal da zum Arzt und da ein Rezept holen und da hast du dann deine Ergotherapie und da können wir dich eh nicht fahren, weil wir haben gar kein Auto oder so. Also das wäre eigentlich ja der Vorteil, auch alles vor Ort zu haben. Also ich könnte mir beides vorstellen, dass es so vom Räumlichen und man hat hier einen Ort, wo man hingeht und da ist alles. Könnte von Vorteil sein und gleichzeitig genau, viele Beteiligte, vielleicht auch wieder schwierig."

#### 3.3.3.1.2 Implementierung von DreiFürEins

Das Thema Implementierung stand in den Interviews mit der Umsetzungsebene nicht im Fokus des Interesses, wurde dennoch von einem Teil der Befragten angesprochen. Ein anderer Teil der Befragten war zur Implementierung nicht auskunftsfähig, da sie erst während des Projektverlaufs an DreiFürEins beteiligt waren. Bei der Einordnung der folgenden Ausführungen ist deshalb zu berücksichtigen, dass die Befunde teilweise auf den Aussagen einzelner Befragter beruhen.

Die Bewertung der Implementierung fällt bei einzelnen, befragten Fachkräften positiv aus. Positiv hervorgehoben wird von den Befragten insbesondere: 1. die Möglichkeit, DreiFürEins mitzugestalten und gemeinsam Strukturen aufzubauen, 2. das hohe Engagement der Beteiligten, 3. die verbindlichen Besprechungsräume, um sich kennenzulernen und gemeinsam Fragen zu klären (z. B. durch Supervision) sowie 4. der wertschätzende Austausch und die praktische Unterstützung am jeweiligen Standort. Gleichzeitig verweisen einige Befragte auch auf Schwierigkeiten und Probleme bei der Implementierung von DreiFürEins. Sie problematisieren unter anderem: 1. eine unzureichende Informiertheit über DreiFürEins, 2. eine unzureichende Beteiligung von einzelnen Sektoren, der Umsetzungsebene und Betroffenen bei der Projektplanung (z. B. Jugendamt, Schulen und Familien), 3. sehr allgemein gehaltene Vorgaben (z. B. zur Ausgestaltung der Ausdruckstherapien), 4. zu anspruchsvolle Ziele und Inhalte des Antrags (z. B. „schnellere Hilfe" ohne Berücksichtigung der Prozesse im Jugendamt), 5. nicht bis in Detail geklärte Strukturen und Abläufe, die dann mit einem hohen Zeitaufwand im Verlauf geklärt werden mussten (z. B. Unklarheiten über Zuständigkeiten, Datenübermittlung, Dokumentation), 6. eine kritische und bisweilen ablehnende Haltung einzelner Beteiligter gegenüber DreiFürEins, 7. eine unzureichende fachliche Unterstützung durch Leitungskräfte (siehe Kapitel 3.3.3.2.6), 8. eine fehlende externe fachliche Begleitung sowie 9. eine Verzögerung des


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Projektbeginns und eine späte Umsetzung der Fallarbeit. Das folgende Zitat illustriert einige Schwierigkeiten aus Sicht einer befragten Person auf der Umsetzungsebene:

> „eher überhaupt so Rahmenbedingungen, also dass es schon eigentlich von dem Abstecken irgendwie, unklar war/genau und jetzt, also das ist ja jetzt alles bezogen auf die Phase der Planung, […] und der Start mit dem Projekt hat sich ja immer weiter nach hinten verschoben und ich sozusagen wurde gar nicht tätig mit den Kindern […], also ich würde sagen, viele einzelne Ansprechpartner, die auch sehr nett waren und kompetent, aber so in der Struktur nicht so ausgereift, was aber auch, ich empfand das nicht als so schlimm, weil eben, das muss ja auch wachsen und sowas gab es vorher noch nicht, ich fand das auch okay, weil es eben diese Besprechungsräume gab und ich auch das Gefühl hatte, ich kann Dinge zumindest in dem Rahmen anbringen […] Aber eben wesentliche Akteur*innen haben mir gefehlt, also ich hätte gerne die Lehrer auch gehört, […] und auch, ne, wo sind da klare Grenzen oder wo auch Synergien oder so, das, ja, da hat nie jemand, glaube ich, vorher drüber nachgedacht, für meinen Bereich, ne, das ist wichtig“

#### 3.3.3.2 Rahmenbedingungen der sektorenübergreifenden Kooperation

Für das Gelingen von DreiFürEins kommt den Rahmenbedingungen der sektorenübergreifenden Kooperation eine besondere Bedeutung zu. Die Fachkräfte auf der Umsetzungsebene wurden daher in den Interviews unter anderem zu den räumlichen (Kapitel 3.3.3.2.1), personellen (Kapitel 3.3.3.2.2), organisatorischen und technischen (Kapitel 3.3.3.2.3), kooperativen (Kapitel 3.3.3.2.4), datenschutzrechtlichen (Kapitel 3.3.3.2.5) und unterstützungsbezogenen Rahmenbedingungen (Kapitel 3.3.3.2.6) befragt. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

##### 3.3.3.2.1 Räumliche Rahmenbedingungen

Die Befragten der Umsetzungsebene thematisieren in ihren Ausführungen zu den räumlichen Rahmenbedingungen vor allem a) eine ambivalente Bewertung der Entfernungen zwischen den beteiligten Sektoren sowie b) eine ambivalente Bewertung des Standorts der Therapien:

***a) Ambivalente Bewertung der Entfernungen zwischen den beteiligten Sektoren:*** Die Einschätzungen der Befragten zu der Entfernung zwischen den beteiligten Sektoren fallen – je nach Zugehörigkeit zu den Sektoren und einem zuständigen ReBBZ – unterschiedlich aus. Berücksichtigt werden müssen dabei die unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche (z. B. zwischen Schule und Jugendamt/ASD) sowie verschiedenen Einzugsbereiche (z. B. der einzelnen ReBBZ). Viele Befragte betonen die Relevanz von räumlicher Nähe für die Kooperation. Diese sei insbesondere dann gegeben und wird sehr geschätzt, wenn die an DreiFürEins beteiligten Fachkräfte am selben Standort tätig seien. Einige Befragte beschreiben den Standort des jeweiligen ReBBZ als zentral gelegen und sowohl für die beteiligten Fachkräfte als auch die Familien gut zu Fuß erreichbar. Gleichzeitig problematisieren viele Befragte die zu großen Bezirke sowie die zu weiten Entfernungen zwischen den beteiligten Sektoren (dies gilt insbesondere für die Jugendämter/den ASD). Befragte kritisieren vor allem: 1. das Fehlen von fachlichen Tür-und-Angel-Gesprächen für kurze fallbezogenen Absprachen im Alltag, 2. die zu weiten Anfahrtswege, welche einer persönlichen Teilnahme an Teamtreffen und Fallkonferenzen entgegenstünden und 3. die fehlende Möglichkeit, Kinder und Jugendliche beim Übergang in einen anderen Sektor persönlich zu begleiten. In dem folgenden Zitat werden die Größe der


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Bezirke, die weiten Entfernungen zwischen den beteiligten Sektoren und der fehlende persönliche, direkte Austausch angesprochen:

> „Ja, die Entfernung. Also ja, es kann viel online stattfinden, aber gerade der Austausch mit dem Ansprechpartner aus dem ASD und den Koordinatoren des ReBBZ sind ja einfach unglaublich wichtig und wir sitzen alle durch Hamburg verteilt. Also ja, in einem Bezirk, aber der Bezirk ist groß und das macht es einfach schwer, dieses zwischen Tür und Angel mal was zu klären. Sondern man ist immer auf E-Mail oder Telefon angewiesen."

***b) Ambivalente Bewertung des Standorts der Therapien:*** Die kunst-, musik- sowie kinder- und jugendpsychotherapeutischen Angebote fanden den Befragten zufolge in der Regel entweder in einem ReBBZ oder an einer Schule statt. Viele Befragte schätzen an dieser Verortung – neben dem niedrigschwelligen Zugang am Bildungsort – insbesondere vier Punkte: 1. die enge persönliche Kooperation (z. B. tägliche Begegnungen, kurze Wege zwischen den Fachkräften für Fallabsprachen und Datenaustausch), 2. die direkten Einblicke in die Abläufe von ReBBZ und Schulen, 3. die gute Ausstattung der Räume und die zur Verfügung gestellten Lagermöglichkeiten für (Kunst-)Materialien sowie 4. die gute Erreichbarkeit verschiedener, an einem Ort gebündelter Angebote für die Familien. Gleichzeitig verweisen viele Befragten auch auf Schwierigkeiten der Verortung hin. Sie problematisieren insbesondere 1. das für therapeutische Angebote zum Teil sehr unruhige und laute Schulumfeld (z. B. Unruhe, Störungen, hohe Lautstärke), 2. die für therapeutische Angebote zum Teil wenig geeigneten Räumlichkeiten (z. B. dunkel, abgelegen, zu voll und ablenkend) sowie 3. fehlende Unterstützungsmöglichkeiten während der Ferienzeit (z. B. keine Unterstützung bei Krisen, „ist man eben ganz allein auf diesem riesigen Schulgelände"). Darüber hinaus nennen einige Befragte 4. spezifische Schwierigkeiten für die Kunsttherapie (z. B. eine eingeschränkte Verfügbarkeit des Kunstraums, eine für die Kinder und Jugendlichen schwierige Abgrenzung zum Kunstunterricht sowie zu provisorische Lösungen: Kunsttherapie im Büroraum oder fehlende Aufbewahrungsmöglichkeiten).

#### 3.3.3.2.2 Personelle Rahmenbedingungen

Ein nicht geringer Teil der Befragten hebt die Bereitstellung der personellen Ressourcen für DreiFürEins (Personalstellen, Arbeitszeitanteil, Freistellung von Personen), die die sektorenübergreifende Kooperation erst ermöglicht hätten, positiv hervor. Als besonders kooperationsfördernd beschreiben einige Befragte die hohe Bedeutung von DreiFürEins innerhalb der Arbeitszeit der beteiligten Fachkräfte, während andere Befragte auf eine zusätzliche Arbeit in DreiFürEins innerhalb der Arbeitszeit hinweisen. Das folgende Zitat spiegelt den Wunsch nach einem expliziten Prozentanteil für DreiFürEins in den Stellenbeschreibungen aller Fachkräfte wider:

> „Das war manchmal sowas, wo ich dachte, boah, eigentlich sollte jeder das Privileg bekommen, da einen Prozentanteil für zu haben, also zu sagen, das ist jetzt 25 Prozent deiner Arbeit, DreiFürEins und dafür wirst du bezahlt und keine Ahnung, ich hätte mir vorstellen können, damit hätte man die Motivation und die Mitarbeit noch mehr stärken können. Ich finde das war ein Nachteil für die Leute, die diesen Prozentanteil nicht drin hatten, sondern das zu ihrer zusätzlichen Arbeit machen mussten"

Aus den Aussagen der Befragten lassen sich insbesondere drei Perspektiven auf die personellen Rahmenbedingungen ableiten: a) unterschiedliche zur Verfügung stehende Personalressourcen der Sektoren, b) begrenzte Zeitressourcen des Personals und c) die hohe


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Personalfluktuation. Nachfolgend werden Selbst- und Fremdeinschätzungen der Befragten gebündelt dargestellt.

**a) Unterschiedliche zur Verfügung stehende Personalressourcen der Sektoren:** Die Befragten verweisen mehrheitlich auf Unterschiede der für DreiFürEins zur Verfügung stehenden Personalressourcen zwischen den einzelnen Sektoren und den jeweiligen Standorten.

*1. KJPPP:* Die KJPPP stellten in DreiFürEins therapeutische Ressourcen zur Verfügung. Viele Befragte schätzen besonders die Finanzierung der Personalstellen der Therapeut*innen. Diese seien ausschließlich für DreiFürEins zuständig. Es bestünden jedoch Unterschiede bei der individuellen Wochenarbeitszeit. Die Verteilung von Stellenanteilen auf mehrere Personen wird von Befragten ambivalent bewertet (ein hoher organisatorischer Aufwand durch zu viele Personen vs. fehlende Austausch- und Vertretungsmöglichkeiten bei einer Person pro Standort). Einzelne Befragte heben positiv hervor, dass in DreiFürEins neben der eigentlichen Zeit für die therapeutische Behandlung auch Zeit für Kooperation eingeplant gewesen sei. Gleichzeitig verweisen viele Befragte auf begrenzte personelle Ressourcen der Therapeut*innen und problematisieren vor allem eine hohe Arbeitsbelastung durch viele und schwierige Fälle, eine fehlende Zeit für die Elternarbeit und, dass insbesondere das Stundenkontingent der Kunst- und Musiktherapeut*innen (10 Stunden pro Kernteam) für eine regelmäßige Beteiligung an der Kooperation nicht ausreichen würde.

*2. ReBBZ:* In den ReBBZ wurden Koordinator*innen für DreiFürEins eingesetzt. Die BSB stellte die Stellenanteile der Koordinator*innen zusätzlich für DreiFürEins zur Verfügung (siehe Kapitel 3.3.2.2.1). Die Koordinationsstellen in den ReBBZ werden von einigen Befragten der Umsetzungsebene als eine unerlässliche Rahmenbedingung für DreiFürEins wahrgenommen. Die Befragten loben besonders, dass die Koordinator*innen mit 25% ihrer gesamten Arbeitszeit für DreiFürEins zur Verfügung stünden. Gleichzeitig kritisieren viele Befragte die unzureichende Reduzierung der originären Aufgaben im ReBBZ, den hohen Anteil organisatorischer Aufgaben sowie die fehlende Zeit für Fallarbeit und konzeptionelle Tätigkeiten in DreiFürEins. Zum Teil hinterfragen Befragte zudem bei den Koordinator*innen das Verhältnis zwischen den in DreiFürEins zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen und den gestellten hohen Anforderungen. Bei einem Teil der ReBBZ wurden den Koordinator*innen daher zwei bis drei Co-Fallzuständige zur Seite gestellt. Einzelne Befragte kritisieren diesbezüglich, dass die Co-Fallzuständigen im Gegensatz zu den Koordinator*innen keine anteilige Arbeitszeit für DreiFürEins erhalten hätten und hinterfragen deshalb den Lösungsansatz.

*3. Jugendamt:* Viele Befragte beschreiben die personellen Ressourcen des Jugendamtes insgesamt als prekär. Einzelne Befragte berichten, dass den für DreiFürEins zuständigen Mitarbeitenden mit übergeordneter Zuständigkeit wöchentlich 90 Minuten ihrer Arbeitszeit für die Teilnahme an den Regionalen Kernteams zur Verfügung stünden. Dies wird als nicht ausreichend kritisiert, um sich gleichberechtigt an DreiFürEins zu beteiligen und schränke die Möglichkeiten einer - über institutionalisierte Treffen hinausgehenden - Kooperation stark ein. Zudem würden ebenfalls bei den jeweiligen fallzuständigen Fachkräften eine hohe Arbeitsbelastung, personelle Unterbesetzung und fehlende zeitliche Ressourcen einer regelmäßigen Teilnahme an den multiprofessionellen Fallkonferenzen entgegenstehen. Die Personalressourcen zwischen den Sektoren waren offensichtlich in DreiFürEins sehr unterschiedlich verteilt (Kliniker*innen: ausschließliche Tätigkeit für DreiFürEins, ReBBZ: zumindest Stellenanteile für DreiFürEins, Jugendamt/ASD: keine personellen Ressourcen für DreiFürEins). Aus den Rückmeldungen der Befragten ergibt sich der Gesamteindruck, dass die Kinder- und Jugendhilfe bei


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

der Antragstellung zu wenig eingebunden war, als einziger der drei Sektoren keine zusätzlichen, finanziellen oder personellen Ressourcen für DreiFürEins erhalten habe und von daher nicht gleichrangig an der Kooperation, den Informationen und den Gremien von DreiFürEins partizipieren bzw. sich beteiligen konnte (d. h. Asymmetrie der Ressourcenzuweisung mit Folgen für Kooperation, Informationsbasis und Gremienteilnahme).

Eine befragte Person fasst die unterschiedlichen, personellen Ressourcen der drei Sektoren für DreiFürEins folgendermaßen zusammen:

> „Also, wir haben hier […] das Klinikerteam, das ist ja sehr konstant und arbeitet eben ja auch ausschließlich für DreiFürEins. Dann gibt es eben […] im ReBBZ die Koordinatorin, die auch zumindest einen großen Anteil ihrer Arbeit mit DreiFürEins, verbringt. Und es gibt kein solches Pendant beim ASD. Da gibt es zwar eine Fachkraft, die, bei uns im Kernteam ist, also die, die schon regelmäßig mit uns im Austausch ist, aber die hat im ASD einfach eine, ja, hauptsächlich koordinierende Funktion […], da ist eine Ungleichgewichtung."

***b) Begrenzte Zeitressourcen des Personal:*** Viele Befragte betonen angesichts der unterschiedlichen Stellenzuweisungen und der Erfahrungen in DreiFürEins die Bereitstellung ausreichender Zeitressourcen des Personals als eine grundlegende Voraussetzung zum Aufbau und Gelingen einer sektorenübergreifenden Kooperation. Ein zentrales Narrativ der Befragten der Umsetzungsebene aus allen drei Sektoren sind die begrenzten Zeitressourcen des Personals. Der Mangel an Zeitressourcen des Personals betreffe in erster Linie die direkt an DreiFürEins beteiligten Fachkräfte, würde jedoch auch für weitere Personen, die an multiprofessionellen Fallkonferenzen teilnehmen sollten, zutreffen (z. B. Lehrer*innen). Als Gründe für den Mangel an Zeitressourcen des Personals nennen viele Befragte – neben den unterschiedlichen Stellenanteilen für DreiFürEins – vor allem eine hohe Anzahl an Fällen und zeitaufwendige Fallkonferenzen sowie weitere, zeitintensive Arbeitsaufgaben neben DreiFürEins. Aus dem Mangel an Zeitressourcen des Personals folgen u. a. 1. Abwesenheiten bei Fallkonferenzen und weiteren Treffen, 2. der Ausfall von Fallkonferenzen, 3. eine starke Fokussierung auf die unmittelbare Fallarbeit mit Kindern und Jugendlichen, 4. eine ausbleibende Teilnahme an Fortbildungen und/oder Supervision, 5. eine hohe Arbeitsbelastung sowie 6. Spannungen unter den Fachkräften. Einige Befragte verweisen in ihren Aussagen darauf, dass auch ein sehr großes, persönliches Engagement und eine sehr hohe Motivation der Fachkräfte die begrenzten Zeitressourcen nicht ausgleichen könnten. In dem folgenden Zitat werden von einer befragten Person der Umsetzungsebene die begrenzten Zeitressourcen des Personals angesprochen, aber auch deren kritische Folgen problematisiert:

> „Ich glaube für eine gelingendere Kooperation hätte ich mehr Zeit gebraucht und ich glaube viele andere auch, zeitliche Ressourcen. In meinen Augen wurde das Projekt, oder ist das Projekt zeitlich ziemlich straff geplant, auch wie viele Patienten in die Versorgung kommen, für welchen Stundenanteil […] Somit dass manchmal ich mir auch überlegen musste, ok, vielleicht muss ich Kooperation gerade aussetzen, um an der Familie bleiben zu können. […] Aber das hat manchmal den Charakter der Kooperation ein wenig gehemmt. Denn die dritte Fallkonferenz mussten wir von eigentlich, ehrlich gesagt, ausplanen. Ich sage es so ganz klar, es gab keine, also es gab so, wir mussten uns darauf beschränken, auf die wirklich dynamischen herausfordernden Fälle, da mussten wir uns darauf konzentrieren"

***c) Hohe Personalfluktuation:*** Personelle Kontinuität begünstigt – den Befragten der Umsetzungsebene zufolge – die sektorenübergreifende Kooperation. Einige Befragte schätzen deshalb sehr, dass es in ihrem Team keine hohe Personalfluktuation gegeben habe.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Demgegenüber problematisieren viele andere Befragte häufige Personalveränderungen und wechselnde Zuständigkeiten (insbesondere beim Jugendamt) sowie längere Abwesenheiten von Fachkräften (durch Elternzeit oder Erkrankungen). Die Befragten machen auf mehrere, negative Folgen der Personalfluktuation aufmerksam: 1. eine erforderliche erneute Einarbeitung von Fachkräften, 2. fehlende Vertretungsmöglichkeiten, 3. ein (temporär) nicht-verfügbares Fachwissen, 4. eine veränderte emotionale Atmosphäre sowie 5. das (permanente) Kennenlernen und Einlassen auf sehr viele, neue Personen. Das folgende Zitat verdeutlicht die negativen Folgen der wiederholten Personalveränderungen in DreiFürEins:

> „Personalveränderungen haben auch einen Einfluss, […] Das war eine andere Atmosphäre und es gab ein paar Dinge, die man in der Zeit einfach dann anders gemacht hat. […] Aber was einfach auch bedeutet, es muss wieder jede Person in dem ganzen Netzwerk einen Workflow mit dieser neuen Person finden. Da gibt es eben natürlich die Rahmenbedingungen dafür, aber jede Person ist da drin einfach auch anders. […] weil dieses Projekt trotz seiner vorhandenen Strukturen, die da als Überbau sind, es trägt sich ganz stark durch die Menschen, die da drin arbeiten."

#### 3.3.3.2.3 Organisatorische und technische Rahmenbedingungen

Ungeachtet einer grundsätzlichen Befürwortung und hohen Wertschätzung der sektorenübergreifenden Kooperation durch die Befragten der Umsetzungsebene problematisieren viele die organisatorischen und technischen Rahmenbedingungen in DreiFürEins. Sie kritisieren vor allem a) die zeitaufwendige Terminplanung, b) eine fehlende gemeinsame (Daten-)Plattform, c) die zeitaufwendige und hochschwellige Datenerhebung und d) technische Schwierigkeiten:

***a) Zeitaufwendige Terminplanung:*** Viele Befragte verweisen in ihren Aussagen auf den hohen Zeitaufwand für die Terminplanung (z. B. für die multiprofessionellen Fallkonferenzen). Die hohe Anzahl an Fällen und die vielen, unterschiedlichen Beteiligten würden die Aushandlung von freien Terminslots, das Versenden einer Vielzahl von Einladungen sowie Absprachen bei Terminverschiebungen oder Abwesenheiten von Beteiligten erfordern. Berichtet wird, dass die Terminplanung insbesondere bei den Koordinator*innen einen Großteil ihrer zeitlichen Ressourcen gebunden hätte, welche dann für die Fallarbeit mit den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien gefehlt hätten. Dies verdeutlicht das folgende Zitat:

> „Na, ja, wir haben unglaublich viel Ressourcen verbraucht, glaube ich, für diese ganze Organisation. Also, ich glaube, das war auch vor allen Dingen für die Koordinatorin war das der Wahnsinn […]. Die kam eigentlich, glaube ich, gar nicht zu ihrer […] eigentlichen Arbeit. Also, sicherlich war das auch ein Teil ihrer Aufgabe, aber, ich glaube, das ist irgendwie eigentlich völlig verrückt gewesen irgendwie. Letztendlich ist es immer, sind wir ja teure Fachkräfte und machen aber ganz viel, […] Organisatorisches, Strukturelles, Termin[…]Vereinbarung, Koordination, Leuten hinterher zu telefonieren, das hat viel, viel Ressourcen gekostet, die dann auch irgendwie letztendlich den Familien dann manchmal verloren gegangen sind."

***b) Fehlende gemeinsame (Daten-)Plattform:*** In DreiFürEins wurde für die Erfassung von fallbezogenen Daten eine in medizinischen Studien häufig genutzte, web-basierte Software genutzt (secuTrial). Viele Befragte bemängeln dennoch das Fehlen einer gemeinsam nutzbaren (Daten-)Plattform, um insbesondere Protokolle der Fallkonferenzen zentral speichern sowie Protokolle, Daten und Dokumente zu Fällen miteinander teilen zu können (z. B. Kontakt-Daten, Termine, Fallzuständigkeiten, aktueller Stand, Berichte, Excel-Listen). Es gäbe zwar


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

interne Server der jeweiligen Sektoren, auf diese hätten jedoch externe Partner*innen aufgrund von datenschutzrechtlichen Bestimmungen keine Zugriffsmöglichkeit (z. B. Kommunikation zwischen ReBBZ und Jugendamt über den Server der Stadt Hamburg möglich, allerdings nicht mit KJPPP). Die eingesetzte Software bewerten Befragte zum Teil als wenig geeignet, da ein zeitaufwendiger, umständlicher Up- und anschließender Download von Dateien notwendig sei und das Jugendamt keinen Zugriff darauf habe. Dies habe zur Folge, dass jeder Sektor eigene Akten und Notizen anfertigen und zentrale Daten bei persönlichen Treffen ausgetauscht und abgeglichen werden mussten. Die Befragten kritisieren an diesem Vorgehen einen hohen Zeit- und potentiellen Informationsverlust. Präferiert wurde stattdessen eine datenschutzkonforme Cloudlösung für den Kommunikations- und Datenaustausch. Das folgende Zitat fasst die Kritik an der fehlenden, gemeinsamen (Daten-)Plattform so zusammen:

> „Also ein Beispiel dafür, dass die Informationsflut ein Problem ist und die Bürokratie ist vielleicht, dass wir keine gemeinsame Plattform hatten oder haben, in der wir Dokumente miteinander teilen können. Also in DreiFürEins haben alle drei Institutionen eigentlich für sich Listen geführt, Notizen geführt zu Fällen, zu Kindern und Jugendlichen. Und der Austausch darüber war uns aber immer nur im direkten Gespräch möglich. Und ich hätte mir wirklich doll gewünscht, dass es einfach eine Cloud oder sowas gibt, wo man was hochladen kann, wo es vielleicht ein Dokument gibt, wo tatsächlich alle Dinge an einem Ort gesammelt werden von den drei verschiedenen Perspektiven. Und ich glaube, da ist auch einiges einfach verloren gegangen, dadurch, dass viele Leute viele Informationen gesammelt haben zu einzelnen Kindern. Und man dann aber nur im Gespräch miteinander die getauscht hat und dann wiederum Notizen darüber machen musste, was jemand anderes erzählt hat.“

***c) Zeitaufwendige und hochschwellige Datenerhebung:*** Im Rahmen von Innovationsfondsprojekten ist eine Evaluation vorgesehen. In DreiFürEins wurde daher eine inhaltliche Evaluation mit mehreren Messzeitpunkten, Befragtengruppen und Erhebungsinstrumenten eingeplant. Einige Befragte weisen vor dem Hintergrund der praktischen Erfahrungen auf 1. einen hohen Zeitaufwand und eine Hochschwelligkeit der Datenerhebung im Rahmen der inhaltlichen Evaluation sowohl für die beteiligten Fachkräfte als auch die Familien hin. Die Befragten problematisieren 2. einen schlechten Rücklauf der Fragebögen beim Versand eines Links an Lehrkräfte und das Vergessen von Zugangs-Passwörtern. Fragebögen hätten deshalb 3. als E-Mail versendet und die eingescannten Antworten anschließend manuell übertragen werden müssen. Es habe zudem 4. ein mehrfaches, zeitintensives Nachhaken und Anrufen bei Familien erfordert, die generell schwieriger erreichbar und sozial benachteiligt seien. Einzelne Befragte problematisieren 5. einen wahrgenommenen Erfolgsdruck, damit sich die gegebenen Antworten innerhalb weniger Termine veränderten. Darüber hinaus nennen einzelne Befragte 6. Unklarheiten und Abstimmungsbedarfe in der praktischen Umsetzung der Erhebung (z. B. Wer befragt in welchem Setting? Wer benötigt wann welches Tablet? Wie werden Codes und Passwörter zugeordnet?). Das folgende Zitat belegt den hohen Zeitaufwand und den Aufwand für die Datenerhebung im Rahmen der inhaltlichen Evaluation:

> „Die Datenerhebung ist einfach ein riesengroßer Teil. Dass wir anrufen und einladen und Eltern kommen nicht. Oder dass wir E-Mails verschicken mit Fragebögen und es meldet sich keiner. Das ist einfach ein Ressourcenfresser.“

***d) Technische Schwierigkeiten:*** Die Möglichkeit, multiprofessionelle Fallkonferenzen und regionale Kernteams online durchzuführen, wird von einigen Befragten sehr geschätzt. Insbesondere aufgrund der zum Teil weiten Entfernungen zwischen den Standorten (siehe Kapitel


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

3.3.3.2.1) befürworten einzelne Befragte solche Online-Meetings. Gleichzeitig bemängeln einige Befragte die technischen Voraussetzungen und aufgetretenen Schwierigkeiten, die solche digitalen Konferenzen und Teams einschränken und verhindern würden (z. B. aufgrund von W-LAN-Problemen, Verbindungsschwierigkeiten und Tonproblemen). Dies wird im folgenden Zitat beschrieben:

> „Naja, die Technik hat auch manchmal Grenzen gesetzt. Also wir hatten oft Schulen, in denen das Internet nicht gut funktioniert hat, Lehrkräfte, die keinen Ton hatten. Wir haben ja alle Besprechungen online gemacht. Das hat sicher ganz viel auch möglich gemacht, aber die Grenzen, die da mit einhergingen, waren eben sowas, dass auch einfach Termine ausgefallen sind, weil es nicht umzusetzen war."

#### 3.3.3.2.4 Kooperative Rahmenbedingungen

Die in DreiFürEins etablierten, kooperativen Rahmenbedingungen werden von vielen Befragten ausdrücklich geschätzt. Besonders die multiprofessionellen Fallkonferenzen und die regionalen Kernteams würden einen regelhaften Austausch und eine hohe Verbindlichkeit durch fest eingeplante Termine schaffen. Dies illustriert das folgende Zitat:

> „Also die geplanten regelmäßigen Austausche sind sicher die Rahmenbedingungen, die der Kern dieser Kooperation sind. Also mit relativer Sicherheit zu wissen, es wird die Möglichkeit geben, sich über einen Fall auszutauschen, ist sicher das, was am besondersten auch ist daran."

In ihren Ausführungen zu den kooperativen Rahmenbedingungen gehen die Befragten detaillierter auf 1. die multiprofessionellen Fallkonferenzen, 2. die regionalen Kernteams sowie 3. weitere institutionalisierte Treffen und informelle Kontakte ein. Sie sollen daher im Folgenden aus Sicht der Befragten auf der Umsetzungsebene näher beschrieben werden:

##### 3.3.3.2.4.1 Multiprofessionelle Fallkonferenzen (MPFK)

Innerhalb von DreiFürEins wurden sogenannte, regelmäßige multiprofessionelle Fallkonferenzen zur Unterstützung der sektorenübergreifenden Kooperation durchgeführt, um den fallbezogenen klinischen und multimodalen Versorgungsbedarf zu diskutieren und ein gemeinsames Fallmanagement und die Ableitung von Versorgungsempfehlungen und -planungen umzusetzen. Dabei sollte die Behandlung und Förderung mit den Fachkräften diskutiert sowie mit den Kindern, Jugendlichen und Sorgeberechtigten besprochen werden. In den Interviews finden sich detaillierte Beschreibungen der Umsetzung dieser multiprofessionellen Fallkonferenzen in Bezug auf a) den Turnus, Ort und zeitlichen Rahmen, b) die Konferenzen pro Fall und die Beteiligten, c) die Inhalte, den Ablauf und die Dokumentation sowie d) die Bewertung und Herausforderungen:

***a) Turnus, Ort und zeitlicher Rahmen:*** Viele Befragte unterschiedlicher Sektoren und Standorte heben hervor, dass die multiprofessionellen Fallkonferenzen in der Regel wöchentlich, zu festgelegten Zeiten geplant waren und insgesamt 90 Minuten dauerten. Die Fallkonferenzen fanden zumeist vor Ort in dem jeweiligen ReBBZ oder auch online statt. Die eingeplante Zeit pro Fall variiert in den Aussagen zwischen 30 und 45 Minuten, sodass jeweils zwei bis drei Fallkonferenzen pro Termin stattfanden. Ein Teil der Befragten berichtet, dass die Termine mit steigender Fallzahl auf weitere Tage ausgeweitet wurden, wohingegen andere Befragte auf ein Festhalten an dem gesetzten Zeitrahmen verweisen:


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> „Also wir haben eigentlich die Struktur beibehalten. Ich weiß, dass das andere Bezirke das teilweise verändert haben. Wir haben diese Fallkonferenzstruktur so beibehalten, zur gleichen Zeit, im gleichen Zeitrahmen. Als es sehr viele Fälle waren, mussten wir außerhalb von den festgelegten Zeiten auch noch sozusagen kooperieren. Aber das war nicht wirklich praktikabel oder ja, von der Arbeitsbelastung her gut."

***b) Konferenzen pro Fall und Beteiligte:*** Pro Fall seien innerhalb des halben Jahres der Versorgung insgesamt mehrere – ursprünglich in der Regel vier – derartige, multiprofessionelle Fallkonferenzen vorgesehen gewesen. Aus personellen und zeitlichen Gründen seien jedoch teilweise geplante Fallkonferenzen ausgefallen. Anhand der Aussagen der Befragten lassen sich quasi idealtypisch zwei Typen von Fallkonferenzen unterscheiden: Der erste, kürzere und eher interne Fallkonferenztyp (in der Regel die Fallkonferenzen I und III) waren Fachgespräche der an dem Fall beteiligten Fachkräfte (hierzu zählten: 1. Therapeut*in/Kunsttherapeut*in der KJPPP, 2. Koordinator*in/Co-Fallzuständige/Fallzuständige*r des ReBBZ sowie 3. Netzwerker*in/Fallzuständige des Jugendamtes). Der zweite, längere Fallkonferenztyp (in der Regel die Fallkonferenzen II und IV) konnte mehr Zeit in Anspruch nehmen und es waren weitere Personen anwesend (z. B. Eltern, Lehrkräfte, Sozialpädagog*in der Schule, die Jugendlichen selbst). Ein Unterschied in den Aussagen der Befragten besteht insbesondere darin, ob Eltern und Schulen zu den Fallkonferenzen regelhaft eingeladen wurden. In dem folgenden Zitat wird dieser Unterschied vor allem als ein Abwägen zwischen einer hilfreichen Beteiligung von Eltern einerseits und einer Konzentration auf einen effizienten, fachlichen Austausch und mögliche sprachliche Hürden in der Kommunikation mit Eltern andererseits begründet:

> „tatsächlich hat sich da ein bisschen was verändert in der Hinsicht, weil, wir zuerst nur mit den Schulen gestartet sind, aus Praktikabilitätsgründen mehr, weil auch bei uns im Team eher der Konsensus war, das sind auch, also es sind eher Fachgespräche, da werden auch Dinge genannt, die für Eltern vielleicht nicht angenehm zu hören sind […] und wir haben dann aber schon auch mitbekommen in einigen, von einigen anderen ReBBZ, dass das auch, als hilfreich erlebt wird, wenn die Eltern dabei sind. Ich glaube sogar, bei denen Kolleg*innen sogar regelhaft dabei sind. So weit sind wir jetzt nicht gegangen. Wir fanden schon bei manchen Eltern, vor allem auch, wenn es da irgendwie sprachliche Thematiken gab oder ähnliches, dann ist diese, wir haben ja immer nur eine halbe Stunde pro Kind wirklich gemacht. Wir haben eine sehr kondensierte Fallkonferenz, sehr zeiteffizient, gemacht. Und das ist für manche Eltern nicht so gut einzuordnen."

***c) Inhalte, Ablauf und Dokumentation:*** Idealtypisch wurden in DreiFürEins vier Fallkonferenzen geplant und durchgeführt. Innerhalb der Fallkonferenz I ging es insbesondere um die Vorstellung eines Falles und die Entscheidung über dessen Einschluss. Die weiteren beiden Fallkonferenzen (II und III) dienten den Befragten zufolge 1. der Festlegung von Zielen, 2. der Absprache zu konkreten, weiteren Schritten und Angeboten, 3. dem Einbringen unterschiedlicher Perspektiven auf den Fall und 4. dem Austausch von Informationen und fallbezogenen Daten. In der Fallkonferenz IV wurde der Verlauf bilanziert und weitere Schritte nach DreiFürEins besprochen. Der Ablauf der einzelnen Fallkonferenzen wird von den Befragten der Umsetzungsebene als klar strukturiert und durch eine Moderation (in der Regel der Koordinator*in des ReBBZ) gelenkt beschrieben. Die Ergebnisse der Fallkonferenzen wurden in einem Protokoll oder auch persönlichen Notizen der Beteiligten festgehalten.

***d) Bewertung und Herausforderungen:*** Viele der Befragten der Umsetzungsebene schätzen die multiprofessionellen Fallkonferenzen sehr und bezeichnen sie als „das Herzstück",


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

„Kernelement“ oder auch „das Wertvollste an der Kooperation“. Die Befragten loben insbesondere 1. die Regelmäßigkeit und Verbindlichkeit des Austauschs durch die feststehenden Termine, 2. den strukturierten Ablauf und die Moderation sowie 3. die Ergebnisorientierung aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens. Als besonders gewinnbringend beschreiben Befragte solche Fallkonferenzen, bei denen alle Beteiligten persönlich anwesend waren und ihre verschiedenen Perspektiven einbringen konnten. Hier deutet sich bereits eine zentrale **Herausforderung** an, die von vielen Befragten genannt wird., und zwar 1. die Abwesenheit von Beteiligten und die unregelmäßige Teilnahme an den Fallkonferenzen (insbesondere des Jugendamtes, siehe zu den Herausforderungen des Jugendamtes die personellen Rahmenbedingungen). Weitere von den Befragten genannte Herausforderungen betreffen 2. eine hohe und steigende Anzahl an Fällen bei gleichbleibendem Zeitrahmen (in der Regel 90 Minuten) und fehlende Pausen zwischen den Fallbesprechungen, 3. zu enge Vorgaben und praktische Schwierigkeiten, Termine an den Therapieverlauf anzupassen oder ausgefallene Termine nachzuholen (z. B. während der Schulferien), 4. Schwierigkeiten bei der Terminfindung (z. B. andere Terminreihen, Unterricht am Vormittag) sowie 5. Unklarheiten bei der Dokumentation (z. B. Gestaltung und Verantwortlichkeit des Protokolls, Umsetzung von Absprachen). In dem folgenden Zitat einer befragten Person der Umsetzungsebene werden exemplarisch die zeitlichen Herausforderungen bei der Umsetzung der multiprofessionellen Fallkonferenzen angesprochen:

> „Da fällt mir noch eine Herausforderung ein, das betrifft wieder das Thema […] Zeitmanagement. Wir haben das so gestaltet, dass wir in diesem Zeitfenster von anderthalb Stunden am Dienstag, dass wir da zwei Fallkonferenzen immer gemacht haben, also à 45 Minuten. Und das ist machbar, in einigen Fällen ist es zu wenig, einfach je mehr Beteiligte am Tisch sitzen, desto schwieriger ist es. Ich finde, es ist ein Zeitfenster, wo man sagen kann, das führt aber auch dazu […], dass es so ein bisschen konstruktiv und ergebnisorientiert läuft. Aber es ist schon auch eine Herausforderung. Und ohne Pause dazwischen vor allem. Ich glaube, das war immer so ein bisschen das Problem. Eigentlich sind 45 Minuten dann zu wenig, weil es fehlt die Pause.“

#### 3.3.3.2.4.2 Regionale Kernteams (RKT)

In DreiFürEins wurden – zusätzlich zu den multiprofessionellen Fallkonferenzen – regionale Kernteams als wöchentliches Reflexions- und Austauschformat der Fachkräfte vor Ort eingeführt („Teamsitzung“). Geplant war in diesem Rahmen auch eine monatliche Dienstbesprechung mit Oberärzt*innen („Visite“).

Die Aussagen der Befragten in den Interviews zu den regionalen Kernteams lassen sich gut zu den vier Themenbereichen a) Turnus, Ort und zeitlicher Rahmen, b) Beteiligte, c) Inhalte und Ablauf sowie d) Bewertung und Herausforderungen zusammenfassen:

***a) Turnus, Ort und zeitlicher Rahmen:*** Die regionalen Kernteams fanden laut mehreren Befragten unterschiedlicher Sektoren und Standorte wöchentlich an einem festen Wochentag statt und hatten eine geplante Dauer von 90 Minuten. Größtenteils wurden sie online abgehalten. Präsenz-Treffen gab es in unregelmäßigen Abständen (z. B. alle ein bis zwei Monate), um das Teamgefühl zu stärken (inklusive Essen, Kaffee und Kennenlernspielen).

***b) Beteiligte:*** Im Gegensatz zu den wechselnden Teilnehmenden der Fallkonferenzen bestanden die regionalen Kernteams den Angaben der Befragten der Umsetzungsebene zufolge aus


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

einem vergleichsweise stabilen Kern von Beteiligten – dabei waren unterschiedliche Umsetzungen der einzelnen Standorte, Teams und Sektoren möglich. Beteiligte der KJPPP waren Therapeut*innen, Kunsttherapeut*innen sowie sporadisch Oberärzt*innen (etwa einmal im Monat). Aus den ReBBZ nahmen Koordinator*innen und (sofern vorhanden) Co-Fallzuständige teil. Das Jugendamt entsendete zu den regionalen Kernteams Mitarbeitende in koordinierenden Positionen (z. B. Netzwerker*innen oder Leitungspersonen). In der Regel nicht an den regionalen Kernteams beteiligt waren Fallzuständige aus ReBBZ und Jugendamt, Vertreter*innen der Schulen sowie die Familien selbst.

***c) Inhalte und Ablauf:*** Inhaltlich ging es den Befragten zufolge in den regionalen Kernteams um 1. die Klärung organisatorischer und projektbezogener Themen (z. B. Planung und Gestaltung der multiprofessionellen Fallkonferenzen, Teilnahme an Fachtagen), 2. die Klärung fallbezogener Themen (z. B. Weitergabe von Daten, Klärung von Zuständigkeiten, kollegiale Beratung) sowie 3. ein Kennenlernen untereinander (z. B. Vorstellung der Sektoren und Angebote, persönlicher Kontakt, Team-Building). Die Moderation der Kernteams war überwiegend Aufgabe der Koordinator*innen des ReBBZ. Im Unterschied zu den Fallkonferenzen wird der Ablauf als weniger strukturiert, sondern an den aktuellen Bedarf und die Themen der Beteiligten angepasst beschrieben:

> „Also, mir ist sehr wichtig, dass jeder, der etwas sagen möchte, auch gehört wird. Also zum Beispiel in den RKTs hatte ich ja immer die Moderation und mir war es immer sehr wichtig abzuklären, welche Themen habt ihr, was möchtet ihr besprechen und nachdem quasi alle gesagt haben, okay, das sind unsere Themen, habe ich vielleicht noch ein oder zwei dran gehangen, aber ich fand es ganz wichtig, da alle abzuholen. Und auch zu sagen, auch diesen Team-Gedanken geben. Wir sind ein Team, wir gehen zusammen diese Themen an, niemand ist hier alleine. Wenn ihr was habt, was euch beschäftigt, beschäftigt uns das alle. So, und wie können wir helfen?“

**d) Bewertung und Herausforderungen:** Auch die regionalen Kernteams werden von einigen Befragten positiv bewertet und beispielsweise als „Herzstück“ der Kooperation bezeichnet. Die Befragten honorieren vor allem 1. die Regelhaftigkeit und die Intensität des Austauschs durch verbindliche, feststehende Termine, 2. die gemeinsame Teamentwicklung bei personeller Konstanz (z. B. Beziehungsaufbau, Etablierung von Routinen der Zusammenarbeit) sowie 3. die multiprofessionelle Zusammensetzung der Kernteams (z. B. fachliche Horizonterweiterung, gegenseitige Beratung und Unterstützung). Gleichzeitig verweisen viele Befragte jedoch auf – auch personenabhängige – Unterschiede zwischen den regionalen Kernteams und benennen einige Herausforderungen: 1. den Ausfall von Treffen im regionalen Kernteam, um das feststehende Zeitfenster für zusätzliche multiprofessionelle Fallkonferenzen zu nutzen (z. B. hohe Fallzahlen und Termindichte, siehe vorheriges Kapitel), 2. eine einseitige Fokussierung der Themen (z. B. viel Organisatorisches, wenig Zeit für Fallbesprechungen), 3. die fehlende Beteiligung von Fallzuständigen (insbesondere des ASD) sowie 4. begrenzte Möglichkeiten persönlicher Treffen aufgrund weiter Anfahrtswege (siehe Kapitel 3.3.3.2.1). Das folgende Zitat veranschaulicht exemplarisch die Relevanz des Austauschs im Kernteam und den wiederholten Ausfall von Treffen zugunsten von Fallkonferenzen:

> „natürlich hatten wir auch regionale Kernteams. Die mussten wir aber irgendwann wegen […] der Dichte der Fallkonferenzen auch teilweise aussetzen. […] Also quasi regelmäßige Treffen im Sinne eines regionalen Kernteams hatten für uns irgendwann zu wenig Platz. Auf der Ebene der professionellen Zusammenarbeit weiß ich, dass es gut ist, wenn sowas in


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> engerem Austausch regelmäßiger stattfinden kann. Das mussten wir aber irgendwann knicken. Also das wäre was, das wäre schön gewesen, wenn man davon mehr gehabt hätte. […] Weil es einem natürlich auf die Füße fällt, wenn dann einzelne Personen vielleicht keinen aktuellen Stand haben, was Formalitäten, Umsetzung oder Zukunftsplanung angeht."

#### 3.3.3.2.4.3 Weitere institutionalisierte Treffen und informelle Kontakte

Über die multiprofessionellen Fallkonferenzen und die regionalen Kernteams hinaus nennen die Befragten in den Interviews weitere institutionalisierte Treffen und informelle Kontakte, wie a) sektorenübergreifende Treffen, b) sektoreninterne Treffen sowie c) informelle Kontakte zwischen den Fachkräften.

***a) Sektorenübergreifende Treffen:*** Einige Befragten verweisen auf eine Vielzahl an weiteren Austauschformaten zwischen den bei DreiFürEins beteiligten Sektoren. Hierzu zählen beispielsweise: die Auftaktveranstaltung, eine Zukunftswerkstatt, das Projektteam auf Leitungsebene, ein Hamburg weiter Austausch aller Standorte sowie bilaterale Treffen zwischen Koordinator*in und Therapeut*in eines Kernteams. Derartige Formate werden von den Befragten geschätzt. Sie seien hilfreich für 1. den Austausch von aktuellen Informationen und Entwicklungen in DreiFürEins, 2. das gegenseitige Kennenlernen und voneinander Lernen (Positivbeispiele, Umgang mit Herausforderungen) sowie 3. das Einbringen von Themen und Diskutieren von Wünschen und deren Umsetzungsmöglichkeiten. Im folgenden Zitat wird die Bedeutung solcher sektorenübergreifender Treffen deutlich:

> „Also es fällt auch so ein bisschen so auf die Auftaktveranstaltung, […] also wo noch mal auch einzelne Themen ja so abgefragt wurden oder man konnte dazu etwas aufschreiben und so. Ich glaube, solche Wege finde ich immer ganz wichtig. Ich merke, ich komme nochmal mit anderen in den Austausch. Ich habe da irgendwie auf der Veranstaltung auch nochmal etwas gelernt und fand das auch nochmal spannend, in so einem Rahmen zusammenzukommen."

Die vereinzelt geäußerte Kritik an den weiteren institutionalisierten Treffen bezieht sich auf eine fehlende Präsenz und Einbeziehung der Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. fehlende Kenntnis über die Arbeitsorganisation eines Jugendamtes, starker Fokus auf Burnout-Prophylaxe für Lehrkräfte).

***b) Sektoreninterne Treffen:*** Neben den sektorenübergreifenden Treffen erwähnen vereinzelte Befragte in den Interviews auch sektoreninterne Treffen (z. B. Team- und Fallbesprechungen, Treffen innerhalb der Klinik und zwischen den Therapeut*innen). An diesen Treffen schätzen diese Befragten vor allem die gute Vernetzung und den wertvollen Austausch mit Fachkräften des gleichen Sektors bzw. der gleichen Profession. Dies verdeutlicht auch das folgende Zitat:

> „Wir haben halt intern so eine kleine Runde gemacht unter uns Psychologinnen irgendwie, dass wir uns auch, ich glaube, einmal in der Woche per Zoom dann getroffen haben und uns ausgetauscht haben über Fälle. Das war auch nochmal wertvoll, also auch, glaube ich, immer so dieses beide, also diese in der Kooperation zu sein, aber dann auch wieder mit Menschen oder mit Leuten zusammen zu sein, die, die dieselbe Sprache sprechen irgendwie miteinander, sich da auch so bisschen bestärken oder zu gucken nochmal auf so einen Fall, bin ich da so auf der richtigen Spur. Ist das so gut da so bei zu bleiben?"


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

***c) Informelle Kontakte:*** Sehr viele Befragte berichten von regelmäßigen, informellen Kontakten zwischen Fachkräften unterschiedlicher Sektoren außerhalb der institutionalisierten Treffen. Diese seien besonders deshalb erforderlich, weil die Zeit bei den Fallkonferenzen und Kernteams nicht ausreiche, nicht immer alle Sektoren anwesend und die Abstände zwischen den Treffen teilweise zu groß seien. Die informellen Kontakte hätten überwiegend aus E-Mails und Telefonaten bestanden; Tür-und-Angel-Gespräche seien standortbedingt seltener möglich gewesen (siehe Kapitel 3.3.3.2.1). Die Befragten nennen vor allem folgende Inhalte der informellen Kontakte: 1. Weitergabe von Informationen zu Fällen (z. B. Kontaktdaten, aktueller Stand, Inhalte von Fallkonferenzen, Bestätigung des Ankommens zu Terminen), 2. intensiverer Austausch über konkrete Fälle und bilaterale, fallbezogene Absprachen (z. B. gemeinsame Planung des weiteren Vorgehens im Anschluss oder zwischen Fallkonferenzen) sowie 3. Absprache von Terminen und die Nutzung von Räumen. Die Bewertung dieser informellen Kontakte fällt bei den Befragten unterschiedlich aus und wird vereinzelt von der Kontakthäufigkeit abhängig beschrieben. Einige Befragte sind mit den informellen Kontakten zwischen den Fachkräften zufrieden und berichten, dass vieles auf diesem informellen Wege gut und schnell geklärt werden könne. Andere Befragte beschreiben als Herausforderungen hingegen 1. die schwierige Erreichbarkeit anderer Sektoren und Akteur*innen sowie 2. die fehlenden, zeitlichen Ressourcen für häufige informelle Kontakte (zusätzlich zu den institutionalisierten Treffen). Folgendes Zitat beschreibt die Regelmäßigkeit informeller Kontakte zwischen den Fachkräften:

> „abgesehen von den Terminen, die regelhaft stattfinden, kommuniziert man unter der Woche regelmäßig, wie sieht es aus mit dem Fall, was braucht es dann noch, Kontaktdaten und so weiter, also da ist eigentlich ein, ein fließender Austausch, es vergeht keine Woche, in der ich nicht Mails schreibe und interagiere mit den, mit den anderen Institutionen."

#### 3.3.3.2.5 Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen

Für die Versorgung in DreiFürEins wurden aufwendig umfangreiche Informationsmaterialen, Einwilligungserklärungen, Datenschutzerklärungen, KJPPP-Behandlungsvereinbarungen und Schweigepflichtentbindungen der Sorgeberechtigten gegenüber den Fachkräften im anderen System entwickelt. Auf diese Weise sollte 1. eine umfassende Aufklärung der Kinder, Jugendlichen und Personensorgeberechtigten, 2. informierte Teilnahme und eine Freiwilligkeit in DreiFürEins sowie 3. eine Gewährleistung datenschutzrechtlicher Regelungen sichergestellt werden.

Viele Befragte der Umsetzungsebene honorieren in den Interviews die institutionalisierte Schweigepflichtsentbindung zwischen den an DreiFürEins beteiligten Sektoren. Die Befragten schätzen vor allem 1. die Arbeitserleichterung (z. B. reduzierter Organisationsaufwand und geringere Überzeugungsleistung, damit Familien dem sektorenübergreifenden Austausch zustimmen) sowie 2. die schnellere, unkompliziertere Kommunikation zwischen den Sektoren über einzelne Fälle (z. B. Weitergabe von zentralen Informationen, Klärung von Zuständigkeiten). Gleichzeitig verweisen einige Befragte auch auf die Relevanz eines achtsamen Umgangs mit der Schweigepflichtsentbindung und eine erforderliche gute Aufklärung der Familien über deren Inhalte und Bedingungen. Insbesondere sensible, klinische und private Informationen aus den Therapien und Fallkonferenzen würden nicht ohne die explizite Zustimmung der Eltern bzw. Familien an andere Sektoren weitergegeben werden. Dieser achtsame Umgang mit sensiblen Informationen wird von einigen Befragten als 1. zentrale **Herausforderung**


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

beschrieben. Vor allem für die Therapeut*innen bestehe eine hohe, herausfordernde Verantwortung zu entscheiden, welche Informationen für die Kooperation notwendig seien und welche im geschützten Raum der Therapie verbleiben sollten. Weitere von den Befragten genannte Herausforderungen der datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen beziehen sich auf: 2. die eingeschränkte Möglichkeit, Daten digital miteinander zu teilen (kein Austausch von Klarnamen per E-Mail, fehlende Daten-Plattform, siehe auch Kapitel 3.3.3.2.3) sowie 3. Sorgen, Misstrauen und Irritationen bei Eltern/Familien über die Weitergabe von Informationen (insbesondere an Schule und Jugendamt). Einzelne Befragte kritisieren ferner 4. die anonymisierte Fallvorstellung in der ersten multiprofessionellen Fallkonferenz, da ohne Klarnamen zum Teil keine Überprüfung einer eventuell bestehenden Zuständigkeit des Jugendamtes möglich sei. Darüber hinaus hinterfragen einzelne Befragte 5. die „Freiwilligkeit" der Zustimmung zur Schweigepflichtsentbindung, da diese für die Teilnahme an der Versorgung im Rahmen von DreiFürEins vorausgesetzt wurde (d. h. eine Ablehnung der Schweigepflichtsentbindung durch die Familien hätte zu einem Ausschluss des Falls geführt). Das folgende Zitat illustriert die Arbeitserleichterung durch die frühe Schweigepflichtsentbindung:

> „es ist vor allem ja auch so, dass diese ganz frühe Schweigepflichtsentbindung uns die Arbeit enorm erleichtert. Das haben wir sonst so nicht in unserer Arbeitsrealität, da braucht es oft viel Vorarbeit und dadurch, dass man das den Eltern jetzt natürlich auch so anbieten konnte, mit ja, und da ist auch Therapie daran beteiligt, gab es da oft eine größere Bereitschaft von den Eltern zu sagen, ja, ist es in Ordnung, die Systeme dürfen sich untereinander auch austauschen"

#### 3.3.3.2.6 Unterstützungsbezogene Rahmenbedingungen

Die verbindlich vereinbarte, systematische Kooperation der drei Sektoren KJPPP, Schule (ReBBZ) und Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt/ASD) ist ein zentraler Bestandteil der neuen Versorgungsform DreiFürEins. Die multiprofessionelle Kooperation der Fachkräfte wird durch unterstützungsbezogene Rahmenbedingungen, wie Supervision und multiprofessionelle Fortbildungen, unterstützt. Diese sollen die Versäulung der drei Sektoren verringern, die Kooperation zwischen den Fachkräften verbessern sowie die Selbstwirksamkeit erhöhen und die Belastung reduzieren.

Die Befragten wurden in den Interviews zu den unterstützungsbezogenen Rahmenbedingungen befragt. Ihre Antworten lassen sich in die Themenbereiche a) Supervision, b) Fortbildungen und c) Unterstützung durch Leitungskräfte bündeln:

***a) Supervision:*** Aus den Aussagen der Befragten auf der Umsetzungsebene lassen sich insbesondere drei Perspektiven auf das Thema Supervision ableiten: 1. Viele Befragte berichten, persönlich an Supervision im Rahmen von DreiFürEins teilgenommen zu haben. 2. Einige Befragte verweisen auf ein bestehendes Supervisions-Angebot, hätten jedoch selbst nicht daran teilgenommen. 3. Einige Befragte benennen das generelle Fehlen eines Supervisions-Angebots. Die **Inhalte** der erfolgten Supervisionen seien 1. überwiegend projekt- bzw. kooperationsbezogen (z. B. Klärung von Erwartungen, Zielen und Rollen, Umsetzung der Kooperation, gegenseitiges Kennenlernen, aktuelle Themen) und 2. seltener fallbezogen gewesen (z. B. Fallbesprechung, -steuerung, -abschlüsse) gewesen. Die Teilnahme an der Supervision wird von einigen Befragten geschätzt und als „sehr gewinnbringend", „total hilfreich" und „sehr, sehr wichtig" für die Kooperation bewertet. Gleichzeitig üben Befragte auch Kritik an den Supervisions-Angeboten. Sie bemängeln unter anderem 1. ein zu spätes, erst auf Nachfrage


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

etabliertes bzw. sogar vollständig fehlendes Supervisions-Angebot (insbesondere zu Projektbeginn, welches Spannungen im Team hätte vorbeugen können), 2. fehlende Zeitressourcen für die Teilnahme an Supervision (siehe Kapitel 3.3.3.2.2) sowie 3. eine nicht bedarfsgerechte Ausrichtung der angebotenen Supervision. Zwischen den Befragten gibt es unterschiedliche Positionierungen, ob eine Teamsupervision oder eine Fallsupervision als zielführender angesehen wird.

In dem folgenden Zitat werden die Relevanz und der Nutzen von Supervision, aber auch die Kritik an dem erst spät etablierten Supervisions-Angebot angesprochen:

> „und Supervision haben wir erst relativ spät bekommen, was aber sehr sehr sehr sehr wichtig war und wir uns sehr für eingesetzt haben, dass das so so nötig ist, weil wir einfach sehr viele sehr schwierige Fälle haben. […] und also ich Supervision mir noch mehr gewünscht hätte und auch von Anfang an gewünscht hätte und auch mit dem, also vielleicht auch teilweise fallübergreifend, also […] jetzt wo wir es haben, […], das ist super und das ist hilfreich und das ist so so wichtig, einfach um eine qualitativ gute Arbeit zu leisten“

***b) Fortbildungen:*** Viele Befragte berichten in den Interviews davon, im Rahmen von DreiFürEins an Fortbildungen teilgenommen zu haben, wobei sehr unterschiedliche Formate und Inhalte benannt werden (z. B. Fortbildung zum Thema „Motivierende Gesprächsführung“, Fortbildung zum Thema Kooperation, Workshops zur Kooperation in DreiFürEins, Treffen der an DreiFürEins beteiligten Fachkräfte). Einige Befragten berichten außerdem von projektunabhängigen Fortbildungen (z. B. Multifamilientherapie) bzw. keiner Fortbildungsteilnahme (z. B. aufgrund geringer, zeitlicher Ressourcen oder zu kurzer Beteiligung an DreiFürEins). Die Bewertungen und Nutzeneinschätzungen der besuchten Fortbildungen in DreiFürEins fallen heterogen aus (z. B. positive Bewertung der Inhalte, besseres Kennenlernen des Teams, spannender theoretischer Input vs. unkonkreter Praxistransfer). Erkennbar wird, dass eine Fortbildungsteilnahme aufgrund des hohen Fallaufkommens abgewogen werden musste und zum Teil das Erfahrungslernen von anderen Professionen in DreiFürEins sehr nützlich war („Und ansonsten war die größte Weiterbildung, glaube ich einfach, dass man hier zusammensaß und etwas über die anderen Professionen gelernt hat“).

Das folgende Zitat erläutert beispielhaft die positive Bewertung und den Nutzen von fachlich ausgerichteten Fortbildungen und reflexiv ausgerichteten Workshops in DreiFürEins:

> „Wir hatten eine sehr gute Fortbildung, das war, motivationaler Ansatz aus dieser Heidelberger Schule, das war echt gut. Dann hatten wir auch einige Workshops, die auch gut waren, also um so zu gucken, wo stehen wir denn eigentlich jetzt und was wurde erreicht und wie geht es auch den anderen so dabei. […] das ist in meinen Augen immer, also wenn das Thema gut gewählt ist, dann ist das immer wertvoll.“

***c) Unterstützung durch Leitungskräfte:*** Viele Befragte gehen in ihren Ausführungen mit unterschiedlichen Akzentsetzungen auf die Unterstützung durch ihre jeweiligen Leitungskräfte ein. Den Befragten zufolge umfasst die Unterstützung vor allem: 1. den allgemeinen Austausch und das Weiterleiten von Informationen, 2. die Absprachen und Unterstützung bei der Priorisierung und Abgrenzung von Arbeitsaufgaben, , 3. die Klärung von Fragen zu aktuellen, projektbezogenen Themen, 4. die Unterstützung in herausfordernden Situationen und bei schwierigen Entscheidungen (z. B. Kindeswohlgefährdung) sowie 5. die sporadische oder regelmäßige Teilnahme an Fallbesprechungen und regionalen Kernteams. Die Unterstützung und Involviertheit in DreiFürEins durch Leitungskräfte wird von einigen Befragten als wichtige


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgungsform angegeben und als hilfreich und entlastend bewertet. Gleichzeitig verweisen viele Befragte in ihren Aussagen auch auf eine unzureichende Unterstützung und mangelnde Präsenz durch Leitungskräfte. So kritisieren jeweils einzelne Befragte: 1. ein begrenztes Interesse von Leitungskräften am aktuellen Stand von DreiFürEins, 2. eine mangelnde Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen in DreiFürEins, 3. Abwesenheiten von Leitungskräften bei Projektveranstaltungen, 4. ein Gefühl der Isolation und alleinigen Verantwortlichkeit der Fachkräfte in DreiFürEins, 5. eine mangelnde Unterstützung bei der Rollenklärung und Abgrenzung zu Projektbeginn sowie 6. eine unzureichende Berücksichtigung von Anliegen und Wünschen der Fachkräfte (z. B. Wunsch nach einem anderen Standort). Die Kritik der Befragten lässt sich als berechtigte Kritik an den Leitungskräften verstehen. Sie könnte zum Teil aber auch Vertrauen der Leitungskräfte in die Fachkräfte und die Gewährung von Handlungsspielräumen sein.

Das folgende Zitat illustriert den Wunsch einer befragten Person auf der Umsetzungsebene nach mehr Interesse und Nachfragen der Leitungsebene zu DreiFürEins:

> „ich hätte mir manchmal noch mehr kritische Auseinandersetzung mit den Bedingungen gewünscht, also auch von Leitungsebene tatsächlich, mehr nachfragen, was ist denn eigentlich, was läuft gut, was ist denn auch schwierig. Ja, weil ich glaube, dann hätte man vielleicht auch schon früher reagieren können auf bestimmte Punkte."

#### 3.3.3.3 Umsetzung von DreiFürEins

Ziel dieses Kapitels ist es, Bewertungen und Beschreibungen der Umsetzung von DreiFürEins zu erfassen. Im ersten Unterkapitel wird dabei auf die Ergebnisse zur Fallsteuerung und Versorgung in DreiFürEins (Kapitel 3.3.3.3.1) eingegangen. Die weiteren Unterkapitel widmen sich den Rollen und Aufgaben der beteiligten Fachkräfte (Kapitel 3.3.3.3.2), den Hierarchien (Kapitel 3.3.3.3.3) sowie der Bewertung der Kooperation in DreiFürEins (Kapitel 3.3.3.3.4).

##### 3.3.3.3.1 Fallsteuerung und Versorgung

Zur Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit multimodalem Versorgungsbedarf und der Versorgung der Kinder und Jugendlichen wurden in DreiFürEins Ein- und Ausschlusskriterien für DreiFürEins festgelegt und im Projektverlauf präzisiert sowie ein Ablaufschema vom Fallzugang bis zur Anschlussversorgung entwickelt (Fallmanagement). Die befragten Fachkräfte gehen in den Interviews auch auf das Fallmanagement ein. Ihre Ausführungen beziehen sich vor allem auf a) die Einsteuerung von Fällen, b) das Screening und den Einschluss von Fällen, c) die bedarfsorientierte Fallarbeit, d) die Fallzuständigkeit des Jugendamtes, e) den Fallabschluss und die Anschlussversorgung sowie f) die Bewertung und Schwierigkeiten:

***a) Einsteuerung von Fällen**:* Legt man die Aussagen von vielen Befragten der Umsetzungsebene zugrunde, wurden die Fälle in DreiFürEins überwiegend durch die Schulen (z. B. Lehrkräfte, Klassenleitung, Sozialpädagog*innen) eingesteuert und an das ReBBZ gemeldet. Anlass für eine Einsteuerung war demnach in der Regel, dass Kinder oder Jugendliche in der Schule psychische Auffälligkeiten, Probleme oder Belastungen aufwiesen. Eher vereinzelt seien auch Fälle durch das Jugendamt oder die Beratungsabteilung des ReBBZ in DreiFürEins eingesteuert worden.

***b) Screening und Einschluss von Fällen:*** Zu den wesentlichen Schritten vor der eigentlichen Versorgung in DreiFürEins gehören u. a. eine informierte Einwilligung, ein Screening, eine


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Prüfung der Einschluss- und Ausschlusskriterien und die Diskussion der Fallaufnahme in einer multiprofessionellen Fallkonferenz. Einige Befragte der Umsetzungsebene gehen vor diesem Hintergrund auf das erfolgte Screening zur Feststellung des Versorgungsbedarfes der Kinder und Jugendlichen mit Hilfe von Fragebögen und der Errechnung von Problemwerten ein. Andere Befragte geben an, nicht im Detail über den Ablauf des Screenings informiert zu sein. Auf das Screening folgte in der Regel eine anonyme Vorstellung der Fälle, eine Prüfung der Einschluss- und Ausschlusskriterien sowie eine Entscheidung über die Aufnahme der Fälle in DreiFürEins im Rahmen einer ersten, multiprofessionellen Fallkonferenz (siehe Kapitel 3.3.3.2.4). Als Ausschlusskriterien werden von einzelnen Befragten unter anderem 1. Akute Notfälle (z. B. eine zu hohe psychische Auffälligkeit), 2. eine Selbst- oder Fremdgefährdung oder 3. eine aktuelle oder in den letzten drei Monaten laufende KJPPP-Behandlung (z. B. das Aufsuchen eines Psychiaters innerhalb des letzten Quartals) angegeben. Einzelne Befragte berichten von einer im Projektverlauf entwickelten Routine und einer Klarheit der Ein- und Ausschlusskriterien bei den Fachkräften, sodass die vorgeschlagenen Fälle in der Regel direkt eingeschlossen wurden und eine gemeinsame Entscheidung überflüssig gewesen sei. Ungeachtet der Einschluss- und Ausschlusskriterien deuten sich anhand der Aussagen der Befragten zum Teil Unterschiede zwischen den Standorten an.

***c) Bedarfsorientierte Fallarbeit**:* Legt man die Aussagen einiger Befragter zugrunde, dann nahmen die Therapeut*innen nach dem Einschluss eines Falls in der Regel den Erstkontakt zu den Kindern, Jugendlichen und Familien auf und begannen mit der Anamnese und Diagnostik. In Abhängigkeit von den Absprachen in den multiprofessionellen Fallkonferenzen und den Fallverläufen sei dann mit der therapeutischen Versorgung begonnen, weitere Sektoren und Angebote hinzugezogen bzw. die Fälle übergeben worden. Einzelne Befragte berichten, dass KJPPP und ReBBZ automatisch in allen Fällen involviert gewesen seien, während das Jugendamt teilweise erst später (und mitunter gar nicht) einbezogen worden sei. Hier deutet sich eine zurückhaltende Involvierung des Jugendamtes an.

***d) Fallzuständigkeit des Jugendamtes**:* Anhand der Aussagen der Befragten werden Unterschiede im Hinblick auf die Fallzuständigkeit des Jugendamtes in DreiFürEins deutlich, weshalb hierauf gesondert eingegangen wird. Es lassen sich vier unterschiedliche Modi der Involvierung bzw. Fallzuständigkeit in DreiFürEins ableiten: 1. Ein Teil der Befragten berichtet, dass das Jugendamt bedarfsorientiert in die Fallarbeit einbezogen worden und eine Fallzuständigkeit über das Eingangsmanagement des Jugendamtes erfolgt sei. Ungeachtet dessen hätten zum Teil nicht-fallzuständige Fachkräfte des Jugendamtes dennoch an den multiprofessionellen Fallkonferenzen teilgenommen und/oder Familien ein unverbindliches Beratungsgespräch angeboten. 2. Ein anderer Teil der Befragten der Umsetzungsebene gibt an, dass mit der Aufnahme eines Falls in DreiFürEins automatisch auch eine (örtliche) Zuständigkeit im Jugendamt hergestellt worden sei. Die Fallzuständigen hätten den Familien als Ansprechpersonen zur Verfügung gestanden und in der Regel an den multiprofessionellen Fallkonferenzen teilgenommen. 3. Einige Befragte beschreiben eine Entwicklung im Projektverlauf, bei der eine automatische Fallzuständigkeit des Jugendamtes nachträglich eingerichtet worden sei. 4. Als besondere Fallkonstellation wird von einigen Befragten ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung benannt, bei der das Jugendamt immer fallzuständig sei und es festgelegte Prozesse gebe. Insgesamt deuten sich sehr unterschiedliche Modi der Involvierung des Jugendamtes an, wobei eine automatische Beteiligung und eine Teilnahme von Fallzuständigen nicht in jedem Fall gegeben ist.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

***e) Fallabschluss und Anschlussversorgung**:* Die therapeutische Versorgung in DreiFürEins endete in der Regel nach sechs (bis maximal acht) Monaten. Viele Befragte machen jedoch auf einen weiteren Unterstützungsbedarf der Kinder und Jugendlichen über diesen Zeitraum hinaus und die Notwendigkeit einer Anschlussversorgung aufmerksam. Im Rahmen von DreiFürEins seien deshalb unter anderem Angebote der verschiedenen Sektoren sowie Therapien und stationäre Unterbringungen organisiert und der Übergang unterstützt worden. Einige Befragte betonen in den Interviews zudem, dass die Zuständigkeit von ReBBZ, Schule und Jugendamt auch über die Projektlaufzeit hinaus bestehen bleibe.

**f) Bewertung und Schwierigkeiten**: Die Befragten äußern sich in Bezug auf das Fallmanagement sowohl positiv als auch kritisch. Die Befragten der Umsetzungsebene schätzen hinsichtlich des Fallmanagements besonders: 1. den schnellen und vereinfachten Zugang, 2. die bessere Verzahnung von Hilfen, 3. die gelingende Früherkennung und die sinnvolle Vorauswahl von Fällen durch das Screening, 4. die Zuordnung von klaren Ansprechpersonen in den Sektoren, 5. den vereinfachten Kontakt zum Jugendamt durch die automatische Fallzuständigkeit sowie vereinzelt 6. eine passend gewählte Altersgrenze für die Fallaufnahme. Gleichzeitig verweisen die Befragten auch auf Schwierigkeiten des Fallmanagements. Sie heben vor allem folgende Punkte hervor: 1. einen wahrgenommenen Druck zur Erreichung der Fallzahlen (z. B. bei der Prüfung der Einschlusskriterien und der Therapiebedürftigkeit), 2. fehlende Verweismöglichkeiten an eine Anschlussversorgung, 3. zu eng gefasste Einschlusskriterien (z. B. mangelnde Berücksichtigung internalisierender Störungen), 4. begrenzte Möglichkeiten, selbst Fälle einzusteuern (da Zugang überwiegend über die Schulen), 5. unklare Ansprechpersonen im Jugendamt und ein hochschwelliger Zugang zum Jugendamt über das Eingangsmanagement, 6. eine Differenz zwischen der örtlichen Zuständigkeit des Jugendamtes, der ReBBZ und KJPPP sowie 7. ein herausfordernder Umgang mit Grenzfällen und fehlende, projektspezifische Handlungspläne (z. B. zu Kindeswohlgefährdung, Suizid-Androhung). Das folgende Zitat verdeutlicht den wahrgenommenen Druck zur Erreichung der Fallzahlen in DreiFürEins:

> „Und auf der anderen Seite hatten wir halt diesen Druck, eine gewisse Menge zu produzieren an Teilnehmerinnen. Und das war manchmal ganz schön schwierig, das pragmatisch dann irgendwie miteinander zu vereinbaren. Nehmen wir den auf? Nehmen wir den nicht auf? Unter welchen Bedingungen könnte man den aufnehmen?“

#### 3.3.3.3.2 Rollen und Aufgaben der beteiligten Fachkräfte

Ein wichtiges Anliegen von DreiFürEins bestand darin, dass die beteiligten Sektoren ihre spezifischen Zugänge, Kenntnisse, Kompetenzen und Leistungen in das Projekt und die Fallbearbeitung einbringen. Die KJPPP sollte Interventionsangebote vorhalten (Sprechstunden, psychotherapeutische Angebote, fachtherapeutische Angebote), das ReBBZ Bildungs- und Beratungsangebote und das Jugendamt Leistungen im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes.

In den Interviews wird die **Klarheit von Rollen und Aufgaben** der beteiligten Fachkräfte unterschiedlich bewertet. Anhand der Aussagen der Befragten der Umsetzungsebene deuten sich zwei unterschiedliche Einschätzungen ab: 1. Ein Teil der Befragten verweist darauf, dass die Rollen und Aufgaben der beteiligten Fachkräfte bei DreiFürEins durch den Projektrahmen vorgegeben und klar voneinander abgegrenzt waren. Die Befragten machen dies insbesondere an unterschiedlichen Zuständigkeiten fest. 2. Ein anderer Teil der Befragte berichtet jedoch, dass die Rollen und Zuständigkeiten der verschiedenen Fachkräfte zunächst unklar und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

klärungsbedürftig waren, sich die Rollen und Zuständigkeiten jedoch zum Teil während der Laufzeit von DreiFürEins durch eine gemeinsame Aushandlung und Abgrenzung immer weiter konkretisiert und geschärft hätten.

Die **Aushandlung und Abgrenzung der Rollen und Aufgaben** der Fachkräfte fällt vor diesem Hintergrund ambivalent aus. Positiv bewerten die Befragten insbesondere folgende Punkte: 1. eine hilfreiche, gemeinsame Aushandlung der Rollen und Aufgaben (z. B. durch Supervision), 2. eine Klärung von Ansprechpersonen sowie individuellen Rollen und Aufgaben im Projektverlauf, 3. eine hohe Offenheit, um Rollen fallbezogen anpassen und zusätzliche Aufgaben übernehmen zu können, 4. eine hilfreiche gegenseitige Unterstützung bei der Abgrenzung und Rollenfindung (insbesondere durch die Koordinator*innen) sowie 5. eine Entlastung durch geklärte Rollen und dadurch eine stärkere Fokussierung auf die eigenen Aufgaben. Gleichzeitig monieren die Befragten auch Schwierigkeiten: 1. eine unzureichende Klärung von Zuständigkeiten, 2. verschwimmende Grenzen zwischen den Sektoren und Professionen, 3. einen hohen Abgrenzungs- und Klärungsbedarf der Rollen und Aufgaben, 4. zu hohe und zum Teil unrealistische Erwartungen an bestimmte Rollen (z. B. der Therapeut*innen), 5. die Überschreitung von Rollengrenzen und gleichzeitig eine mangelnde Wertschätzung bei der Übernahme zusätzlicher Aufgaben sowie 6. Unklarheiten über die Rollen und Zuständigkeiten durch viele und wechselnde Ansprechpersonen.

Das folgende Zitat beschreibt sehr gut die Ambivalenz zwischen einem sehr offenen Projektrahmen und einem möglicherweise zu weiten Projektrahmen:

> „Und ich finde es gut, einerseits war der Rahmen sehr weit, also ich hatte das Gefühl, man durfte auch ein wenig fallbezogen arbeiten, also, oder beziehungsweise, was für Ressourcen braucht der Fall gerade, man konnte ein bisschen abwägen, aber manchmal war der Rahmen auch so weit, dass wenn er ganz weit ist, kann man sich auch ein bisschen verlieren. Alle. Was ist noch meine Aufgabe, oder beziehungsweise so Rollenkonfusionen, Überschneidungen von Aufgabengebieten."

Die Befragten differenzieren in ihren Aussagen zu den Rollen und Aufgaben der beteiligten Fachkräfte zumeist zwischen den Sektoren. Die Unterschiede zwischen und innerhalb von a) KJPPP, b) ReBBZ, c) Jugendamt sowie d) Schulen werden im Folgenden beschrieben.

**a) KJPPP**: Die unterschiedlichen Berufsgruppen heben in den Interviews vor allem sechs Aufgabenschwerpunkte der KJPPP in DreiFürEins hervor: 1. das Einbringen einer spezifischen, fachlichen Expertise (diagnostisches, therapeutisches, medizinisches, psychologisches und klinisches Wissen), 2. die individuelle Fallarbeit und Umsetzung von therapeutischen Ansätzen für Kinder und Jugendliche, 3. die Teilnahme an multiprofessionellen Fallkonferenzen und regionalen Kernteams, 4. die Organisation einer stationären Aufnahme oder therapeutischen Anschlussversorgung nach DreiFürEins sowie vereinzelt auch 5. das Fallmanagement in der KJPPP und 6. die Hospitation in Schulen zur Falleinschätzung. Einzelne befragte Mitarbeitende der KJPPP betonen besonders, dass ihre Aufgaben überwiegend in der Umsetzung und weniger in der Organisation und Verwaltung von DreiFürEins lagen. Exemplarisch wird in dem folgenden Zitat die fachliche Expertise der KJPPP betont:

> „Also eigentlich hat jeder so den Aspekt seiner täglichen Arbeit mit reingebracht, die KJP hatte dann eher den medizinischen Schwerpunkt sozusagen und den psychologischen"

Zwei Besonderheiten werden bei den Ausführungen zur KJPPP deutlich: Erstens fällt auf, dass es zwischen den Befragten der unterschiedlichen Sektoren Unterschiede in den


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Wahrnehmungen gibt. Mitarbeitende der KJPPP problematisieren zum Teil ihre tragende Rolle in den multiprofessionellen Fallkonferenzen und bemängeln unrealistische Erwartungen der anderen Fachkräfte an Therapieverläufe und -erfolge. Befragte aus den anderen Sektoren wiederum äußern zum Teil einen fehlenden Einblick in die Umsetzung der Therapien. Zweitens fällt auf, dass in den Ausführungen der Befragten öfter zwischen unterschiedlichen Therapeut*innen und Statusgruppen innerhalb der KJPPP differenziert wird, wobei die Mitarbeitenden der KJPPP hier deutlich auskunftsfähiger sind. Aus den Ausführungen der Befragten kristallisieren sich unterschiedliche Professionen, Rollen und Aufgaben in DreiFürEins heraus (z. B. Kinder- und Jugend-)Therapeut*innen, Kunsttherapeut*innen, Musiktherapeut*innen sowie Ärzt*innen). In den Interviews wird vor allem auf die (Kinder- und Jugend-)Therapeut*innen, die Kunsttherapeut*innen und die Ärzt*innen ausführlicher eingegangen.

- *(Kinder- und Jugend-)Therapeut*innen:* Demnach würden die (Kinder- und Jugend-)Therapeut*innen in DreiFürEins unter anderem folgende Aufgaben haben: 1. Bereitstellung eines therapeutischen Angebots, 2. Diagnostik und Therapie für Kinder und Jugendliche, 3. Ansprechpersonen für die Familien sein, 4. Einbringung der psychotherapeutischen Perspektive in die multiprofessionellen Fallkonferenzen, 5. ggf. Übernahme einer Moderations-Rolle in den multiprofessionellen Fallkonferenzen bei Krankheitsfällen sowie 6. Vermittlungsrolle zwischen Familien und Schule.

- *Kunsttherapeut*innen:* Die Kunsttherapeut*innen würden in DreiFürEins unter anderem folgende Aufgaben übernehmen: 1. Bereitstellung eines kunsttherapeutischen Angebots im Gruppensetting, 2. Einbringung der Erfahrungen mit den Kindern und Jugendlichen in die multiprofessionellen Fallkonferenzen (bei einer Teilnahme), 3. Information der DreiFürEins-Beteiligten über den Ansatz der Kunsttherapie sowie 4. Formulierung von Empfehlungen für kreative Angebote für Kinder und Jugendliche nach DreiFürEins.

- *Ärzt*innen:* Darüber hinaus wären – den Aussagen der Befragten zufolge – unterschiedliche Ärzt*innen (z. B. Chefärzt*innen, Oberärzt*innen) in DreiFürEins beteiligt. Sie würden in DreiFürEins folgende Aufgaben übernehmen: 1. Unterstützung der KJPPP-Mitarbeitenden, 2. sporadische Teilnahme an den Kernteams und klinikinternen Fallvisiten sowie 3. Mitwirkung bei schwierigen Einzelfällen und Entscheidungen (z. B. Verdacht auf Kindeswohlgefährdung).

**b) ReBBZ**: Die Befragten der unterschiedlichen Sektoren nennen sehr vielfältige Aufgaben des ReBBZ in DreiFürEins und heben vor allem sechs Aufgabenschwerpunkte hervor: 1. Einbringen der pädagogischen, sonderpädagogischen und psychologischen Expertise in die multiprofessionellen Fallkonferenzen und kollegiale Beratung (z. B. zum Schulsystem, zur Beschulung, zur Pädagogik und zur Sonderpädagogik), 2. Übernahme des Fallmanagements (z. B. Fallaufnahme, Screening), 3. Organisation, Moderation und Dokumentation der multiprofessionellen Fallkonferenzen und der regionalen Kernteams, 4. Mediation und Vermittlung (z. B. zwischen Therapie, Schule und Eltern), 5. Initiierung und Bereitstellung von schulischen Unterstützungsmaßnahmen (z. B. Schulbegleitung) sowie 6. Übernahme der Organisation und Verwaltung (z. B. Terminkoordination, Organisation der Treffen, Moderation von Treffen, Erstellung von Protokollen, Datenerhebung). Zwischen den Befragten unterschiedlicher Sektoren zeichnen sich dabei partielle Unterschiede in den Wahrnehmungen ab: So betonen die befragten ReBBZ-Mitarbeitenden stärker die Dokumentationsaufgaben, während die anderen Befragten öfter


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

1. die pädagogische, sonderpädagogische und psychologische Beratung und Unterstützung sowie 2. die Mediationsaufgaben als Aufgaben der ReBBZ-Mitarbeitenden hervorheben. In dem folgenden Zitat wird die nicht einfache Doppelrolle der ReBBZ (Organisationsrolle und fachliche Beratungsrolle) aus einer externen Sicht beschrieben:

> „Genau, also das ReBBZ hat auf jeden Fall die Rolle der Organisatoren in meiner Wahrnehmung gehabt, das glaube ich auch nicht nur für Zufriedenheit gesorgt hat auf deren Seite. […] Also das sind ja genau auch Fachkräfte da, aber irgendwie im Projekt hatten die auch die Rolle, diese Besprechungen organisatorisch zu planen, die Leute einzuladen, die Protokolle zu führen. Und ich habe die inhaltlichen Beiträge sehr geschätzt und die Arbeit, die sie leisten und gleichzeitig hatten die diese Doppelrolle, würde ich sagen. Also die haben aus schulpsychologischer Sicht beraten in den Fällen, die haben ihr Wissen über das Schulsystem geteilt und gleichzeitig haben sie aber auch eben die ganze Organisation davon gestemmt."

Eine wichtige Bedeutung für die Kooperation und Fallbearbeitung haben in DreiFürEins ferner die unterschiedlichen Akteursgruppen in den ReBBZ. Auffällig ist, dass die befragten ReBBZ-Mitarbeitenden stärker zwischen einzelnen Rollen innerhalb der ReBBZ differenzieren, während die anderen Befragten tendenziell pauschalere Aussagen über „das ReBBZ" treffen oder ausschließlich auf die Rolle der Koordinator*innen eingehen. Die Befragten innerhalb der ReBBZ unterscheiden zwischen drei verschiedenen Rollen (Koordinator*in, Fallzuständige und Co-Fallzuständige):

- *Koordinator*in:* In den Interviews beschreiben die Befragten die Koordinator*innen sehr ausführlich. Ihre Rolle wird als „wichtige Schnittstelle" sehr hervorgehoben. Die Koordinator*innen hätten einen Großteil der genannten Aufgabenschwerpunkte des ReBBZ in DreiFürEins übernommen und seien darüber hinaus für die Weitergabe von projektbezogenen Informationen und die Klärung von offenen Fragen innerhalb von DreiFürEins zuständig. Ihre besondere Bedeutung für DreiFürEins und ihre hohe Präsenz in der Rolle der - eigentlich um kollegiale Neutralität bemühten - Moderation berge gleichzeitig – so einzelne Befragte – die Gefahr, unbeabsichtigt als Leitung angesehen zu werden. Auffällig ist, dass an DreiFürEins beteiligte Mitarbeitende der ReBBZ die zahlreichen Aufgaben der Koordinator*innen und zugleich die nicht ausreichenden zeitlichen Ressourcen hervorheben (siehe Kapitel 3.3.3.2.2).

- *Fallzuständige:* Einige Befragte (vor allem aus den ReBBZ und zum Teil der KJPPP) gehen in den Interviews, wenn auch weniger ausführlich, auf die in DreiFürEins beteiligten Fallzuständigen der ReBBZ ein. Die Befragten schätzen an den Fallzuständigen vor allem ihr großes Engagement bei der Fallarbeit und ihre Präsenz in den Fallkonferenzen. Die einzelnen Aufgaben der Fallzuständigen bestünden den Befragten zufolge vor allem in 1. der Einsteuerung von Fällen, 2. den Kontakten mit den Schulen, 3. der inhaltlichen Fallarbeit sowie 4. der Teilnahme an den Fallkonferenzen. Es fällt auf, dass die ReBBZ-Mitarbeitenden besonders den Kontakt mit Schulen betonen.

- *Co-Fallzuständige:* In einigen Interviews wird zudem die Rolle der Co-Fallzuständigen beschrieben. Auffällig ist, dass die Co-Fallzuständigen fast ausschließlich von Mitarbeitenden der ReBBZ, aber kaum von anderen Befragtengruppen genannt werden. Im Gegensatz zu den Koordinator*in und Fallzuständigen wird die Rolle der Co-


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Fallzuständigen vereinzelt als diffus wahrgenommen. Einzelne Befragte verweisen darauf, dass die Co-Fallzuständigen eine „Schnittstelle zwischen DreiFürEins und den Fallzuständigen“ sein sollten; bemängeln jedoch, dass dieser Rahmen zu unkonkret sei. Als Aufgabenschwerpunkte der Co-Fallzuständigen benennen die Befragten 1. die Unterstützung der Koordinator*innen (z. B. bei Protokollen, Moderation, Informationsweitergabe, Datenerhebung), 2. die Vertretung der Fallzuständigen in Fallkonferenzen sowie 3. die fachliche Beratung.

**c) Jugendamt:** DreiFürEins basierte auf dem Grundgedanken einer Kooperation von KJPPP, Schule/ReBBZ und Jugendamt/ASD. Die Befragten nennen in den Interviews vor allem sechs Arbeitsschwerpunkte des Jugendamtes in DreiFürEins: 1. Einbringung der sozialpädagogischen Expertise zu Sozialräumen und Angeboten (z. B. Kenntnis über die Sozialräume, vorhandene Träger und Angebote im Sozialraum, Beantragung von Unterstützungsmaßnahmen), 2. Falleinschätzung aus einer sozialpädagogischer Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. systemischer Blick auf Familien, besondere Expertise bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung und rechtlichen Grundlagen), 3. Multiperspektivische Fallarbeit und -management innerhalb des Jugendamtes (z. B. Klärung und Zuweisung von Fallzuständigkeit, Schaffen von Übergängen, Initiierung von Unterstützungsmaßnahmen), 4. Bereitstellung von niedrigschwelligen Gesprächs- und Beratungsangeboten für Familien (u. a. über Angebote des Jugendamt und freier Träger), 5. Teilnahme an multiprofessionellen Fallkonferenzen und regionalen Kernteams sowie 6. jugendamtsinterne Kommunikation über DreiFürEins (z. B. Information von Kolleg*innen und Leitung). Zwischen den Befragtengruppen sind dabei wenig Unterschiede in der Wahrnehmung der genannten Arbeitsschwerpunkte erkennbar. Auffällig ist lediglich, dass die befragten Mitarbeitenden des Jugendamtes stärker die jugendamtsinterne Kommunikation betonen, während die anderen Befragten etwas häufiger die besondere Expertise des Jugendamts in Bezug auf 1. das Vorgehen bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung und 3. die Bereitstellung von Gesprächs- und Beratungsangeboten für Familien hervorheben. Das folgende Zitat belegt aus einer Außensicht die besondere Expertise des Jugendamts bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung sowie zu Angeboten und Trägern im Sozialraum:

> „Genau, also diese Rollen, das ist bei DreiFürEins einfacher als in anderen Kontexten, weil es einfach Menschen gibt, die diese Rollen besetzen. Also gerade das Thema Kindeswohlgefährdung, […] ist es einfach toll, da den ASD so nah dran zu haben und da einfach auch schon nochmal nachfragen zu können, bevor man sie macht. Wie ist denn der Stand, wie wird das eingeschätzt und so weiter. Oder, die ganzen Geschichten, viel, viel harmloser und eigentlich viel, viel mehr Alltagsgeschäft. […] Ich kenne mich da im Sozialraum nicht aus, aber der ASD hat da Menschen, deren Job genau das ist, zu wissen, wo sind die Sportvereine, wer macht hier was […]. Wo gibt es die Träger dafür.“

Teilweise zeigen sich Unterschiede in der Wahrnehmung der Klarheit von Aufgaben des Jugendamtes: Ein Teil aller Befragtengruppen verweist auf eine sehr klare Rolle, abgegrenzte Aufträge und Aufgaben des Jugendamtes sowie die Ablehnung zusätzlicher Verwaltungsaufgaben (z. B. Protokollerstellung), was überwiegend mit unzureichenden zeitlichen Ressourcen begründet wird (siehe Kapitel 3.3.3.2.2). Sowohl von einzelnen befragten Mitarbeitenden des Jugendamtes selbst als auch von weiteren Befragtengruppen wird eine besondere Rolle des Jugendamtes in DreiFürEins beschrieben (z. B. über Bezeichnungen, wie „Zuhörer“ oder „Gast in beratender Funktion“). Viele Befragte der anderen Befragtengruppen bezeichnen die Rolle


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

des Jugendamtes in DreiFürEins jedoch als unklar und bemängeln fehlende Einblicke in dessen Aufgaben. Verwiesen wird dabei auf eine zu späte Beteiligung an DreiFürEins und eine zu geringe Präsenz. Auffällig ist, dass die meisten Befragten kaum zwischen den verschiedenen Akteursgruppen und Zuständigkeiten innerhalb des Jugendamtes differenzieren (z. B. Verwaltung des Jugendamtes, Allgemeiner Sozialer Dienst bzw. ASD). Eine Ausnahme sind die befragten Mitarbeitenden des Jugendamtes selbst, die differenzierter auf ihre eigenen Aufgaben eingehen und ihre konkrete Funktionsbezeichnung angeben. Sofern eine Differenzierung erfolgt, unterscheiden Befragte vor allem zwischen Mitarbeitenden des Jugendamtes mit übergeordneter Zuständigkeit sowie Fallzuständigen:

- *Mitarbeitende mit übergeordneter Zuständigkeit*: In den Interviews erwähnen die Befragten unterschiedliche Mitarbeitende des Jugendamtes mit einer übergeordneten Zuständigkeit (z. B. Netzwerker*in, Präventions-Fachkraft, Leitungspersonen). Diese Mitarbeitenden hätten in DreiFürEins unter anderem folgende Aufgaben gehabt: 1. Einbringung der sozialpädagogischen Expertise, 2. Jugendamtsinterne Kommunikation, 3. Teilnahme an den regionalen Kernteams und teilweise den multiprofessionellen Fallkonferenzen (unterschiedliche Praxen in den ReBBZ und Jugendämtern), 4. Koordinierung des Fallmanagements innerhalb des Jugendamtes sowie 5. Wahrnehmung eines Bindeglieds zwischen ReBBZ, Klinik und Jugendamt. Einige Befragte betonen, dass die Mitarbeitenden mit übergeordneter Zuständigkeit keine direkte Fallzuständigkeit in DreiFürEins hätten.

- *Fallzuständige*: Im Gegensatz zu den Mitarbeitenden mit übergeordneter Zuständigkeit werden die Fallzuständigen von den Befragten als diejenigen Fachkräfte beschrieben, die einen direkten Kontakt mit den Kindern, Jugendlichen und Familien haben und für die konkrete Fallarbeit des Jugendamtes in DreiFürEins zuständig sind. Die Befragten weisen kritisch darauf hin, dass diese Fachkräfte ausschließlich bei einer bestehenden Fallzuständigkeit enger in DreiFürEins involviert seien und an multiprofessionellen Fallkonferenzen teilnehmen würden, jedoch in der Regel nicht an den regionalen Kernteams. Auffällig ist, dass die Befragten in den Interviews insgesamt eher selten auf die Fallzuständigen des Jugendamtes und ihre konkreten Aufgaben eingehen.

**d) Schulen**: Viele Befragte aus allen Befragtengruppen nennen darüber hinaus die Schulen als relevante Institution in der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen, deren Rolle sich stark von der des ReBBZ unterscheide. Von einigen Befragten wird problematisiert, dass Schulen bei der Planung von DreiFürEins zu wenig als vierter Sektor berücksichtigt und beteiligt worden seien („VierFürEins“ statt „DreiFürEins“). Vor diesem Hintergrund werden Schulen an dieser Stelle separat thematisiert.

Die Befragten nennen in den Interviews vor allem drei Arbeitsschwerpunkte der Schulen in DreiFürEins: 1. Einsteuerung von Fällen (z. B. bei psychischen Belastungen, Problemen und Auffälligkeiten von Schüler*innen), 2. Einbringen einer schulischen und pädagogischen Perspektive in die multiprofessionellen Fallkonferenzen (z. B. auf der Basis der Beobachtung der Kinder und Jugendlichen im Unterricht) sowie 3. Umsetzung von Absprachen aus den multiprofessionellen Fallkonferenzen (z. B. Initiierung einer Schulbegleitung, Einführung eines Belohnungssystems). Alle Befragtengruppen beschreiben Schulen in DreiFürEins in einer Rolle als eher passive „Informationsnehmer“, welche Unterstützung im Umgang mit herausfordernden Schüler*innen einforderten. Einige Befragte bemängeln dabei eine hohe


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Erwartungshaltung sowie einen großen Veränderungsdruck der Schulen und kritisieren ein unterschiedlich stark ausgeprägtes Engagement der Schulen, selbst etwas zu den gewünschten Veränderungen beizutragen. Folgendes Zitat illustriert beispielhaft die besonders Relevanz von Schulen und Lehrkräften in DreiFürEins:

> „Die Rolle der Lehrkräfte finde ich auch noch wichtig, die sind ja jetzt nicht immer ständig im DreiFürEins-Team drin, aber die spielen einfach in dem ganzen System eine größere Rolle, […] da wir einfach viele Fälle durch Schule gemeldet bekommen, […] weil die einfach merken, da ist irgendwie was, wir wünschen uns hier eine Veränderung für das Kind und die erlebe ich oft sehr engagiert, die in ihrer Rolle als Klassenleitungen oder Lehrkräfte Unterstützung suchen, […] nochmal einen anderen Blick auf diese Kinder zu bekommen und gleichzeitig aber aus ihrer Rolle heraus ganz viel auch uns mitteilen können über die Kinder und Jugendlichen, was wir sonst nicht zu sehen bekommen. Also wir erleben im Einzel oder in der Kleingruppe natürlich ganz andere Kinder, als die tagtäglich in ihren Klassen sitzen haben."

Auffällig ist, dass die meisten Befragten überwiegend von „der Schule" sprechen und kaum zwischen verschiedenen Professionen innerhalb der Schulen differenzieren bzw. diese mit Lehrkräften gleichsetzen. Einzelne Mitarbeitende der ReBBZ verweisen jedoch auch auf Sozial- und Sonderpädagog*innen an Schulen und die Relevanz, die unterschiedlichen Professionen der Schulen fallorientiert in multiprofessionelle Fallkonferenzen einzubeziehen („wer regelmäßig mit dem Kind zu tun hat").

#### 3.3.3.3.3 Hierarchien in DreiFürEins

Ein wesentliches Ziel von DreiFürEins bestand – neben der frühzeitigen Förderung der gesunden Entwicklung und Bildungsteilhabe von Kindern und Jugendlichen mit klinischem und multimodalem Versorgungsbedarf – in einer sektorenübergreifenden Kooperation von KJPPP, Schule (ReBBZ) und Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt) (Diagnostik, Behandlung und Förderung). Die Erreichung dieses anspruchsvollen Projektziels kann durch sehr hierarchische Strukturen, sehr ungleiche Machtverhältnisse sowie Machtkämpfe und -konflikte zwischen Sektoren und Professionen erschwert werden. Gleichzeitig gehören Hierarchien zum Ordnungsprinzip von Projekten und Organisationen dazu. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden den Hierarchien bei der sektorenübergreifenden Kooperation in DreiFürEins aus Sicht der Umsetzungsebene nachgegangen. Aus den Interviews mit der Umsetzungsebene lassen sich vier entsprechende Diskursstränge in DreiFürEins erkennen: a) Hierarchien zwischen den beteiligten Sektoren und Professionen auf Umsetzungsebene, b) Hierarchien innerhalb der beteiligten Sektoren, c) Hierarchien zwischen Steuerungsebene und Umsetzungsebene sowie d) hierarchieförderliche Faktoren, wie Ressourcen, Entscheidungsbefugnisse, Berufserfahrung, Alter und spezifisches Wissen:

***a) Hierarchien zwischen den beteiligten Sektoren und Professionen auf Umsetzungsebene**:* Sehr viele Befragte auf der Umsetzungsebene beschreiben die Kooperation in DreiFürEins als „kollegial", „gleichberechtigt" und als „Miteinander auf Augenhöhe". Sowohl in den multiprofessionellen Fallkonferenzen als auch den regionalen Kernteams hätten die Befragten keine oder wenig Hierarchie zwischen den beteiligten Sektoren und Professionen wahrgenommen. Die Befragten beschreiben vielmehr eine gemeinsame Blickrichtung auf den jeweiligen Fall und eine bedarfsorientierte Schwerpunktsetzung in der Kooperation. Vereinzelt verweisen Befragte explizit darauf, die Projektvorgaben als Strukturierungshilfe der Kooperation und


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

weniger als Hierarchie wahrgenommen zu haben. Ungeachtet dieser insgesamt sehr positiven Einschätzungen problematisieren Befragte auch bestehende Hierarchien zwischen den beteiligten Sektoren und Professionen auf Umsetzungsebene: 1. Viele Befragte gehen in den Interviews auf den hohen Stellenwert der Therapien innerhalb von DreiFürEins ein und bemängeln zum Teil, dass der Falleinschluss sehr stark von dem therapeutischen Bedarf der Kinder und Jugendlichen abhänge. Insbesondere in den multiprofessionellen Fallkonferenzen sei daher die Beteiligung der Therapeut*innen unverzichtbar und ihr Kommunikationsanteil sehr hoch (siehe auch Kapitel 3.3.3.3.2). Einige Befragte bewerten diesen Fokus auf die Therapie und die hohe Bedeutung der Therapeut*innen als Ungleichgewicht in der Kooperation zwischen den Sektoren und Professionen. Das folgende Zitat steht exemplarisch für den hohen Stellenwert der Therapien in DreiFürEins:

> „manchmal hatten wir immer das Gefühl, naja, so DreiFürEins ist gleich Therapie. […] und wenn Therapie nicht ist, dann gibt es auch DreiFürEins nicht. Also, dass die Zusammenarbeit nur entsteht, sobald es einen therapeutischen Bedarf gibt oder ein therapeutisches Angebot. Also, wir hatten Fälle, wo es vielleicht am Anfang nicht so ganz klar war, wie sehr es der therapeutische Bedarf nun dann ist. Und dass entweder genau, wir dann den Schwerpunkt eher auf pädagogischen Interventionen gesehen haben, […] oder die Familie das jetzt gar nicht mehr so als notwendig angesehen haben, dann war das immer gleich damit verbunden, ja, dann nimmt das Kind auch nicht mehr am Projekt teil. […] In unserer Wahrnehmung stand dem gegenüber, dass es ja in DreiFürEins es darum geht, dass alle Beteiligten miteinander ins Gespräch kommen und die anderen Hilfesysteme ja vielleicht trotzdem einen Bedarf haben für den Austausch. So, genau, das war so ein bisschen, da kam so ein Hierarchiegefälle auf, also dass die Klinik irgendwie wichtiger ist oder die Therapie irgendwie wichtiger ist.“

2. Einige Befragte der Umsetzungsebene beschreiben zudem ein Hierarchiegefälle zwischen dem Jugendamt und den anderen Sektoren in DreiFürEins. Sie begründen dies mit der Beteiligung von Leitungskräften und Vorgesetzen des Jugendamtes an der Kooperation, einer hohen Entscheidungsmacht der Jugendamtsmitarbeitenden über die Bewilligung von Maßnahmen sowie einer Rollenklarheit und einem selbstbewussten Auftreten der Jugendamtsmitarbeitenden in der Kooperation. 3. Vereinzelt nehmen Befragte schließlich ein (wissensbedingtes) Hierarchiegefälle zwischen den ReBBZ und Schulen wahr: Während die ReBBZ häufiger eine Beratungsrolle ausüben und dabei einen projektbezogenen Wissensvorsprung haben, sind die Schulen oft in der Rolle als zu Beratende und haben einen Informationsbedarf.

***b) Hierarchien innerhalb der beteiligten Sektoren**:* Viele Befragte der Umsetzungsebene verweisen in den Interviews zudem auf Hierarchien innerhalb der beteiligten Sektoren, die die Kooperation in DreiFürEins beeinflusst haben. Sie machen dies insbesondere an der Beteiligung und Mitwirkung von Leitungskräften bzw. Vorgesetzten fest. Die Einschätzungen hierzu fallen unterschiedlich aus. Einzelne Befragte bewerten die hierarchischen Arbeitsverhältnisse in ihrem Sektor als Entlastung, da sie beispielsweise schwierige Entscheidungen „nach oben“ abgeben könnten. Andere Befragte verweisen hingegen auf Herausforderungen in der Kooperation und Kommunikation (z. B. Offenheit, Vertrauen, Abstimmungsbedarf). Ausführlicher wird der Einfluss von hierarchischen Arbeitsverhältnissen von vielen Befragten im Rahmen von Fremd- und Selbsteinschätzungen für die KJPPP und das Jugendamt beschrieben: 1. Demnach wäre die Hierarchie in der KJPPP besonders in den regionalen Kernteams spürbar gewesen, wenn Ober- oder Chefärzt*innen anwesend waren. Dies habe die Atmosphäre der Treffen verändert und der Umgang miteinander sei weniger vertraut gewesen (Siezen anstatt dem


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

sonst üblichen Duzen untereinander). 2. Die hierarchischen Arbeitsverhältnisse innerhalb des Jugendamtes und die Auswirkungen auf die Kooperation und Kommunikation in DreiFürEins zeigten sich den Befragten der Umsetzungsebene zufolge vor allem durch den Bedarf an zeitaufwendigen, internen Abstimmungen mit „Führungspositionen“ (z. B. Abteilungs- oder Regionalleitungen). Die Mitarbeitenden des Jugendamtes hätten 1. diese regelmäßig über aktuelle Entwicklungen in DreiFürEins informieren, 2. ihre Rolle, Zuständigkeiten und eigenen Aufgaben klären und 3. Entscheidungen abstimmen müssen.

***c) Hierarchien zwischen Steuerungsebene und Umsetzungsebene**:* Einige Befragte der Umsetzungsebene verweisen auf ein generelles Hierarchiegefälle zwischen der Steuerungsebene und der Umsetzungsebene in DreiFürEins. Die Steuerungsebene sei demnach für 1. die Bereitstellung guter Rahmenbedingungen, 2. den Austausch von Informationen zwischen den beteiligten Sektoren und 3. das Treffen von projektbezogenen Entscheidungen verantwortlich. Die Befragten erwähnen dabei unterschiedliche Teams und Gruppen auf der Steuerungsebene auf (z. B. Projektteam, Planungsteam, Projektleitung, Konsortium, Lenkungsgruppe, Steuerungsgruppe). Auffällig ist, dass sich die Befragten auf der Umsetzungsebene eher sehr allgemein zur Steuerungsebene äußern. Dies könnte auf sozial erwünschte Antworten hindeuten. Einige Befragte der Umsetzungsebene benennen jedoch explizit geringe Einblicke in die konkreten Vorgänge auf der Steuerungsebene. Sie vermuten vereinzelt jedoch dort ein stärkeres „hierarchisches Gerangel“ untereinander als auf der Umsetzungsebene. Die Befragten der Umsetzungsebene wiederum verorten sich selbst als „an der Basis“, die DreiFürEins konkret umsetzen würden und projektbezogene Anliegen und Fragen an die Steuerungsebene weitergeben würden.

***d) Hierarchieförderliche Faktoren, wie Ressourcen, Entscheidungsbefugnisse, Berufserfahrung, Alter und spezifisches Wissen**:* Viele Befragte nennen in den Interviews darüber hinaus und unabhängig von den Sektoren und Professionen weitere hierarchieförderliche Faktoren, die die Kooperation in DreiFürEins beeinflusst haben. Zu diesen hierarchieförderlichen Faktoren zählen 1. die Macht über Ressourcen und Entscheidungsbefugnisse (z. B. Umsetzung von Maßnahmen, Abrechnungsfragen), 2. die Berufserfahrung und das Alter sowie 3. ein spezifisches Wissen.

In dem folgenden Zitat wird exemplarisch einerseits die Macht über die Ressourcen und Entscheidungsbefugnisse (hier am Beispiel des Jugendamtes) sowie die Folgen für die beteiligten Kooperationspartner*innen in DreiFürEins und andererseits das gemeinsame, sektoren- und professionsübergreifende Verständnis in DreiFürEins deutlich:

> „Und vielleicht auch das Jugendamt, […], wenn ich dachte, so, ach, es wäre so gut, wenn da Hilfen zur Erziehung reinkommen und die dann gesagt haben, nee, sehen wir nicht. Dann haben die natürlich ja auch eine Macht über ihre Ressourcen, ganz klar. Und andererseits sind sie auch die Experten über ihre Ressourcen. Also sie entscheiden da natürlich drüber […] Aber dann ist da auch so ein Gefühl von, hä, warum machen, also die haben jetzt die Macht zu sagen, ne, die Hilfe wird es nicht geben. Und ja, vielleicht, also wenn man dachte, die anderen müssten doch jetzt bessere Hilfe leisten sozusagen oder mehr Hilfe leisten und man so ein bisschen seinen eigenen Bereich verlassen hat. Ich glaube, dann kann so ein Empfinden von Hierarchie entstanden sein. Aber eigentlich war es, fand ich, schon sowas von gemeinsam für DreiFürEins, also gemeinsam für ein Kind oder einen Jugendlichen“


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

#### 3.3.3.3.4 Bewertung der Kooperation

*Positive Allgemeinbewertung der Kooperation:* Viele Befragte auf der Umsetzungsebene bewerten die Kooperation zwischen den Sektoren und Professionen als sehr positiv. Gelobt werden vor allem: 1. ein hohes Engagement der Beteiligten, 2. ein großes Interesse an der Kooperation und eine hohe Gesprächsbereitschaft, 3. die Bereitschaft und Offenheit einander Fragen zu stellen und Herausforderungen anzusprechen, 4. die wertschätzende, kollegiale und wohlwollende Kommunikation auf Augenhöhe, 5. eine persönliche Sympathie füreinander und eine ähnliche Haltung, 6. die Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühls, 7. eine Klarheit von Aufgaben sowie 8. die kurzen Wege untereinander. Viele Befragte verweisen darauf, dass sich diese gute Kooperation erst mit der Zeit entwickelt habe: Der regelmäßige, persönliche Austausch in den multiprofessionellen Fallkonferenzen und regionalen Kernteams habe dabei das Kennenlernen untereinander befördert, zu einer Klärung von Sichtweisen und Zuständigkeiten beigetragen und die Kooperation befördert. Deutlich wird aus den Ausführungen der Umsetzungsebene eine hohe Bedeutung zwischenmenschlicher Faktoren für die Kooperation.

Das folgende Zitat spiegelt die hohe Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen den Sektoren und Professionen, aber auch die Merkmale und den Nutzen der Kooperation wider:

> „Wie habe ich jetzt die Kooperation erlebt? Ich habe die als sehr gut erlebt. Wenn ich dem Ganzen irgendwie eine Skalierungsnummer geben muss, dann bin ich da sehr, sehr weit oben, mindestens bei einer Neun, weil ich, das Glück hatte, […] dass ich in, einer Runde war auf dieser Ebene regionales Kernteam, wo viele Kolleginnen, auch nicht so genau wissen, was sie denn jetzt machen sollen, was von ihnen erwartet wird. […] Und im Grunde genommen waren alle aber total aufgeschlossen und auch total interessiert an den jeweils anderen Institutionsrealitäten und haben natürlich das, was sie so bislang an Erfahrungen in der Zusammenarbeit mitgebracht haben, das hatten sie als Schatz, als Erfahrungsschatz dabei […] die waren so offen und haben interessiert Fragen gestellt […] Und das war immer wertschätzend, wohlwollend und vor allen Dingen engagiert […] das hat sich immer irgendwie als sehr, sehr gut und fruchtbar rausgestellt. Insofern bin ich sehr begeistert von der Kooperation.“

*Schwierigkeiten und Herausforderungen:* Unabhängig von der positiven Gesamteinschätzung der Kooperation weisen viele Befragte auch auf ambivalente Erfahrungen sowie Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Kooperation zwischen den Sektoren und Professionen hin, die über die bereits thematisierten Rahmenbedingungen (z. B. begrenzte zeitliche Ressourcen) hinausgehen und das Gelingen der Kooperation beeinflusst haben (siehe Kapitel 3.3.3.2). Die Befragten heben vor allem sechs Schwierigkeiten und Herausforderungen hervor: 1. unterschiedliche Ziele und Erwartungen (z. B. in Bezug auf die Ziele und die Zielgruppe von DreiFürEins, Aufgaben anderer Sektoren, Gestaltung der Kooperation), 2. unterschiedliche Begriffe, Fachsprachen und Herangehensweisen (z. B. Fachbegriffe, Abkürzungen, Begriffsverständnis), 3. fehlendes Verständnis untereinander (z. B. für sektorenspezifische Rahmenbedingungen, Arbeitsprozesse, Umsetzungsmöglichkeiten), 4. ein mangelndes Engagement und eine mangelnde Kooperationsbereitschaft auf individueller Ebene (z. B. Abwesenheiten bei Treffen, geringe Mitwirkung bei der gemeinsamen Fallarbeit) sowie vereinzelt 5. Spannungen und Konflikte (insbesondere zu Projektbeginn) und 6. Nebenwirkungen eines großen Harmoniebedürfnisses (z. B. wenig Raum für unterschiedliche Meinungen, kein Austragen von Konflikten, kein Aufdecken interner Schwächen und keine Diskussion der Grenzen der Sektoren).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

In dem folgenden Zitat werden unterschiedliche hohe Erwartungen an DreiFürEins und die Beteiligten der anderen Sektoren, aber auch die gelungene Regelung von Erwartungskonflikten in DreiFürEins erkennbar:

> „Manchmal gibt es da auch den Teil, […] von unterschiedlichen Erwartungen an dieses Projekt und was jetzt damit erreicht werden soll. […] Das führt einfach im System dann manchmal zu Stress. Also dass dann an irgendjemanden diese Erwartungshaltung ausgelagert wird und dann soll vielleicht die Fallzuständige da irgendwie noch was machen, was sie gar nicht machen kann. Oder von uns wird erwartet, dass dieses Kind zwei Wochen später ganz ruhig in der Klasse sitzt oder wie auch immer. Aber das sind eigentlich schon auch Sachen, die wir immer ganz gut geregelt gekriegt haben, wenn irgendwie klar wurde, da sind irgendwie Ideen, die so eigentlich gar nicht passen."

*Differenzierung der Kooperation zwischen den Sektoren:* Neben dieser allgemeinen Bewertung der Kooperation differenzieren viele Befragte ausdrücklich zwischen der Kooperation von einzelnen Sektoren. Auffällig ist, dass die Befragten insbesondere die Zusammenarbeit zwischen KJPPP (Therapeut*innen) und ReBBZ (Koordinator*innen) als sehr positiv, intensiv und von einem häufigen Austausch geprägt beschreiben. Dies führen sie vor allem auf deren räumliche Nähe zurück (siehe auch Kapitel 3.3.3.2.1). Unterschiedlich und zum Teil ambivalent wird hingegen die Kooperation mit Jugendamt und Schulen bewertet:

- ***Kooperation mit dem Jugendamt**:* Die Kooperation mit dem Jugendamt wird unterschiedlich bewertet. Zum Teil deuten sich aus den Einschätzungen der verschiedenen Befragtengruppen eine hohe Zufriedenheit mit der Kooperation bzw. eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und eine positive Entwicklung der Kooperation in DreiFürEins an. Als *positiv* heben Befragte a) die frühzeitige Kooperation und den intensiven Austausch mit dem Jugendamt in der Fallarbeit, b) das Vorhandensein einer zuständigen Ansprechperson für DreiFürEins und die automatische Zuweisung einer fallzuständigen Person (siehe auch Kapitel 3.3.3.3.1) sowie c) das besondere Engagement der fallzuständigen Person und die „super Kooperation" mit den Netzwerker*innen in den multiprofessionellen Fallkonferenzen bzw. regionalen Kernteams hervor. Dies habe den Kontakt und den Austausch vereinfacht und sich positiv auf die Kooperation ausgewirkt. Als *Schwierigkeiten und Herausforderungen* problematisieren viele Befragte aus allen drei Sektoren gleichzeitig a) begrenzte Personalressourcen und eine fehlende Zeit im Jugendamt für die Kooperation, b) die räumliche Distanz zwischen den Sektoren bzw. Organisationen sowie c) das personenabhängige Engagement für die Kooperation. Diese Rahmenbedingungen hätten zum Teil zu unterschiedlichen Vorstellungen über die Zielgruppe von DreiFürEins, einer Unzuverlässigkeit bei der Terminwahrnehmung (z. B. Abwesenheiten, Unpünktlichkeit, fehlende Absagen) sowie einem geringen Engagement und einer unzureichenden Transparenz bei der Fallarbeit geführt (z. B. „Abarbeiten" von Fällen, fehlende Information über Umsetzung von Maßnahmen).

  Das folgende Zitat beschreibt die positive Entwicklung in der Kooperation mit dem Jugendamt aus einer Fremdeinschätzung heraus aufgrund einer automatischen Festlegung einer fallzuständigen Person im Jugendamt und deren Teilnahme an den multiprofessionellen Fallkonferenzen:


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> „Genau, die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt habe ich teils, teils erlebt. Ich glaube, wir hatten sehr, sehr gute Kooperationen, wo auch das total gut geklappt hat. Wir hatten tatsächlich, als ich angefangen habe, […] keine Fallzuständige, […] also da war das Jugendamt nicht automatisch mit drin. Und dann […] hat jedes Kind dann eine zuständige Person im Jugendamt zugeschrieben bekommen und das hat die Zusammenarbeit wesentlich verbessert, weil die dann auch zu den Fallkonferenzen gekommen sind und man mehr, also den direkten Ansprechpartner quasi mit vor Ort hatte, auch wenn da vielleicht jetzt gar keine ambulante Hilfe oder so eingerichtet worden ist aber die Expertise des Jugendamts war mit anwesend und tatsächlich waren das auch die erfolgreichsten Behandlungen, wo alle drei Systeme mit anwesend waren und engagiert, ja irgendwie sich dem Fall angenommen haben. Also das waren die erfolgreichsten und ich glaube, da gibt es viele Unterschiede.“

- ***Kooperation mit Schulen**:* Auch die Kooperation mit den Schulen wird unterschiedlich wahrgenommen. Während einzelne Befragte von einem wertvollen und positiven Kontakt zwischen KJPPP und Schule berichten, betonen andere Befragte eher einen seltenen Kontakt und unterschiedliche Vorstellungen. Viele Befragte gehen jedoch eher allgemein auf Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Kooperation mit Schulen ein. Sie benennen unter anderem a) eine unregelmäßige Beteiligung und Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung (z. B. durch Unterrichtszeiten, Ausflüge und Ferien), b) überhöhte Erwartungen an fallbezogene Veränderungen, c) ein personenabhängiges Engagement und d) eine unzureichende Informiertheit über DreiFürEins.

#### 3.3.3.4 Förderliche Faktoren und Gelingensbedingungen

Im nachfolgenden Kapitel erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der in den Interviews mit der Umsetzungsebene genannten förderlichen Faktoren und Gelingensbedingungen für die Versorgung und Kooperation in DreiFürEins. Dabei wird zum Teil auf Befunde aus den vorangegangenen Kapiteln zurückgegriffen. Auf eine Differenzierung zwischen förderlichen Faktoren und Gelingensbedingungen wird dabei aus pragmatischen Gründen verzichtet, da eine Trennschärfe zwischen Einflussfaktoren und Bedingungen den Interviews oftmals nicht zu entnehmen ist. Mit den Ausführungen wird der zweite Teil der Forschungsfrage FKR-Fr-zus1 zusammenfassend beantwortet:

- FKR-Fr-zus1: Welche Schwierigkeiten und Herausforderungen oder Gelingensbedingungen werden im Hinblick auf die Implementierung und Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in Innovationsfondprojekten berichtet?

Die Befragten gehen in den Interviews auf vielfältige förderliche Faktoren bzw. Gelingensbedingungen ein. Diese beziehen sich vor allem auf a) strukturelle Faktoren, b) externe Faktoren, c) teambezogene Faktoren, d) individuelle Faktoren und e) familienbezogene Faktoren:

***a) Strukturelle Faktoren**:* Sehr viele Befragte betonen in den Interviews die hohe Relevanz von strukturellen Faktoren (im Sinne von Gelingensbedingungen) für die Versorgung und Kooperation in DreiFürEins. Als förderliche Faktoren werden insbesondere genannt: 1. die räumliche Nähe und geeignete Räume, 2. eine ausreichende Ausstattung (z. B. altersgerechte Therapiematerialien, Aufbewahrungsmöglichkeiten für Kunstwerke), 3. hinreichende und dauerhafte Personalressourcen und zeitliche Ressourcen für die Kooperation (z. B. Finanzierung von


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Personalstellen, DreiFürEins als Arbeitsschwerpunkt, personelle Kontinuität), 4. die strukturelle Absicherung der Kooperation (z. B. regelmäßige gemeinsame Termine, persönliche Treffen), 5. die Bereitstellung von Unterstützungsangeboten (z. B. Supervision, gemeinsame Fortbildungen), 6. eine frühzeitige Einverständniserklärung und Schweigepflichtsentbindung sowie 7. eine Klarheit in den Zuständigkeit und Rollen sowie in der Koordination der Kooperation und Kommunikation (eindeutige Zuständigkeiten, Koordinationsstelle, Moderation der Fallkonferenzen).

Im folgenden Zitat wird beispielhaft die Relevanz eines strukturell und zeitlich abgesicherten sowie regelmäßigen Austauschs betont:

> „Zeit, würde ich sagen, ist wichtig. […] wenn man mich jetzt so fragt, was führt dazu, dass das gelingen kann. Dann ist es auf jeden Fall, gemeinsam einen guten Ort zu haben, die Zeit, einen Austausch zu geben, eine Regelmäßigkeit auch."

***b) Externe Faktoren**:* Von einigen Befragten werden zudem förderliche externe Faktoren für die Versorgung und Kooperation in DreiFürEins genannt. Hierzu zählen insbesondere: 1. ein Interesse an der Umsetzung der Kooperation (z. B. die Anerkennung des Bedarfs der sektorenübergreifenden Kooperation, Überzeugung von DreiFürEins), 2. die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, 3. die Klärung und Abgrenzung von Zuständigkeiten, Rollen und Aufgabenbereichen sowie 4. die motivationale und fachliche Unterstützung der Umsetzungsebene durch Leitungskräfte (z. B. Vertrauen, Wertschätzung, Abstimmungszeit, Beratung und Delegieren bei schwierigen Entscheidungen).

Das folgende Zitat steht exemplarisch für die erforderliche Unterstützung der Umsetzungsebene durch die Leitungskräfte:

> „auf der Leitungsebene muss dieses Projekt […] eine hohe Akzeptanz haben. Also das ist irgendwie wirklich wichtig, dass man eine Rückendeckung von der Leitung hat. Und dass man sich bei der nächsten Ebene auch gut absprechen kann. Und das in dem Schenken von Vertrauen, aber auch in der Bereitschaft mitzumachen bei so einem Projekt und bei der Unterstützung dieses Vorhabens"

***c) Teambezogene Faktoren**:* Viele Befragte gehen auch auf teambezogene Faktoren ein, die zum Gelingen der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins beitragen. Hierzu zählen – den Befragten zufolge – unter anderem: 1. geklärte Zuständigkeiten und Rollen sowie eine stabile Team-Konstellation (z. B. wenig Personalwechsel), 2. ein Teamgefühl und positives Miteinander (z. B. Sympathie, gegenseitige Wertschätzung, persönliches Kennenlernen), 3. eine (Fehler-)Offenheit und Transparenz (z. B. Austausch über Schwierigkeiten, Weitergabe von Informationen, Gewährung eines Einblicks in die eigenen Arbeitsprozesse), 4. flache Hierarchien und eine Kooperation auf Augenhöhe (z. B. gleichberechtigte Beteiligung an der Kooperation, Berücksichtigung sämtlicher Anliegen und Perspektiven), 5. ein gegenseitiges Verständnis für sektorenspezifische Rahmenbedingungen und eine Annäherung an eine gemeinsamen Sprache (z. B. Austausch über Arbeitsprozesse und Fachbegriffe) sowie 6. übereinstimmende Ziele und eine gemeinsame Fallverantwortung (z. B. Kenntnis des Konzepts, kongruente pädagogische Haltung).

Das folgende Zitat illustriert die gemeinsame Klärung von Rollen und Erwartungen zwischen den Professionen am Anfang – im Interesse einer gelingenden Kooperation:


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> „Einfach um auch zu schauen, was sind unsere Rollen? Was erwarten wir von uns von diesem Projekt? Wie möchten wir miteinander umgehen? Was ist uns wichtig? Und ich glaube, das hat einfach einen ganz guten Grundstein gelegt für die weitere Zusammenarbeit. Würde ich auch jedem empfehlen, also jedem neuen Team einmal drauf zu schauen, wer sind wir eigentlich und was brauchen wir, um gut zusammenarbeiten zu können."

***d) Individuelle Faktoren der Fachkräfte**:* Viele Befragte nennen – neben den teambezogenen Faktoren – auch förderliche, individuelle Faktoren der einzelnen beteiligten Fachkräfte für eine gelingende Versorgung und Kooperation in DreiFürEins. Die Aussagen beziehen sich dabei vor allem auf: 1. ein großes persönliches Engagement und eine hohe Motivation, 2. die Bereitschaft, Verantwortung und zusätzliche Aufgaben zu übernehmen, 3. die Aufgeschlossenheit für ein neues Projekt und die Kooperation unterschiedlicher Sektoren und Professionen, 4. eine Ressourcen- und Lösungsorientierung (z. B. bei der Fallarbeit und in der Kooperation), 5. eine Verlässlichkeit (z. B. bei der Wahrnehmung von Terminen, der Erledigung von Aufgaben), 6. eine Kritik- und Reflexionsfähigkeit sowie 7. ein Improvisationsgeschick und Durchhaltevermögen.

Das folgende Zitat steht beispielhaft für das notwendige Engagement der Fachkräfte in einem Kooperationsprojekt:

> „Ja, also ich glaube, dieses große Engagement von allen Beteiligten und die Bereitschaft mitzugehen und auch etwas anzubieten, egal was es ist und wenn es erst mal nur ein Gespräch ist oder ein Telefonat oder ein, ich suche ein Angebot raus, was vielleicht passen könnte"

***e) Familienbezogene Faktoren**:* Von einigen Befragten der Umsetzungsebene werden darüber hinaus – nicht ganz unerwartet – förderliche Faktoren für die Versorgung und Kooperation in DreiFürEins angeführt, die sich direkt oder indirekt auf die Familien beziehen. Hierzu zählen unter anderem: 1. ein bedarfsorientierter und niedrigschwelliger Zugang für die Familien (z. B. persönlicher, vertrauensvoller Kontakt zu Familien, Vorstellung von DreiFürEins in Sozialräumen, bekannte Ansprechpersonen), 2. die Bereitschaft der Familien zur Mitwirkung und regelmäßigen Teilnahme an Terminen (z. B. Therapien, Fallkonferenzen) sowie 3. die Begleitung der Familien zu Terminen (z. B. durch Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft).

Exemplarisch wird in diesem Zitat die Bedeutung einer Begleitung der Familien zu Terminen skizziert:

> „ich habe es häufig hier erlebt, dass Familienhilfen an Elterngesprächen teilgenommen haben oder auch dass Erziehungsbeistandschaften Kinder zu Terminen begleitet haben. Das ist schon auch ein wichtiger Gelingensfaktor oft gewesen dafür, dass die Familien hier überhaupt angekommen sind. Also sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinne. Das war oft eine große Unterstützung."

#### 3.3.3.5 Hinderliche Faktoren und Herausforderungen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden bereits an verschiedenen Stellen hinderliche Faktoren und Herausforderungen der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins zusammengetragen. In diesem Kapitel erfolgt nun eine Zusammenfassung der in den Interviews mit der Umsetzungsebene beschriebenen hinderlichen Faktoren und Herausforderungen, um auch den ersten Teil der Forschungsfrage FKR-Fr-zus1 zu beantworten:


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

- FKR-Fr-zus1: Welche Schwierigkeiten und Herausforderungen oder Gelingensbedingungen werden im Hinblick auf die Implementierung und Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in Innovationsfondprojekten berichtet?

Die in den Interviews mit der Umsetzungsebene genannten hinderlichen Faktoren und Herausforderungen lassen sich sechs Themenbereichen zuordnen: a) projektbezogenen Faktoren, b) strukturellen Faktoren, c) teambezogenen Faktoren, d) fallbezogenen Faktoren, e) familienbezogenen Faktoren und f) weiteren Faktoren. Nachfolgend werden diese Faktoren näher erläutert:

***a) Projektbezogene Faktoren**:* Viele Befragte nennen in den Interviews herausfordernde projektbezogene Faktoren und Herausforderungen. Hierzu zählen: 1. eine unzureichende Information und Beteiligung von einzelnen Sektoren, Organisationen und der Umsetzungsebene bei der Projektplanung (z. B. wären Jugendamt und Schule nicht ausreichend mitgenommen worden), 2. konzeptionelle Unklarheiten (z. B. über die Zuständigkeiten, Datenübermittlung, Dokumentation, konkrete Ausgestaltung der Therapien), 3. der besondere Charakter und die begrenzte Laufzeit des Projektes (z. B. verschobener Beginn, fehlende Flexibilität durch den Projektcharakter, begrenzte Dauer der therapeutischen Arbeit), 4. unrealistische Erwartungen (z. B. schnelle Hilfen und Lösungen ohne Berücksichtigung der Prozesse und Grenzen, sechs Monate nicht ausreichend für langfristige therapeutische Veränderungen ), 5. der spezifische, therapeutische Ansatz (z. B. stark begrenzte Dauer der Intervention, fehlende Flexibilität durch Kopplung von Kunsttherapie und Therapie, abwechselnder Rhythmus, keine klassische Trennung der Angebote), 6. die zeitaufwendige Datenerhebung und der Zahlendruck durch die Evaluation (z. B. Fokussierung auf Erreichung hoher Fallzahlen, weite Interpretation der Einschlusskriterien zur Erfüllung der Fallzahlen) sowie 7. die Verunsicherungen über die Fortsetzung von DreiFürEins.

Folgendes Zitat steht exemplarisch für unzureichende Information und Beteiligung der Umsetzungsebene bei der Projektplanung:

> „also es gab ganz viele Fragen, […] aber klar, das sind die Herausforderungen vom Projekt gewesen, und ja, so am Anfang waren so die Schwierigkeiten, neue Gruppe, neues Projekt […] aber es waren so institutionelle Fragen, […] deswegen meinte ich, wäre ganz gut davor, sich ganz genau überlegen, und nicht nur Leitungen, weil ich finde, in bestimmten Runden müssen auch die Fachkräfte kommen, weil wir mit der ganzen Organisation, Planung, das, damit zu tun haben“

***b) Strukturelle Faktoren**:* In allen Interviews werden von den Befragten hinderliche, strukturelle Faktoren und Herausforderungen für die Versorgung und Kooperation angesprochen. Die Befragten verweisen insbesondere auf: 1. große Bezirke und weite Entfernungen zwischen den Standorten, 2. ungünstige Bedingungen und Nebenwirkungen durch die Verortung der Therapien in Schulen (z. B. Lautstärke und Unterbrechungen durch Schulalltag, in den Ferien „alleine auf diesem riesigen Schulgelände“), 3. teilweise ungeeignete Räume für die Kunsttherapie (z. B. Büro, überfüllter und ablenkender Kunstraum), 4. begrenzte Personalressourcen und Personalfluktuation (z. B. unterschiedliche Personalressourcen zwischen den Sektoren, fehlende Ressourcen des Jugendamtes, Personalfluktuation in multiprofessionellen Fallkonferenzen und regionalen Kernteams), 5. hoher Zeitaufwand für die Terminplanung, 6. technische Hürden (z. B. fehlende oder instabile Internetverbindung, Tonprobleme bei Online-Meetings),


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

7. fehlende gemeinsam nutzbare (Daten-)Plattform (z. B. zur zentralen Speicherung und Teilung von Daten zu Fällen oder Protokollen), 8. datenschutzrechtliche Beschränkungen (z. B. kein Versand von Klarnamen per E-Mail) sowie 9. fehlende oder zu späte Unterstützung (z. B. in Form von Supervision und Fortbildung).

In folgendem Zitat wird beispielhaft das Fehlen einer gemeinsamen (Daten-)Plattform als Herausforderung beschrieben:

> „Also es ist ein anderes Problem, dass die Systeme zwar kooperieren sollen auf der inhaltlichen Ebene, aber es gibt eben keine gemeinsame Plattform, sozusagen keine elektronische gemeinsame Plattform, auf die wir zugreifen können. Das ist einfach eine sehr erschwerende Bedingung. In vielerlei Hinsicht, weil Protokolle verschickt werden müssen, Termine verschickt werden müssen, weil es einfach nicht einsehbar ist. Also weil die Daten des Kindes nicht einsehbar sind."

***c) Teambezogene Faktoren**:* Fast alle Befragten benennen in den Interviews hinderliche, teambezogene Faktoren und Herausforderungen für die Versorgung und Kooperation. Hierzu zählen unter anderem: 1. die Abwesenheit und unregelmäßige Beteiligung an multiprofessionellen Fallkonferenzen und regionalen Kernteams, 2. unterschiedliche Erwartungen, Ziele und Fachsprachen, 3. die aufwendige Klärung von Aufgaben und Zuständigkeiten, 4. die Reibungspunkte und Konflikte untereinander, 5. die asymmetrische Weitergabe von Informationen innerhalb des Kernteams sowie 6. die unzureichende interne Unterstützung durch Leitungen und fehlende Weisungsbefugnis gegenüber Kolleg*innen (auch innerhalb des eigenen Sektors).

Das folgende Zitat illustriert exemplarisch die Verwendung unterschiedlicher Begrifflichkeiten für ähnliche Bedeutungen zwischen den Sektoren und Professionen als Verständnisproblem:

> „Es gibt manchmal Verständigungs- oder Übersetzungsthemen, […] dass es in den Institutionen unterschiedliche Begrifflichkeiten gibt, die verwendet werden, die aber eigentlich dasselbe meinen. Wo man gerade am Anfang im Kennenlernen immer mal wieder gucken musste, wer spricht denn wie über was und was bedeutet das dann für meine Arbeit."

***d) Fallbezogene Faktoren**:* Viele Befragte gehen auf hinderliche, fallbezogene Faktoren und Herausforderungen ein, wobei eine ausführliche Thematisierung für den therapeutischen Ansatz auffällt. Die Befragten nennen insbesondere: 1. die ungleichmäßige Verteilung der Fälle im Projektverlauf und die hohe Anzahl an Fällen (z. B. geringere Fallzahlen zu Beginn, explodierende Fallzahlen im Verlauf), 2. die herausfordernden, konfliktbehafteten und teilweise gewaltvollen Fälle (z. B. körperliche Übergriffe gegenüber Therapeut*innen), 3. die hohen Erwartungen an den Therapieerfolg (vor allem durch Schulen, die Erwartung an Diagnosen und schnelle Lösungen), 4. den begrenzten Fallzugang zu DreiFürEins (in der Regel über die Schulen), 5. die Schwierigkeiten, Familien (telefonisch) zu erreichen, 6. die eingeschränkte Mitwirkungsbereitschaft und unregelmäßige Teilnahme von Kindern und Jugendlichen an den therapeutischen Angeboten, 7. die fehlende therapeutische Anschlussversorgung, 8. die begrenzten Möglichkeiten, ein Gruppensetting für die Kunsttherapie zusammenzustellen (z. B. zu geringe Fallzahl, unterschiedliche Altersgruppen), 9. die unterschiedlichen Einzugsbereiche der Sektoren (z. B. fehlende Passung von ASD-Fallzuständigkeit und Wohnort der Familien, unkonkrete Vorgaben für den Übergang in eine Fallzuständigkeit ohne Eingangsmanagement) sowie 10. die Intransparenz und ausbleibende Umsetzung von empfohlenen Maßnahmen der


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

multiprofessionellen Fallkonferenzen durch das Jugendamt (z. B. aufgrund begrenzter Ressourcen).

In dem nachstehenden Zitat wird beispielhaft auf die hohe Arbeitsbelastung der Therapeut*innen mit vielen und herausfordernden Fällen in DreiFürEins eingegangen:

> „Also allein zeitlich ist das, glaube ich, eine Herausforderung gewesen, aber auch von der Arbeitsbelastung her ist es einfach zu viel […]. Für die Therapeutin, die irgendwie sich diese ganzen Fälle reinziehen muss […]. Sie ist ja diejenige, die am nächsten dran ist an diesen Familien und an deren Probleme, an dem Leid, an den Schwierigkeiten, an der Ausweglosigkeit, Ohnmacht, also all diese Gefühle, […]. Und dann eben und dann in der Masse, das ist eigentlich nicht zu schaffen. […] Also wir hatten immer dann zwischendurch auch so dieses Gefühl von Durchschleusen und das ist natürlich nicht im Sinne eines guten entwicklungsfördernden Angebots."

***e) Familienbezogene Faktoren**:* Von vielen Befragten werden darüber hinaus hinderliche, familienbezogene Faktoren und Herausforderungen angeführt: 1. Irritation und Misstrauen der Familien gegenüber einem Datenaustausch zwischen den Sektoren (z. B. Vorbehalte gegenüber dem Jugendamt, dass die Kinder aus den Familien nehmen würde), 2. Hürden der Familien für regelmäßige Teilnahme an Terminen (z. B. lange Anfahrtswege, sprachliche Barrieren, kognitive Barrieren, fehlende Begleitung des eigenen Kindes zu Angeboten), 3. hoher Zeitaufwand der Familien (vor allem für die Datenerhebung), 4. eingeschränkte Freiwilligkeit der Teilnahme der Familien (z. B. werden Familien teilweise von Schulen „geschickt", Zugang zu Therapien nur über Teilnahme an DreiFürEins) sowie 5. eine unzureichende Aufklärung und unklare Abgrenzung zwischen Beratung und Therapie für Familien.

Das folgende Zitat steht exemplarisch für die vielfältigen Herausforderungen der Eltern bei der Unterstützung ihrer Kinder:

> „und eben immer mitgekriegt haben, wenn es dann Probleme gab oder wenn dann zum Beispiel irgendwie die Fragebögen von den Eltern nicht beantwortet werden konnten, weil die die sprachlich nicht verstehen oder weil die kognitiv gar nicht dazu in der Lage waren, […] weil manchmal konnten die Eltern auch gar nicht die Kinder zu der Therapie begleiten. Das sind ja, nicht umsonst sind die Klienten eben Klienten. Teilweise haben die einfach bestimmte Ressourcen nicht, die dieses Ankommen irgendwo auch nötig machen"

***f) Weitere Faktoren**:* Darüber hinaus führen einzelne Befragte weitere hinderliche Faktoren und Herausforderungen an. Genannt werden von den Befragten beispielsweise: 1. ein herausforderndes Einfinden der Therapeut*innen in eine neue Rolle (z. B. „keine klassische ambulante Psychotherapie"), 2. generelle Herausforderungen eines therapeutischen Settings (z. B. Verbundenheit, Spiegeln von Emotionen, Verhältnis von Nähe und Distanz), 3. eine unzureichende Passung des therapeutischen Ansatzes (tiefenpsychologische Orientierung weniger geeignet für Angebot, wie systemische oder verhaltenstherapeutische Ausrichtung), 4. sektoreninterne Faktoren (z. B. geringe Präsenz in DreiFürEins aufgrund Vielzahl anderer Aufgaben) sowie 5. individuelle Faktoren (z. B. langer Arbeitsweg, zeitaufwendiges Pendeln).

#### 3.3.3.6 Umgang mit Herausforderungen (Handlungsansätze und Strategien)

Das folgende Kapitel widmet sich – nunmehr auf der Umsetzungsebene – den Handlungsansätzen und Strategien der Befragten, um mit den wahrgenommenen, hinderlichen Faktoren


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

sowie Schwierigkeiten und Herausforderungen in DreiFürEins umzugehen. Dabei sollen vor allem Antworten auf die zweite Forschungsfrage der Prozessevaluation gewonnen werden:

- FKR-Fr-zus2: Wie konnte den Schwierigkeiten und Herausforderungen, die sich im Rahmen der Implementierung und Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zeigten, begegnet werden?

Die in den Interviews mit der Umsetzungsebene beschriebenen Handlungsansätze und Strategien, um mit wahrgenommenen hinderlichen Faktoren, Schwierigkeiten und Herausforderungen der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten umzugehen, lassen sich Handlungsansätzen und Strategien zuordnen: a) strukturelle Handlungsansätze und Strategien, b) teambezogene Handlungsansätze und Strategien, c) fallbezogene Handlungsansätze und Strategien und d) individuelle Handlungsansätze und Strategien. Hierauf soll im Folgenden eingegangen werden. Zur Vereinfachung wird dabei synonym von Handlungsansätzen *und* Strategien im Umgang mit hinderlichen Faktoren und Herausforderungen bei der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten gesprochen.

***a) Strukturelle Handlungsansätze und Strategien:*** Viele Befragte gehen in den Interviews auf strukturelle Handlungsansätze und Strategien im Umgang mit hinderlichen Faktoren und Herausforderungen bei der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ein, und zwar: 1. die Priorisierung von Aufgaben (z. B. Konzentration auf besonders herausfordernde Fälle, Fallarbeit vor Kooperation), 2. die Ablehnung und Aufteilung von Aufgaben (z. B. Abgrenzung, Verweis auf Aufgabenbeschreibung, wechselnde Zuständigkeit für Protokolle und Moderation), 3. die Erreichung einer höheren Flexibilität bei der Durchführung der multiprofessionellen Fallkonferenzen (z. B. digitale Treffen, Ausweitung der Termine auf weitere Wochentage, Verzicht auf dritte multiprofessionelle Fallkonferenz, Nutzung der Zeitfenster der regionalen Kernteams für die multiprofessionelle Fallkonferenz), 4. die Schaffung alternativer Lösungen und Unterstützung für die Datenerhebung (z. B. Versand der Fragebögen als EMail/Word-Datei und manuelle Übertragung der Antworten, personelle Unterstützung durch weitere Kolleg*innen), 5. die Entwicklung von Alternativen für die fehlende, gemeinsame (Daten-)Plattform (z. B. Austausch und Abgleich von personenbezogenen Daten bei persönlichen Treffen, Führung eigener Akten, Notizen und Listen je Sektor, Nutzung interner Server und Share-Points zur Datei-Ablage) sowie 6. die Erreichung einer höheren Sensibilität beim Umgang mit Datenschutzanforderungen (z. B. Nutzung von Abkürzungen und Pseudonymen, Umformulierung der Schweigepflichtsentbindung: „Jugendhilfe“ statt „Jugendamt“, Aufklärung der Familien über die Weitergabe von Informationen).

Das folgende Zitat steht exemplarisch für die Erstellung eigener Listen und Tabellen als Alternative zur fehlenden, gemeinsamen (Daten-)Plattform:

> „wir haben einfach für uns gemerkt, wir brauchen, um uns zu organisieren, mehr als quasi was von der Projektseite vorgegeben war. Wir haben einfach relativ schnell angefangen, eigene Listen zu entwickeln, wo wir dann eben zum Beispiel auch eine Übersicht der Termine erstellt haben. Wann ist T1 dran, wann ist T4 dran und so weiter. Das war für uns einfach sehr hilfreich, weil sonst den Überblick zu behalten, weil jetzt sind es ja über 100 Fällen, ist schier unmöglich. Das heißt, Excel-Tabellen wurden viel genutzt“


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

***b) Teambezogene Handlungsansätze und Strategien:*** Auch teambezogene Handlungsansätze und Strategien im Umgang mit hinderlichen Faktoren und Herausforderungen bei der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten werden in vielen Interviews thematisiert. Die Befragten verweisen insbesondere auf die Kommunikation im Team als Strategie und nennen: 1. die Offenheit und gegenseitige Wertschätzung (z. B. Transparenz über Machbarkeit und Schwierigkeiten, Teilen von Frustration, gegenseitige Motivation und Feiern von Erfolgen), 2. die Kommunikation und Aushandlung von Zielen, Erwartungen und Zuständigkeiten (z. B. Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von DreiFürEins, gemeinsame Aushandlung von Rollen), 3. den Austausch und die Nachfragen bei Verständnisschwierigkeiten (z. B. das Kennenlernen untereinander, die Annäherung an eine gemeinsame Sprache und Haltung), 4. die Schaffung einer lösungsorientierten Kommunikation (z. B. die gemeinsame Suche nach Lösungen, die Gewinnung einer positiven Einstellung zur Lösungsfindung), 5. die Einforderung von Kooperation (z. B. Kolleg*innen an Termine erinnern, „hinterher sein“ und um Beteiligung bitten), 6. die Nutzung von Supervision und Intervision (z. B. institutionalisiert und selbstorganisiert), 7. die Einbindung von Leitungskräften zur Unterstützung (z. B. Delegation von Schwierigkeiten) sowie 8. die Moderation von Sitzungen und Konflikten (z. B. Strukturierung von Treffen, Aussprache bei Konflikten).

Im folgenden Zitat wird exemplarisch die gemeinsame Aushandlung von Zuständigkeiten und Rollen als Handlungsansatz bzw. Strategie beschrieben:

> „Und dann gab es häufig die Frage: Wer macht das? […] das sind, glaube ich, auch Sachen, die nicht ganz abschließend geklärt worden sind. Oder, ich sage mal so, wofür es kein Schema gab, was dann zum Beispiel individuell ausgehandelt werden musste. […] Im Gegenteil habe ich es eher so wahrgenommen, dass es mich sehr bereichert hat zu erfahren, dass es nicht die Aufgabe von mir oder von jemand anderem ist, aus folgendem Grund. […] Oder das wirklich eine andere Perspektive ist und wir es gemeinsam ausgehandelt haben, dass es vielleicht doch unsere Aufgabe ist.“

***c) Fallbezogene Handlungsansätze und Strategien:*** Einige Befragte gehen zudem auf fallbezogene Handlungsansätze und Strategien im Umgang mit hinderlichen Faktoren und Herausforderungen bei der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ein, und zwar: 1. die Bereitstellung ergänzender Unterstützungsangebote während der Versorgung in DreiFürEins (z. B. Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft), 2. die Verringerung von Vorbehalten bei den Familien (z. B. das Kennenlernen der Familien, Besprechung der Ängste gegenüber dem Jugendamt, Abbau von Vorbehalten durch Aufklärung, Bereitstellung eines niedrigschwelligen Angebots statt eines direkten Kontakts mit dem Jugendamt) sowie 3. Bereitstellung von Alternativangeboten als Anschlussversorgung (z. B. Klinikambulanz, Hausarzt, Anschlusstherapie, Erziehungsberatung).

Das nachstehende Zitat illustriert den Umgang mit Vorbehalten einer Familie gegenüber dem Jugendamt und die Überleitung in niedrigschwellige Angebote freier Träger als Alternativlösung:

> „es gab häufig das Thema, dass sie zum Beispiel Angst vor dem Jugendamt hatten und die Kooperation dann nicht gewünscht hat und dann haben wir gemeinsam abgewogen, wie man dann das Jugendamt ins Spiel bringt oder ob man sagt, ne, wenn der Widerstand der Eltern jetzt vielleicht […] den gesamten Prozess oder den Hilfeverlauf gefährdet, hat man dann überlegt, wie man dann vielleicht eher in sozialräumliche Angebote die Familie


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> überleitet, was es alles im Sozialraum gibt, an niedrigschwelligen Angeboten, die nicht direkt sozusagen das Jugendamt sind, sondern über das Jugendamt finanziert werden, zu Beratungsstellen für die Eltern, also oder Selbstbehauptungsgruppen für die Kinder, also diverse Geschichten, […] wo man sonst halt hinsteuern kann, wenn es keine KWG ist sozusagen, dass man niedrigschwellig anfängt mit den Eltern, also das war so sehr fallspezifisch zum Teil“

***d) Individuelle Handlungsansätze und Strategien:*** Darüber hinaus erwähnen viele Befragte individuelle Handlungsansätze und Strategien im Umgang mit hinderlichen Faktoren und Herausforderungen bei der sektorenübergreifenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten, die zum Teil zu Lasten der eigenen Person gehen. Zu den Handlungsansätzen und Strategien zählen insbesondere: 1. ein hohes persönliches Engagement und eine Mehrarbeit (z. B. die Übernahme zusätzlicher Aufgaben, die Investition von mehr Zeit in DreiFürEins als ursprünglich vorgesehen, Überstunden), 2. die Akzeptanz, Anpassung und Improvisation („das Beste daraus machen“, „aus Möglichkeiten alles herausholen“), 3. ein persönliches Durchhaltevermögen („dran bleiben“, „sich durchbeißen“) sowie 4. sonstige Ansätze und Strategien (z. B. „Zuhause Eis essen und heulen“, persönliche Distanzierung von Fallzahlendruck, Stellenwechsel).

In dem folgenden Zitat wird das sehr hohe, persönliche Engagement von einzelnen Fachkräften in DreiFürEins als Handlungsansatz und Strategie beschrieben:

> „Also ich glaube, immer wenn man gemerkt hat, die Kooperation funktioniert nicht, dann gab es jemanden Engagierten aus irgendeiner Profession, […], die das dann ausgeglichen haben. Entweder Kooperationen mit dem Brecheisen hergestellt haben oder ein bisschen mehr gemacht haben. […] Ich glaube, es gab nur Fälle, in denen das am Anfang ziemlich schwierig war und manchmal auch bis zum Ende, aber man wenigstens alle Parteien, die es gerade, die man brauchte, irgendwie mit einem Netz oder mit tausend Anrufen oder mit echtem Engagement dazu geholt hat. Und dann ist halt so eine Kooperation entstanden, sozusagen. Also, klar, es gab Fälle, […] ich bin eigentlich nicht mehr zuständig, ich mache das jetzt trotzdem noch bevor, bis es hier irgendwas gibt oder so. Das ist dann Zeit on top, das Kontingent war eigentlich nicht da, ich glaube, dafür muss es eigentlich was geben. Und dadurch, durch, ich glaube, individuelle Motivation, Engagement ist es dann einfach zustande gekommen.“

#### 3.3.3.7 Wirkungen von DreiFürEins

Für die Gesamtbeurteilung von DreiFürEins ist nicht uninteressant, die subjektiven Einschätzungen der Umsetzungsebene zu den Wirkungen und Grenzen von DreiFürEins herauszufinden. Das Ziel des nachfolgenden Kapitels ist es daher, solche Einschätzungen der Wirkungen und Grenzen zu ermitteln und damit die dritte Forschungsfrage der Prozessevaluation zu DreiFürEins zu beantworten:

- FKR-Fr-zus3: Welche gewinnbringenden und/oder defizitären Aspekte werden im Hinblick auf die sektorenübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten erzielt/berichtet?

Das nachfolgende Kapitel geht dabei zunächst auf die von den Befragten berichteten positiven Wirkungen sowie die Nebenwirkungen und Grenzen der Versorgung und Kooperation in


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

DreiFürEins für die Fachkräfte ein. Anschließend werden die in den Interviews genannten positiven Wirkungen der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins für die Kinder, Jugendlichen und Familien beschrieben. Vorweggenommen werden kann, dass viele Befragte sehr zufrieden mit DreiFürEins sind, eine hohe persönliche Überzeugung von den Wirkungen der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins angeben und diesbezüglich deutlich mehr positive wie negative erzielte Aspekte nennen. In den Interviews wird DreiFürEins beispielsweise generell als „sehr hilfreich", „lohnenswert", „bereichernd", „effizient" und „für alle gewinnbringend" beschrieben. Das folgende Zitat illustriert die große Überzeugung von DreiFürEins:

> „Es ist eigentlich richtig, auch eine wichtige und gute Arbeit, und wie gesagt, ich bin echt auch ein Fan von DreiFürEins und finde es richtig, richtig wichtig."

Gleichzeitig geben auch einige Befragte Unsicherheiten in Hinblick auf die erzielten Wirkungen an und verweisen darauf, aus ihrer Position heraus nicht einschätzen zu können, inwiefern DreiFürEins monetäre Effekte erzielt habe und, ob die Systeme am Ende wirklich entlastet worden sind.

#### 3.3.3.7.1 Wirkungen für Fachkräfte

***Positive Wirkungen für die Fachkräfte:*** Alle Befragten benennen in den Interviews zahlreiche positive Wirkungen der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins für die beteiligten Fachkräfte. Die Antworten lassen sich den folgenden sieben Themenbereichen zuordnen: a) fachliche und personelle Annäherung und Lerngewinne der verschiedenen Sektoren und Professionen, b) mehrperspektivisches Fallverständnis zwischen den Sektoren und Professionen, c) Verbesserung der Außenwahrnehmung einzelner Sektoren und Schaffung verbindlicher Kooperationsstrukturen zwischen den Sektoren und Professionen, d) schnellerer Austausch, erweiterte Handlungsmöglichkeiten und schnellere Unterstützungsangebote für die Zielgruppe, e) fachliche Entlastung sowie gemeinsame Zielerreichung und Selbstwirksamkeit der Fachkräfte sowie f) Reflexion, Weiterbildung und Professionalisierung der Fachkräfte:

***a) Fachliche und personelle Annäherung und Lerngewinne der verschiedenen Sektoren und Professionen:*** In den Ausführungen vieler Befragter wird eine fachliche Annäherung der bislang getrennt agierenden Sektoren (Schule, Kinder- und Jugendhilfe und KJPPP) und Professionen als positive Wirkung deutlich. Die Befragten beschreiben beispielsweise: 1. ein persönliches Kennenlernen der drei beteiligten Sektoren und ihrer Fachkräfte untereinander, 2. ein erhöhtes Verständnis und vermehrte Wertschätzung füreinander (z. B. Einblick in die Arbeitsbedingungen, Hinterfragen und Abbauen von Vorurteilen, Erkenntnisse zu Nutzen von Kooperation), 3. eine Erweiterung der eigenen Kenntnisse und Erfahrungen (z. B. über Angebote, Professionen und Fachsprachen der anderen Sektoren, neue arbeitsbezogene Erfahrungen und fachliche Kenntnisse), 4. einen vereinfachten Kontakt und kurze Wege untereinander (z. B. „bekannte Gesichter", Möglichkeit direkter Absprachen, Erweiterung des persönlichen Netzwerks) sowie 5. eine generelle Verbesserung der sektorenübergreifenden Kooperation (z. B. Eingebunden-Sein in größeres Team).

Folgendes Zitat steht exemplarisch für ein erhöhtes Verständnis der Fachkräfte füreinander:

> „Und jetzt am Ende des Projektes stellen wir fest, dass wir uns jetzt auf der Fachebene gut verstehen können und dass wir den anderen auch in ihrer Tätigkeit besser nachvollziehen können mit den Ressourcen und was die machen können, was die auch nicht machen können. Also das ist mega gewinnbringend"


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

***b) Mehrperspektivisches Fallverständnis zwischen den Sektoren und Professionen**:* Viele Befragte erläutern die Entwicklung eines mehrperspektivischen Fallverständnisses als wichtige, positive Wirkung von DreiFürEins. Ausschlaggebend hierfür waren der sektorenübergreifende fachliche Austausch allgemein, die multiprofessionellen Fallkonferenzen sowie die regionalen Kernteams. Die Befragten gehen unter anderem ein auf: 1. eine Ergänzung und Erweiterung der eigenen, fachlichen Perspektiven auf einen Fall (z. B. Teilen von Fach-, Erfahrungswissen und fallbezogenen Informationen), 2. eine Gewinnung neuer Erkenntnisse und Verbesserung des Fallverständnisses (z. B. Sensibilisierung für Bedarfe, Symptome, Stärken und Ressourcen), 3. eine Erfassung der Gesamtthematik (z. B. „wie so eine Art-Puzzle und wenn alle ihre Teile da mit reinwerfen, dann kriegen wir ein viel vollständigeres Bild“) sowie 4. eine hohe Kreativität bei der gemeinsamen Entwicklung fallbezogener Lösungen und Angebote.

Im folgenden Zitat wird die Erweiterung der eigenen, fachlichen Perspektive auf einen Fall durch die Kooperation in DreiFürEins thematisiert:

> „grundsätzlich ist ja das, was die Kooperation ermöglicht, dass wir Perspektiven auf die Kinder bekommen oder Informationen erhalten, die wir sonst einfach nicht hätten, weil die in verschiedenen Kontexten beobachtet werden, in verschiedenen Situationen mit verschiedenen Personen. Und ja, das ist ganz oft eine ganz hilfreiche Erweiterung des Blicks auf ein Kind. […] Und das wiederum verändert häufig auch dann den Umgang mit den Kindern und Jugendlichen.“

***c) Verbesserung der Außenwahrnehmung einzelner Sektoren und Schaffung verbindlicher Kooperationsstrukturen zwischen den Sektoren und Professionen:*** Darüber hinaus beschreiben viele Befragte die Verbesserung der Außenwahrnehmung einzelner Sektoren und den Aufbau verbindlicher Kooperationsstrukturen als sehr positive Wirkungen von DreiFürEins. Sie benennen dabei insbesondere: 1. die Reduktion von Ängsten und Vorbehalten bei Familien gegenüber Jugendamt und KJPPP, 2. die hohe Verbindlichkeit und strukturelle Absicherung der Kooperation (z. B. strukturelle Vorgabe, Kooperation selbstverständlicher), 3. die festen Termine und den regelhaften, schnelleren Austausch durch multiprofessionelle Fallkonferenzen und regionale Kernteams sowie 4. den geregelten Ablauf sowie die klaren Ansprechpersonen und Zuständigkeiten beim Fallmanagement.

Das folgende Zitat illustriert beispielhaft die hohe Verbindlichkeit und strukturelle Absicherung der Kooperationsstrukturen:

> „Also, ich empfinde das Besondere an DreiFürEins, dass es eine Verbindlichkeit, eine größere Verbindlichkeit hat und dass dafür auch eine Struktur geschaffen wurde“

***d) Schnellerer Austausch, erweiterte Handlungsmöglichkeiten und schnellere Unterstützungsangebote für die Zielgruppe:*** Viele Befragte erläutern in ihren Ausführungen darüber hinaus den schnelleren Austausch, die erweiterten Handlungsmöglichkeiten und schnelleren Unterstützungsangebote für die Zielgruppe als positive Wirkungen von DreiFürEins. Hierzu zählen im Einzelnen: 1. ein schnellerer, intensiverer Austausch zwischen den Fachkräften der verschiedenen Sektoren durch die institutionalisierte Schweigepflichtsentbindung (z. B. das Treffen direkter Absprachen, der verringerte Organisationsaufwand), 2. die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten (z. B. Multiplikatoreneffekte und Steigerung der Bekanntheit einzelner Angebote, Weitertragen von Informationen über DreiFürEins und andere Sektoren, Erhöhung der Bekanntheit von Kunsttherapie) sowie 3. ein vereinfachter Zugang zu und die


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

schnellere Umsetzung von anderen Unterstützungsangeboten für die Zielgruppe (z. B. erhöhte Möglichkeiten bei der Fallsteuerung).

Der schnellere Austausch sowie der vereinfachte Zugang zu anderen Unterstützungsangeboten werden beispielhaft im folgenden Zitat beschrieben:

> „Also, positive Aspekte neben Schweigepflichtsentbindung und super schnell miteinander ins Gespräch kommen können und jeder weiß irgendwie, worum es geht, ist natürlich auch, dass man schnellere Anbindungen der Patientinnen, Patienten, Familien in andere Sektoren schaffen kann. Also, es ist nicht so, man muss erst erklären, das und das ist dein Jugendamt, das ist zuständig und da musst du anrufen und dann machst du einen Termin, sondern man kann das auf dem kurzen Dienstweg klären. Man kann gleich mit Informationen kommen. Also, es ist auf jeden Fall eine zeitliche Ersparnis in dem Moment auch. Das ist ganz positiv, glaube ich“

***e) Fachliche Entlastung sowie gemeinsame Zielerreichung und Selbstwirksamkeit der Fachkräfte**:* In den Interviews gehen viele Befragte auch auf eine fachliche Entlastung und persönliche Wertschätzung der Fachkräfte durch DreiFürEins ein. Sie beschreiben: 1. eine gemeinsam geteilte Verantwortung für Fälle, 2. eine Konzentration auf die eigene Tätigkeit durch abgegrenzte Zuständigkeiten (arbeitsteiliges Vorgehen), 3. ein durch die Kooperation entstandenes Teamgefühl mit der Erfahrung von Entlastung, Unterstützung und Teilen von Sorgen und 4. eine gemeinsame Zielerreichung und Selbstwirksamkeit der Fachkräfte (z. B. gemeinsames Erleben von fallbezogenen Erfolgen und positiven Entwicklungen, Erfahrung von Wertschätzung).

Folgendes Zitat spiegelt exemplarisch die Entlastung durch die geteilte Verantwortung wider:

> „Und man hat das Gefühl, wenn man ein Kind, wenn man das Anliegen von der Familie oder dem Kind bespricht, dass das nicht auf der Schulter von einem Beteiligten liegt oder lastet. Sondern das ist mehr verteilt und dadurch kommt glaube ich schon das Gefühl der Entlastung rüber.“

***f) Reflexion, Weiterbildung und Professionalisierung der Fachkräfte:*** Viele Befragte schildern eine fachliche Reflexion (Irritation), Weiterbildung (Wissen) und Professionalisierung (Kompetenzen) der Fachkräfte als positive Wirkung von DreiFürEins. Sie erwähnen dabei unter anderem folgende Aspekte: 1. eine Reflexion eigener Denkweisen, 2. eine Bereicherung und Erweiterung des eigenen Fachwissens durch den Austausch der Expertisen unter den Fachkräften (z. B. zu pädagogischen Methoden, therapeutischen Ansätzen), 3. eine erhöhte Handlungssicherheit durch das erweiterte Fachwissen und die gegenseitige Rückversicherung zum Vorgehen bei der Fallarbeit sowie 4. die Annäherung an eine kongruente fachliche Haltung und gemeinsame Fachsprache. In dem folgenden Zitat wird die fachliche Bereicherung verdeutlicht:

> „ich habe die als sehr bereichernd empfunden tatsächlich für mich persönlich, weil ich viel erfahren habe aus dem klinischen Bereich, also im Sinne Kinder- und Jugendpsychiatrie, […] einen therapeutischen Blick auf Problemlagen von Kindern und Familien zu, hören, zu erfahren. Das hat, also war für mich tatsächlich bereichernd und weiterbildend in dem Sinne. […] Also das alles zu erfahren, das fand ich persönlich eben bereichernd und aber auch natürlich für alle Beteiligten und dadurch glaube ich schon, dass sozusagen das eigene Handeln oder Weiterarbeiten dadurch auch professionalisiert wird“


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

***Wenig Nebenwirkungen und Grenzen für Fachkräfte:*** In vielen Interviews finden sich auch Aussagen der Befragten zu Nebenwirkungen und Grenzen der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins. Im Hinblick auf die Fachkräfte in DreiFürEins ist hier jedoch auffällig, dass die Anzahl der Nennungen deutlich geringer ausfällt wie bei den positiven Wirkungen. Einige Befragte antworten sogar ausdrücklich, überhaupt keine Nebenwirkungen und Grenzen für Fachkräfte in DreiFürEins ausmachen zu können. Dies deutet auf eine große Überzeugung dieser Fachkräfte von DreiFürEins hin.

Die Aussagen der Befragten zu Nebenwirkungen und Grenzen der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins lassen sich in fünf Themenbereiche gliedern: a) die Abhängigkeit von der Mitwirkungsbereitschaft der anderen Sektoren und Professionen, b) das „soziale Faulenzen" von Sektoren und Professionen, c) das Gefühl einer geringen Wirksamkeit bei den Fachkräften, d) die verschwimmenden Grenzen zwischen den Sektoren sowie e) weitere Nebenwirkungen und Grenzen. Diese werden im Folgenden näher erläutert.

***a) Abhängigkeit von der Mitwirkungsbereitschaft der anderen Sektoren und Professionen:*** Viele Befragte benennen die Abhängigkeit von der Mitwirkungsbereitschaft der anderen Sektoren und Professionen als zentrale Grenze in der Versorgung und Kooperation von DreiFürEins. Die Nennungen beziehen sich dabei auf: 1. die Abhängigkeit vom persönlichen Engagement der Einzelnen in den Sektoren, 2. die erschwerte Kooperation durch die Vielzahl an Sektoren und Beteiligten sowie die hohe Personalfluktuation (z. B. erschwertes Kennenlernen, fehlende Konstanz in der Kooperation) sowie 3. die unregelmäßige Beteiligung und Abwesenheiten von Sektoren und Professionen bei Treffen.

Im folgenden Zitat wird die Abhängigkeit vom persönlichen Engagement der Einzelnen in der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins beschrieben:

> „Da ist es sehr von den einzelnen Personen abhängig, wie sehr sie das Projekt DreiFürEins als Chance begreifen. […] Manche nutzen das großartig und bringen sich total ein und haben tausend Ideen. Es gibt so einen Schlagabtausch und man kann total produktiv zusammenarbeiten. Bei anderen hat man den Eindruck, da ist jetzt noch ein Fall und der ist ja eigentlich gar nicht so schlimm vielleicht. Jetzt muss ich mich darum auch noch kümmern und das erfordert irgendwie auch noch mehr Koordinierung als meine Standardfälle. Da klingt manchmal ein bisschen ein Unverständnis für das Projekt durch oder einen noch nicht sehen können oder wollen, was die Chancen wären."

***b) „Soziales Faulenzen" von Sektoren und Professionen:*** Von einigen Befragten wird als Nebenwirkung von DreiFürEins ein „soziales Faulenzen" berichtet. Dies umfasst unter anderem: 1. die Zurückhaltung anderer Sektoren bei der Anbindung eines Falls an einen Sektor (z. B. die therapeutische Versorgung) sowie 2. eine Gefahr von Verantwortungsdiffusion in seltenen Einzelfällen („dass niemand irgendwas mehr gemacht hat").

Das folgende Zitat illustriert beispielhaft die (mitunter) wahrgenommene Zurückhaltung anderer Sektoren bei der Anbindung an die therapeutische Versorgung:

> „Dadurch, dass das Projekt ja daraus besteht, dass das Kind bei uns therapeutisch angebunden ist und man arbeitet drumherum mit den anderen Sektoren, passiert es aber auch, dass die anderen Sektoren sich zurücklehnen mit dem Gefühl von, naja, das Kind ist ja therapeutisch angebunden. Da kann ja erstmal nicht viel schief gehen, da können wir erstmal durchatmen und das Problem ist verschoben. […] die Therapeutin kümmert sich und das


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> Kind wird heilen und dann ist alles gut. Das ist natürlich auch eine Schwierigkeit des Projekts oder dieses Kooperierens und alle zusammen."

***c) Gefühl einer geringen Wirksamkeit bei den Fachkräften:*** Einige Befragte problematisieren ein Gefühl geringer Wirksamkeit der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins als Grenze. Sie begründen dies mit: 1. einer hohen Anzahl komplexer und herausfordernder Fälle, 2. unterschiedlichen und teilweise unerreichbaren Zielen und Erwartungen, 3. dem Ausbleiben einer langfristigen Verbesserung von Problemlagen bei Einzelfällen innerhalb der begrenzten Intervention sowie 4. einer damit einhergehenden Gefahr der Entmutigung und Frustration der Fachkräfte.

Im folgenden Zitat wird das Risiko eines Ausbleibens einer fallbezogenen Verbesserung in Einzelfällen und die Gefahr der Frustration von Fachkräften angesprochen:

> „es gab Fälle, wo man dachte, okay, jetzt haben wir hier ein halbes Jahr Arbeit reingesteckt oder uns sehr bemüht und es wird wahrscheinlich oder vielleicht nicht […] zu Besserung führen und es wird sich auch im System nichts verändern und sie werden sich auch nicht weiterhin Hilfe suchen, […] und das ist manchmal schwer und also das auch frustrierend, genau das war eine Herausforderung, auch da motiviert zu bleiben und zu sehen, was man vielleicht trotzdem bewirkt hat"

***d) Verschwimmende Grenzen zwischen den Sektoren:*** Einzelne Befragte nennen außerdem das Verschwimmen der Grenzen zwischen den Sektoren als Nebenwirkung von DreiFürEins. Hierzu zählen: 1. die Rollenkonfusion und Überschneidung von Aufgaben zwischen den Sektoren (z. B. Nebenwirkung einer hohen Flexibilität), 2. die Schwierigkeiten von Familien, zwischen den einzelnen Sektoren zu differenzieren (z. B. Gefahr der Übertragung von familiären Vorurteilen gegenüber einem Sektor auf die anderen Sektoren) sowie 3. die Gefahr der Übertragung der Falleinschätzung eines Sektors auf die anderen, in DreiFürEins beteiligten Sektoren (z. B. Fokussierung auf Problemlagen im Unterricht). Das Verschwimmen der Sektoren könnte insofern einerseits dahingehend interpretiert werden, dass es in DreiFürEins gelungen ist, die strenge Versäulung der Sektoren zu verringern. Gleichzeitig könnten damit andererseits Nebenwirkungen verbunden sein (z. B. Schwierigkeiten der Familien, Übertragung von Vorurteilen).

Im nachfolgenden Zitat werden die Schwierigkeiten von Familien, zwischen den einzelnen Sektoren zu differenzieren, aus therapeutischer Sicht problematisiert:

> „Und eine Besonderheit, finde ich, schon dieses Projekts ist, dass wir von den Familien oft als eins wahrgenommen werden. Also die Familien können manchmal gar nicht so gut unterscheiden, auch wenn sie da vielfach aufgeklärt werden. Wer ist Klinik, wer ist ReBBZ, wer ist ASD? Und teilweise spüre ich dann schon oder habe ich gespürt, dass mir dann mit einem Misstrauen begegnet wird, was eigentlich aus Sicht der Familien sozusagen dem ASD gilt. Und das erschwert natürlich ganz enorm die therapeutische Arbeit bzw. macht sie teilweise auch einfach unmöglich. Das habe ich in jedem Fall als Herausforderung erlebt."

***e) Weitere Nebenwirkungen und Grenzen:*** Darüber hinaus verweisen einzelne Nennungen der Befragten auf weitere Nebenwirkungen und Grenzen für Fachkräfte in DreiFürEins: 1. eine Transparenz von internen Defiziten und Schwächen der beteiligten Sektoren, 2. ein fehlender fachlicher Austausch zwischen den Terminen als Nebenwirkung der verbindlichen


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Kooperationsstruktur sowie 3. ein sehr hoher organisatorischer Aufwand zur Erreichung von ansonsten schwer erreichbaren Zielgruppen (z. B. Ansprachen, Terminerinnerung).

Das nachfolgende Zitat beschreibt die Offenlegung von Defiziten und Schwächen der beteiligten Sektoren als Nebenwirkung der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins:

> „man lässt sich halt so ein Stück weit in die Karten gucken. Ich glaube, das ist für manche Institutionen befremdlich und vielleicht auch unangenehm und letztendlich zeigt man auch Defizite, die ich glaube jegliche Institutionen auch irgendwie haben und die werden vielleicht deutlicher. […] Und Nachteil vielleicht, dass man auch Rücksicht nimmt ein Stück weit oder vielleicht auch, wie gesagt, eigene Schwächen zeigt, wo man denkt, ah, das ist unangenehm oder sollen die doch gar nicht wissen. Und was heißt Schwächen, vielleicht auch eher so Grenzen, an die man stößt."

#### 3.3.3.7.2 Wirkungen für Kinder, Jugendliche und Familien

***Positive Wirkungen und Vorteile für Kinder, Jugendliche und Familien:*** Die Befragten der Umsetzungsebene wurden in den Interviews ebenfalls um eine Einschätzung der Wirkungen der Versorgung und Kooperation für die Kinder, Jugendliche und Familien gebeten. Analog zu den Wirkungen bei den Fachkräften finden sich in ihren Antworten – dies kann vorweggenommen werden – wesentlich mehr positive wie negative Aspekte. Viele Befragte äußern, dass DreiFürEins für Kinder, Jugendliche und Familien insgesamt „sehr gewinnbringend", „sinnvoll" und „hilfreich" sei.

Fast alle Befragte geben darüber hinaus sehr differenzierte Antworten, die sich in sechs Themenbereiche zusammenfassen lassen: a) die Verbesserung des niedrigschwelligen und frühen Zugangs zum sektorenübergreifenden Hilfesystem und zu komplexen Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien, b) die Verbesserung des Zugangs zu ansonsten schwer erreichbaren Zielgruppen, c) die Anbahnung und das Kennenlernen von Unterstützungs- und Anschlussangeboten sowie der Abbau von Ängsten und Vorurteilen gegenüber einzelnen Sektoren, d) die Bereitstellung unterschiedlicher, fachlicher Expertisen und Hilfen an einem Ort und die Schaffung eines zentralen Anlaufpunkts für Kinder, Jugendliche und Familien, e) die umfangreiche Unterstützung, Wertschätzung und Entlastung der Kinder und Jugendlichen bzw. Familien, f) die erfolgreichen Fallverläufe aus Sicht der beteiligten Sektoren und die Initiierung einer begleitenden oder anschließenden Unterstützung sowie g) weitere positive Wirkungen. Im Folgenden werden die genannten Themenbereiche näher erläutert.

***a) Verbesserung des niedrigschwelligen und frühen Zugangs zum sektorenübergreifenden Hilfesystem und zu komplexen Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien:*** Viele Befragte verweisen als wichtige Wirkung der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins auf einen verbesserten, niedrigschwelligen und frühen Zugang zum sektorenübergreifenden Hilfesystem und zu komplexen Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien. Durch DreiFürEins sei es gelungen, Probleme, Schwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten frühzeitig zu entdecken und präventiv gegenzusteuern.

Im nachfolgenden Zitat wird das niedrigschwellige und frühzeitige Aufdecken von Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten sowie der Zugang in DreiFürEins angesprochen:

> „für die Kinder und Jugendlichen, ich glaube, es ist wahnsinnig toll, dass die in Schule so gut beobachtet werden, […] die dann gesagt haben, oh, wir haben hier jemanden, um den


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> machen wir uns Sorgen, vielleicht wäre der was für das Projekt, so, können wir das den Eltern mal vorschlagen […] Und die dann auch eher so, wenn man auf die zugegangen ist und denen das unter die Nase gehalten hat, oft als was Positives erlebt haben und wo ich denke, die Eltern haben manchmal gar keinen Leidensdruck empfunden oder dachten so, häh, ist doch alles in Ordnung, aber in der Schule zeigen sich halt Auffälligkeiten und kein Kind ist ohne Grund einfach auffällig. Genau, und dann, also das glaube ich, ist irgendwie was total Positives."

***b) Verbesserung des Zugangs zu ansonsten schwer erreichbaren Zielgruppen**:* Viele befragte Fachkräfte bewerten DreiFürEins als ein besonderes Projekt, dem es gelungen sei, einen Zugang zu schwer erreichbaren Kindern, Jugendlichen und Familien zu schaffen (z. B. Familien mit sprachlichen und kognitiven Problemen, mit Ressourcenproblemen, in Multiproblemlagen, fehlender Problem- und Therapieeinsicht).

Im folgenden Zitat wird beispielsweise der Zugang zu ansonsten schwer erreichbaren Familien in DreiFürEins thematisiert:

> „Und was ich auch als Vorteil erlebt habe im Projekt, ist die Niedrigschwelligkeit. Also ich habe das Gefühl, wir sind echt an Familien rangekommen, die wären sonst zumindest im therapeutischen Bereich nicht aufgelaufen"

***c) Anbahnung und Kennenlernen von Unterstützungs- und Anschlussangeboten sowie Abbau von Ängsten und Vorurteilen gegenüber einzelnen Sektoren:*** Sehr viele Befragte der Umsetzungsebene machen als positive Wirkung der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins auf die Anbahnung und das Kennenlernen von Unterstützungsangeboten sowie einen Abbau von Ängsten und Vorurteilen gegenüber einzelnen Sektoren aufmerksam. Berichtet wird im Hinblick auf die Kinder, Jugendlichen und Familien von: 1. positiven Erfahrungen mit dem Unterstützungssystem, Fachkräften und Angeboten (z. B. Therapie), 2. einem Abbau von Ängsten und Vorurteilen durch das persönliche Kennenlernen von Ansprechpersonen und Angeboten, 3. der Herstellung von „Therapiefähigkeit" und dem Beginn einer Unterstützung sowie 4. der Motivierung und dem Zugang für eine weitere Unterstützung und Anschlussversorgung („Türöffner"-Funktion).

Offensichtlich konnten in DreiFürEins bestehende Ängste und Vorurteile abgebaut und der Zugang für eine weitere Unterstützung und Anschlussversorgung der Familien ermöglicht werden. Folgendes Zitat illustriert dies exemplarisch:

> „Und in einigen Fällen, […] bewirkt hat, dass sie merken, es gibt diese Hilfesysteme und die sind alle nicht so schlimm. Und ich kann mich trauen, da auch mal mitzumachen. Und dass wir da glaube ich […] für viele so den Weg geebnet haben, auch in längerfristige Angebote reinzukommen."

***d) Bereitstellung unterschiedlicher, fachlicher Expertisen und Hilfen an einem Ort und Schaffung eines zentralen Anlaufpunkts für Kinder, Jugendliche und Familien:*** Viele Befragte der Umsetzungsebene begrüßen in den Interviews die Bereitstellung unterschiedlicher, fachlicher Expertisen und Hilfen an einem Ort und die Schaffung eines zentralen Anlaufpunkts für Kinder, Jugendliche und Familien. Die Befragten verweisen auf: 1. eine Bündelung und Verzahnung der Expertisen und Hilfen an einem Ort (z. B. „alle Hilfen aus einer Hand"), 2. das Vorhandensein eindeutiger Ansprechpersonen und klarer Zuständigkeiten (z. B. enge und abgestimmte Begleitung und Unterstützung bei komplexen Problemlagen) sowie 3. vereinfachte und kurze Wege für Familien (z. B. zu ASD, Klinik, Beschulungsmöglichkeiten).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Das folgende Zitat steht exemplarisch für die Bündelung der fachlichen Expertisen und Hilfen:

> „Ich glaube, die haben davon am meisten profitiert, dass, glaube ich, die einfach uns alle zusammen hatten. […] Die Familie, dass die sehr dankbar darüber war, dass nicht alles einzeln so immer wieder neu erklärt werden musste. Das war, glaube ich, so das, was ich mir vorstellen kann, was für viele immer ganz anstrengend ist. Man muss noch dahin“

***e) Umfangreiche Unterstützung, Wertschätzung und Entlastung der Kinder und Jugendlichen bzw. Familien:*** Viele Befragte der Umsetzungsebene gehen auch auf eine umfangreiche Unterstützung, Wertschätzung und Entlastung der Kinder und Jugendlichen bzw. Familien als Wirkung der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins ein. Genannt werden unter anderem mit Blick auf die Kinder und Jugendlichen bzw. Familien: 1. die Erfahrung eines großen, kompetenten und hilfreichen Unterstützungsteams aus verschiedenen Sektoren (z. B. Signalwirkung: „Alle wollen mir helfen“ und suchen gemeinsam nach Lösungen), 2. das Teilen von Sorgen und das Erkennen neuer Handlungsmöglichkeiten (z. B. Wahrnehmung der Sorgen, gemeinsamer Austausch über Unterstützungsangebote), 3. die Erfahrung von Wertschätzung für die eigene Perspektive (z. B. in den multiprofessionellen Fallkonferenzen) sowie 4. ein verbessertes Verständnis für das Verhalten der Kinder und Jugendlichen (z. B. therapeutische Einordnung für die Eltern, aber auch Schule, ReBBZ und Jugendamt, um zu verstehen „wofür Verhalten gut ist“).

In dem folgenden Zitat wird die hilfreiche Erfahrung des multiprofessionellen Unterstützungsteams und die Vermittlung von fachlichen Unterstützungsimpulsen thematisiert:

> „Und im überwiegenden Teil war es so, dass sie wahrgenommen haben, dass da ein System hinter steht, was auch belastbar ist für die Probleme, die mitgebracht werden. Und die auch umfängliche und fundierte Antworten oder […] Unterstützungsimpulse […] geben können.“

***f) Erfolgreiche Fallverläufe aus Sicht der beteiligten Sektoren und die Initiierung einer begleitenden oder anschließenden Unterstützung:*** Sehr viele Befragte der Umsetzungsebene berichten in den Interviews von erfolgreichen Fallverläufen und hilfreichen Unterstützungsangeboten für die Kinder, Jugendlichen und Familien und nennen hierzu zahlreiche Fallbeispiele. Die Ausführungen der Befragten lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: 1. positive Veränderungen, Entwicklungen und Erfolge der Kinder, Jugendlichen und Familien aus Sicht der drei Sektoren (z. B. Schule: regelmäßiger Schulbesuch, Begleitung eines Klassenwechsels, Kinder- und Jugendhilfe: Zugang zu Hilfen zur Erziehung, Annehmen-Können von Hilfe, KJPPP: Auseinandersetzung mit Emotionen, Vorbeugung eines Klinikaufenthalt) sowie 2. die erfolgreiche Initiierung einer begleitenden und/oder anschließenden Unterstützung (z. B. Schulbegleitung, Erziehungsbeistandschaft, Erziehungsberatung).

Das folgende Zitat beschreibt exemplarisch und zusammenfassend positive Fallverläufe auf der Basis der multiprofessionellen Fallkonferenzen (Abschlusskonferenz):

> „Es gibt so […] Abschlusskonferenzen […] Und es gehen alle mit dem Gefühl, es hat sich was getan. […] innerhalb von einem halben Jahr haben wir hier wieder Eltern, die wieder stehen und laufen können, die ihr Kind wieder gesund begleiten können. Wir haben ein Kind, das was gelernt hat. […] Ein Kind, das sich frei, aber im sozialen Gefüge gut eingebunden, bewegen kann. Und das passiert durch ganz unterschiedliche Maßnahmen. […] Dass dann gemeinsam einfach darauf geguckt wird und gesehen wird, das ist jetzt das, was wir hier brauchen. Und wenn diese Zusammenarbeit gut funktioniert, dann ist das großartig. Dann


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> gehen da auch einfach Familien und Kinder in irgendeiner Form begeistert und mit einem neuen Schwung."

***g) Weitere positive Wirkungen:*** Zusätzlich nennen Befragte weitere, positive Wirkungen für Kinder, Jugendliche und Familien durch DreiFürEins. Hierzu zählen beispielsweise: 1. eine höhere Transparenz und Verlässlichkeit für Familien durch ihre Beteiligung an den Fallkonferenzen (größere Bereitschaft Vorschläge anzunehmen und umzusetzen), 2. die Anregung und Begeisterung für künstlerische Ausdrucksformen durch die Kunsttherapie (Malen und Basteln auch Zuhause) sowie 3. positive Erfahrungen und eine „gute Zeit" während der Versorgung erleben.

***Nebenwirkungen und Grenzen für Kinder, Jugendliche und Familien:*** Trotz der vielen, positiven Wirkungen der Versorgung und Kooperation in DreiFürEins benennen viele Befragte in den Interviews auch Nebenwirkungen und Grenzen für Kinder, Jugendliche und Familien. Auffällig ist allerdings auch hier, dass die Anzahl der Nennungen deutlich unter denen der positiven Wirkungen liegt. Vereinzelt geben Befragte auch an, dass es keine Nebenwirkungen und Grenzen für Kinder, Jugendliche und Familien gibt. Die Antworten der Befragten lassen sich in die folgenden fünf Themenbereiche einteilen: a) die Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen, b) die Vielzahl der Sektoren, Beteiligten und Professionen, c) die zeitliche Befristung der therapeutischen Versorgung, d) Complianceprobleme bei Kindern, Jugendlichen und Familien sowie e) weitere Nebenwirkungen und Grenzen:

***a) Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen:*** Viele Befragte bezeichnen in den Interviews die Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen von Kindern, Jugendlichen und Familien als eine zentrale Grenze von DreiFürEins. Dabei gehen sie auf folgende Punkte ein: 1. DreiFürEins sei für besonders herausfordernde Fälle und Fälle mit sehr hohem Unterstützungsbedarf nicht ausreichend (z. B. kein Ersatz für eine ambulante Psychotherapie oder eine stationäre Behandlung), 2. manche Familien seien auch mit DreiFürEins nicht erreichbar (z. B. wenn freiwillige Angebote nicht angenommen oder Termine nicht eingehalten werden) sowie 3. der Kontakt mit dem Jugendamt sei aufgrund von Ängsten und Vorbehalten der Familien zum Teil nicht gelungen (z. B. fehlendes Vertrauen, Widerstände der Familien).

Das folgende Zitat belegt eine Grenze von DreiFürEins durch einen besonders hohen Unterstützungsbedarf und eine gleichzeitig begrenzte Erreichbarkeit von Familien:

> „Das geht nicht immer. Es gibt auch die Fälle, die irgendwie nicht ankommen oder wo es starken Widerstand gibt. […] Denen fällt es oft ganz, ganz schwer zu kommen. Da muss man dann eher schon jeden Termin, den die schaffen, feiern, weil ein ganzer Verlauf einfach total schwierig herzustellen ist. Weil die meistens eigentlich einen höheren Bedarf haben, als das, was wir bieten können. […] Die können wir jetzt zu dem Zeitpunkt nicht einbinden."

***b) Vielzahl der Sektoren, Beteiligten und Professionen:*** Zudem benennen viele Befragte die Vielzahl der Sektoren, Beteiligten und Professionen in DreiFürEins auch als eine Nebenwirkung für die Familien. Sie nehmen folgende Nebenwirkungen wahr: 1. Hemmschwellen und Verunsicherungen durch die vielen Sektoren, Beteiligten und Professionen (z. B. „ungewohnt" und „befremdlich" für Familien) sowie 2. Irritationen und Sorgen der Familien vor einem Austausch sensibler, persönlicher Daten (z. B. Abwehrhaltung von Familien, Misstrauen gegenüber dem Jugendamt).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

In dem nachfolgenden Zitat wird auf Hemmschwellen und Verunsicherungen von Familien durch die Vielzahl der Beteiligten und Professionen in DreiFürEins eingegangen:

> „wenn ich jetzt mal so auf die teilnehmenden Familien blicke, habe ich das vielfach auch erlebt, dass wir doch einen anderen Eindruck hinterlassen haben, wenn wir quasi so vernetzt und dann eben auch in der Runde auftreten. Also dass da irgendwie Hemmschwellen entstehen, weil dann Einzelne irgendwie so einen großen Block an Professionalisierten gegenübertreten."

***c) Zeitliche Befristung der therapeutischen Versorgung:*** Viele Befragte betonen in den Interviews die zeitliche Befristung der therapeutischen Versorgung als Grenze von DreiFürEins. Sie thematisieren dabei insbesondere: 1. eine zu kurze und unflexible zeitliche Befristung der therapeutischen Versorgung auf sechs Monate (z. B. fehlende Möglichkeit der Verlängerung), 2. einen Beziehungsabbruch für besonders vulnerable Kinder und Jugendliche nach dem Ende der zeitlich befristeten Versorgung (z. B. Schwierigkeiten für den Vertrauensaufbau und die emotionale Öffnung gegenüber Therapeut*innen) sowie 3. die begrenzten Möglichkeiten einer therapeutischen Anschlussversorgung (z. B. limitierte externe Angebote, fehlende Anschlusstherapie bei den DreiFürEins-Therapeut*innen, Organisationsverantwortung der Eltern).

Das folgende Zitat belegt exemplarisch die Folgen der zeitlichen Befristung der therapeutischen Versorgung und die begrenzten Möglichkeiten einer Anschlussversorgung in DreiFürEins:

> „Nachteil ist einfach, dass es so zeitlich beschränkt ist, ich glaube, auch gerade für Eltern, […] wenn das dann auch gerade als hilfreich empfunden wurde, aber natürlich ist man in der Arbeit vielleicht noch nicht so fortgeschritten, wie man sich das Endergebnis sozusagen vorstellen würde, dann ist das irgendwie schwierig da zu sagen, okay, und jetzt wird es gecuttet und jetzt müssen wir was Neues suchen oder wir können eine Empfehlung geben, aber sie müssen selber organisieren und gucken jetzt."

**d) Complianceprobleme bei Kindern, Jugendlichen und Familien:** Einige Befragte geben zudem Complianceprobleme bei Kindern, Jugendlichen und Familien als Grenze von DreiFürEins an. Berichtet wird in den Interviews: 1. von Fällen, die zum Teil „geschickt" und unzureichend über DreiFürEins informiert worden seine (z. B. aufgrund der Erwartungshaltungen von Schulen, „eigentlich keine DreiFürEins-Fälle") sowie 2. von Familien, die die in DreiFürEins geforderte Kooperation mit allen Sektoren nur akzeptiert haben, um eine therapeutische Versorgung für ihr Kind zu erhalten (z. B. mit Folgen für die Kooperation mit dem Jugendamt, Aufrechterhaltung des Misstrauens und der Abwehrhaltung).

In dem folgenden Zitat wird die Akzeptanz der sektorenübergreifenden Kooperation bei den Eltern aufgrund des therapeutischen Angebots thematisiert:

> „dadurch, dass man das den Eltern jetzt natürlich auch so anbieten konnte, mit ja, und da ist auch Therapie daran beteiligt, gab es da oft eine größere Bereitschaft von den Eltern zu sagen, ja, ist es in Ordnung, die Systeme dürfen sich untereinander auch austauschen, das war wie nur so ein Nebenteil manchmal für die Eltern. Die wussten das, die haben das unterschrieben, das war ihnen bewusst und dennoch ging es auch häufig einfach darum, sie wollten auch therapeutisch ein Angebot haben."


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**e) Weitere Nebenwirkungen und Grenzen**: Darüber hinaus gehen jeweils einzelne Befragte auf weitere Nebenwirkungen und Grenzen von DreiFürEins für Kinder, Jugendliche und Familien ein. Genannt werden von den Befragten unter anderem: 1. Eine Abhängigkeit der Behandlungsqualität von den zeitlichen Ressourcen der Fachkräfte (z. B. Gefahr des „Durchschleusens“ von Fällen bei steigender Fallzahl), 2. Nebenwirkungen der harten Ausschlusskriterien (z. B. möglicherweise sind Fälle dadurch „durchgerutscht“, durch die fehlende Anbindung an eine psychotherapeutische Ambulanz wird der nahtlose Übergang erschwert) sowie 3. eine Fokussierung auf die Problemlagen von Kindern und Jugendlichen (z. B. mit der Gefahr, die Ressourcen Kinder und Jugendlichen aus dem Blick zu verlieren).

Das anschließende Zitat beschreibt beispielhaft die unterschiedlichen Erfahrungen einer Mutter mit den zeitlichen Ressourcen der Fachkräfte in DreiFürEins:

> „Mir ist gerade noch eine Mutter eingefallen, die zwei Kinder bei uns im Projekt hatte. Das erste Kind, relativ am Anfang, […] In der Zeit konnten sie ihre Patientinnen richtig schön überversorgen, weil die Kapazität da war. […] Dann kam das zweite Kind zu uns ins Projekt und es war in der Zeit, als bei uns einfach alles voll war, richtig auf Anschlag […] die Mutter hat ganz massiv den Unterschied gemerkt, was eine Behandlungsqualität ist, wenn da richtig viel Kapazität ist und viel Zeit […] und wenn mit heißer Nagel gestrickt wird und alles ein bisschen knapp ist und man für einen ausgefallenen Termin auch keinen Ersatztermin bekommt […] aber es wurde einfach schon auch sehr deutlich, wenn es so eng ist, ist es eigentlich zu eng. Dann bleibt nicht genug Raum für die Kinder und Jugendlichen und deren Bedürfnisse.“

#### 3.3.3.8 Wünsche und Ideen für DreiFürEins

In den Interviews wurden die Befragten der Umsetzungsebene abschließend gebeten, sich DreiFürEins als festen Bestandteil der Hamburger Hilfesysteme vorzustellen und ihre Wünsche und Ideen für eine derartige Etablierung des Projektes zu formulieren. Die vielfältigen Antworten der Befragten lassen sich zu fünf Themenbereichen zusammenfassen: 1. Wünsche im Hinblick auf DreiFürEins, 2. Wünsche im Hinblick auf die Rahmenbedingungen, 3. Wünsche im Hinblick auf das Fallmanagement, 4. Wünsche im Hinblick auf die beteiligten Sektoren sowie 5. weitere Wünsche.

##### 3.3.3.8.1 Wünsche im Hinblick auf DreiFürEins

Viele Befragte äußern allgemeine Wünsche im Hinblick auf DreiFürEins. Diese Wünsche beziehen sich auf a) die Implementierung, b) das Konzept und die Struktur, c) den Austausch und die Bilanzierung sowie d) die Öffentlichkeitsarbeit.

a) Implementierung: Jeweils einzelne Befragte benennen Wünsche für die Implementierung von DreiFürEins, und zwar: 1. ausreichend Zeit für die Planung vor Projektbeginn, 2. klare konzeptionelle Vorgaben zu Aufgaben und Ressourcen, 3. die Beteiligung von Schulen und Fachkräften bei der Projektplanung sowie 4. eine externe fachliche Begleitung der Implementierung und Umsetzung von DreiFürEins.

b) Konzept und Struktur: Viele Befragte wünschen sich Veränderungen in Bezug auf das Konzept und die Struktur von DreiFürEins und führen folgende Punkte an: 1. eine Verlängerung und Flexibilisierung der Laufzeit (z. B. längere Laufzeit der Versorgung als sechs Monate,


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

flexible und bedarfsgerechte Anpassung des Versorgungszeitraums), 2. die frühzeitige Klärung von Erwartungen und die Weiterentwicklung, Vereinfachung und Trennschärfe bestehender Ziele, 3. die Weiterentwicklung der Projektstrukturen (z. B. „viele für eins“, Angebot muss mehr sein als Erstversorgung) sowie vereinzelt 4. mehr fachliche Freiheiten und Entscheidungsbefugnisse (z. B. zur Entwicklung eines eigenen Konzepts).

c) Austausch und Bilanzierung: Zudem wünschen sich einige Befragte 1. eine Fortführung und eine Ausweitung des Austauschs über DreiFürEins (z. B. intern, hamburgweit, mit Leitungskräften) sowie 2. eine Bilanzierung und Diskussion der Zwischenevaluation von DreiFürEins (z. B. zu Erfolgen und Verbesserungsmöglichkeiten).

d) Öffentlichkeitsarbeit: Einzelne Befragte gehen auf eine Verbesserung der Bekanntheit von DreiFürEins durch eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit ein und wünschen sich konkret 1. mehr Werbung für DreiFürEins, 2. Multiplikator*innen zur Verbreitung der Ziele von DreiFürEins sowie 3. eine Verbesserung und Beschleunigung der Weitergabe von Informationen über DreiFürEins.

#### 3.3.3.8.2 Wünsche im Hinblick auf die Rahmenbedingungen

Sehr viele Befragte gehen in den Interviews auf Wünsche bezüglich der Rahmenbedingungen von DreiFürEins ein. Die Antworten lassen sich in folgende fünf Themenbereiche gliedern: a) räumliche Rahmenbedingungen, b) personelle Rahmenbedingungen, c) organisatorische und technische Rahmenbedingungen, d) kooperative Rahmenbedingungen sowie e) unterstützende Rahmenbedingungen.

a) Räumliche Rahmenbedingungen: In Bezug auf räumliche Rahmenbedingungen in DreiFürEins wünschen sich Befragte 1. mehr räumliche Nähe aller beteiligten Sektoren, 2. z. T. ein Überdenken der Verortung der Therapien an Schulen/ReBBZ (z. B. weniger Isolation in den Ferien), 3. gut ausgestattete Therapieräume (z. B. Testmaterial, Spielzeug, Kaffeemaschine, Wasser), 4. kleinere Einzugsbereiche in der Versorgung (z. B. mehr Wohnortnähe) sowie 5. im Idealfall „diverse DreiFürEins-Häuser in Hamburg“.

b) Personelle Rahmenbedingungen: Viele Befragte äußern Wünsche bezüglich der personellen Rahmenbedingungen. Genannt werden insbesondere: 1. mehr Zeitressourcen des Personals (für Kooperation, Fallarbeit, Konzeptarbeit, Organisation, Regeneration), 2. weitere Personalstellen (z. B. Sekretariatsstellen für Organisation und Terminverwaltung, Sozialpädagog*innen in Klinik), 3. mehr bzw. eine bedarfsgerechtere Personalausstattung (abhängig vom Sektor, den Aufgaben und der Fallzahl) sowie jeweils vereinzelt 4. eine Vollzeitstelle für die Koordination in den ReBBZ (statt mehreren Arbeitszeitanteilen), einen Prozentanteil DreiFürEins für alle Beteiligten, mehr personelle Kontinuität und eine langfristig abgesicherte Finanzierung.

c) Organisatorische und technische Rahmenbedingungen: Ferner gehen viele Befragte in ihren Ausführungen auf organisatorische und technische Rahmenbedingungen ein. Sie wünschen sich konkret: 1. eine gemeinsame nutzbare (Daten-)Plattform (z. B. zur Dokumentation, Datei-Ablage und den Austausch), 2. eine zentrale Koordination/Sekretariat (z. B. für die Terminplanung, Datenpflege und -auskunft), 3. keine oder zumindest eine weniger umfangreiche Datenerhebung im Rahmen der Evaluation sowie vereinzelt 4. ein „digitales Tool“ für die Terminplanung (z. B. um mehr Planungssicherheit zu schaffen) und eine Wiedereinführung von Papierakten (z. B. zur Archivierung von „Werken“ der Kinder und Jugendlichen).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

d) Kooperative Rahmenbedingungen: Viele Befragte äußern außerdem Wünsche zur sektorenübergreifenden Kooperation. Sie wünschen sich dabei: 1. ein Beibehalten der Besprechungsstrukturen (z. B. feste Termine für die multiprofessionellen Fallkonferenzen und die regionalen Kernteams), 2. eine Weiterentwicklung der multiprofessionellen Fallkonferenzen (z. B. die Reflexion der Teilnahme der Eltern, die regelmäßige Beteiligung von Lehrkräften und ASD, die Einplanung von mehr Zeit, ggf. die Reduzierung der Anzahl der multiprofessionellen Fallkonferenzen pro Fall, eine höhere Flexibilität bei der Terminplanung, die Überarbeitung der Protokollvorlagen), 3. eine Weiterentwicklung der regionalen Kernteams (z. B. eine Reduzierung des Zeitumfangs, mehr fachlichen Austausch statt organisatorischer Themen), 4. eine Verbesserung der Kooperation (z. B. eine höhere Verbindlichkeit und regelmäßige Teilnahme aller Sektoren, die Förderung eines Wir-Gefühls, eine gleichberechtigte Kooperation auf „Augenhöhe“, eine offene Haltung aller Sektoren und Professionen für andere Perspektiven) sowie vereinzelt 5. mehr intradisziplinären Austausch (d. h. innerhalb der eigenen Profession).

e) Unterstützende Rahmenbedingungen: In den Antworten vieler Befragter finden sich zudem folgende Wünsche bezüglich unterstützender Rahmenbedingungen: 1. regelmäßige und mehr externe Supervision (Fall- bzw. Teamsupervision) sowie 2. mehr Fortbildungen (zu interkultureller Pädagogik und Lebensbedingungen, Kurzvorträge untereinander über Sektoren und spezifisches Fachwissen, Fortbildungen über DreiFürEins für alle Leitungs- und Fachkräfte in Hamburg).

#### 3.3.3.8.3 Wünsche im Hinblick auf das Fallmanagement

Viele Befragte äußern in den Interviews darüber hinaus Wünsche im Hinblick auf das Fallmanagement. Diese Wünsche beziehen sich vor allem auf die folgenden drei Themenbereiche: a) die Einsteuerung und das Screening von Fällen, b) den Fallablauf und die Fallzuständigkeiten sowie c) den Fallabschluss.

a) Einsteuerung und Screening von Fällen: In vielen Interviews wünschen sich Befragte eine Verbesserung der Einsteuerung und des Screenings, d. h.: 1. eine Schärfung der Zielgruppe (= Fokussierung auf schwer erreichbare Zielgruppen vs. Integration möglichst vieler Kinder und Jugendlicher), 2. eine verbesserte Aufklärung der Familien über DreiFürEins und eine stärkere Berücksichtigung der Eigenmotivation bei der Einsteuerung (= Freiwilligkeit vs. Soziale Erwünschtheit zur Teilnahme), 3. ein Beibehalten und eine Weiterentwicklung des Screeningverfahrens (= breiteres Screening unter Berücksichtigung internalisierender Störungen und einer Beteiligung aller Fachkräfte vs. Screening mit einer Fokussierung auf externalisierende Störungen und der Beteiligung einzelner Fachkräfte; ergänzend: Einführung einer Besprechung oder eines Kurzfragebogens ohne Erreichung von Gesamtscore), 4. eine Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. vereinfachtes Verfahren, Ergänzung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung als Ausschlusskriterium, Beibehalten und Abdeckung der Altersgrenzen) sowie jeweils vereinzelt 5. eine Erweiterung der Zugangswege zu DreiFürEins (z. B. über die Schulen hinaus) und eine Entscheidung über die Fallaufnahme in der multiprofessionellen Fallkonferenz I ohne Druck auf die Erreichung von Fallzahlen.

b) Fallablauf und Fallzuständigkeiten: Einige Befragte äußern auch Wünsche im Hinblick auf den Fallablauf und die Fallzuständigkeiten, und zwar: 1. eine klare Regelung für die Fallzuständigkeit im ASD (ohne Eingangsmanagement), 2. eine Festlegung von Konsequenzen bei einer mangelnden Beteiligung der Kinder, Jugendlichen und Familien (z. B. Festlegung einer begrenzten Anzahl von Kontaktversuchen der Fachkräfte, Formulierung von Kriterien zur


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Beendigung der Unterstützung) sowie 3. die Etablierung eines festen Fallablaufs um Absprachen über die Organisation zu vermeiden sowie 4. eine Reduzierung der Fallzahlen.

c) Fallabschluss: Für den Fallabschluss und die Beendigung der therapeutischen Versorgung in DreiFürEins wünschen sich einige Befragte vor allem 1. die Sicherstellung eines Übergangs in eine Anschlussversorgung, 2. die Möglichkeit der Fachkräfte, den Übergang der Kinder, Jugendlichen und Familien in eine Anschlussversorgung zu begleiten und/oder 3. ggf. die Möglichkeit der Fachkräfte, die Kinder, Jugendlichen und Familien selbst weiterhin zu unterstützen. Vereinzelt wird das Vorhandensein einer Anschlussversorgung sogar als „Entlassungsbedingung“ für DreiFürEins formuliert.

#### 3.3.3.8.4 Wünsche im Hinblick auf die beteiligten Sektoren

In vielen Interviews nennen die Befragten (relativ unabhängig von der eigenen Verortung zu einem Sektor) spezifische Wünsche für die drei beteiligten Sektoren a) KJPPP, b) ReBBZ und c) Jugendamt:

a) KJPPP: Viele Wünsche der Befragten beziehen sich auf die KJPPP und das therapeutische Angebot. Gewünscht wird sich unter anderem: 1. eine Ausweitung des Angebotsspektrums (z. B. mehr und unterschiedlichere Fachtherapien, Musik- und Ergotherapie, Elterngruppen, Familientherapie, systemische oder verhaltenstherapeutische Ansätze), 2. eine größere Flexibilität der therapeutischen Versorgung (z. B. die Entkopplung bzw. mögliche Verschiebung von Psycho- und Kunsttherapie, die Unterbreitung von Therapieplätzen neben der Kurzzeitintervention, die Ausrichtung des Therapieangebots am individuellen Bedarf, eine Ausweitung der möglichen Termine pro Fall und insgesamt weniger Fälle pro Therapeut*in) sowie vereinzelt 3. ein Beibehalten der Anbindung der Therapeut*innen an die KJPPP und der Kombination der Angebote (Einzel- und Gruppensetting).

b) ReBBZ: Jeweils einzelne Befragte nennen Wünsche an das ReBBZ. Gewünscht wird sich: 1. eine Rollen- und Aufgabenklärung der Koordinator*innen (z. B. Einblick in die Fälle, Teilnahme an Supervision), 2. z. T. feste, zuständige Mitarbeitende für DreiFürEins (z. B. statt wechselnden Fallzuständigen) sowie 3. ein Beibehalten der gemeinsamen Fallbegleitung und Beratungstätigkeit.

c) Jugendamt: Die Wünsche vieler Befragten an das Jugendamt sind sehr konkret und beziehen sich vor allem auf: 1. mehr personelle Ressourcen für DreiFürEins (z. B. Zeit für Kooperation, Fallarbeit und Supervision), 2. eine feste Ansprechperson/Koordinator*in für DreiFürEins im Jugendamt, 3. eine Zuständigkeit im ASD für alle DreiFürEins-Fälle sowie vereinzelt 4. eine Verbesserung und Intensivierung der Kooperation mit dem Jugendamt (z. B. mehr Präsenz, aufgeschlossenere Haltung gegenüber der Kooperation).

#### 3.3.3.8.5 Weitere Wünsche

Einige Befragte nennen weitere Wünsche. Hierzu zählen: 1. eine unkomplizierte Möglichkeit Dolmetscher*innen hinzuziehen (z. B. Regelung der Finanzierung, Übersicht eines Verzeichnisses), 2. eine Befragung von Kindern, Jugendlichen und Eltern im Rahmen der Evaluation, 3. eine Vorstellung von DreiFürEins und der Koordinator*innen des ReBBZ im Jugendamt (z. B. Teilnahme an Dienstbesprechung), 4. eine Reflexion und Verbesserung des „On-Boardings“


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

von neuen Mitarbeitenden sowie 5. eine selbstverständliche Kooperation und Verzahnung von KJPPP, Schule und Kinder- und Jugendhilfe über DreiFürEins hinaus.

#### 3.3.3.9 Verstetigung, Ausbau und flächendeckende Implementierung von DreiFürEins

Die Versorgungsphase innerhalb von DreiFürEins war von 2021 bis 2024 geplant und die Förderung durch den Innovationsfonds endete im Januar 2024. Der Gemeinsame Bundesausschusses (G-BA) konnte zu diesem Zeitpunkt - ohne Evaluationsergebnisse - noch keinen Beschluss für eine mögliche Überführung des Projekts in die Regelversorgung aussprechen. Die Projektpartner*innen des Innovationsfondsprojekts einigten sich deshalb darauf, die Versorgung übergangsweise mit eigenen Mitteln fortzusetzen. Diese Brückenfinanzierung begann im Mai 2024 und soll zunächst bis März 2026 andauern.

In den Interviews berichten viele Befragte der Umsetzungsebene von Unsicherheiten über die Fortführung von DreiFürEins. Zum Zeitpunkt der Interviews (im Herbst 2023) war für sie noch unklar, ob und in welchem Rahmen DreiFürEins fortgesetzt und finanziert wird. Dies habe für sie selbst und die Familien zu Verunsicherungen geführt. Einzelne Befragte gehen auch auf interne Überlegungen zu den Möglichkeiten und Befürchtungen ein, DreiFürEins aus eigenen Mitteln weiterzuführen, damit die sektorenübergreifende Kooperation und die erarbeiteten Strukturen erhalten bleiben. Das folgende Zitat steht exemplarisch für die Befürchtung, dass die erarbeiteten Strukturen nicht fortgeführt werden könnten:

> „Ja, und es wäre so zu wünschen, weil da jetzt irgendwie so viel Energie reingesteckt worden irgendwie, das auf gute Beine zu stellen irgendwie. Es wäre so schade, wenn das jetzt wieder eingestampft wird, weil irgendwie, glaube ich, gerade jetzt erst mal die Grundlagen geschaffen worden sind irgendwie, dass das irgendwie alles gut ins Arbeiten kommt. Und das wäre so schade irgendwie, wenn das alles wieder einschläft oder nicht mehr weitergeführt werden könnte."

Viele Befragte der Umsetzungsebene sprechen sich in den Interviews generell für eine Fortführung bzw. Verstetigung von DreiFürEins sowie einen Übergang in die Regelversorgung aus. Vereinzelt bezeichnen Befragte eine (erst Hamburg- dann deutschlandweite) Ausweitung von DreiFürEins als ihre „Traumvorstellung". In den Aussagen der Befragten zeichnen sich dabei zwei Tendenzen ab: Ein (großer) Teil der Befragten würde DreiFürEins ohne bzw. mit geringen Anpassungen fortführen und ist überzeugt von den erarbeiteten Strukturen. Ein anderer Teil der Befragten würde eine Nachjustierung von DreiFürEins vornehmen. Diese Nachjustierung bezieht sich unter anderem auf: 1. Eine Anpassung der Rahmenbedingungen und Ressourcen an die Bedarfe (siehe auch Kapitel 3.3.3.8), 2. die vermehrte Vorgabe von Strukturen und einen klareren Rahmen sowie 3. das Vorbeugung von und Lernen aus (bekannten) Herausforderungen (siehe auch Kapitel 3.3.3.5 und 3.3.3.6). Für eine entsprechende Auswertung der Strukturen, Erfolge und Schwierigkeiten wird von einzelnen Befragten ein gemeinsamer Termin mit allen beteiligten Fachkräften für die Bilanzierung von DreiFürEins vorgeschlagen (unabhängig von der Evaluation).

Das folgende Zitat illustriert die Überzeugung und den Wunsch nach einem Übergang von DreiFürEins in die Regelversorgung:

> „Aber was ich vielleicht noch mal sagen möchte, ist, dass ich dieses Projekt einfach für so unglaublich effizient und gut halte, dass ich mir wirklich sehr wünsche, dass das in die


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

> Regelversorgung übergeht. […] Und ich habe noch nie das Gefühl gehabt, so effizient zu arbeiten wie hier."

## 3.4 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

Nach Erhalt der Daten von den beteiligten Krankenkassen (AOK, Barmer, DAK, IKK, MobilKK, TK) wurden die Daten auf Plausibilität hinsichtlich der Projektkriterien geprüft. Beispielsweise wurden hier Teilnehmerinnen und Teilnehmer außerhalb der zuvor definierten Altersgruppe nicht weiter berücksichtigt.

Für die weiteren Auswertungen musste ein einheitlicher Datensatz geschaffen werden, der die KuJ über alle Krankenkassen hinweg beinhaltet. Hierfür wurde das Excel Add-In Power-Query-Editor genutzt. Im Anschluss wurden die Daten in eine einheitliche Form gebracht, da die Spaltenanordnungen und auch die Spaltenbenennungen über die Krankenkassen hinweg uneinheitlich waren. Die einzelnen Datenformate wurden ebenfalls angeglichen. Danach wurde die ICD-10-Tabelle heruntergeladen (https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html) und integriert, damit über die Verweise die Diagnosen ausgelesen werden konnten. Genauso wurde mit den OPS-Codes vorgegangen. Diese wurde heruntergeladen (https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html) und integriert. Auch die ATC-Codes wurden im gleichen Stil integriert (https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ATC/_node.html) und über den Verweis die ATC ausgelesen. Wenn dies nicht über die ATC-Codes möglich war, wurde die PZN verwendet (https://www2.bfarm.de/PZN/PZN.txt). Darüber hinaus wurde der EBM heruntergeladen und in die Auswertung integriert (https://ebm.kbv.de).

Nachdem alle Daten in ein einheitliches Format gebracht wurden, wurden diese in einer Datei zusammengefasst. In dieser Datei wurde dann mittels PowerQuery eine Tabelle erstellt, in der zu jedem Versicherten die Gesamtkosten und die Gesamtkosten nach Kategorien enthalten waren. Nach dem Matching konnte diese Tabelle mit den Kostendaten in SPSS transferiert werden.

Da die Kosten teilweise auf Fallnummernebene angegeben waren, wurden zunächst die einzelnen Fälle, den Versicherten zugeordnet. Nach der Zuordnung erfolgte die Aggregation der einzelnen Kostenposition nach Versicherten. Um die aufgeworfenen Forschungsfragen zu adressieren, wurden Gesamtkosten für die Folgenden Bereiche je Versicherten berechnet:

- Kosten für stationäre Behandlungen
- Kosten für teilstationäre Behandlungen
- Kosten für ambulante Behandlungen
- Kosten für Arzneimittel
- Kosten für Heilmittel
- Kosten für Hilfsmittel
- Kosten für Rehabilitationsmaßnahen
- Kosten für Krankentransporte

Ebenfalls wurden aus der Summe dieser einzelnen Kostenpositionen die Gesamtkosten je Versicherten ermittelt.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Um spätere Subgruppenanalysen zu ermöglichen, wurden die Diagnosedaten (F-Diagnosen) der Versicherten näher analysiert und eine Übersicht erstellt, welche F-Diagnosen vorlagen. Aufgrund der Komplexität der ICD-10 Codierung, wurde sich auf die Zuordnung mittel dreistelligen F-Diagnosen beschränkt (z.B. F01, F02 etc.). Dieses Vorgehen ermöglicht im Nachgang eine Auswertung der Diagnosen in Bezug auf die verursachten Kosten.

Im Anschluss wurde ein Datensatz erstellt und dieser in die Statistiksoftware IBM SPSS Statistics in der Version 29 überführt.

### 3.4.1 Deskriptive Auswertungen

Die gelieferten Daten der beteiligten Krankenkassen umfassten insgesamt 232 Fälle aus der Interventionsgruppe und 50 Fälle aus der Kontrollgruppe (KG I). Um diese Unterdeckung auszugleichen wurde wie im Änderungsantrag geschildert ein Matching Verfahren eingesetzt. Hierzu lieferten die beteiligten Krankenkassen insgesamt 2450 retrospektive Fälle von Personen die nicht direkt am Projekt beteiligt waren, aber die Einschlusskriterien erfüllten (KG II). Das vereinbarte Lieferverhältnis von 1:10 Fällen wurde also sogar noch übertroffen (Tabelle 84). Aus den gelieferten Fällen (KG II) sowie den Fällen aus der reellen Kontrollgruppe (KG1) wurden wiederum jeweils 5 Fälle einem Fall aus der Interventionsgruppe (IG) per Zufallsauswahl zugeordnet. Dadurch konnte das Angestrebte 1:5 Matching mit 4 verschiedenen Altersgruppen realisiert werden.

*Tabelle 84: Gelieferte Fälle nach Krankenkassen nach Bereinigung*

| Krankenkasse | Fälle IG | Fälle KG I | Fälle KG II | Gesamt |
|---|---|---|---|---|
| AOK | 57 | 12 | 680 | 749 |
| Barmer | 33 | 3 | 360 | 396 |
| DAK | 25 | 8 | 240 | 273 |
| IKK | 5 | 8 | 50 | 63 |
| MobilKK | 29 | 5 | 290 | 324 |
| TK | 83 | 14 | 830 | 927 |
| Gesamt | 232 | 50 | 2.450 | 2.732 |

Für das 1:5 Matching wurden alle 232 gelieferten Fälle aus der IG, sowie alle 50 gelieferten Fälle aus der KG I verwendet. Der Rest wurde mit den Fällen der retrospektiven KG II aufgefüllt. Die Baseline-Charakteristika aller KuJ, die in die gesundheitsökonomische Evaluation eingeflossen sind, sind in Tabelle 85 ersichtlich.

*Tabelle 85: Baseline-Charakteristika der KuJ (IG, KG I, KG II)*

| Krankenkasse | Fälle IG | Fälle KG I | Fälle KG II | Gesamt |
|---|---|---|---|---|
| AOK | 57 | 12 | 409 | 478 |
| Barmer | 33 | 3 | 50 | 86 |
| DAK | 25 | 8 | 161 | 194 |
| IKK | 5 | 8 | 34 | 47 |
| MobilKK | 29 | 5 | 47 | 81 |
| TK | 83 | 14 | 409 | 506 |
| Gesamt | 232 | 50 | 1.110 | 1.392 |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Im Folgenden soll die Stichprobe nach durchgeführtem Matching (n=1392) näher beschrieben werden. Diese Daten werden im weiteren Verlauf auch den Testverfahren unterzogen um die Forschungsfragen zu analysieren.

Durch die Krankenkassen wurden Daten von KuJ geliefert, deren Geburtsjahr zwischen 2003 und 2018 lag. Zur Umrechnung des Alters in Jahren wurde das Bezugsjahr 2021 (Beginn des Projektvorhabens DreiFürEins) gewählt, sodass die Kinder zwischen 3 und 18 Jahren alt waren. Das durchschnittliche Alter lag bei 9,57 Jahren. Bei den für das Matching zugrunde gelegten Altersgruppen ergab sich folgende Verteilung (Tabelle 85).

*Tabelle 86: Verteilung nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | N | Anteil in % |
|---|---|---|
| AG 1 (3 bis 9 Jahre) | 756 | 54,3 |
| AG 2 (10 bis 12 Jahre) | 354 | 25,4 |
| AG 3 (13 bis 15 Jahre) | 228 | 16,4 |
| AG 4 (16 bis 18 Jahre) | 54 | 3,9 |
| Gesamt | 1.392 | 100,0 |

Insgesamt sind mit 803 mehr männliche als weibliche KuJ (589) in den Datensatz eingeschlossen. Die genaue Verteilung inklusive der Aufteilung auf IG und KG sowie die Altersgruppen kann Tabelle 87 und Tabelle 88 entnommen werden.

*Tabelle 87: Aufteilung IG und KG nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Interventionsgruppe | Kontrollgruppe | N | Anteil in % |
|---|---|---|---|---|
| AG 1 | 126 | 630 | 756 | 54,3 |
| AG 2 | 59 | 295 | 354 | 25,4 |
| AG 3 | 38 | 190 | 228 | 16,4 |
| AG 4 | 9 | 45 | 54 | 3,9 |
| gesamt | 232 | 1.160 | 1.392 | 100,0 |

*Tabelle 88: Aufteilung IG und KG nach Geschlecht*

| Geschlecht | Interventionsgruppe | Kontrollgruppe | N | Anteil in % |
|---|---|---|---|---|
| männlich | 156 | 647 | 803 | 57,7 |
| weiblich | 76 | 513 | 589 | 42,3 |
| gesamt | 232 | 1.160 | 1.392 | 100,0 |

Mit der finalen Stichprobe nach dem Matching wurden die Gesamtkosten sowie die einzelnen Kostenpositionen näher betrachtet. Bei den betrachteten Kostenkategorien handelt es sich um die stationären Kosten, die ambulanten Kosten, die teilstationären Kosten, die Arzneimittelkosten, die Heilmittelkosten, die Hilfsmittelkosten, die Rehabilitationskosten sowie die Kosten für Krankentransporte.

Zur deskriptiven Beschreibung des Datensatzes im Hinblick auf die Kosten, gibt Tabelle 89 eine Übersicht. Eine detailliertere Analyse der Kosten z.B. im Hinblick auf die Auswertung nach Altersgruppen, Interventions- und Kontrollgruppe findet sich im Kapitel Ergebnisse.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Die Gesamtkosten lagen von allen KuJ vor (N=1.392). Auch verursachten die meisten KuJ im angefragten Zeitraum ambulante Kosten (N=1.389) sowie Arzneimittelkosten (N=1.241). Die anderen Kostenarten fielen im betrachteten Zeitraum nicht bei allen KuJ an. Die Rehabilitationskosten wurden beispielsweise auch nicht von allen Krankenkassen geliefert.

Die mittlere Gesamtkosten lagen bei 6.041,44 €. Besonders ins Gewicht fielen die ambulanten Kosten (1.810,11€) dicht gefolgt von den stationären Kosten mit durchschnittlich 1.711,57€. Von eher untergeordneter Bedeutung zeigten sich Hilfsmittelkosten (310,28€) sowie Krankentransportkosten (139,20€). Für das Projekt wichtig sind die teilstationären Kosten, da hier die PIA-Leistungen abgebildet werden. Hier fielen Kosten in Höhe von 559,33€ pro KuJ an.

*Tabelle 89: Deskriptive Übersicht Kostenkategorien*

| Kostenkategorie | N | Mittelwert in € | Standardabweichung in € | Minimum in € | Maximum in € |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamtkosten | 1.392 | 6.041,44 | 12.722,88 | 35,05 | 161.660,35 |
| Stationäre Kosten | 1.392 | 1.711,57 | 8.140,48 | -205,92 | 134.219,08 |
| Ambulante Kosten | 1.392 | 1.810,11 | 2.362,60 | 0,00 | 36.387,67 |
| Teilstationäre Kosten | 1.392 | 559,33 | 1.180,14 | 0,00 | 13.452,78 |
| Arzneimittelkosten | 1.392 | 666,40 | 5.315,13 | 0,00 | 124.774,20 |
| Heilmittelkosten | 1.392 | 498,21 | 1.651,04 | 0,00 | 23.751,72 |
| Hilfsmittelkosten | 1.392 | 310,28 | 3.047,13 | 0,00 | 70.614,86 |
| Rehabilitationskosten | 1.259 | 310,28 | 1.356,43 | 0,00 | 20.788,00 |
| Krankentransportkosten | 1.392 | 139,20 | 519,12 | 0,00 | 10.327,84 |

Durch die Krankenkassen wurden ebenfalls die Diagnosen der Patienten geliefert. Als für das Projekt bzw. die Population der KuJ als besonders relevant wurden die F-Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen) nach ICD-10 Codierung identifiziert. Diese wurden mittels eines Algorithmus aus den Daten extrahiert, für jeden Patienten ausgewertet und auf dreistelliger Ebene erfasst (Fxx). So ist auf Patientenebene nachvollziehbar, welche F-Diagnosen vorlagen. Eine Übersicht über alle codierten F-Diagnosen der Stichprobe ist in Abbildung 1 dargestellt. Zu beachten gilt, dass für einen Teilnehmer mehrere F-Diagnosen codiert sein können.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

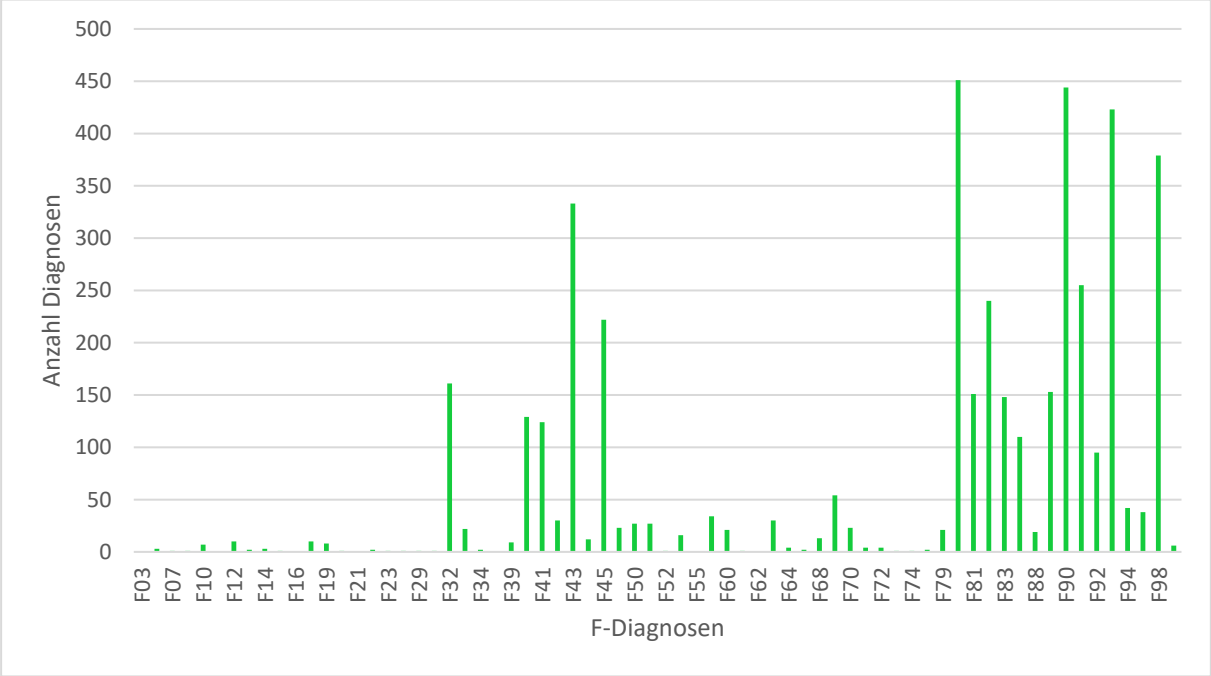



*Abbildung 15: Übersicht F-Diagnosen*

Für eingeschlossenen KuJ scheinen insbesondere die Diagnosen F32, F40, F41, F43, F45, F80, F81, F82, F83, F84, F89, F91, F93 und F98 relevant zu sein. Eine Übersicht über die zugrundeliegende Diagnose bildet Tabelle 90.

*Tabelle 90: Häufige F-Diagnosen im Datensatz*

| ICD-10 | Diagnose |
|---|---|
| **F32** | Depressive Episode |
| **F40** | Phobische Störungen |
| **F41** | Andere Angststörungen |
| **F43** | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen |
| **F45** | Somatoforme Störungen |
| **F80** | Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache |
| **F81** | Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten |
| **F82** | Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen |
| **F83** | Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen |
| **F84** | Tief greifende Entwicklungsstörungen |
| **F89** | Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung |
| **F91** | Störungen des Sozialverhaltens |
| **F93** | Emotionale Störungen des Kindesalters |
| **F98** | Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |

### 3.4.2 Multivariate Auswertungen

Zur Analyse von Einflussfaktoren auf die Kosten wurden zunächst Korrelationsanalysen durchgeführt. So wurden signifikante Zusammenhänge zwischen dem Alter der KuJ und den Gesamtkosten, den stationären Kosten, den ambulanten Kosten, den Heilmittelkosten, den


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Kosten für Rehabilitationsbehandlungen sowie den Krankentransportkosten identifiziert. Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse sind in Tabelle 91 dargestellt.

*Tabelle 91: Korrelationsanalyse zwischen Alter und Kosten*

| | | Gesamtkosten | Stationäre Kosten | Ambulante Kosten | Teil-Stationäre Kosten | Arzneimittelkosten | Heilmittelkosten | Hilfsmittelkosten | Rehakosten | Krankentransportkosten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alter in Jahren | Pearson-Korrelation | 0.079 | 0.113 | 0.138 | 0,014 | 0,018 | -0,145 | 0,004 | -0,109 | 0,063 |
| | Sig. (2-seitig) | 0,003** | <0.001** | <0.001** | 0,601 | 0,506 | <0.001** | 0,892 | <0.001** | 0,018* |
| | N | 1.392 | 1.392 | 1.392 | 1.392 | 1.392 | 1.392 | 1.392 | 1.259 | 1.392 |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau

Für die Auswertung nach Geschlecht der KuJ in Tabelle 92 ergeben sich für die meisten Kostenkategorien einschließlich der Gesamtkosten keine statistisch signifikanten Unterschiede mit Ausnahme der Heilmittel- und Rehakosten.

*Tabelle 92: Kostenanalyse nach Geschlecht*

| **Kosten** | **Gruppenzuordnung** | **N** | **Mittelwert in €** | **Standard-abweichung in €** | **p-Wert** |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamtkosten | männlich | 803 | 5.980,93 | 12.699,13 | 0,836 |
| | weiblich | 589 | 6.123,92 | 12.765,53 | |
| Stationäre Kosten | männlich | 803 | 1.430,15 | 7.616,01 | 0,132 |
| | weiblich | 589 | 2.095,24 | 8.797,50 | |
| Ambulante Kosten | männlich | 803 | 1.737,03 | 2.080,31 | 0,178 |
| | weiblich | 589 | 1.909,73 | 2.699,04 | |
| Teilstationäre Kosten | männlich | 803 | 590,99 | 1.210,87 | 0,243 |
| | weiblich | 589 | 516,17 | 1.136,52 | |
| Arzneimittelkosten | männlich | 803 | 682,66 | 4.960,21 | 0,894 |
| | weiblich | 589 | 644,23 | 5.768,20 | |
| Heilmittelkosten | männlich | 803 | 618,25 | 1.713,44 | 0,002** |
| | weiblich | 589 | 334,56 | 1.548,45 | |
| Hilfsmittelkosten | männlich | 803 | 414,20 | 3.507,92 | 0,585 |
| | weiblich | 589 | 323,89 | 2.275,12 | |
| Reha-Kosten | männlich | 728 | 416,84 | 1.599,97 | 0,001** |
| | weiblich | 531 | 164,19 | 904,86 | |
| Krankentransportkosten | männlich | 803 | 129,75 | 495,44 | 0,428 |
| | weiblich | 589 | 152,08 | 549,94 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Um eine differenzierte Analyse dieser Zusammenhänge zu ermöglichen, wurden weitere statistische Methoden angewandt. Mit Hilfe von t-Tests bei unabhängigen Stichproben wurde der Einfluss des Alters auf die Kosten näher untersucht. Hierfür war eine Einteilung in Altersgruppen erforderlich, diese wurde analog zur Altersgruppeneinteilung, die im Rahmen des Matchings Anwendung gefunden hat, vorgenommen. Die Altersgruppe 1 umfasste KuJ im Alter von 3 bis 9 Jahren, Altersgruppe 2 KuJ im Alter von 10 bis 12 Jahren, Altersgruppe 3 KuJ im Alter von 13 bis 15 Jahren und Altersgruppe 4 KuJ im Alter von 16 bis 18 Jahren.

Für die t-Tests wurden jeweils Auswertungen für die einzelnen Kostenkategorien (Gesamtkosten, stationäre Kosten, ambulante Kosten, teilstationäre Kosten, Arzneimittelkosten, Heilmittelkosten, Hilfsmittelkosten, Rehabilitationskosten, Krankentransportkosten) vorgenommen. Diese wurden sowohl nach Zugehörigkeit der KuJ zu IG und KG als auch nach Altersgruppe analysiert. Die einzelnen Auswertungen sind im Folgenden dargestellt.

Um zu testen, ob sich der Mittelwert auch in der Grundgesamtheit in den betrachteten Gruppen unterscheidet, wird ein t-Test bei unabhängigen Stichproben durchgeführt. Eine Varianzgleichheit wird aufgrund der nicht signifikanten Ergebnisse des Levene-Tests angenommen.

#### 3.4.2.1 Gesamtkosten

Bei der Analyse der Gesamtkosten in Tabelle 93 zeigt sich unter Berücksichtigung aller Altersgruppen, dass die IG durchschnittlich 318,66€ teurer ist als die KG, wobei dieser Unterschied nicht statistisch signifikant ist. Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen, so zeigen sich in Altersgruppe 2 und 3 gegenläufige Trends. Hier ist jeweils die KG teurer als die IG, wobei sich für beide Gruppen keine statistische Signifikanz zeigte. Einzig bei der Auswertung für Altersgruppe 1 (IG 2.157,13€ teurer als die KG) ergab sich eine statistische Signifikanz.

*Tabelle 93: Gesamtkosten nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Gruppenzuordnung | N | Mittelwert in € | Standard-abweichung in € | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | IG | 232 | 6.306,99 | 11.406,66 | 0,728 |
| | KG | 1.160 | 5.988,33 | 12.974,00 | |
| 1 | IG | 126 | 7.056,22 | 14.327,48 | 0,027* |
| | KG | 630 | 4.899,09 | 8.842,79 | |
| 2 | IG | 59 | 5.067,72 | 6.322,63 | 0,549 |
| | KG | 295 | 6.131,26 | 13.308,37 | |
| 3 | IG | 38 | 6.035,95 | 6.537,34 | 0,311 |
| | KG | 190 | 9.658,35 | 21.768,35 | |
| 4 | IG | 9 | 5.086,36 | 6.313,25 | 0,874 |
| | KG | 45 | 4.804,89 | 4.515,30 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau

Zusatzauswertung: Gesamtkosten ohne Rehabilitationskosten
Da Kosten zu Rehabilitation nicht von allen beteiligten Krankenkassen geliefert werden konnten, wurde in Bezug auf die Gesamtkosten eine zusätzliche Auswertung vorgenommen, bei der die Kosten für Rehabilitation nicht berücksichtigt wurden. Diese Auswertung ist in Tabelle 94 dargestellt. Was hier auffällt ist, dass zwar die Gesamtkosten für IG und KG insgesamt


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

geringer ausfallen (für die IG um 285,05€; für die KG um 279,76€), die Differenz zwischen den beiden aber nahezu unverändert bleibt (Differenz mit Rehakosten 318,66€; Differenz ohne Rehakosten 313,37€). Auch die einzige statistische Signifikanz zeigt sich analog zur Auswertung der Gesamtkosten mit Rehakosten bei Altersgruppe 1.

*Tabelle 94: Gesamtkosten ohne Reha nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Gruppenzuordnung | N | Mittelwert in € | Standard-abweichung in € | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | IG | 232 | 6.021,94 | 11.088,59 | 0,728 |
| | KG | 1160 | 5.708,57 | 12.792,56 | |
| 1 | IG | 126 | 6.536,54 | 13.882,11 | 0,031* |
| | KG | 630 | 4.497,89 | 8.578,57 | |
| 2 | IG | 59 | 5.067,72 | 6.322,63 | 0,613 |
| | KG | 295 | 5.939,35 | 12.924,46 | |
| 3 | IG | 38 | 6.018,74 | 6.537,48 | 0,319 |
| | KG | 190 | 9.584,34 | 21.767,23 | |
| 4 | IG | 9 | 5.086,36 | 6.313,25 | 0,863 |
| | KG | 45 | 4.780,86 | 4.491,91 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau

### 3.4.2.2 Stationäre Kosten

Betrachtet man ausschließlich stationäre Kosten (Tabelle 95), die von allen KuJ während der Projektlaufzeit verursacht wurden, zeigt sich ein anderer Trend. Hier liegen die Kosten für die IG (1.120,44€) 709,36€ unter denen der KG (1.829,80). Der Trend der günstigeren IG zeigt sich über die Altersgruppen 1-3 hinweg. Lediglich in Altersgruppe 4 für die älteren KuJ verursacht die IG deutlich mehr Kosten als die KG. Bei der Auswertung der stationären Kosten zeigten sich allerdings keine statistischen Signifikanzen.

*Tabelle 95: Stationäre Kosten nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Gruppenzuordnung | N | Mittelwert in € | Standard-abweichung in € | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | IG | 232 | 1.120,44 | 4.374,56 | 0,226 |
| | KG | 1160 | 1.829,80 | 8.696,80 | |
| 1 | IG | 126 | 948,27 | 4.196,84 | 0,801 |
| | KG | 630 | 1.078,41 | 5.429,62 | |
| 2 | IG | 59 | 1.459,44 | 5.409,25 | 0,949 |
| | KG | 295 | 1.516,14 | 6.407,92 | |
| 3 | IG | 38 | 814,80 | 1.930,25 | 0,127 |
| | KG | 190 | 5.027,70 | 16.910,45 | |
| 4 | IG | 9 | 2.599,01 | 6.616,57 | 0,159 |
| | KG | 45 | 903,16 | 2.124,04 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

### 3.4.2.3 Ambulante Kosten

Bei den ambulanten Kosten in Tabelle 96 zeigt sich unter Berücksichtigung aller Altersgruppen, dass die IG durchschnittlich um 620,90€ günstiger war als die KG. Dieses Ergebnis ist auf dem 1% Niveau statistisch höchstsignifikant. Der größte Kostenunterschied zwischen IG und KG ergibt sich dabei für die KuJ in der Altersgruppe 2. Auffällig bei dieser Kostenkategorie ist, dass auch für alle 4 Altersgruppen jeweils die IG günstiger war als die KG. Für die Altersgruppe 2 weist dieses Ergebnis ebenfalls eine statistische Signifikanz auf.

*Tabelle 96: Ambulante Kosten nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Gruppenzuordnung | N | Mittelwert in € | Standard-abweichung in € | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | IG | 232 | 1.292,69 | 1.415,46 | <0,001** |
| | KG | 1160 | 1.913,59 | 2.497,12 | |
| 1 | IG | 126 | 1.262,77 | 1.466,62 | 0,087 |
| | KG | 630 | 1.640,36 | 2.387,10 | |
| 2 | IG | 59 | 1.212,25 | 1.369,80 | 0,011* |
| | KG | 295 | 1.996,87 | 2.274,87 | |
| 3 | IG | 38 | 1.466,68 | 1.466,33 | 0,068 |
| | KG | 190 | 2.463,94 | 2.874,72 | |
| 4 | IG | 9 | 1.006,01 | 368,29 | 0,076 |
| | KG | 45 | 2.869,22 | 3.059,09 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau

### 3.4.2.4 Teilstationäre Kosten

Bei den Kosten aus teilstationären Aufenthalten (Tabelle 97) zeigt sich in der Gesamtauswertung für alle Altersgruppen ein deutlicher Unterschied zwischen IG und KG. Die IG ist hier sowohl in der Gesamtauswertung als auch für alle Teilauswertungen der Altersgruppen deutlich teurer. So kostet die teilstationäre Behandlung der KuJ in der IG durchschnittlich 1.498,94€, wohingegen die KG lediglich 371,41€ verursacht. Das Verhältnis von Kosten in der IG und KG ist über alle Altersgruppen hinweg relativ konstant. Auffällig an dieser Kostenkategorie ist, dass alle Auswertungen statistisch höchstsignifikant waren.

*Tabelle 97: Teilstationäre Kosten nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Gruppenzuordnung | N | Mittelwert in € | Standard-abweichung in € | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | IG | 232 | 1.498,94 | 932,02 | <0,001** |
| | KG | 1160 | 371,41 | 1.134,16 | |
| 1 | IG | 126 | 1.560,40 | 894,65 | <0,001** |
| | KG | 630 | 354,43 | 1.118,97 | |
| 2 | IG | 59 | 1.488,50 | 1.119,12 | <0,001** |
| | KG | 295 | 359,95 | 1.153,34 | |
| 3 | IG | 38 | 1.352,95 | 825,99 | <0,001** |
| | KG | 190 | 487,68 | 1.254,14 | |
| 4 | IG | 9 | 1.323,38 | 380,02 | <0,001** |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | KG | 45 | 193,20 | 493,73 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau

### 3.4.2.5 Arzneimittelkosten

Keine statistischen Signifikanzen zeigen sich für die Auswertung der Arzneimittelkosten in Tabelle 98. Betrachtet man die Gesamtauswertung aller KuJ über die Altersgruppen hinweg, so zeigte sich die IG durchschnittlich um 28,15€ etwas teurer als die KG. Bei der Analyse der einzelnen Altersgruppen zeigt sich allerdings lediglich für Altersgruppe 1 eine um 644,90€ teurere IG. Für alle anderen Altersgruppen ist die IG jeweils kostengünstiger als die KG.

*Tabelle 98: Arzneimittelkosten nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Gruppenzuordnung | N | Mittelwert in € | Standard-abweichung in € | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | IG | 232 | 689,86 | 7.684,99 | 0,941 |
| | KG | 1160 | 661,71 | 4.704,73 | |
| 1 | IG | 126 | 1.055,34 | 10.414,41 | 0,175 |
| | KG | 630 | 410,44 | 2.605,49 | |
| 2 | IG | 59 | 233,20 | 647,22 | 0,372 |
| | KG | 295 | 1.154,83 | 7.911,73 | |
| 3 | IG | 38 | 329,93 | 796,45 | 0,473 |
| | KG | 190 | 784,15 | 3.873,24 | |
| 4 | IG | 9 | 86,50 | 95,58 | 0,211 |
| | KG | 45 | 429,76 | 805,96 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau

Zusatzauswertung Arzneimittelkosten nur N05 und N06

Bei den Arzneimittelkosten wurde eine gesonderte Auswertung angefertigt, die nur solche Arzneimittel berücksichtigt, die eine Relevanz für die direkte Behandlung von psychischen Erkrankungen hat. Für die Gesamtauswertung wurde diese Auswertung jedoch nicht berücksichtigt, da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass beispielsweise Arzneimittel für die Behandlung von Folgeerkrankungen nicht betrachtet werden. Dennoch kann diese Auswertung einen Anhaltspunkt dafür bieten, wie viel durchschnittlich in der betrachteten Stichprobe für die direkte Behandlung von psychischen Erkrankungen aufgewendet wird. Die Ergebnisse dieser Auswertung sind in Tabelle 99 dargestellt.

Dabei sind die Kosten für die IG (40,53€) um 69,31€ günstiger als die KG (109,84€). Dieses Ergebnis ist für die Gesamtauswertung statistisch signifikant. Auch für die einzelnen Altersgruppen zeigt sich ein eindeutiger Trend mit jeweils günstigerer IG, jedoch ohne statistische Signifikanzen.

*Tabelle 99: Arzneimittelkosten nur N05 und N06 nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Gruppenzuordnung | N | Mittelwert in € | Standard-abweichung in € | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | IG | 232 | 40,53 | 195,94 | 0,019* |
| | KG | 1160 | 109,84 | 439,84 | |
| 1 | IG | 126 | 31,99 | 135,74 | 0,253 |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | KG | 630 | 70,22 | 370,40 | |
| 2 | IG | 59 | 74,53 | 321,78 | 0,229 |
| | KG | 295 | 159,85 | 524,04 | |
| 3 | IG | 38 | 25,65 | 111,37 | 0,108 |
| | KG | 190 | 159,94 | 510,19 | |
| 4 | IG | 9 | 0,00 | 0,00 | 0,296 |
| | KG | 10 | 522,53 | 577,54 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau

### 3.4.2.6 Heilmittelkosten

In Tabelle 100 zeigt sich für die Heilmittelkosten eine um durchschnittlich um 736,29€ teurere IG in der Gesamtbetrachtung aller Altersgruppen. Hier verursachten die KuJ der IG durchschnittlich 1.111,78€ an Kosten über die Projektlaufzeit. Die KuJ der KG lediglich 375,49€. Dieses Ergebnis zeigt sich auch auf dem 1% Niveau statistisch signifikant. Für die Heilmittelkosten zeigte sich für die Altersgruppen 1 bis 3 eine teurere IG. In Altersgruppe 4 zeigten sich für die 9 eingeschlossenen KuJ der IG keine Heilmittelkosten, bei der KG durchschnittlich 68,01€.

*Tabelle 100: Heilmittelkosten nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Gruppenzuordnung | N | Mittelwert in € | Standard-abweichung in € | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | IG | 232 | 1.111,78 | 2.764,10 | <0,001** |
| | KG | 1160 | 375,49 | 1.287,79 | |
| 1 | IG | 126 | 1.551,64 | 2.854,27 | <0,001** |
| | KG | 630 | 510,90 | 1.440,09 | |
| 2 | IG | 59 | 399,74 | 1.231,31 | 0,569 |
| | KG | 295 | 293,24 | 1.326,88 | |
| 3 | IG | 38 | 1.022,14 | 4.002,93 | 0,004** |
| | KG | 190 | 127,04 | 600,54 | |
| 4 | IG | 9 | 0,00 | 0,00 | 0,381 |
| | KG | 45 | 68,01 | 229,00 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau

### 3.4.2.7 Hilfsmittelkosten

Bei der Auswertung der Hilfsmittel inTabelle 101 fällt auf, dass die IG sowohl in der Gesamtauswertung als auch in den einzelnen Altersgruppen durchschnittlich durchgängig günstiger ist als die KG. In der Gesamtauswertung zeigt sich eine um 307,35€ günstigere IG bei durchschnittlichen Kosten von 119,86€ für die IG und 427,21€ für die KG. Es ist jedoch festzustellen, dass keine der Auswertungen statistisch signifikant war.

*Tabelle 101: Hilfsmittelkosten nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Gruppenzuordnung | N | Mittelwert in € | Standard-abweichung in € | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | IG | 232 | 119,86 | 722,89 | 0,161 |
| | KG | 1160 | 427,21 | 3.317,94 | |
| 1 | IG | 126 | 50,67 | 181,07 | 0,161 |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | KG | 630 | 392,00 | 2.725,23 | |
| 2 | IG | 59 | 119,74 | 285,15 | 0,375 |
| | KG | 295 | 491,87 | 3.210,08 | |
| 3 | IG | 38 | 375,81 | 1.845,15 | 0,879 |
| | KG | 190 | 505,20 | 5.162,49 | |
| 4 | IG | 9 | 8,58 | 17,03 | 0,419 |
| | KG | 45 | 166,95 | 578,84 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau

### 3.4.2.8 Rehabilitationskosten

Die Analyse der Rehabilitationsmaßnahmen der KuJ in Tabelle 102 zeigt, dass die IG in der Gesamtauswertung über alle Altersgruppen Kosten in Höhe von durchschnittlich 340,89€ verursacht. Die KG hingegen verursacht lediglich 304,71€ an Kosten, was sie damit um 36,18€ günstiger macht. Diese Differenz in der Gesamtauswertung wird maßgeblich von Altersgruppe 1 getrieben, in der die IG um 191,94€ teurer war. Für allen anderen Altersgruppen zeigt sich eine kostengünstigere IG. Statistische Signifikanzen konnten bei keiner Auswertung gezeigt werden. Bei den Rehabilitationskosten ist zu beachten, dass diese nicht von allen beteiligten Krankenkassen geliefert werden konnten.

*Tabelle 102: Rehabilitationskosten nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Gruppenzuordnung | N | Mittelwert in € | Standard-abweichung in € | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | IG | 194 | 340,89 | 1.831,28 | 0,733 |
| | KG | 1065 | 304,71 | 1.251,74 | |
| 1 | IG | 108 | 606,29 | 2.425,83 | 0,218 |
| | KG | 610 | 414,35 | 1.257,85 | |
| 2 | IG | 47 | 0,00 | 0,00 | 0,328 |
| | KG | 280 | 202,19 | 1.411,85 | |
| 3 | IG | 31 | 21,09 | 117,44 | 0,651 |
| | KG | 142 | 99,03 | 952,79 | |
| 4 | IG | 8 | 0,00 | 0,00 | 0,547 |
| | KG | 33 | 32,77 | 150,96 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau
Daten zu Rehabilitationskosten wurden nicht von jeder Krankenkasse geliefert

### 3.4.2.9 Krankentransportkosten

Die Krankentransportkosten werden in Tabelle 103 dargestellt. Für die Gesamtauswertung ist die IG mit durchschnittlich angefallen Kosten von 188,37€ pro KuJ um 59,01€ teurer als die KG (129,36€). Dabei ist der Trend bei den Einzelauswertungen in den Altersgruppen keineswegs eindeutig. So sind die durchschnittlich angefallen Kosten für die IG in Altersgruppen 2 und 3 teurer als die für die KG. In Altersgruppen 1 und 4 zeigt sich ein gegenläufiger Trend mit jeweils günstigeren IGs. Für die Auswertung der Altersgruppe 3 (IG 349,80€ teurer als KG) zeigt sich eine statistische Signifikanz auf dem 5% Niveau.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

*Tabelle 103: Krankentransportkosten nach Altersgruppen*

| Altersgruppe | Gruppenzuordnung | N | Mittelwert in € | Standard-abweichung in € | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Gesamt | IG | 232 | 188,37 | 672,86 | 0,114 |
| | KG | 1160 | 129,36 | 482,30 | |
| 1 | IG | 126 | 107,45 | 309,64 | 0,934 |
| | KG | 630 | 111,34 | 511,15 | |
| 2 | IG | 59 | 154,85 | 358,64 | 0,589 |
| | KG | 295 | 126,44 | 370,07 | |
| 3 | IG | 38 | 538,43 | 1.462,73 | 0,013* |
| | KG | 190 | 188,63 | 562,57 | |
| 4 | IG | 9 | 62,89 | 188,67 | 0,422 |
| | KG | 45 | 150,56 | 312,25 | |

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau

### 3.4.2.10 Kostentreiberanalyse

Eine multiple lineare Regression wurde durchgeführt, um den Einfluss mehrerer erklärender Variablen auf die Gesamtkosten zu untersuchen. Aus den theoretischen Vorüberlegungen ergab sich die Hypothese, dass neben dem Alter auch das Vorhandensein von bestimmten F-Diagnosen eine Rolle spielt. Zunächst wurden zweidimensionale Streudiagramme verwendet, um Zusammenhänge zwischen Variablen näher zu untersuchen.

Um möglichst alle relevanten Variablen in das Modell aufnehmen zu können, wurden neben der intervallskalierten Variable Alter auch nominal skalierte Variablen als unabhängige Variablen in der Regression berücksichtigt. Diese wurden als 0/1 Dummyvariablen codiert. Die betreffenden Variablen sind das Geschlecht der KuJ sowie die Gruppenzuordnung zu IG und KG und die F-Diagnosen. Die F-Diagnosen sind Abbildung 15 zu entnehmen.

Zugunsten einer größeren Übersichtlichkeit wurden bei der Darstellung der Regressionsanalyse in Tabelle 104 bei den F-Diagnosen lediglich die unabhängigen Variablen, die eine statistische Signifikanz aufwiesen, ausgewiesen.

*Tabelle 104: Multivariate lineare Regression zum Einfluss auf die Gesamtkosten*

| Unabhängige Variablen | B (Nicht standardisierte Koeffizienten) | Standard-fehler | B (Standardisierte Regressions-koeffizienten) | T | p-Wert |
|---|---|---|---|---|---|
| Konstante | 961,58 | 1431,71 | | 0,672 | 0,502 |
| Alter in Jahren | -90,10 | 109,64 | -0.023 | -0,822 | 0,411 |
| Geschlecht[a] | -611,71 | 654,35 | -0,024 | -0,935 | 0,350 |
| Gruppen-zuordnung[b] | 596,44 | 869,95 | 0,017 | 0,686 | 0,493 |
| F09[c] | 32.296,48 | 11.601,96 | 0,068 | 2,784 | 0,005** |
| F25[c] | 110.780,38 | 15.711,26 | 0,233 | 7,051 | <0,001** |
| F32[c] | 5.235,02 | 1.152,90 | 0,132 | 4,541 | <0,001** |
| F33[c] | 6.638,17 | 2.657,96 | 0,065 | 2,497 | 0,013* |
| F40[c] | 2.669,19 | 1.083,18 | 0,061 | 2,464 | 0,014* |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| F43 [c] | 1.882,06 | 759,38 | 0,063 | 2,478 | 0,013* |
| F50 [c] | 9.652,10 | 2.281,32 | 0,105 | 4,231 | <0,001** |
| F54 [c] | 11.843,01 | 3.015,54 | 0,099 | 3,927 | <0,001** |
| F60 [c] | 7.718,60 | 2.543,39 | 0,074 | 3,035 | 0,002** |
| F71 [c] | 55.395,10 | 5.999,61 | 0,233 | 9,233 | <0,001** |
| F72 [c] | 26.505,59 | 7.210,59 | 0,112 | 3,676 | <0,001** |
| F82 [c] | 3.244,93 | 870,05 | 0,096 | 3,730 | <0,001** |
| F83 [c] | 2.590,26 | 1.093,51 | 0,063 | 2,369 | 0,018* |
| F84 [c] | 3.614,87 | 1.177,62 | 0,077 | 3,070 | 0,002** |
| F88 [c] | -5.993.89 | 2.674,98 | -0,055 | -2,241 | 0,025* |
| F89 [c] | 2.217,42 | 1.050,48 | 0,055 | 2,111 | 0,035* |
| F90 [c] | 2.106,05 | 699,00 | 0,077 | 3,013 | 0,003** |
| F92 [c] | 4.421,40 | 1.267,42 | 0,088 | 3,488 | <0,001** |
| F93 [c] | 2.179,56 | 718,24 | 0,079 | 3,035 | 0,002** |
| F98 [c] | 1.672,50 | 712,58 | 0,059 | 2,347 | 0,019* |

N=1.392; R2=0,277; angepasstes R2=0,244

akodiert als 0=männlich und 1=weiblich

bkodiert als 0=IG und 1=KG

cDummy Variablen wurden für F-Diagnosen erstellt kodiert als 0=nicht vorhanden und 1=vorhanden

*statistisch signifikant auf dem 5% Niveau; **statistisch signifikant auf dem 1% Niveau

Die Regressionsschätzung kann insgesamt nur einen Teil der Streuung der abhängigen Variablen erklären. Das $R^2$ weist einen Wert von 0,277 auf. Für das korrigierte $R^2$ wird ein Wert von 0,244 ausgewiesen. Hierbei wird auch die Anzahl der erklärenden Variablen berücksichtigt. Da die Kennzahlen $R^2$ und das korrigierte $R^2$ nur pauschale Aussagen über das Regressionsmodell zulassen, wurden die Regressionskoeffizienten der einzelnen erklärenden Variablen näher analysiert.

Die Signifikanz der Regressionskoeffizienten wurde überprüft. Die Signifikanzwerte der Variablen zu F25, F33, F50, F54, F60, F71, F72, F82, F84, F90, F92 und F93 liegen deutlich unter dem geforderten Mindestniveau von $p<0,05$ ($p<0,001$). Die Signifikanzwerte demographischer Faktoren, wie dem Ge-schlecht (0,350) oder dem Alter der Befragten (0,411) liegen hingegen über dem geforderten Mindestniveau von $p<0,05$. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch für die Zuordnung zu Interventions- und Kontrollgruppe, für die der Signifikanzwert mit 0,493 ebenfalls nicht unter dem geforderten Mindestniveau von 0,05 liegt. Dass für eine erklärende Variable ein signifikanter Einfluss festgestellt wird, hängt bei multiplen Regressionsschätzungen vom gesamten Regressionsmodell ab und damit auch von den übrigen eingeschlossenen Prädikatoren.

Im Rahmen der Auswertung wurden standardisierte Koeffizienten (Beta-Koeffizienten) betrachtet, um den Erklärungsgehalt der einzelnen Variablen zu vergleichen. Ein Vergleich der Beta-Koeffizienten deutet darauf hin, dass die Variablen F25 und F71 den größten Beitrag zur Erklärung der Gesamtkosten leisten.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

## 4 Diskussion der Projektergebnisse

Nachfolgend wird zunächst eine zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen vorgenommen. Beschränkt wird sich dabei auf die quantitativen Befunde, d.h. die Beantwortung der Fragestellungen im Hinblick auf a) die KuJ (inhaltliche Effektevaluation) und b) die FKR (inhaltliche Effektevaluation). Im Anschluss daran werden die Befunde für alle Evaluationsteile und Befragtengruppen nochmals differenzierter präsentiert und diskutiert.

**a) Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen im Hinblick auf die KuJ (inhaltliche Effektevaluation):** Im Rahmen der inhaltlichen Effektevaluation wurden unterschiedliche primäre und sekundäre Fragestellungen bei den KuJ untersucht. Hierzu zählen:

> **KuJ-Fr1**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf die psychischen und Verhaltensstörungen bei KuJ aus? (primäre Fragestellung)
>
> **KuJ-Fr2**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei KuJ aus? (sekundäre Fragestellung)
>
> **KuJ-Fr5**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf den Schulabsentismus und die Schulnoten bei KuJ aus? (sekundäre Fragestellung)

**Zusammenfassend** betrachtet zeigt sich hinsichtlich der Beantwortung der Fragestellungen Folgendes: 1. KuJ-Fr1: Die inhaltliche Effektevaluation belegt im Rahmen des multiplen Testens Effekte von DreiFürEins über das Versorgungsende hinaus im Hinblick auf eine Reduzierung der psychischen Auffälligkeiten, Probleme und Störungen von KuJ (Prä-Follow-Up aus Sich der Eltern und Lehrkräfte). In Bezug auf die primäre Fragestellung sind also positive Effekte feststellbar. Gleichzeitig gibt es auch Limitationen (z.B. beim einfachen Testen signifikante Befunde vs. beim multiplen Testen wenige signifikante Befunde im Rahmen des Prä-Post-Designs). 2. KuJ-Fr2: Anders sieht dies bei den sekundären Fragestellungen aus: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der KuJ verbessert sich in der IG im Interventionszeitraum nicht stärker als in der KG. 3. KuJ-Fr5: Hinsichtlich des Schulabsentismus sind weder für die IG noch für die KG signifikante Zeiteffekte erkennbar. Bezogen auf den Umfang des Schulabsentismus gibt es weder in der IG noch in der KG spürbare Verbesserungen. Hinsichtlich der Schulnoten konnte ebenfalls kein signifikanter Interaktionseffekt festgestellt werden. Die Schulnoten verbessern sich in der IG im Interventionszeitraum nicht stärker als in der KG. Unabhängig von den Einzelbefunden erscheint beachtlich, dass es dem Innovationsfondprojekt DreiFürEins gelungen ist, 1. eine hoch problembehaftete, belastete und auffällige Zielgruppe an KuJ sehr frühzeitig zu erreichen, die vom Gesundheitssektor ansonsten schwer angesprochen und versorgt werden kann und 2. Effekte der Intervention kurz- und mittelfristig (Post und Follow-Up) zu erreichen. Dies kann als wegweisender Ansatz in der Früherkennung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen eingeschätzt werden.

**b) Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen im Hinblick auf die FKR (inhaltliche Effektevaluation):** Im Fokus der inhaltlichen Effektevaluation bei den FKR standen folgende, drei sekundäre Fragestellungen:

> **FKR-Fr6**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf die Verbesserung der subjektiven Kooperationsbereitschaft, des Kooperationsverhaltens und der Kooperationszufriedenheit bei den beteiligten Fachkräften aus?


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**FKR-Fr7**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf die Erhöhung der gemeinsamen, sektorübergreifenden Fallbearbeitungszeit und Kooperationsintensität aus?

**FKR-Fr8**: Wie wirkt sich die sektorenübergreifende Versorgung von DreiFürEins auf die Verbesserung der Selbstwirksamkeit und die Reduzierung des Beanspruchungserlebens und Burnout-Risikos bei den beteiligten Fachkräften aus?

**Zusammenfassend** betrachtet zeigt sich hinsichtlich der Beantwortung der sekundären Fragestellungen bei den FKR Folgendes: 1. FKR-Fr6: Während hinsichtlich der *Kooperationsbereitschaft* – bei einem recht hohen Ausgangsniveau – kein signifikanter Interaktionseffekt nachgewiesen werden konnte, ließen sich für das tatsächliche *Kooperationsverhalten* signifikante Interaktionseffekte nachweisen. Ein ähnlicher Befund zeigte sich bei der Kooperationszufriedenheit. Auch hier gab es signifikante Interaktionseffekte. Bei c) der Entwicklung der Kooperationsbereitschaft zeichnen sich hingegen keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ab. 2. FKR-Fr6: Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragung machen ebenfalls darauf aufmerksam, dass sich a) bei der Entwicklung des Umfangs der übergeordneten und fallbezogenen Kooperation sowie b) der gemeinsamen Zeit für die Fallbearbeitung keine Unterschiede zwischen der IG und KG feststellen lassen. 3. FKR-Fr7: Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragung zeigen zudem, dass a) die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte in der IG im Vergleich zur KG nicht stärker verbessert und b) das Beanspruchungserleben in der IG im Vergleich zur KG nicht stärker reduziert werden konnten. Mittels des Innovationsfondsprojektes DreiFürEins ist es also gelungen, im zentralen Zielbereich Kooperation, a) das Kooperationsverhalten zwischen den Sektoren und Professionen zu verbessern und b) die Kooperationszufriedenheit zu erhöhen. Gleichzeitig gibt es Limitationen (Kooperationsbereitschaft, fallübergreifende Kooperation und Fallarbeit, Selbstwirksamkeit und Beanspruchungserleben).

**Gesamteinschätzung vor dem Hintergrund der nachgewiesenen Effekte und Limitationen:**
1. Im Innovationsfondsprojekt DreiFürEins wurden sehr unterschiedliche Endpunkte bei verschiedenen Zielgruppen empirisch geprüft. 2. Die durchgeführten Analysen weisen auf signifikante Verbesserungen bei den Kindern und Jugendlichen sowie den Fachkräften hin. Gleichzeitig werden auch Limitationen des Innovationsfondsprojektes DreiFürEins deutlich. 3. Fokussiert man sich auf die primäre Zielgruppe (KuJ) und den primären Endpunkt (Behandlungserfolg in Bezug auf psychische und Verhaltensstörungen), so belegt die vorliegende Evaluation in der Gesamtbetrachtung einen hohen inhaltlichen Nutzen der neuen Versorgungsform über den Interventionszeitraum hinaus. Für einen nachgewiesenen Nutzen der neuen Versorgungsform spricht auch, dass bei der zentralen, sekundären, Zielgruppe (Fachkräfte) und dem zentralen, sekundärem Endpunkt Kooperation der Fachkräfte (Verbesserung des Kooperationsverhaltens und der Kooperationszufriedenheit), eine Verbesserung im Projektverlauf nachweisbar ist. 4. Die ebenfalls nachgewiesenen Limitationen weisen einerseits auf nicht erreichte Ziele hin. Angesichts der Vielzahl an a) zu erreichenden Endpunkten, b) anvisierten Zielgruppen (u.a. Kinder und Jugendliche, Fachkräfte) und c) beteiligten Sektoren (Schule, Jugendhilfe, Gesundheit) sowie nicht zuletzt der Umsetzung des Projektes unmittelbar in der Coronazeit, sprechen die nachgewiesenen Effekte in der Gesamteinschätzung jedoch für eine hohe Wirksamkeit der neuen Versorgungsform und gleichzeitig für eine notwendige Begrenzung der Ziele der neuen Versorgungsform.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Im Folgenden erfolgt eine Diskussion der verschiedenen Evaluationsteile. Zunächst werden die quantitative Evaluationsergebnisse in Bezug auf die versorgten KuJ präsentiert und diskutiert (4.1). Danach werden quantitative Evaluationsergebnisse der Fachkräftebefragung präsentiert und diskutiert (4.2). Dabei wird sich auf die Wiederholungsbefragten zum ersten und zweiten Messzeitpunkt fokussiert. Abschließend werden Ergebnisse der inhaltlichen Prozessevaluation bei der Steuerungs- und Handlungsebene präsentiert und diskutiert (4.3).

## 4.1 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die versorgten KuJ

### 4.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

**1. In DreiFürEins wurden 490 KuJ sowie ihre Eltern erreicht, wenn auch weniger als geplant.**

Die Evaluation zeigt, dass mit dem Innovationsfondprojekt DreiFürEins insgesamt 490 KuJ mit ihren Eltern erreicht werden konnten. Von den 490 KuJ können 367 (74.9 %) der Interventions- und 123 (25.1 %) der Kontrollgruppe zugeordnet werden, was auf eine leichtere Rekrutierungsmöglichkeit in den IG-ReBBZ hindeutet. Auch wenn die ursprünglich anvisierte Fallzahl damit nicht erreicht werden konnte, liegt eine hinreichende Datenbasis für die inhaltliche Effektevaluation vor. Allerdings unterscheiden sich IG und KG in zentralen Merkmalen voneinander. So unterscheiden sich IG und KG beispielsweise hinsichtlich a) des Alters, b) des Förderbedarfes, c) der anfänglichen psychischen Störungen und Verhaltensstörungen sowie d) des Umfangs und der Motive des Schulabsentismus. Ausschlaggebend hierfür ist u.a., dass durch die vorgegebenen Einzugsbereiche der KJPPP, der ReBBZ/Schulen und Jugendämter keine echte Randomisierung bei den KuJ vorgenommen werden konnte. Zu berücksichtigen ist zudem, dass das Innovationsfondprojekt DreiFürEins in der Coronazeit implementiert und gestartet werden musste und die hohen Fallzahlen insofern als Erfolg zu werten sind[4].

**2. In DreiFürEins konnte eine hoch problembehaftete, belastete und psychisch auffällige Zielgruppe frühzeitig versorgt werden, die ansonsten schwer erreichbar ist.**

*Breite Zielgruppe:* Es ist im Innovationsfondprojekt DreiFürEins gelungen, eine heterogene Zielgruppe von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich a) der Geschlechter, b) der Altersspanne, c) der Staatsangehörigkeiten, d) der Sprachen zu Hause sowie e) der Familiensituationen (Lebensmittelpunkt bei beiden Eltern, nur bei der Mutter, andere Familienformen) zu erreichen.

*Frühzeitige und schwer erreichbare Zielgruppe:* Bemerkenswert sind hinsichtlich der erreichten Zielgruppe darüber hinaus a) der hohe Anteil an Schüler*innen der Grundschule (35,6%) und Förderschulen (24,2%), b) der hohe Anteil an Grundschüler*innen und Sekundarschüler*innen (Sek.-Bereich I) sowie c) der hohe Anteil an Schüler*innen mit einem attestierten

[4] Das Projekt DreiFürEins startete am 01. Februar 2021, die Implementierung der neuen Versorgungsform im August bzw. September 2021. Damit waren sowohl der Projektstart und die darauffolgende Planungs- und Erprobungsphase als auch die Implementierungsphase von der COVID-19-Panademie und Maßnahmen zu ihrer Bewältigung, die insgesamt von Januar 2020 bis April 2023 andauerten, betroffen. Zwar durften nach dem 2. Corona-Lockdown im Winter 2020/21 in einigen Bundesländern ab dem 22. Februar 2021 die Schulen und Kitas teilweise und mit dem neuen Schuljahr im September 2021 alle Schulen wieder öffnen. Jedoch waren sowohl der Schul- (und Kita-)Alltag als auch die Projektarbeit weiterhin durch Maßnahmen zur Bewältigung der Covid-19-Pandemie erschwert. Letzte Schutzmaßnahmen wurden schließlich erst im April 2023 aufgehoben.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

sonderpädagogischen Förderbedarf (38.7 %). Die ermittelten Kidscreen-Werte bei den KuJ im Innovationsfondprojekt DreiFürEins weisen auf eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität der KuJ hin. Die KuJ (IG und KG) wurden außerdem zu ihren Fehltagen in der Schule befragt. Betrachtet man die selbstberichteten Fehltage der KuJ (ohne Krankheit oder Schulausschluss), dann zeigt sich: Knapp die Hälfte der Schüler*innen fehlten der eigenen Einschätzung zufolge in den letzten 12 Wochen entweder gar nicht (31.0 %) oder nur wenige Tage (17.8 % fehlten max. 4 Tage). Die andere Hälfte der KuJ fehlte dafür deutlich häufiger: 14.5% der KuJ fehlten 5 bis 12 Schultage, 10.1 % der KuJ 13 bis 36 Schultage, 3.3% der KuJ 37 bis 48 Schultage und 4.2 % der KuJ fehlten sogar mehr als 48 Schultage alleine in den letzten 12 Wochen.

*Probleme der Zielgruppe:* Ausgangspunkt für die Versorgung im Innovationsfondsprojekt DreiFürEins (Anfrageründe IG) waren häufig a) Lernprobleme (56.2 %), b) psychische Probleme (55.9 %) und c) Verhaltensprobleme (42.9 %) der KuJ. Übereinstimmend dazu gehörten – allerdings auf einem höheren Prozentniveau – a) psychische Probleme (83.3 %), b) Verhaltensprobleme (80.4 %) und Lernprobleme (73.9 %) zu den am häufigsten berichteten Problemlagen der KuJ (IG) im Projektverlauf. In immerhin je einem Fünftel der Fälle lagen außerdem e) Gewalterfahrungen (20.8 %) und f) Schulabsentismus (19.0 %) der KuJ als Problemlagen vor. Dies deutet darauf hin, dass Gewalt- und Absentismuserfahrungen nicht selten als „verdeckte" Problemlagen hinter anderen Anfragegründen stehen.

*Besonders Belastungen der Zielgruppe:* Hinzu kamen besondere Belastungen der KuJ. Zu den besonderen Belastungen der KuJ bzw. Familien gehörten vor allem a) Eheprobleme und Scheidung (32.5 %), b) Migration (23.8 %), c) eine instabile Familiensituation (23.8 %), d) Konflikte mit den Eltern (22.7 %) sowie e) psychische Erkrankungen eines*r Sorgeberechtigten (20.9 %).
*Psychische Auffälligkeiten/Störungen der Zielgruppe:* Bei einem überdurchschnittlichen Anteil der KuJ gab es ferner – auf der Basis von Testergebnissen – klare Hinweise auf psychische Auffälligkeiten/Störungen und Verhaltensstörungen. Anhand des SDQ-Gesamtproblemwerts bei den Eltern konnten in der IG und KG zusammen 73.3 % der Kinder und Jugendlichen als auffällig und 13.9 % als grenzwertig auffällig eingeschätzt werden. Lediglich bei 11.8 % der KuJ lag zumindest der SDQ-Gesamtproblemwert im Normbereich. Ähnliche Befunde ergaben sich beim Einsatz differenzierter Tests (CBCL, YSR, TRF). Anhand des Wertes für die CBCL-Gesamtauffälligkeit (Elterneinschätzung) konnten 71.8 % der KuJ als auffällig, 14.0 % als grenzwertig auffällig und lediglich 14.2 % als unauffällig eingeordnet werden. Zu den häufigsten Diagnosen der Therapeut*innen im Innovationsfondprojekt DreiFürEins bei den versorgten KuJ (IG) gehörten a) emotionale Störungen des Kindesalters (48.9 %, F93.-), b) hyperkinetische Störungen (24.2%, F90.- ), c) depressive Episoden (19.0 %, F32.-) und d) Störungen des Sozialverhaltens (12.9%, F91.-). Eine Entwicklungsstörung wurde bei immerhin 20.2 % der KuJ (IG) festgestellt. Die Angaben der Therapeut*innen zum psychosozialen Funktionsniveau deuten auf eine z.T. nicht unbeträchtliche Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der KuJ im Innovationsfondprojekt DreiFürEins hin. Die SDQ- und CBCL-Befunde sowie die Diagnosen weisen letztlich darauf hin, dass es im Innovationsfondprojekt DreiFürEins gelungen ist, KuJ mit psychischen Auffälligkeiten/Störungen und Verhaltensstörungen zu erreichen.

*Zusammenfassend* betrachtet zeichnet sich die erreichte Zielgruppe im Innovationsfondprojekt DreiFürEins durch 1. eine Kumulation an Problemlagen (v.a. psychische Probleme, Verhaltensprobleme, Lernprobleme), 2. besondere Belastungen (u.a. Eheprobleme/Scheidung der Eltern, Migration, instabile Familiensituation, Konflikte mit Eltern, psychische Erkrankungen


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

der Eltern) sowie 3. psychische Auffälligkeiten/Störungen und Verhaltensstörungen aus. Zusammenfassend betrachtet wurde damit im Innovationsfondprojekt DreiFürEins eine hoch problembehaftete, belastete und auffällige Zielgruppe an KuJ sehr frühzeitig erreicht, die vom Gesundheitssektor ansonsten schwer angesprochen und versorgt werden kann.

**3. In DreiFürEins wurden KuJ und Eltern mit einer hohen Veränderungsbereitschaft, einer hohen Mitwirkungsbereitschaft und einer hohen Therapiemotivation erreicht.**

Die KuJ sowie ihre Eltern gaben in den Befragungen einen hohen Wunsch nach einer Verbesserung der aktuellen Situation, eine hohe Mitwirkungsbereitschaft und eine hohe Therapiemotivation an. Die Eltern zeichneten sich dabei nochmals durch eine besonders hohe Therapiemotivation aus.

**4. In DreiFürEins ist es gelungen, eine gemeinsame Leistungserbringung und enge, sektorenübergreifende Kooperation von KJPPP, ReBBZ/Schulen und Kinder- und Jugendhilfe umzusetzen.**

Das Innovationsfondsprojekt DreiFürEins zeichnete sich in der Praxis durch a) eine gemeinsame Leistungserbringung und b) enge, sektorenübergreifende Kooperation von KJPPP, ReBBZ/Schulen und Kinder- und Jugendhilfe aus.

a) Im Rahmen der gemeinsamen Leistungserbringung boten die KJPPP in den ReBBZ u.a. a) Einzel- und Gruppentermine mit den KuJ, b) Eltern- und Familientermine, c) Termine und Telefonate mit dem Helfersystem, d) musiktherapeutische Einzel- und Gruppentermine sowie e) kunsttherapeutische Einzel- und Gruppentermine an. Die ReBBZ/Schulen boten im Innovationsfondsprojekt DreiFürEins u.a. a) diagnostische Verfahren (z. B. Gespräch, Beobachtungen, Aktenstudium), b) konkrete Förderansätze (z. B. therapeutische Elemente, Hilfen zur Bewältigung von Alltagsproblemen, Lern- und Arbeitstechniken Trainings, Sport) sowie c) konkrete Maßnahmen (z. B. Temporäre Lerngruppe in der Schule/im ReBBZ, Differenzierung im Klassenverband, Einzelbetreuung in akuten Krisen, Stundenweise Einzelförderung, ergänzende Kleingruppen, Praktika) an. Die Jugendämter boten über den ASD a) eine Fachberatung sowie b) Maßnahmen nach §§ 27 bis 35 SGB VIII an. Zu den Leistungen der §§ 27 bis 35 SGB VIII gehören a) die Hilfen zur Erziehung (§ 27), b) die Erziehungsberatung (§ 28), c) die Soziale Gruppenarbeit (§ 29), d) der Erziehungsbeistand/Betreuungshelfer (§ 30), e) die sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31), f) die Erziehung in einer Tagesgruppen (§ 32), g) die Vollzeitpflege (§ 33), h) die Heimerziehung (§ 34) und i) die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35).

b) Die Kooperation zwischen KJPPP, ReBBZ/Schulen und Kinder- und Jugendhilfe wurde im Innovationsfondsprojekt DreiFürEins unter anderem über a) eine projektbezogene Steuerungsgruppe, b) multiprofessionelle Fallkonferenzen, c) regionale Kernteams, d) multiprofessionelle Fortbildungen sowie e) multiprofessionelle Projektveranstaltungen gewährleistet.

**5. Die inhaltliche Evaluation belegt Effekte von DreiFürEins im Hinblick auf eine Reduzierung der psychischen Auffälligkeiten, Probleme und Störungen von KuJ.**

Die inhaltliche Evaluation belegt Effekte des Innovationsfondsprojektes DreiFürEins im Hinblick auf eine Reduzierung der psychischen Auffälligkeiten, Probleme und Störungen von KuJ im Rahmen des einfachen Testens ($p = 0.05$):


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

- *Gesamtproblemwert (SDQ Eltern):* Die statistische Prüfung der Entwicklung des SDQ-Gesamtproblemwert der KuJ verweist bei den Elterneinschätzungen auf einen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit: Der Gesamtproblemwert der KuJ reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten stärker als in der KG.
- *Gesamtproblemwert (SDQ Lehrkräfte):* Die statistische Prüfung der Entwicklung des SDQ-Gesamtproblemwert der KuJ verweist bei den Lehrkräfteeinschätzungen auf einen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit: Der Gesamtproblemwert der KuJ reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten stärker als in der KG.
- *Gesamtauffälligkeit (TRF Lehrkräfte):* Die statistische Prüfung der Entwicklung der TRF-Gesamtauffälligkeit der KuJ verweist bei den Lehrkräfteeinschätzungen auf einen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit: Die Gesamtauffälligkeit der KuJ reduziert sich in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum von sechs Monaten stärker als in der Kontrollgruppe.
- *Funktionsniveau (C-GAF Therapeut*innen):* Die statistische Prüfung der Entwicklung des Funktionsniveaus der KuJ verweist bei den Therapeut*inneneinschätzungen auf einen signifikanten Innersubjekteffekt in der Interventionsgruppe: Das Funktionsniveau der KuJ der IG verbessert sich in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum von sechs Monaten.

Einschränkend ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass beim multiplen Testen ($p = 0.008$) mittels der konservativen Bonferroni-Korrektur lediglich die Entwicklung des SDQ-Gesamtproblemwerts der KuJ bei den Elterneinschätzungen (noch) auf einen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit hinweist. Der Gesamtproblemwert reduziert sich hier in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten stärker als in der KG.

**6. Die inhaltliche Evaluation belegt bei der IG Effekte von DreiFürEins über das Versorgungsende hinaus im Hinblick auf eine Reduzierung der psychischen Auffälligkeiten, Probleme und Störungen von KuJ.**

Die inhaltliche Evaluation belegt im Rahmen des multiplen Testens ($p = 0.013$) bei der IG Effekte von DreiFürEins über das Versorgungsende hinaus im Hinblick auf eine Reduzierung der psychischen Auffälligkeiten, Probleme und Störungen von KuJ:

- *Gesamtproblemwert (SDQ Eltern):* Die statistische Prüfung der Stabilität der Effekte macht bei den Elterneinschätzungen auf einen signifikanten Interventionseffekt aufmerksam: Der Gesamtproblemwert reduziert sich in der IG über den Interventionszeitraum hinweg (Prä-FU).
- *Gesamtauffälligkeit (CBCL Eltern):* Die statistische Prüfung der Stabilität der Effekte macht bei den Elterneinschätzungen auf einen signifikanten Interventionseffekt aufmerksam: Die Gesamtauffälligkeit reduziert sich über den Interventionszeitraum hinweg (Prä-FU).
- *Gesamtproblemwert (SDQ KuJ):* Die statistische Prüfung der Stabilität der Effekte macht bei den Einschätzungen der KuJ auf einen signifikanten Interventionseffekt aufmerksam: Der Gesamtproblemwert reduziert sich in der IG über den Interventionszeitraum hinweg (Prä-FU).


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

- *Gesamtauffälligkeit (YSR KuJ):* Die statistische Prüfung der Stabilität der Effekte macht bei den Einschätzungen der KuJ auf einen signifikanten Interventionseffekt aufmerksam: Die Gesamtauffälligkeit reduziert sich über den Interventionszeitraum hinweg (Prä-FU).

**7. Die Befunde der inhaltlichen Evaluation machen auch auf Limitationen von DreiFürEins aufmerksam**

Die Untersuchungsergebnisse der inhaltlichen Evaluation liefern – neben zahlreichen Wirkungsnachweisen – auch Hinweise für Limitationen des Innovationsfondprojektes DreiFürEins. Dies gilt sowohl im Hinblick auf das Primärziel (Reduzierung psychischer Störungen und Verhaltensstörungen) als auch die Sekundärziele (z. B. gesundheitsbezogene Lebensqualität, Schulabsentismus und Schulnoten)

- *Gesamtauffälligkeit (CBCL Eltern):* Die statistische Prüfung der Entwicklung der CBCL-Gesamtauffälligkeit der KuJ verweist bei den Elterneinschätzungen auf einen nicht signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit: Die Gesamtauffälligkeit der KuJ reduziert sich also in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten nicht signifikant stärker als in der KG, obwohl in der IG eine signifikante Abnahme des mittleren T-Wertes zur Gesamtauffälligkeit feststellbar ist.
- SDQ (KuJ): Die statistische Prüfung der Entwicklung des SDQ-Gesamtproblemwertes der KuJ verweist bei den Selbsteinschätzungen der KuJ auf einen nicht signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit: Der Gesamtproblemwert reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten also nicht signifikant stärker als in der KG, obwohl in der IG eine signifikante Abnahme des Gesamtproblemwerts feststellbar ist.
- YSR (KuJ): Die statistische Prüfung der Entwicklung der YSR-Gesamtauffälligkeit der KuJ verweist bei den Selbsteinschätzungen der KuJ auf einen nicht signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit: Die Gesamtauffälligkeit reduziert sich in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten also nicht signifikant stärker als in der KG, da sowohl in der IG als auch der KG eine signifikante Abnahme des Wertes feststellbar ist.
- *Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Kidscreen Eltern):* Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der KuJ verbessert sich in der IG im Interventionszeitraum nicht stärker als in der KG.
- *Schulabsentismus (Fehltage aus Sicht der Eltern und KuJ):* Hinsichtlich der Fehltage sind weder für die IG noch für die KG signifikante Zeiteffekte erkennbar. Bezogen auf den Umfang des Schulabsentismus gibt es also weder in der IG noch in der KG spürbare Verbesserungen.
- *Schulische Leistungen (Schulnoten):* Hinsichtlich der Schulnoten konnte kein signifikanter Interaktionseffekt festgestellt werden. Die Schulnoten verbessern sich in der IG im Interventionszeitraum nicht stärker als in der KG.

Einschränkend ist zudem nochmals darauf hinzuweisen, dass beim multiplen Testen ($p = 0.008$) des primären Endpunkts mittels der konservativen Bonferroni-Korrektur lediglich die Entwicklung des SDQ-Gesamtproblemwerts der KuJ bei den Elterneinschätzungen (noch) auf einen signifikanten Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit hinweist.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Der Gesamtproblemwert reduziert sich hier in der IG im Interventionszeitraum von sechs Monaten stärker als in der KG.

Für die Limitationen kann es unterschiedliche Ursachen geben. Diese Grenzen können auf methodische Ursachen (z. B. Erfassung unterschiedlicher Perspektiven führt zu verschiedenen Einschätzungen, mangelnde Sensitivität von Globalwerten, geringe Stichprobengröße, Messung langfristiger Effekte in einem zu kurzen Interventionszeitraum, Einsatz der konservativen Bonferroni-Korrektur mit einer höheren Wahrscheinlichkeit echte Effekte zu übersehen) und/oder inhaltliche Ursachen (z. B. im Alltag Fokus auf das Primärziel, zu viele Zielvorstellungen im Hinblick auf die Professionellen und die Zielgruppe) zurückgeführt werden. Sie sollten zumindest bei der Weiterentwicklung von DreiFürEins kritisch diskutiert und berücksichtigt werden.

### 4.1.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der inhaltlichen Effektevaluation werden nachfolgend hinsichtlich a) der Erreichung der Ziele des Innovationsprojektes DreiFürEins, b) der Erreichung der Zielgruppen des Innovationsfondsprojektes DreiFürEins und c) Umsetzung der Besonderheiten des Innovationsfondsprojektes DreiFürEins diskutiert.

*a) Erreichung der Ziele des Innovationsprojektes DreiFürEins:* Die inhaltliche Evaluation verfolgte – angelehnt an die Projektziele von DreiFürEins – drei zentrale Untersuchungsziele: 1. Das primäre Ziel der inhaltlichen Evaluation bestand darin, den Interventionseffekt der sektorenübergreifenden, aufsuchenden Diagnostik, Behandlung und Förderung auf die Reduzierung der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen von KuJ zu untersuchen. 2. Das erste, sekundäre Ziel der inhaltlichen Evaluation bestand darin, den Interventionseffekt der sektorenübergreifenden, aufsuchenden Diagnostik, Behandlung und Förderung auf die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die Reduzierung des Schulabsentismus und die Verbesserung der Schulnoten von KuJ mit klinischem und multimodalem Versorgungsbedarf hin zu untersuchen. Das *zweite, sekundäre Ziel* der inhaltlichen Evaluation bestand darin, den Interventionseffekt der sektorenübergreifenden Versorgung auf die Kooperation, die Selbstwirksamkeit, das Beanspruchungserleben und das Burnout-Risiko der Fachkräfte hin zu untersuchen. Mit der inhaltlichen Effektevaluation können das primäre Ziel und das erste, sekundäre Ziel beantwortet werden (zum zweiten, sekundären Ziel: vgl. die Fachkräftebefragung).

- **Einzelbefunde für das primäre Ziel (Reduzierung der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen):** Die statistischen Befunde der inhaltlichen Effektevaluation deuten darauf hin, dass das Innovationsfondprojekt DreiFürEins zu einer Reduzierung der psychischen Auffälligkeiten, Probleme und Störungen von KuJ beigetragen hat. a) Dafür sprechen – basierend auf den Ergebnissen beim einfachen Testen und fokussiert auf Interaktionseffekte beim IG-KG-Vergleich (Prä-Post) – zum einen 1. die Interaktionseffekte beim SDQ-Gesamtproblemwert (Einschätzung der Eltern und Lehrkräfte) mit einer stärkeren Reduzierung in der IG im Vergleich zur KG, 2. die Interaktionseffekte bei der TRF-Gesamtauffälligkeit (Einschätzung der Lehrkräfte) mit einer stärkeren Reduzierung in der IG im Vergleich zur KG und 3. die Innersubjekteffekte in der IG beim C-GAF-Funktionsniveau (Einschätzung der Therapeut*innen) mit einer Verbesserung des Funktionsniveaus. Beim multiplen Testen zeigt sich jedoch nur noch ein Interaktionseffekt beim SDQ-Gesamtproblemwert aus Sicht der Eltern. b) Für eine entsprechende Zielerreichung bei der Reduzierung der psychischen


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Auffälligkeiten, Probleme und Störungen von KuJ sprechen vor allem aber – basierend auf den Ergebnissen des multiplen Testens – die Effekte von DreiFürEins über das Versorgungsende hinaus (Interventionseffekte): 1. Der SDQ-Gesamtproblemwert reduziert sich in der Einschätzung der Eltern in der IG über den Interventionszeitraum hinweg (Prä-FU). 2. Die CBCL-Gesamtauffälligkeit reduziert sich in der Einschätzung der Eltern ebenfalls über den Interventionszeitraum hinweg (Prä-FU). 3. Der SDQ-Gesamtproblemwert reduziert sich in der Einschätzung der KuJ in der IG über den Interventionszeitraum hinweg (Prä-FU). 4. Die YSR-Gesamtauffälligkeit reduziert sich in der Einschätzung der KuJ über den Interventionszeitraum hinweg (Prä-FU).

- **Limitationen und Einordnungen für das primäre Ziel (Reduzierung der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen):** Ungeachtet deuten sich in der statistischen Analyse auch Limitationen von DreiFürEins an. Dies gilt zum einen beim einfachen Testen für die Entwicklung der Gesamtauffälligkeit in der Fremdeinschätzung der Eltern (CBCL) und der Entwicklung des Gesamtproblemwerts/der Gesamtauffälligkeit in den Selbsteinschätzungen der KuJ (SDQ, YSR). Zum anderen konnte beim multiplen Testen des IG-KG-Vergleiches mittels der konservativen Bonferroni-Korrektur aufgrund des korrigierten p-Wertes lediglich für den SDQ bei den Eltern ein klarer Interaktionseffekt nachgewiesen werden. Allerdings ist auch bei den übrigen Erhebungsinstrumenten in der IG eine signifikante Abnahme der psychischen Störungen und Verhaltensprobleme nachweisbar, die jedoch nicht für einen signifikanten Interaktionseffekt (von Zeitverlauf *und* Gruppenzugehörigkeit) ausreicht. Die Vielzahl an nachgewiesenen Effekten und die erzielten Ergebnisse bei der IG sprechen in der Gesamtbetrachtung für einen deutlichen Nutzen der neuen Versorgungsform. Die nachgewiesenen Effekte basieren zum Teil auf geringen bis mittleren Effektstärken, was angesichts a) der neuen Versorgungsform, b) des komplexen, breit angelegten und kooperativ abzustimmenden Versorgungsanspruchs, c) der Herausforderungen und Kontaktverbote in der Coronazeit, d) der ansonsten schwer erreichbaren und hochgradig problembehaftetem, belasteten und auffälligen Zielgruppe sowie e) des kurzen Interventionszeitraumes (max. sechs Monate) durchaus beachtlich ist.
- **Einzelbefunde und Einordnungen für das erste, sekundäre Ziel (Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die Reduzierung des Schulabsentismus und die Verbesserung der Schulnoten):** Das erste, sekundäre Ziel von DreiFürEins ist – so zumindest die Datenlage – nicht erreicht worden: 1. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist kein Interaktionseffekt sicherbar: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der IG hat sich im Interventionszeitraum nicht stärker verändert als in der KG. 2. Hinsichtlich der Fehltage sind weder für die IG noch für die KG signifikante Zeiteffekte erkennbar: Es gibt weder in der IG noch in der KG spürbare Verbesserungen. 3. Hinsichtlich der Schulnoten konnte kein signifikanter Interaktionseffekt festgestellt werden: Die Schulnoten verbessern sich in der IG im Interventionszeitraum nicht stärker als in der KG. Für die Nichterreichung des sekundären Ziels gibt es unterschiedlichste Erklärungen. Mögliche Erklärungen sind unter anderem, dass a) der Umfang und die Heterogenität der Unterziele in DreiFürEins unrealistisch war und eine strukturelle Überlastung für das Projekt und die beteiligten Fachkräfte bedeutete, b) die Fachkräfte im Arbeitsalltag zu Recht eine Priorität auf den Handlungsdruck der Betroffenen (psychische Probleme, Belastungen und Auffälligkeiten) und das Primärziel des Innovationsfondsprojektes (Verringerung der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen) gelegt haben, c) die eingesetzten Erhebungsinstrumente zum Teil von DreiFürEins weit entfernte Inhalte und Skalen mitberücksichtigt haben


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

(z. B. wird bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auch das körperliche Wohlbefinden mit erfasst), d) der Interventions- und Evaluationszeitraum mit sechs Monaten für Screening, Diagnostik, Intervention, Evaluation, Fallkonferenzen und Ferien relativ kurz bemessen war (gerade für manifeste gesundheitsbezogene und schulische Probleme) und e) sich mögliche Effekte der Reduzierung der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen auf andere Lebensbereiche (z. B. Gesundheit und Schule) und Ziele (z. B. gesundheitsbezogene Lebensqualität, Schulabsentismus, Schulnoten) erst verzögert mittel-bis langfristig zeigen (z. B. lagen zum zweiten Evaluationszeitpunkt keine neuen Noten und Zeugnisse vor).

*Erreichung der anvisierten Zielgruppen und Fachkräfte des Innovationsfondsprojektes DreiFürEins:* Die angestrebte, primäre Zielgruppe in DreiFürEins waren KuJ im Alter von 4 bis 17 Jahren, die a) klinische kinder- und jugendpsychiatrische Symptome aufweisen, b) einen multimodalen Versorgungsbedarf an der Schnittstelle von KJPPP, Schule und JH haben und c) in der Regelversorgung nicht erreicht oder behandelt werden (unmittelbares Versorgungsziel). Auf der Basis der Untersuchungsergebnisse kann geschlussfolgert werden, dass es gelungen ist, KuJ im Alter von 5 bis 17 Jahre (mittleres Alter der IG: 10.63 Jahre) zu erreichen, die a) vielfach psychische Probleme und Auffälligkeiten aufwiesen (SDQ sowie CBCL/YSR/TRF), b) komplexe Problemlagen mit Bezügen zu allen zwei bis drei Sektoren hatten (z. B. psychische Probleme, Verhaltensprobleme, Lernprobleme, Förderbedarf, Gewalt und Absentismuserfahrungen, familiäres Umfeld, Anspruch auf Hilfen zur Erziehung) und c) bisher im Regelsystem der KJPPP nicht versorgt worden sind (Zugangsvoraussetzung). Als sekundäre Zielgruppen des Innovationsfondsprojektes DreiFürEins galten a) die Fachkräfte zwischen in KJPPP, Schule/ReBBZ und Kinder und Jugendhilfe (Jugendamt), um die verbindliche, multiprofessionelle Kooperation zu verbessern sowie b) die Eltern bzw. Sorgeberechtigten, um auch eine gezielte Unterstützung der Eltern/Sorgeberechtigten in der Erziehungskompetenz zu ermöglichen. Im Rahmen des Innovationsfondsprojektes DreiFürEins ist es ohne Zweifel gelungen, die Kooperation zwischen den Fachkräften von KJPPP, Schule/ReBBZ und Kinder und Jugendhilfe (Jugendamt) zu verbessern (vgl. auch die Fachkräftebefragung). Gleichzeitig deuten die Befragungsergebnisse möglicherweise darauf hin, dass die Beteiligung und Mitwirkung der Kinder- und Jugendhilfe zum Teil noch ausbaufähig ist.

*Erfolgreiche Umsetzung der Besonderheiten des Innovationsfondsprojektes DreiFürEins:* Das Innovationsfondsprojekt DreiFürEins sollte drei Besonderheiten aufweisen: 1. ein Screening für Alle und Feindiagnostik für Risikofälle, 2. eine multiprofessionelle Kooperation in der Versorgung sowie 3. eine niedrigschwellige, aufsuchende Versorgung vor Ort. Zu 1. Aus Sicht der inhaltlichen Evaluation ist es gelungen, ein Screening für alle Fälle (mittels SDQ) und eine Feindiagnostik für „auffällige“ KuJ (u.a. mittels CBCL/YSR/TRF) umzusetzen. Geprüft werden muss bei einer Weiterentwicklung von DreiFürEins wieviel Testaufwand den Fachkräften und KuJ sowie ihren Eltern zugemutet werden kann und soll. Zu 2. Die multiprofessionelle Kooperation zwischen KJPP, Schule/ReBBZ und Kinder- und Jugendhilfe in der Versorgung wurde – jenseits der Vor-Ort-Präsenz der KJPPP in den ReBBZ – über eine Steuerungsgruppe, multiprofessionelle Fallkonferenzen, regionale Kernteams sowie multiprofessionelle Fortbildungen, Supervision und Veranstaltungen gewährleistet. Anhand der Evaluationsergebnisse deutet sich an, dass die systematische Beteiligung und Mitwirkung der Kinder- und Jugendhilfe unter Umständen noch verbessert werden kann. zu 3. Durch das Innovationsfondsprojekt DreiFürEins ist es gelungen, problemhaftete, belastete und auffällige KuJ frühzeitig (z. B. Grundschule) und am Ort Schule (ReBBZ) zu erreichen. Als vorteilhaft erwiesen sich hierfür aus Sicht des


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Evaluationsteams 1. die Nutzung der Expertise, Zugänge und Einrichtungen der Regionalen Bildungs- und Beratungsstellen in Hamburg (ReBBZ), 2. die Präsenz der Therapeut*innen der KJPPP in den ReBBZ sowie 3. die flexible Bereitstellung von Leistungen durch KJPPP, ReBBZ/Schule und Kinder- und Jugendhilfe.

### 4.1.3 Limitationen

Mit der vorliegenden, inhaltlichen Effektevaluation liegen fundierte, empirische Befunde zu einem komplexen und anspruchsvollen Innovationsfondprojekt mit a) vielfältigen Primär- und Sekundärzielen, b) unterschiedlichen Zielgruppen (Eltern, KuJ, Lehrkräfte, Therapeuten, weitere Fachkräfte) und Sektoren/Organisationen (KJPPP, ReBBZ/Schulen, Kinder- und Jugendhilfe, Krankenkassen) vor. Ungeachtet dessen ist auf einige Limitationen der Daten aufmerksam zu machen:

- *Initiale Unterschiede zwischen IG und KG:* Die IG und KG weisen im Innovationsfondprojekt DreiFürEins hinsichtlich zentraler Merkmale Unterschiede auf. Ursächlich hierfür sind zum einen die feststehenden und unterschiedlichen Einzugs- bzw. Versorgungsbereiche von KJPPP, ReBBZ/Schulen und Kinder- und Jugendhilfe. Zum anderen gestaltete sich die Rekrutierung in der IG leichter als in der KG. Die Unterschiede konnten nur begrenzt statistisch kontrolliert werden.
- *Verschiedene Befragtengruppen – verschiedene Einschätzungen:* Im Rahmen der inhaltlichen Evaluation wurden verschiedene Akteursgruppen einbezogen und befragt. Hierzu gehören Eltern, KuJ, Lehrkräfte, Therapeuten und weitere Fachkräfte in den verschiedenen Sektoren. Dieser multiperspektivische Ansatz führt zwangsläufig auch zu unterschiedlichen Einschätzungen. Ausschlaggebend hierfür sind u.a. Unterschiede im Alter, in den Perspektiven, Wahrnehmungen und Zuschreibungen, in der Bewertungs- und Reflexionskompetenz, im Handlungsdruck und der Verantwortung für die Problemlösung. Verschiedene Einschätzungen der Befragten sind insofern kein Hinweis auf grundsätzliche Fehler oder Probleme in der Umsetzung des Innovationsfondsprojektes DreiFürEins, sondern eher ein Abbild der komplexen, sozialen Wirklichkeit. Hinzu kommt, dass zum Teil die Stichproben der Vergleichsgruppen unterschiedlich groß sind, was sich auf die Prüfung der statistischen Signifikanz auswirkt. So wurden beispielsweise die KuJ erst ab einem Alter von 11 Jahren befragt, was zu einer deutlichen Verkleinerung der Vergleichsgruppe geführt hat.
- *Fremd- und Selbsteinschätzungen:* Im Rahmen der inhaltlichen Evaluation wurden sowohl Selbst- als auch Fremdeinschätzungen erhoben (z. B. SDQ, CBCL/YSR/TRF, Schulabsentismus, FBB). Dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass Selbsteinschätzungen auch durch sozial erwünschte Antworten beeinflusst worden sind (z. B. zum Funktionsniveau, zur Reduzierung von Auffälligkeiten, zum Behandlungserfolg). Gleichzeitig kann nicht per se angenommen werden, dass Fremdeinschätzungen zuverlässigere Aussagen zu einem Thema ermöglichen, da hierfür Erfahrungen oder Detailwissen fehlen (z. B. zum Umfang der psychischen Auffälligkeiten, zum Umfang des Schulabsentismus, zu den schulischen Leistungen). Über den Mix an Fremd- und Selbsteinschätzungen wurde in der inhaltlichen Evaluation versucht, ein vollständigeres Bild zu ermitteln.
- *Verschiedene Erhebungsinstrumente – verschiedene Befunde und Effekte*: Für die Beantwortung der Fragestellungen des Gesamtprojektes und der inhaltlichen Evaluation wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt. Dies führt zum Teil dazu, dass bei


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

deskriptiven Beschreibungen, längsschnittlichen Betrachtungen oder Interaktionseffekten zum Teil unterschiedliche Ergebnisse zum gleichen Thema bestehen (z. B. SDQ vs. CBCL/YSR/TRF). Mögliche Ursachen hierfür sind unterschiedliche Ziele, Altersgruppen, Umfänge, Dimensionen und Sensitivitäten der Erhebungsinstrumente, aber auch Unterschiede in den Stichprobengrößen, Missings und Abbrüchen der durchgeführten Befragungen und Tests sein.

- *Zum Teil kleine Stichproben:* Für noch anspruchsvollere Analysen (z. B. Längsschnittanalysen, Subgruppenvergleiche) wären zumindest zum Teil noch größere Stichproben notwendig als sie im Innovationsfondprojekt DreiFürEins vorlagen. Begrenzungen für größere Stichproben gab es im Projekt u.a. durch a) die vielfältigen Kontaktbarrieren und Hindernisse in der Coronazeit, b) den personellen Aufwand für die Behandlung und Förderung der KuJ sowie ihrer Eltern, c) die anforderungsreiche Rekrutierung von KuJ sowie ihren Familien in der IG und vor allem der KG (Einverständniserklärungen, Datenschutzvereinbarungen, Behandlungsvertrag), d) die Freiwilligkeit der Teilnahme an allen Befragungen (und damit die Inkaufnahme von Abbrüchen von Behandlungen), e) die aufwändige Beantwortung von Fragebögen und Tests durch die KuJ und ihre Eltern, f) die aufwändige Dateneingabe durch die ReBBZ/Schulen sowie die Therapeut*innen sowie g) fehlende Werte (Missings).
- *Verschiedene Ergebnisse beim einfachen Testen und multiplen Testen:* Die Untersuchungsergebnisse weisen – erwartungsgemäß – auf unterschiedliche Befunde beim einfachen und multiplen Testen hin. Aufgrund der sehr konservativen Korrektur beim multiplen Testen (Bonferroni-Korrektur) zeigen sich dort zum Teil seltener signifikante Befunde. In der Berichtsdarstellung wurden für den primären Endpunkt sowohl die Befunde für das einfache Testen als auch das multiple Testen berichtet.

## 4.2 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die beteiligten Fachkräfte

Im Hinblick auf die Befragung der beteiligten Fachkräfte liegen zwei unterschiedliche Datensätze für die Auswertung vor: Der erste Datensatz umfasst diejenigen Fachkräfte, die von Beginn an am Projekt DreiFürEins beteiligt waren und sich an beiden Messzeitpunkten an der Befragung beteiligt haben (Wiederholungsbefragte). Für diesen Datensatz mit einer kleineren Stichprobe sind „echte“ Längsschnittaussagen möglich sowie Interaktionseffekte überprüfbar. Der zweite Datensatz umfasst hingegen alle Befragten, die sich am ersten oder zweiten Messzeitpunkt an der Befragung beteiligt haben. In der folgenden Ergebnisdarstellung wird sich auf die Ergebnisse bei den Wiederholungsbefragten fokussiert, um fundierte Aussagen über die Effekte von DreiFürEins zu ermöglichen.

### 4.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

**1. Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragungen zeigen: Im Projekt DreiFürEins wurden Fachkräfte aus unterschiedlichen Sektoren und Professionen erreicht.**

Die Befragungsergebnisse weisen darauf hin, dass unterschiedliche Sektoren/Abteilungen (vor allem KJPPP und Schule, Bildungsabteilung, Beratungsabteilung) und Professionen (Sonderpädagog*innen, Allgemeinpädagog*innen, Sozialpädagog*innen/Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Therapeut*innen) mit dem Innovationsfondsprojekt DreiFürEins erreicht worden sind.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**2. Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragungen zeigen: Durch das Projekt DreiFürEins wurde das Kooperationsverhalten und die Kooperationszufriedenheit der Fachkräfte in der IG im Vergleich zur KG stärker verbessert. Keine entsprechenden Effekte gab es hingegen bei der Kooperationsbereitschaft, des Kooperationsumfangs sowie der Selbstwirksamkeit und dem Beanspruchungserleben.**

Ein erstes Kooperationsziel von DreiFürEins bestand darin (FKR-6), dass sich die subjektive Kooperationsbereitschaft, das Kooperationsverhalten und die Kooperationszufriedenheit bei den Fachkräften in der IG innerhalb von zwei Jahren stärker verbessern als in der KG. Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragung zeigen: a) Hinsichtlich der *Kooperationsbereitschaft* konnte kein signifikanter Interaktionseffekt nachgewiesen werden kann, vermutlich weil sowohl in der IG als auch der KG frühzeitig eine hohe Kooperationsbereitschaft bestand. b) Hinsichtlich des *Kooperationsverhaltens* konnten hingegen für die drei Skalen „Soziale Integration im multiprofessionellen Team", „Multiprofessionelle Aktivitäten" und „Zeitstrukturen für multiprofessionelle Kooperation" signifikante Interaktionseffekte nachgewiesen werden: Die durchschnittliche Zustimmung zu den drei Skalen verstärkte sich in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum von zwei Jahren stärker als in der Kontrollgruppe und in erwartungsgemäßer Richtung. c) Hinsichtlich der *Kooperationszufriedenheit* zeichnen sich für die beiden Skalen „Emotionale Entlastung" und „Fachlicher Nutzen" signifikante Interaktionseffekte ab. Die Zustimmung zu den beiden Skalen verstärkt sich also in der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum von zwei Jahren stärker als in der Kontrollgruppe. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Befunde der Fachkräftebefragung darauf hinweist, dass es mittels des Innovationsfondsprojektes DreiFürEins nachweisbar gelungen ist, das Kooperationsverhalten zwischen den Sektoren und Professionen zu verbessern (soziale Integration im multiprofessionellen Team, multiprofessionelle Aktivitäten und „Zeitstrukturen für multiprofessionelle Kooperation) und die konkrete Kooperationszufriedenheit zu erhöhen (emotionale Entlastung, fachlicher Nutzen). Bei der Entwicklung der Kooperationsbereitschaft zeichnen sich hingegen keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ab.

**3. Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragungen zeigen: Durch das Projekt DreiFürEins wurde der Kooperationsumfang der Fachkräfte in der IG im Vergleich zur KG nicht stärker verbessert.**

Ein zweites Kooperationsziel von DreiFürEins bestand darin (FKR-7), dass sich die gemeinsame, sektorübergreifende Fallbearbeitungszeit und Kooperationsintensität bei den Fachkräften in der IG innerhalb von zwei Jahren stärker verbessern als in der KG. Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragung zeigen, dass sich bei der Entwicklung des Umfangs der übergeordneten und fallbezogenen Kooperation sowie der gemeinsamen Zeit für die Fallbearbeitung keine Unterschiede zwischen der IG und KG sichern lassen.

**4. Die Ergebnisse der Wiederholungsbefragungen zeigen: Durch das Projekt DreiFürEins wurde die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte in der IG im Vergleich zur KG nicht stärker verbessert und das Beanspruchungserleben in der IG im Vergleich zur KG nicht stärker reduziert.**

Ein drittes Kooperationsziel von DreiFürEins bestand darin (FKR-8), dass sich innerhalb von zwei Jahren die Selbstwirksamkeit in der IG stärker verbessert und sich das Beanspruchungserleben und Burnout-Risiko stärker reduzieren als bei den Fachkräften in der KG. Die Analyse konnte letztlich keinen Effekt von DreiFürEins auf 1. die berufliche Selbstwirksamkeit, 2. die kollektive Selbstwirksamkeit, 3. die Belastung emotionale Erschöpfung, 4. die berufliche


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Effektivität und 5. den Zynismus im Befragungszeitraum im Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nachweisen.

### 4.2.2 Diskussion der Ergebnisse

Das Innovationsfondsprojekt DreiFürEins sah als Leitidee eine sektorenübergreifend-gemeinsame Diagnostik, Behandlung und Förderung von KuJ vor. Hierzu war im Projekt eine multiprofessionelle Kooperation zwischen KJPPP, ReBBZ/Schule und Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt) verpflichtend vorgesehen. Die Kooperation wurde in der Praxis über entsprechende Strukturen und Settings, wie gemeinsame Fallkonferenzen, regionale Fallteams, Fortbildungen, Supervisionen und Veranstaltungen unterstützt.

## 4.3 Diskussion der Ergebnisse der Prozessevaluation

### 4.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse auf Steuerungsebene

Die folgende Darstellung fasst wesentliche Erkenntnisse der qualitativen Befragungen der Steuerungsebene zusammen. Insgesamt fällt eine große Heterogenität in den Aussagen der Steuerungsebene auf, die sich teilweise in einer Vielfalt von Einzelaussagen widerspiegelt. Eingegangen wird in der folgenden Darstellung nacheinander auf Bewertungen a) der Bedarfe, der Erwartungen und der Implementierung von DreiFürEins, b) der Rahmenbedingungen von DreiFürEins, c) der Steuerung von DreiFürEins, d) der Umsetzung von DreiFürEins, e) der förderlichen Faktoren und Gelingensbedingungen, f) der hinderlichen Faktoren und Herausforderungen, g) des Umgangs mit den Herausforderungen sowie h) der Wirkungen von DreiFürEins.

**a) Zusammenfassung zu den Bewertungen der Bedarfe, der Erwartungen und der Implementierung von DreiFürEins**

Befragte der Steuerungsebene thematisieren vielfältige **Bedarfe** und Ausgangsbedingungen für DreiFürEins. Argumentiert wird mit 1. gestiegenen Unterstützungsbedarfen der Kinder und Jugendlichen (z. B. Zunahme psychischer Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten), 2. Zugangsbarrieren zu Unterstützungsleistungen (z. B. lange Wartezeiten für Therapieplätze), 3. einer Versäulung von Leistungsbereichen (z. B. fehlende Kommunikation, Doppelstrukturen), 4. einem fehlenden Wissen und Erfahrungen mit Kooperation (z. B. fehlende Kenntnisse übereinander, unzureichende Thematisierung von Kooperation in der Ausbildung), 5. vorhandenen Kooperationsstrukturen (z. B. vorhandene Projekte und Austauschformate, persönliche Kontakte) sowie 6. standortspezifischen Besonderheiten (z. B. enge Vernetzung von Schulen, Verwaltungsstrukturen).

Aus den Antworten der Befragten der Steuerungsebene deuten sich zum einen hohe und zum anderen heterogene **Erwartungen** an DreiFürEins an. Die Befragten erwarten beispielsweise übereinstimmend von DreiFürEins in hohem Maße 1. eine verbesserte Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Familien (z. B. erreichen schwer-erreichbarer Familien), 2. ein Zusammenführen der Sektoren (z. B. Synergien herstellen, Versäulung überwinden) und 3. eine Entlastung von Schulen und Lehrkräften. Gleichzeitig befürchten Befragte 1. eine Hochschwelligkeit des Angebots (z. B. durch umfangreiche Teilnahmeerklärungen), 2. eine Vermischung von Schule und Therapie, 3. einen zu kurzen Zeitraum der therapeutischen Versorgung sowie 4. einen hohen Arbeitsaufwand für die Fachkräfte.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Übereinstimmend bewerten die Befragten in den qualitativen Erhebungen die **Idee und die Besonderheit von DreiFürEins** als positiv. Positiv werden darüber hinaus auch die **Konzipierung** von DreiFürEins, die Fokussierung auf ein gemeinsames Ziel, die Kooperation und die Begleitung der Konzipierung, eine gegenseitige Ergänzung und eine unkomplizierte Projektentwicklung hervorgehoben. Gleichzeitig wird die **Implementierung** von DreiFürEins in Hamburg deutlich kritisiert. Zum einen kam es anfänglich zu Fehleinschätzungen und unkonkreten Formulierungen (z. B. zu offene Leistungsbeschreibungen, Fehlkalkulation der Fallzahlen) und es fehlten grundlegende Kenntnisse übereinander sowie eine Einigkeit über die Ziele, Zielgruppen und Fachsprachen. Zum anderen wird die Implementierung hinsichtlich zahlreicher Punkte kritisiert. Die Kritikpunkte zielen auf 1. Schwierigkeiten bei der Einbindung des Jugendamtes (zu späte Beteiligung, begrenzte Ressourcen), 2. einen hohen Klärungs- und Absprachebedarf, 3. eine Verschiebung des Projektbeginns, 4. Schwierigkeiten die Zielgruppe und die Kontroll-ReBBZ zu erreichen, 5. eine Diskrepanz zwischen konzeptionellen Vorgaben und praktischen Umsetzungsmöglichkeiten sowie 6. einen hohen Zeitaufwand für die Bekanntmachung von DreiFürEins.

**b) Zusammenfassung zur Bewertung der Rahmenbedingungen von DreiFürEins**

Zu den Rahmenbedingungen von DreiFürEins wurden folgende Befunde ermittelt: 1. Die zusätzliche **personelle Ressource** der Therapeut*innen sowie der Stellenanteil für die Koordinator*innen werden von vielen Befragten sehr positiv hervorgehoben und gewürdigt. Gleichzeitig monieren Befragte, dass das Jugendamt keine zusätzliche personelle Ressource für DreiFürEins erhalten habe. 2. Hinsichtlich der **personellen Rahmenbedingungen** werden zudem eine hohe Personalfluktuation, begrenzte personelle Ressourcen, das Fehlen von Verwaltungskräften und Dolmetscher*innen sowie Schwierigkeiten bei der Besetzung von Stellen bemängelt. 3. In Bezug auf die **organisatorischen Rahmenbedingungen** heben Befragte einerseits die Sinnhaftigkeit der Evaluation und der Dokumentation von DreiFürEins hervor. Andererseits kritisieren sie jedoch eine Hochschwelligkeit der Datenerhebung, einen hohen Zeitaufwand, einen hohen Fallzahlendruck, ein ungeeignetes digitales Erhebungsinstrument, ein herausforderndes Zusammenführen unterschiedlicher Dokumentationssysteme, ein Gefühl der Reglementierung und datenschutzrechtliche Beschränkungen (z. B. bei Protokollen). 4. Die **kooperativen Rahmenbedingungen** von DreiFürEins können – den qualitativen Erhebungen auf Steuerungsebene zufolge – überwiegend als gut eingeschätzt werden. Mehrheitlich honorieren die Befragten feststehende, regelmäßige Termine (z. B. für multiprofessionelle Fallkonferenzen, regionale Kernteams, Konsortialtreffen, Lenkungsgruppe), eine hohe Verbindlichkeit, einen klaren Ablauf und einen hilfreichen Austausch. Gleichzeitig bemängeln Befragte jedoch auch einen großen zeitlichen Aufwand und eine hohe Anzahl an Gremien. 5. An den **datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen** schätzen die Befragte insbesondere die institutionalisierte Schweigepflichtsentbindung (vereinfachter Austausch, rechtliche Absicherung). Gleichzeitig problematisieren Befragte einen hohen Zeitaufwand für datenschutzrechtliche Fragen, unterschiedliche rechtliche Vorgaben, technische Schwierigkeiten, eine Sensibilität gegenüber therapeutischen Inhalten und Vorbehalte von Familien gegenüber dem Datenaustausch. 6. Hinsichtlich der **supportbezogenen Rahmenbedingungen** können die Fachkräfte auf vielfältige Unterstützungsangebote zurückgreifen (z. B. regelmäßige Treffen, Sprechstunden, Sondersitzungen, interne Austausch-Formate). Die Befragten der Steuerungsebene betonen die hohe Relevanz von Supervision, Fortbildung und Umsetzungshilfen, bemängeln


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

jedoch gleichzeitig eine zu seltene bzw. zu späte Umsetzung entsprechender Angebote, einen hohen Zeitaufwand sowie eine personenabhängige Unterstützung durch Leitungskräfte.

**c) Zusammenfassung zur Bewertung der Steuerung von DreiFürEins**

Die Steuerung von DreiFürEins wird in den qualitativen Erhebungen der Steuerungsebene unterschiedlich bewertet. 1. Als zentral und hilfreich für die **Projektsteuerung** schätzen die Befragten eindeutige Ansprechpersonen auf unterschiedlichen Ebenen, eine projektübergreifende Metaebene (Projektleitung, Lenkungsgruppe) sowie die Koordinationsstellen in den ReBBZ. 2. Die Befragten berichten zudem von zahlreichen, erfolgreichen **Nachsteuerungen** von Projektprozessen (z. B. Reduktion der Fallzahlen, Anpassung von Zielgruppe und Ausschlusskriterien, Krisen- und Sondersitzungen bei Schwierigkeiten auf der Umsetzungsebene). 3. Hinsichtlich der **Steuerung der Umsetzung der neuen Versorgungsform** verweisen die Befragten auf die Einführung komplexer Kommunikationsstrukturen und Unterstützungsangebote, bemängeln jedoch gleichzeitig unzureichende Kenntnisse der Steuerungsebene über Arbeitsprozesse auf Umsetzungsebene, „Top-Down-Prozesse“ und Kommunikationsschwierigkeiten, eine unzureichende Beteiligung der Umsetzungsebene bei Projektentscheidungen, eine Informations-Asymmetrie (ReBBZ zuerst informiert) sowie begrenzte Steuerungsmöglichkeit und eine hohe Autonomie der Sektoren über interne Arbeitsprozesse. 4. Die **Mitarbeiterführung auf der Umsetzungsebene** bewerten die Befragten überwiegend positiv und honorieren das Engagement und die interne Kommunikation von Leitungskräften sowie den Mut und die Gestaltungsspielräume bei der Umsetzung von Projektvorgaben. Gleichzeitig kritisieren Befragte jedoch einen hohen Zeitaufwand (z. B. für die interne Bekanntmachung von DreiFürEins, Überzeugung und Motivation der Fachkräfte), Unsicherheiten und einen hohen Druck die Projektvorgaben zu erfüllen sowie Unterschiede zwischen Sektoren (z. B. personenabhängiges Engagement).

**d) Zusammenfassung zur Bewertung der Umsetzung von DreiFürEins**

Hinsichtlich der **Fallsteuerung und Versorgung** wird anhand der Interviews mit der Steuerungsebene eine Ambivalenz in den Bewertungen deutlich. 1. Der Zugang zu DreiFürEins sei überwiegend über Schulen erfolgt, was von einem Teil der Befragten kritisch bewertet wird (aufgrund einer Hochschwelligkeit für Familien, einem Ungleichgewicht in der Einsteuerung, einer Vermischung des schulischen und therapeutischen Settings). 2. Das Fallmanagement und die eindeutigen Ein- und Ausschlusskriterien werden von den Befragten einerseits geschätzt, jedoch andererseits auch einzelne Punkte bemängelt (z. B. Fallzahlendruck und großzügige Auslegung der Einschlusskriterien, zu enge Ausschlusskriterien, Entscheidungshoheit der ReBBZ über Screening). 3. In Bezug auf die Versorgung und Fallarbeit fallen die Bewertungen eher positiv aus (z. B. Synergieeffekte, höhere Wirksamkeit, erleichterter Zugang zu Informationen); es gibt jedoch auch vereinzelt Kritik (z. B. Unsicherheiten bei besonderen Fällen, Übergriffigkeit von Jugendlichen und Isolation vor Ort, unzureichende Einbindung von Schulen). 4. Hinsichtlich der Fallzuständigkeit des Jugendamtes beschreiben die Befragten unterschiedliche Lösungen der Bezirke (bedarfsorientierte Fallzuständigkeit vs. automatische Zuständigkeit für alle DreiFürEins-Fälle). Es fällt auf, dass Mitarbeitende des Jugendamtes zum Teil den hohen Arbeitsaufwand hinterfragen und sich nur für „echte Jugendhilfefälle“ zuständig sehen. 5. Auch das Ende der Versorgung bewerten die Befragten ambivalent. Einerseits werden das hohe Engagement der Fachkräfte bei der Suche nach einer Anschlussversorgung


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

geschätzt, andererseits jedoch die begrenzte Laufzeit, der damit verbundene Beziehungsabbruch sowie Abwesenheiten von Kindern und Jugendlichen kritisiert.

Die Klarheit der **Rollen und Aufgaben** der an DreiFürEins Beteiligten wird zum Teil als gut und ausreichend flexibel in der Ausgestaltung beschrieben. Dessen ungeachtet äußern die Befragten auch Kritik. Bemängelt werden unter anderem 1. ein hoher Zeitaufwand zur Rollenklärung, 2. eine erforderliche Sensibilität bei der gleichberechtigten Verteilung von Aufgaben, 3. eine Ambivalenz aus Autonomie, Abgrenzung und Erwartungen und 4. eine erneute Rollenklärung bei Personalwechseln. Darüber hinaus gehen die Befragten auf spezifische Rollen und Aufgaben der Konsortial- und Kooperationspartner in DreiFürEins ein. Die „unverzichtbare“ Aufgabe der KJPPP sei vor allem das Einbringen einer therapeutischen Perspektive sowie weiterer therapeutischer Angebote gewesen, während die Befragten das ReBBZ als „tragende Säule“ mit den Hauptaufgaben Koordination und Datenerhebung beschreiben. Es fällt auf, dass die Rolle des Jugendamtes innerhalb von DreiFürEins geringer eingeschätzt wird, gleichzeitig jedoch das Einbringen einer pädagogischen Perspektive und die Zuständigkeit bei Kindeswohlgefährdung als sehr bedeutsam bewertet werden. Die Befragten bezeichnen die BSB und insbesondere die Projektleitung als zentrale „Schnittstelle“, welche unter anderem für die Konzeption von DreiFürEins, die Begleitung der Umsetzungsebene sowie die Finanzierung von Personalanteilen zuständig gewesen sei. Die Krankenkassen hingegen seien vor allem für Fragen der Finanzierung von DreiFürEins sowie die übergeordnete Steuerung im Konsortium verantwortlich gewesen, wobei die Konsortialführung der TK als „Antragsteller“ besonders hervorgehoben wird. Die Befragten schätzen zudem sehr das Vorhandensein von Doppelrollen auf Umsetzungs- und Steuerungsebene (z. B. erhöhtes Verständnis für die praktische Umsetzung).

Im Hinblick auf das Thema **Hierarchien** werden unterschiedliche Einschätzungen der Befragten deutlich. 1. Auf Steuerungsebene verweisen die Aussagen der Befragten einerseits auf eine Gleichberechtigung in der Zusammenarbeit (z. B. wertschätzende und offene Kommunikation, gemeinsame Ziele, solidarische Projektentscheidungen). Andererseits werden in den Interviews auch hierarchiebedingte Schwierigkeiten angesprochen (z. B. systembedingte Hierarchien und Machtunterschiede, Unterschiede bei Ressourcen, fehlende alleinige Entscheidungshoheit, medizinische Orientierung). 2. Darüber hinaus beschreiben die Befragten eine grundsätzliche Hierarchie zwischen Umsetzungs- und Steuerungsebene und kritisieren daran unter anderem eine Distanz und fehlende Kenntnisse der verschiedenen Hierarchieebenen übereinander (z. B. mangelnde Beteiligung der Umsetzungsebene, unzureichende Kenntnisse der Steuerungsebene über praktische Arbeitsprozesse). 3. Es fällt auf, dass die Befragten auf der Umsetzungsebene mehr Augenhöhe und Wertschätzung vermuten, jedoch auch hier Hierarchien beschreiben (z. B. aufgrund unterschiedlicher Berufsgruppen, Ungleichgewicht der Aufgaben und des Zugangs).

Die **Kooperation** im Rahmen von DreiFürEins bewerten die Befragten überwiegend positiv, wobei besonders die Zusammenarbeit auf Umsetzungsebene hervorgehoben wird. Die positiven Bewertungen beziehen sich unter anderem auf ein großes Interesse an der Zusammenarbeit, den regelmäßigen Austausch, ein hohes Engagement und das persönliche Kennenlernen untereinander. Gleichzeitig gehen die Befragte auch auf Kritikpunkte ein und nennen insbesondere Konflikte um Rollen und Hierarchien, unterschiedliche Ziele, Erwartungen und Sprachen, einen hohen Zeitaufwand, Verzögerungen durch Personalfluktuation, fehlende Kenntnisse übereinander und die Herausforderung, das Jugendamt in die Kooperation einzubinden.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**e) Zusammenfassung zu den Bewertungen der förderlichen Faktoren und Gelingensbedingungen**

Im Hinblick auf förderliche Faktoren und Gelingensbedingungen von DreiFürEins werden in den Interviews mit der Steuerungsebene verschiedenste, strukturelle, projektbezogene, Steuerungs-, kooperative, individuelle und fallbezogene Faktoren benannt. 1. Als förderliche **strukturelle Faktoren** führen Befragte insbesondere Personalressourcen und Zeit, Doppelfunktionen (z. B. personelle Wechsel von Umsetzungs- auf Steuerungsebene), Koordination und Struktur, personelle Unterstützung bei der Dokumentation sowie institutionalisierte Kooperationsstrukturen an. 2. Zu den förderlichen **projektbezogenen Faktoren** gehören den Befragten zufolge bestehende Kontakte und Erfahrungen, Zeit für gemeinsame Planung, eindeutige Projektziele und Zielgruppe, ein strukturierender Projektrahmen, eine Evaluation und eine begrenzte Anzahl weiterer Projekte. 3. Als förderliche **Steuerungsfaktoren** nennen die Befragten ein übergeordnetes Projektteam, Koordinator*innen und Ansprechpersonen, Unterstützung bei der Aufgaben- und Rollenklärung, Steuerung durch Leitungskräfte sowie Supervision und Fortbildung. 4. Die von den Befragten angeführten förderlichen **kooperativen Faktoren** beziehen sich unter anderem auf eine Institutionalisierung der Kooperation (feste Termine, Schweigepflichtsentbindung), eine Kooperationskultur (Augenhöhe, positives Miteinander), eine Einigung auf Ziele und Zielgruppe, Kommunikation, Kenntnisse übereinander, persönliches Kennenlernen und Rollenklarheit. 5. Zu den genannten förderlichen **individuellen Faktoren** zählen insbesondere persönliches Engagement, eine individuelle Überzeugung von DreiFürEins, Professionalität und Konfliktfähigkeit, eine persönliche Bereitschaft für die Zusammenarbeit, fachliches Wissen und Berufserfahrung. 6. Darüber hinaus gehen die Befragten auch auf **fallbezogene Faktoren** ein und nennen einen festgelegten Ablauf des Fallmanagements, klar definierte Ein- und Ausschlusskriterien, Zugang zu fallbezogenen Daten, eine gemeinsame Hilfeplanung, schriftliche Vereinbarungen für Übergänge und Zuständigkeiten sowie die Nutzung weiterer Angebote der Kooperationspartner.

**f) Zusammenfassung zu den Bewertungen der hinderlichen Faktoren und Herausforderungen**

Hinsichtlich der hinderlichen Faktoren und Herausforderungen von DreiFürEins gehen die Befragte auf zahlreiche, systembezogene, externe, projektbezogene, arbeitsbezogene, strukturelle, kooperative, fallbezogene sowie individuelle Faktoren ein. 1. Als hinderliche **systembezogene Faktoren** werden von den Befragten vor allem der Einfluss gesellschaftlicher Herausforderungen (z. B. Fachkräftemangel), die Versäulung von Leistungsbereichen und wirtschaftlicher Druck erwähnt. 2. Zu den in den Interviews genannten **externen Faktoren** zählen weitere, parallele Projekte und begrenzte Zeit sowie Auswirkungen eines Brandes während der Projektlaufzeit. 3. Die angeführten hinderlichen **projektbezogenen Faktoren** beziehen sich auf Anlaufschwierigkeiten, die Fallzahlproblematik, die zeitaufwendige und hochschwellige Evaluation und die begrenzte Laufzeit. 4. Als **arbeitsbezogene Faktoren** beschreiben die Befragten vor allem die Integration in bestehende Arbeitsprozesse und interne Strukturen, multiple Vorgaben, eine Termindichte sowie eine zeitaufwendige interne Kommunikation über DreiFürEins als herausfordernd. 5. Zu den genannten hinderlichen **strukturellen Faktoren** zählen begrenzte, unterschiedliche verteilte Ressourcen, Personalfluktuation, fehlende Verwaltungskräfte, räumliche Herausforderungen und technische Hürden (unterschiedliche Zugänge, Datenschutzbeschränkungen). 6. Die Befragten gehen zudem auf folgende **kooperative Faktoren** ein: hoher Zeitaufwand und Abstimmungsbedarf, eine hohe Komplexität und viele Beteiligte,


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

unterschiedliche Ziele und Erwartungen, Konflikte um Rollen und Befugnisse, Kommunikationsschwierigkeiten, eine Abhängigkeit von Personen, fehlende Kenntnisse übereinander sowie eine mangelnde Unterstützung durch Leitungskräfte. 7. Die von den Befragten genannten **fallbezogenen Faktoren** sind unter anderem eine Hochschwelligkeit des Zugangs, eine schwierige Erreichbarkeit von Familien, ein Ungleichgewicht in der Einsteuerung von Fällen, zu enge Ausschlusskriterien sowie der begrenzte Versorgungszeitraum. 8. Hinsichtlich der herausfordernden **individuellen Faktoren** werden aufgezählt: unterschiedliches Engagement und Kooperationsbereitschaft, Unterschiede bei Professionalität und Konfliktfähigkeit sowie eine personenabhängige Beteiligung und Abwesenheiten.

**g) Zusammenfassung zur Bewertung des Umgangs mit den Herausforderungen**

In der qualitativen Erhebung auf der Steuerungsebene beschreiben die Befragten unterschiedliche Umgänge mit den genannten Herausforderungen von DreiFürEins. Hierzu zählen **strukturelle Strategien** (z. B. Anpassungen der Projektvorgaben, Personalwechsel, zusätzliche personelle Ressourcen), **kooperative Strategien** (z. B. regelmäßiger Austausch, Umsetzungshilfen, Krisensitzungen, informelle Absprachen, Sprechstunden), **individuelle Strategien** (z. B. persönliches Engagement, individuelle Lösungssuche, Kreativität, sich arrangieren, persönliche Abgrenzung, Durchhaltevermögen) sowie **fallbezogene Strategien** (z. B. Übersetzung von Material, sensible Kommunikation, Incentives, Anschlussversorgung durch Regelangebote).

**h) Zusammenfassung zu den Bewertungen der Wirkungen von DreiFürEins**

Die Bewertung der Wirkungen von DreiFürEins fällt auffallend positiv aus und die Befragten der Steuerungsebene berichten von einer hohen Zufriedenheit und einer persönlichen Überzeugung von DreiFürEins. Die Befragten nehmen Wirkungen und Grenzen im Hinblick auf das Gesamtprojekt, die Sektoren, Ressourcen, Kooperationen, Fachkräfte sowie Kinder und Jugendliche wahr. 1. Hinsichtlich des **Gesamtprojekts** heben die Befragten beispielsweise eine höhere Sichtbarkeit des Bedarfs, einen Ansatz für Systemveränderungen sowie einen politischen Willen zur Fortführung von DreiFürEins hervor. 2. Im Hinblick auf die **Sektoren** wird DreiFürEins unter anderem attestiert, die Sektoren zusammengeführt, die Außenwahrnehmung verbessert und Organisationsentwicklungsprozesse befördert zu haben. Die gleichzeitig genannten Grenzen im Hinblick auf die Sektoren beziehen sich auf ein Fortbestehen der Versäulung der Sektoren sowie ausbleibende Veränderungen systeminterner Prozesse. 3. In Bezug auf **Ressourcen** vermuten die Befragten eine Kostenreduktion und Synergien, verweisen jedoch auch auf eine eigene, begrenzte Auskunftsfähigkeit über konkrete Kosten und eine begrenzte Aussagekraft von rein numerischen Effekten. Die von ihnen genannten Grenzen im Hinblick auf Ressourcen sind Grenzen von Finanzierungssystemen, unflexible gesetzliche Vorgaben sowie begrenzte Fördermittel. 4. Hinsichtlich der Wirkungen von DreiFürEins auf **Kooperationen** wird unter anderem eine engere und verbesserte Vernetzung der Sektoren, der Aufbau hilfreicher Kooperationsstrukturen und ein wirksames Zusammenbringen der Expertisen berichtet. Gleichzeitig nennen die Befragten unter anderem folgende Grenzen im Hinblick auf Kooperationen: einen erhöhten Koordinationsaufwand, datenschutzrechtliche Beschränkungen, Nicht-Kommunikation aufgrund von Harmoniebedürfnissen sowie Rollen- und Verantwortungsdiffusion. 5. Die von den Befragten genannten Wirkungen im Hinblick auf die **Fachkräfte** sind eine höhere Wirksamkeit und Arbeitszufriedenheit, das Teilen von Begeisterung für die Kooperation, eine Entlastung und verbesserte Unterstützung sowie positive Erfahrungen und persönliche Erkenntnisse. Dessen ungeachtet beschreiben die Befragten auch


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Grenzen in Bezug auf die Fachkräfte, hierzu zählen unter anderem eine Abhängigkeit von Einzelpersonen, Grenzen des Engagements sowie eingeschränkte zeitliche Ressourcen. 6. Mit Blick auf Wirkungen auf **Kinder und Jugendliche** wird unter anderem von einem vereinfachten und beschleunigten Zugang zu Unterstützungsleistungen, der Erreichung der Zielgruppe, einer neuen Versorgungsqualität und einer verbesserten Verzahnung von Hilfen berichtet. Gleichzeitig verweisen die Befragten jedoch auch auf Grenzen der Erreichbarkeit, die zeitliche Befristung sowie die Gefahr, sich aufgrund der Komplexität der Fälle zu „verzetteln".

Die Einschätzungen und Befunde belegen, dass die Einführung von DreiFürEins aus Sicht der Befragten der Steuerungsebene eine richtige Entscheidung war und bereits vielfältige Erfolge erbracht hat. Insgesamt wird DreiFürEins eine erstaunlich breite und nachhaltige Wirkung zugeschrieben, die gleichzeitig Grenzen aufweist.

### 4.3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse auf Umsetzungsebene

Die folgende Darstellung fasst wesentliche Erkenntnisse der qualitativen Befragungen der Umsetzungsebene zusammen. Eingegangen wird nacheinander auf Bewertungen a) der Erwartungen und der Implementierung von DreiFürEins, b) der Rahmenbedingungen von DreiFürEins, c) der Umsetzung von DreiFürEins, d) der förderlichen Faktoren und Gelingensbedingungen, e) der hinderlichen Faktoren und Herausforderungen, f) des Umgangs mit den Herausforderungen sowie g) der Wirkungen von DreiFürEins.

**a) Zusammenfassung zu den Bewertungen der Erwartungen und der Implementierung von DreiFürEins**

Befragte der Umsetzungsebene gehen auf heterogene **Erwartungen** an die Ziele und Wirkungen von DreiFürEins ein. Diese beziehen sich insbesondere auf 1. eine verbesserte Versorgung und Entlastung von Kindern und Jugendlichen (z. B. schneller und niedrigschwellig, erreichen der Zielgruppe, zentraler Anlaufpunkt), 2. eine Entlastung der Fachkräfte (z. B. neue Motivation, Burnout-Prophylaxe), 3. eine Verbesserung des Fallverständnisses und der sektorenübergreifenden Kooperation sowie 4. eine Reduktion von Fallzahlen und Kosten. Gleichzeitig befürchten Befragte jedoch auch 1. eine für Familien verwirrende Vielzahl der Beteiligten, 2. eine zusätzliche Arbeitsbelastung für das Jugendamt sowie 3. eine zu starke Fokussierung auf die Entlastung von Lehrkräften.

Hinsichtlich der **Implementierung** von DreiFürEins schätzen Befragte der Umsetzungsebene 1. eigene Gestaltungsmöglichkeiten, 2. das hohe Engagement der Beteiligten, 3. verbindliche Besprechungsräume (z. B. Supervision) sowie 4. den Austausch und die Unterstützung vor Ort. Gleichzeitig üben die Befragten jedoch auch deutliche Kritik an der Implementierung. Sie problematisieren unter anderem 1. eine unzureichende Informiertheit und Beteiligung bei der Projektplanung, 2. unkonkrete Vorgaben und unrealistische Erwartungen, 3. unausgereifte Strukturen (z. B. Zuständigkeiten, Datenfluss), 4. eine ablehnende Haltung von Beteiligten, 5. eine fehlende Moderation und Unterstützung sowie 6. einen verzögerten Projektbeginn.

**b) Zusammenfassung zur Bewertung der Rahmenbedingungen von DreiFürEins**

Befragte der Umsetzungsebene bewerten die Rahmenbedingungen von DreiFürEins unterschiedlich. Es konnten folgende Befunde ermittelt werden: 1. In Bezug auf die **räumlichen Rahmenbedingungen** heben Befragte einerseits die Relevanz räumlicher Nähe sowie eines zentralen Standortes hervor und honorieren die Verortung der Therapie an den Schulen bzw.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

ReBBZ (z. B. kurze Wege, gute Ausstattung, gute Erreichbarkeit). Andererseits nennen Befragte jedoch auch deutliche Kritikpunkte (z. B. große Bezirke und weite Entfernungen, Störungen durch das Schulgeschehen, ungeeignete Räume). 2. Hinsichtlich der **personellen Rahmenbedingungen** wird eine hohe Wertschätzung der bereitgestellten personellen Ressourcen deutlich (z. B. Personalstellen für Therapeut*innen, Arbeitszeitanteile für Koordinator*innen). Gleichzeitig kritisieren Befragte jedoch die prekären personellen Ressourcen des Jugendamtes, welche sich negativ auf die Beteiligung an der Kooperation auswirkten. Begrenzte zeitliche Ressourcen stellen einen zentralen Kritikpunkt aller drei Sektoren dar (z. B. Abwesenheiten oder Ausfall von Terminen, fehlende Zeit für Supervision und Fortbildung, hohe Arbeitsbelastung), hinzu kämen Personalfluktuation und wechselnde Zuständigkeiten (z. B. erneute Einarbeitung, fehlende Vertretung, veränderte Atmosphäre). 3. Die **organisatorischen und technischen Rahmenbedingungen** werden von den Befragten der Umsetzungsebene mehrheitlich kritisiert. Sie bemängeln insbesondere die zeitaufwendige Terminplanung (hohe Fallzahl, viele Fallkonferenzen), das Fehlen einer gemeinsam nutzbaren (Daten-)Plattform, die zeitaufwendige und hochschwellige Datenerhebung (schlechter Rücklauf, manuelle Übertragung, Abstimmungsbedarfe) und technische Schwierigkeiten (Internet- und Tonprobleme). 4. Die Bewertung der **kooperativen Rahmenbedingungen** fällt hingegen auffallend positiv aus. Befragte schätzen vor allem die hohe Verbindlichkeit, den regelhaften Austausch und die festen Termine. Das „Herzstück“ der sektorenübergreifenden Kooperation seien die regionalen Kernteams und multiprofessionellen Fallkonferenzen. Als zentrale Herausforderungen werden dabei unter anderem Abwesenheiten von Kooperationspartnern, eine hohe Fallzahl, fehlende Pausen, Terminausfälle, zu enge Vorgaben sowie eine fehlende Flexibilität Termine nachzuholen angeführt. 5. Hinsichtlich der **datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen** honorieren Befragte insbesondere die institutionalisierte Schweigepflichtsentbindung (Arbeitserleichterung, schnellere Kommunikation). Gleichzeitig weisen sie jedoch auch kritisch auf einen erforderlichen achtsamen Umgang mit sensiblen Informationen, Einschränkungen beim Teilen digitaler Daten, Misstrauen von Familien und eine begrenzte Freiwilligkeit ihrer Zustimmung hin. 6. In Bezug auf die **supportbezogenen Rahmenbedingungen** schätzen und bewerten Befragte der Umsetzungsebene auf der einen Seite die angebotene Supervision, Fortbildungen und die Unterstützung durch Leitungskräfte als hilfreich. Andererseits bemängeln sie unter anderem ein zu spätes, fehlendes oder ungeeignetes Supervisions-Angebot, fehlende Zeit für die Teilnahme an Supervision und Fortbildung sowie eine unzureichende Unterstützung und mangelnde Präsenz von Leitungskräften.

### c) Zusammenfassung zur Bewertung der Umsetzung von DreiFürEins

Zum Thema **Fallsteuerung und Versorgung** berichten Befragte der Umsetzungsebene, 1. dass Fälle überwiegend über Schulen, vereinzelt auch durch Jugendamt oder ReBBZ, in DreiFürEins eingesteuert wurden. Dieser Zugang zu Hilfen wird von den Befragten als schnell und unkompliziert geschätzt, jedoch auch als zu einseitig kritisiert. 2. Das anschließende Screening mit Fragebögen zur Feststellung des Versorgungsbedarfs bewerten die Befragten als sinnvoll und geeignet zur Früherkennung. 3. Die Entscheidung über die Fallaufnahme wurde den Befragten zufolge anhand von Ein- und Ausschlusskriterien getroffen. Dabei bewerten die Befragten die Altersgrenze als geeignet. Die Einschlusskriterien hingegen werden einerseits als zu eng gefasst (fehlende internalisierende Störungen) und andererseits als zu großzügig ausgelegt kritisiert (zur Erreichung hoher Fallzahlen). 4. Nach dem Einschluss eines Falls in DreiFürEins begann die therapeutische Versorgung und weitere Sektoren seien bedarfsorientiert involviert


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

worden. 5. Die Zuständigkeit des Jugendamtes sei entweder bedarfsorientiert, über das Eingangsmanagement oder automatisch mit der Aufnahme in DreiFürEins erfolgt. Insbesondere die automatische Fallzuständigkeit wird aufgrund einer eindeutigen Ansprechperson und einem vereinfachten Kontakt zum Jugendamt geschätzt. Gleichzeitig kritisieren Befragte die Hochschwelligkeit des Zugangs über das Eingangsmanagement sowie die nicht deckungsgleiche örtliche Zuständigkeit des Jugendamtes mit den Bezirksgrenzen. 6. Nach zumeist sechs Monaten endete die therapeutische Versorgung in DreiFürEins, häufig bestand den Befragten zufolge jedoch weiterhin Unterstützungsbedarf. Die Befragten bemängeln dabei fehlende Möglichkeiten an eine Anschlussversorgung zu verweisen.

Hinsichtlich der Klarheit von **Rollen und Aufgaben** der beteiligten Fachkräfte fällt die Bewertung der Befragten ambivalent aus (klare, abgegrenzte Zuständigkeiten durch den Projektrahmen vs. unkonkrete, klärungsbedürftige Rollen und Zuständigkeiten). Die Befragten schätzen insbesondere die gemeinsame Aushandlung von Rollen und Aufgaben sowie eine hohe Flexibilität diese fallbezogen anzupassen. Gleichzeitig üben die Befragten auch Kritik und bemängeln unter anderem ungeklärte Zuständigkeiten, Rollenkonfusion, einen hohen Abgrenzungsbedarf und unrealistische Erwartungen (z. B. an Therapeut*innen). Zudem gehen die Befragten differenziert auf spezifische Rollen der beteiligten Sektoren und Fachkräfte ein, dabei wird eine hohe Wertschätzung der übernommenen Aufgaben deutlich. 1. Hauptaufgabe der KJPPP (insbesondere der Therapeut*innen) in DreiFürEins sei vor allem die Umsetzung der Therapien gewesen; dabei wird eine starke Fokussierung auf die therapeutische Perspektive in den Fallkonferenzen zum Teil kritisch bewertet („ungewollte Taktgeber“). 2. Zu den vielfältigen, von den Befragten beschriebenen Aufgaben der ReBBZ gehörten unter anderem Verwaltung, kollegiale Beratung sowie Moderation und Dokumentation. Dabei honorieren die Befragten besonders die Rolle der Koordinator*innen als „wichtige Schnittstelle“. 3. Das Jugendamt sei insbesondere für eine Beratung zu Angeboten im Sozialraum, eine sozialpädagogische Falleinschätzung (z. B. bei Kindeswohlgefährdung) und das interne Fallmanagement zuständig gewesen. Die Rolle des Jugendamtes in DreiFürEins wird zum Teil als „Gast in beratender Funktion“ beschrieben oder als unklar kritisiert. 4. In den Interviews wird zudem auf Schulen eingegangen, deren Aufgaben vor allem das Einbringen einer schulischen Perspektive in DreiFürEins, die Umsetzung von Absprachen aus Fallkonferenzen sowie die Einsteuerung von Fällen gewesen seien. Die Befragten bemängeln dabei eine hohe Erwartungshaltung, Veränderungsdruck sowie ein unterschiedlich stark ausgeprägtes Engagement der Schulen, denen eher die Rolle als „passive Informationsnehmer“ zugeschrieben wird.

Hinsichtlich des Themas **Hierarchien** verweisen die Befunde 1. auf eine überwiegend gleichberechtigte Zusammenarbeit der Fachkräfte auf Umsetzungsebene. Dennoch deuten sich in den Aussagen Hierarchien an, beispielsweise durch den hohen Stellenwert der Therapie in DreiFürEins, eine hohe Entscheidungsmacht der Jugendämter über die Bewilligung von Maßnahmen und unterschiedliches Wissen. 2. Den Befragten zufolge bestünden zudem Hierarchien innerhalb der beteiligten Sektoren, vor allem durch Vorgesetzte. Dies wird einerseits als Entlastung bei schwierigen Entscheidungen bewertet, andererseits seien jedoch interne Abstimmungsprozesse zum Teil sehr zeitaufwendig und die Anwesenheit von Leitungskräften verändere die Atmosphäre bei Treffen. 3. Darüber hinaus unterscheiden die Befragten zwischen Umsetzungs- und Steuerungsebene und vermuten mehr „hierarchisches Gerangel“ auf Steuerungsebene, den Befragten fehlten jedoch Einblicke in konkrete Vorgänge.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Die Bewertung der **Kooperation** auf der Umsetzungsebene fällt auffallend positiv aus. Die Befragten loben beispielsweise eine wertschätzende Kommunikation, persönliche Sympathie und ein großes Interesse an der Zusammenarbeit. Dabei wird der regelmäßige Austausch als sehr förderlich für das Kennenlernen untereinander beschrieben. Gleichzeitig problematisieren die Befragten auch Herausforderungen der Kooperation, beispielsweise unterschiedliche Ziele, Erwartungen und Fachsprachen, ein fehlendes Verständnis füreinander, eine personenabhängige Kooperationsbereitschaft sowie Konflikte untereinander. Es fällt aus, dass Befragte besonders die Kooperation zwischen KJPPP und ReBBZ als positiv und intensiv bezeichnen, jedoch die Zusammenarbeit mit Jugendamt und Schulen ambivalent bewerten (z. B. personenabhängiges Engagement, unregelmäßige Beteiligung).

**d) Zusammenfassung zu den Bewertungen der förderlichen Faktoren und Gelingensbedingungen**

Hinsichtlich der förderlichen Faktoren und Gelingensbedingungen von DreiFürEins nennen die Befragten der Umsetzungsebene vielfältige, strukturelle, externe, teambezogene, individuelle und familienbezogene Faktoren. 1. Die angeführten **strukturellen Faktoren** beziehen sich insbesondere auf räumliche Nähe, geeignete Räume und Ausstattung, Personalressourcen und Zeit, institutionalisierte Kooperationsstrukturen, Unterstützungsangebote (Fortbildung, Supervision) sowie die Schweigepflichtsentbindung. 2. Zu den genannten förderlichen **externen Faktoren** zählen die Unterstützung durch Leitungskräfte sowie ein politisches Interesse an der Umsetzung von DreiFürEins. 3. Als **teambezogene Faktoren** geben die Befragten unter anderem geklärte Zuständigkeiten und Rollen, personelle Kontinuität, ein positives Miteinander, Offenheit und Transparenz, Augenhöhe, Verständnis füreinander sowie eine gemeinsame Sprache und übereinstimmende Ziele an. 4. Die angegebenen **individuellen Faktoren** sind persönliches Engagement, Bereitschaft für Verantwortung, Aufgeschlossenheit für die Kooperation, Verlässlichkeit, Kritikfähigkeit sowie Improvisationsgeschick und Durchhaltevermögen. 5. Zudem nennen die Befragten **familienbezogene Faktoren**, diese beziehen sich auf die Bereitschaft zur Mitwirkung, eine Begleitung zu Terminen und einen bedarfsorientierten, niedrigschwelligen Zugang.

**e) Zusammenfassung zu den Bewertungen der hinderlichen Faktoren und Herausforderungen**

Im Hinblick auf hinderliche Faktoren und Herausforderungen von DreiFürEins gehen die Befragten der Umsetzungsebene auf zahlreiche, projektbezogene, strukturelle, teambezogene, fallbezogene sowie familienbezogene Faktoren ein. 1. Zu den genannten hinderlichen **projektbezogenen Faktoren** zählen konzeptionelle Unklarheiten, unrealistische Ansprüche, Unsicherheiten und eine projektbedingt fehlende Flexibilität (verschobener Beginn, begrenzte Laufzeit), eine fehlende Beteiligung bei der Projektplanung sowie die zeitaufwendige Datenerhebung und der Fallzahlendruck. 2. Die angegebenen **strukturellen Faktoren** beziehen sich insbesondere auf große Bezirke und weite Entfernungen, ungünstige räumliche Bedingungen (Therapien in Schulen), begrenzte und unterschiedlich verteilte zeitliche Ressourcen (für Kooperation, Supervision und Fortbildung), eine zeitaufwendige Terminplanung, technische Hürden, eine fehlende gemeinsam nutzbare (Daten-)Plattform und datenschutzrechtliche Beschränkungen. 3. Die Befragten gehen auch auf hinderliche **teambezogene Faktoren** ein und nennen vor allem Abwesenheiten, eine unregelmäßige Beteiligung, unterschiedliche Erwartungen, Ziele und Fachsprachen, ungeklärte Zuständigkeiten, Konflikte, Informations-


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Asymmetrien sowie eine unzureichende Unterstützung durch Leitungskräfte. 4. Die genannten **fallbezogenen Faktoren** beziehen sich unter anderem auf eine hohe Fallzahl, herausfordernde Fälle, hohe Erwartungen an den Therapieerfolg, einen einseitigen Zugang (über Schulen), eine schwierige Erreichbarkeit und unregelmäßige Beteiligung von Familien sowie das Fehlen einer therapeutischen Anschlussversorgung. 5. Zu den angegebenen hinderlichen **familienbezogenen Faktoren** zählen Misstrauen gegenüber dem Datenaustausch, lange Anfahrtswege, sprachliche Barrieren, ein hoher Zeitaufwand (für die Evaluation), eine eingeschränkte Freiwilligkeit sowie eine unzureichende Aufklärung von Familien.

**f) Zusammenfassung zur Bewertung des Umgangs mit den Herausforderungen**

Die Befragten der Umsetzungsebene nennen in den Interviews verschiedene Umgänge mit den strukturellen, teambezogenen und fallbezogenen Herausforderungen bei DreiFürEins sowie individuelle Strategien. 1. In Bezug auf den **Umgang mit strukturellen Herausforderungen** verweisen die Befunde auf eine Priorisierung und das Aufteilen von Aufgaben, Flexibilität bei der Terminplanung, manuelle Übertragung und personelle Unterstützung bei der Datenerhebung, Alternativen der Datensicherung (persönlicher Datenaustausch, individuelle Akten, interne Server) sowie Sensibilität mit dem Datenschutz (z. B. Pseudonyme statt Klarnamen). 2. Zu den genannten **Umgängen mit teambezogenen Herausforderungen** zählen insbesondere Offenheit, Wertschätzung, Kommunikation, Lösungsorientierung, aktives Einfordern der Kooperation, Supervision, Intervision und Unterstützung durch Leitungen. 3. Die Befragten gehen zudem auf den **Umgang mit fallbezogenen Herausforderungen** ein und nennen dabei ergänzende Unterstützungsangebote, das Kennenlernen von Familien und den Austausch über Vorbehalte sowie die Suche nach einer alternativen Anschlussversorgung. 4. Darüber hinaus geben die Befragten auch **individuelle Strategien** für den Umgang mit Herausforderungen an, beispielsweise Engagement, Improvisation, Durchhaltevermögen oder eine persönliche Distanzierung.

**g) Zusammenfassung zu den Bewertungen der Wirkungen von DreiFürEins**

Die Befunde auf Umsetzungsebene belegen eine sehr hohe Zufriedenheit mit und Überzeugung von DreiFürEins. Die Befragten nennen dabei auffallend mehr positive wie negative Wirkungen für Fachkräfte, Kinder, Jugendliche und Familien. Hinsichtlich 1. der **positiven Wirkungen für Fachkräfte** heben die Befragten vor allem eine Annäherung der drei Sektoren (z. B. persönliches Kennenlernen, erhöhtes Verständnis und Wissen übereinander), ein mehrperspektivisches Fallverständnis (z. B. Erweiterung der fachlichen Perspektiven, Erfassung der Gesamtthematik), verbindliche Kooperationsstrukturen (z. B. regelhafter Austausch, feste Abläufe, eindeutige Ansprechpersonen), Effizienz und erweiterte Handlungsmöglichkeiten (z. B. schnellerer Austausch durch Schweigepflichtsentbindung, vereinfachter Zugang zu anderen Hilfen), Entlastung (z. B. geteilte Verantwortung, Aufgaben und Sorgen) und Professionalisierung (z. B. Erweiterung des Fachwissens, erhöhte Handlungssicherheit). 2. Gleichzeitig gehen die Befragten auch auf folgende **negative Wirkungen und Grenzen für Fachkräfte** ein: eine Abhängigkeit von der Mitwirkungsbereitschaft der Beteiligten (z. B. personenabhängiges Engagement, unregelmäßige Beteiligung), „soziales Faulenzen“ (Zurückhaltung anderer Sektoren bei therapeutischer Anbindung), ein Gefühl geringer Wirksamkeit (z. B. viele, herausfordernde Fälle, unerreichbare Erwartungen, ausbleibende Verbesserung) sowie verschwimmende Grenzen zwischen Sektoren (z. B. Rollenkonfusion, Familien übertragen Misstrauen). 3. Im Hinblick auf **positive Wirkungen für Kinder, Jugendliche und Familien** nennen die


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Befragten der Umsetzungsebene die Anbahnung und das Kennenlernen von Hilfen (z. B. positive Erfahrungen mit Therapie, Abbau von Ängsten, „Türöffner“), einen verbesserter Zugang zu Hilfen (z. B. Niedrigschwelligkeit, erreichen schwer-erreichbarer Familien), einen zentraler Anlaufpunkt (z. B. Bündelung von Hilfen, klare Zuständigkeiten, kurze Wege), Unterstützung und Entlastung (z. B. belastbares Team, neue Handlungsmöglichkeiten, Wertschätzung erfahren) sowie erfolgreiche Fallverläufe (z. B. positive Entwicklungen, weitere Unterstützung). 4. Darüber hinaus werden ebenfalls einzelne **negative Wirkungen und Grenzen für Kinder, Jugendliche und Familien** angegeben. Diese beziehen sich auf eine begrenzte Erreichbarkeit (z. B. höherer Bedarf, ausbleibende Teilnahme), eine Vielzahl der Beteiligten (z. B. Hochschwelligkeit und Verunsicherung, Irritation über Datenaustausch), die zeitliche Befristung der Versorgung (Beziehungsabbruch, fehlende Anschlussversorgung) sowie eine widerwillige Kooperation (z. B. unzureichende Information, Druck durch Schulen).

Insgesamt zeichnet sich in den Befunden der Umsetzungsebene eine sehr positive Bewertung von DreiFürEins und den bereits erzielten Erfolgen ab. Die große Überzeugung von DreiFürEins spiegelt sich auch darin wider, dass sich die Befragten mehrheitlich für eine Verstetigung von DreiFürEins aussprechen.

### 4.4 Diskussion Gesundheitsökonomische Evaluation

Im Folgenden werden die eingangs für die gesundheitsökonomische Evaluation aufgestellten Erfolgsindikatoren (GesÖko 9 – GesÖko 17) noch einmal näher betrachtet und nach den Projektergebnissen bewertet.

- GesÖko 9: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für stationäre Behandlungen reduziert werden.

Betrachtet man die Leistungskosten für stationäre Behandlungen der KuJ, so zeichnet sich eine Kostenersparnis in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe ab. Die mittleren Kosten sind bei der Gesamtbetrachtung in der Interventionsgruppe mit 1.120,44€ deutlich niedriger als in der Kontrollgruppe (1.829,80€), wenngleich dieser Unterschied nicht statistisch signifikant ist. Maßgeblich scheint dieser Unterschied von der Altersgruppe 3 determiniert zu werden, da hier 4.212,90€ die größte Kostendifferenz zwischen IG und KG beobachtet wurde. Somit kann der Erfolgsindikator GesÖko9 als erfüllt angesehen werden. Eine mögliche Erklärung könnte eine bessere und frühere Behandlung der Symptomatiken im Projekt DreiFürEins sein, die in der Folge Krankenhauseinweisungen vermeidet.

Bei der Ergebnisinterpretation muss beachtet werden, dass hier alle Diagnosen berücksichtigt wurden (nicht nur F-Diagnosen), da durch den Evaluator nicht ausgeschlossen werden konnte, dass auch andere nicht psychische Diagnosen möglicherweise in Zusammenhang mit F-Diagnosen stehen bzw. deren Folge sind. Nach Rücksprache mit ärztlichen Projektkollegen wurde erörtert, dass wenig bis keine KuJ aus der Behandlung in den Institutsambulanzen heraus in den stationären Sektor eingewiesen wurden. Auch dies spricht dafür, dass durch die projektspezifische Behandlung der KuJ Krankenhauseinweisungen vermieden wurden. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass die Fallzahlen in Altersgruppe 3 und 4 relativ klein sind.

- GesÖko 10: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für teilstationäre Behandlungen reduziert werden.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Der Trend der Kostenersparnis durch das Projekt aus dem stationären Bereich setzt sich im teilstationären Bereich nicht fort. Hier handelt es sich in der Gesamtbetrachtung um einen Kostenunterschied zwischen IG und KG um 1.127,53€ bei durchschnittlichen Kosten von 1.498,94€ in der IG und 371,41€ in der KG. Die Unterschiede waren in der Gesamtauswertung und über alle Altersgruppen hinweg statistisch höchstsignifikant. Erfolgsindikator GesÖko 10 muss damit als nicht erfüllt angesehen werden. Eine mögliche Erklärung für den großen Kostenunterschied in dieser Auswertung ist die Beschaffenheit des Projekt DreiFürEins an sich. Da die in der IG eingeschlossenen KuJ allesamt durch die PIA der KJPPP versorgt wurden und diese über teilstationäre Kosten abgerechnet wurden, verursachte hier nahezu jeder Teilnehmer Kosten (225 von 232), wohingegen in der KG lediglich 277 von 1.160 KuJ überhaupt Kosten im teilstationären Bereich verursachten.

- GesÖko 11: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für ambulante Behandlungen reduziert werden.

Blickt man auf die verursachten Kosten im ambulanten Bereich, so lassen sich deutlich geringere Kosten in der IG feststellen. Mit durchschnittlich 1.292,69€ war die IG um 620,90€ günstiger als die KG (1.913,59€). Dieser Unterschied erwies sich zudem als statistisch höchst signifikant ($p<0,001$). Diese Tendenz zeigte sich über alle analysierten Altersgruppen hinweg. Der Erfolgsindikator GesÖko 11 kann ebenfalls als erfüllt angesehen werden. Eine mögliche Erklärung kann in der Vermeidung redundanter ambulanter Arztkontakte oder aber auch in der besseren Betreuung im Projekt liegen.

Nach Diskussion mit ärztlichen Projektkollegen ist ein solcher Effekt plausibel, da die KuJ hier aus einer Hand behandelt werden. Ebenfalls wird davon ausgegangen das der Effekt hier eher unterschätzt wird, da der Betrachtungshorizont des Projekts DreiFürEins begrenzt war.

- GesÖko 12: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für Arzneimittel reduziert werden.

Bei den Arzneimitteln zeigte sich ein leicht gegenläufiger Trend. Hier war mit durchschnittlichen Kosten von 689,86€ die IG etwas teurer als die KG mit 661,71€. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um einen statistisch signifikanten Unterschied. Hauptsächlich wird die teurere IG von der Altersgruppe 1 ausgelöst, wo sich für die KG eine Kostenunterdeckung um 644,90€ ergab. Für die Altersgruppen 2, 3 und 4 erwies sich die IG jeweils als günstiger. Für das Gesamtkollektiv kann GesÖko 12 aber trotzdem knapp nicht als erfüllt angesehen werden.

Im Rahmen des Projekts wurden die Arzneimittel noch einmal detaillierter ausgewertet. Dabei wurden nur Arzneimittel berücksichtigt, die direkt der Behandlung von psychischen Erkrankungen zugerechnet werden können (nur ATC N05 und N06) hierbei zeigte sich in der Gesamtauswertung, dass die IG im Mittel um 69,31€ günstiger war. Auch die Trends in Altersgruppen 1-4 zeigten eine günstigere IG. Diese detailliertere Auswertung fließt aber nicht in die Bewertung des Erfolgsindikators GesÖko 12 ein, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass weitere Arzneimittelgruppen relevant gewesen sind. Da es sich bei den Arzneimittelkosten um eine eher kleinere Kostendifferenz zwischen IG und KG handelt und in der Auswertung alle verordneten Arzneimittel inkludiert sind (z.B. auch Schmerzmittel oder Antibiotika), ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse verzerrt sein können. Zumal sich bei der Unterauswertung für Arzneimittel zur Behandlung von psychisch relevanten Erkrankungen Kostenersparnisse in der IG gezeigt haben.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Auch die Diskussion mit den ärztlichen Projektkollegen unterstreicht die Plausibilität der Ergebnisse, da bei psychischen Behandlungen der KuJ wenn überhaupt, hauptsächlich „kostengünstige“ Arzneimittel zum Einsatz kommen, deren Patentschutz bereits abgelaufen ist. Dennoch wird bei der gesundheitsökonomischen Betrachtung von den Verordnungen über alle Diagnosen hinweg ausgegangen, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass andere Diagnosen eine Folge der F-Diagnosen darstellen.

- GesÖko 13: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für Heil- und Hilfsmittel reduziert werden.

Durch die Beschaffenheit der durch die Krankenkassen gelieferten Daten war es möglich, Heil- und Hilfsmittel getrennt auszuwerten.

Betrachtet man die Hilfsmittel, so zeigt sich eine im Durchschnitt um 307,35€ günstigere IG. Die durchschnittlichen Kosten für IG und KG lagen bei 119,86€ bzw. 427,21€. Die Gesamtauswertung war dabei jedoch nicht statistisch signifikant. Bei den Auswertungen der einzelnen Altersgruppen zeigte sich ein eindeutiger Trend. Hier waren die Kosten für die IG über alle Altersgruppen hinweg jeweils günstiger.

Die getrennte Auswertung der Heilmittel zeigt, dass die IG mit durchschnittlichen Kosten von 1.111,78€ teurer war als die KG mit 375,49€. Diese Auswertung zeigte sich dabei als statistisch höchst signifikant. Dieser Trend zeigte sich auch in fast allen Altersgruppen, lediglich in Altersgruppe 4 fielen in der IG keine Kosten für Heilmittel an, in der KG durchschnittlich 68,01€. Eine statistische Signifikanz lag dabei in den Unterauswertungen für die Altersgruppen 1 ($p<0,001$) und 3 ($P=0,004$) vor.

GesÖko 13 kann somit als teilweise erfüllt angenommen werden, da sich für die Gesamtauswertung der Heilmittel eine günstigere IG zeigte.

Für die Heilmittel ist es denkbar, dass durch die bessere Behandlung im Rahmen des Projekts DreiFürEins mehr Verordnungen erfolgten. Zum Beispiel könnten hier mehr Verordnungen für Ergotherapie oder Logopädie erfolgt sein, dass die KuJ intensiver betreut wurden. Dies zeigte sich auch daran, bei wie vielen KuJ in den einzelnen Gruppen überhaupt Kosten für Heilmittel angefallen sind. Dies waren für die IG 31,9% und für die KG 16,9%, also eine deutliche Häufung bei der IG.

Bei den Hilfsmitteln zeigte sich jedoch ein gegenläufiges Ergebnis. Nach der Diskussion mit den ärztlichen Projektkollegen wird davon ausgegangen, dass diese für das Projekt von untergeordneter Relevanz sind, da die typischen Hilfsmittel weniger für die Behandlung von F-Diagnosen bei KuJ eingesetzt werden.

- GesÖko 14: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für Rehabilitationsbehandlungen reduziert werden.

Für die Kosten, die durch Rehabilitationsbehandlungen entstanden sind zeigt sich, dass die IG mit 340,89€ um 36,18€ teurer ist als die KG mit durchschnittlichen Kosten von 304,71€. Auch in Altersgruppe 1 zeigt sich ein ähnlicher Trend mit einer deutlich teureren IG, welche hauptverantwortlich für das Gesamtergebnis zu sein scheint. Für alle anderen Altersgruppen zeigt sich die IG günstiger. Statistische Signifikanzen konnten dabei in keiner Auswertung nachgewiesen werden. GesÖko 14 muss somit als nicht erfüllt angesehen werden. Auch bei den Rehabilitationsmaßnahmen wäre es durchaus vorstellbar, dass es durch die Behandlung im


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Projekt DreiFürEins und dadurch besserem Zugang zu Versorgungsangeboten zu einer höheren Anzahl an Verordnungen von Reha-Maßnahmen kam. Dennoch erfolgten solche Verordnungen nach Rücksprache mit den ärztlichen Projektkollegen in der Regel nicht aus der Behandlung der PIA heraus. Reha-Verordnungen geschehen meist durch die Kinderärzte, oft als Eltern-Kind-Maßnahmen. Die beteiligten Ärzte/ Therapeutinnen erinnern keine Reha-Verordnungen. Diese Verordnungen hätten laut Einschlusskriterien ggf. auch zum Herausfall der KuJ aus der IG geführt.

- GesÖko 15: Durch das Projekt DreiFürEins können Leistungskosten für Fahrtkosten reduziert werden.

Die durchschnittlichen Krankentransportkosten der IG (188,37€) überstiegen in der Gesamtauswertung die der KG (129,36€) um 59,01€. Betrachtet man die Auswertungen der einzelnen Altersgruppen, so zeigt sich kein einheitlicher Trend. Für die Altersgruppen 1 und 4 war die IG jeweils günstiger als die KG. Für die anderen Altersgruppen jeweils teurer. Der größte Unterschied zeigt sich in Altersgruppe 3. Hier liegen die durchschnittlichen Kosten für die IG bei 538,43€ und für die KG bei 188,63€. Dieser statistisch signifikante Unterschied (p=0,013) ist der Haupttreiber für die teurere IG in der Gesamtauswertung. GesÖko 15 kann dadurch als nicht erfüllt angesehen werden. Da die KuJ im Projekt DreiFürEins eine engere Betreuung durch die Behandler erfahren haben und diese Behandlungen teilweise auch (teil-)stationär im Krankenhaus erfolgten, könnten hierdurch die erstatten Fahrtkosten gestiegen sein. Dies zeigt auch daran, bei wie vielen KuJ in den einzelnen Gruppen überhaupt Fahrtkosten abgerechnet worden sind. Dies waren für die IG 18,5% und für die KG 15,0%. Da es jedoch keine regelhaften Transporte im Rahmen des Projekts DreiFürEins gab wird nach Rücksprache mit den ärztlichen Projektkollegen von einer untergeordneten Relevanz für das Projekt ausgegangen, zumal es sich bei DreiFürEins um ein wohnortnahes Konzept handelte.

- GesÖko 16: Durch das Projekt DreiFürEins können die gesamten erhobenen Leistungskosten (aus Erfolgsindikatoren 9-15) reduziert werden.

Für die Auswertung der durchschnittlichen Gesamtkosten, wurden die Kostenkategorien aus den Erfolgsindikatoren 9-15 addiert. Hierbei ist zu beachten, dass getätigte Unterauswertungen nicht in die Addition eingegangen sind, sondern immer die Hauptauswertungen der einzelnen Kostenkategorien.

Betrachtet man nun die Ergebnisse über alle Altersgruppen hinweg, so zeigt sich eine leicht teurere IG mit durchschnittlichen Kosten von 6.306,99€ gegenüber 5.988,33€ in der KG. Insgesamt haben die KuJ in der IG von DreiFürEins durchschnittlich 318,66€ mehr Kosten verursacht als in der KG. Betrachtet man die Auswertungen der einzelnen Altersgruppen, so zeigt sich allerdings kein eindeutiger Trend. Während sich in den Altersgruppen 1 und 4 der Trend der teureren IG fortsetzt, zeigte sich für die Altersgruppen 2 und 3 eine günstigere IG. Die einzige statistische Signifikanz die sich bei der Auswertung der Gesamtkosten zeigte, war für Altersgruppe 1 (p=0,031).

Für die Gesamtkosten wurde ebenfalls noch eine Unterauswertung durchgeführt, die die Kosten für Rehabilitationsbehandlungen nicht enthielt. Grund hierfür ist, dass nicht alle beteiligten Krankenkassen Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen liefern konnten. An den bestehenden Trends änderte sich bei dieser Auswertung nichts. Auch hier waren für die Gesamtauswertung über alle Altersgruppen die durchschnittlichen Kosten in der IG höher als in der KG.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Auch die Trends in den Altersgruppen spiegelten sich exakt so wider wie in der Hauptauswertung.

Der Erfolgsindikator GesÖko 16 kann durch die Auswertungen knapp nicht als erfüllt angesehen werden.

- GesÖko 17: Die Reduktion der Leistungskosten durch das Projekt DreiFürEins überwiegt die Leistungsausgaben der KJPPP

Die Leistungsausgaben der KJPPP stammen als einzige Kostenkategorie nicht aus den Routinedaten der beteiligten Krankenkassen, sondern von den beteiligten Kliniken selbst. Die Kosten umfassen dabei nicht die Kosten für die Behandlung der KuJ, die über die Routinedaten der Krankenkassen erfasst wurden und bereits bei den Erfolgsindikatoren 9-16 erfasst sind. Bei den hier erfassten Kosten handelt es sich vielmehr um die Kosten für die Verwaltung des Projekts. Daher ist zu berücksichtigen, dass im Falle einer Überführung in die Regelversorgung diese Kosten nicht in gleicher Höhe anfallen.

*Tabelle 105: Kostenübersicht Asklepios*

| Kostenkategorie | Kosten in € |
|---|---|
| Personalkosten | 377.854,75 |
| Infrastrukturkosten | 94.463,69 |
| Investitionen | 7.270,78 |
| Gesamtkosten | 479.589,22 |

*Tabelle 106: Kostenübersicht Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH*

| Kostenkategorie | Kosten in € |
|---|---|
| Personalkosten | 544.039,57 |
| Infrastrukturkosten | 136.009,94 |
| Investitionen | 10.439,02 |
| Sonstige Sachausgaben | 12.876,83 |
| Aufträge an Dritte | 7.909,84 |
| Gesamtkosten | 711.275,20 |

Die Kosten, die während des Projekts DreiFürEins bei den Asklepios Kliniken Hamburg GmbH und dem Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH anfielen sind in Tabelle 105 bzw. Tabelle 106 dargestellt. Da es sich hierbei um projektspezifische Kosten handelt, werden diese lediglich hier dargestellt, aber nicht mit den Kosten aus den Routinedaten verrechnet.

*Tabelle 107: Übersicht über die Erfolgsindikatoren*

| Erfolgs-indikator | Kategorie | Erfüllt | Nicht erfüllt |
|---|---|---|---|
| 9 | Stationäre Kosten | X | |
| 10 | Teilstationäre Kosten | | X |
| 11 | Ambulante Kosten | X | |
| 12 | Arzneimittelkosten | | X |
| 13 | Heil- und Hilfsmittelkosten* | X | X |


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14 | Rehabilitationskosten | | X |
| 15 | Fahrtkosten | | X |
| 16 | Gesamtkosten | | X |
| 17 | Leistungsausgaben KJPPP | | |

*Heil- und Hilfsmittel wurden getrennt ausgewertet

## 4.5 Limitationen

Die Forschung mit Routinedaten der GKV bietet zahlreiche Vorteile, etwa in Bezug auf die Kosten und den Zugang zu großen Datenmengen. Allerdings gibt es auch mehrere Limitationen und Herausforderungen. Da diese Daten originär zu administrativen Zwecken erhoben werden, sind sie für die Abrechnung zwischen Kostenträger und Leistungserbringer gedacht und nicht originär für die Forschung. So können Routinedaten unvollständig sein. Fehlende Werte oder ungenaue Daten (z. B. falsche Kodierungen) können die Analyse verfälschen. In Routinedaten können Eingabefehler auftreten, sei es durch menschliches Versagen, technische Probleme oder Inkonsistenzen in den verwendeten Datensystemen. Routinedaten sind oft nicht so detailliert wie speziell für Forschungszwecke erhobene Daten. Beispielsweise kann die Diagnose in Gesundheitsdatenbankeinträgen zu grob sein (z. B. nur eine allgemeine Klassifizierung statt einer genauen Krankheitsbeschreibung). Die Behandlungsbedürftigkeit und -intensität in der KJPPPÜ richtet sich nicht (nur) nach den Diagnosen, sondern mehr nach Belastungsfaktoren (Achse V, Mehr-Achsiales-System=MAS) und psychosozialem Funktionsniveau. Es fehlt häufig an tiefergehenden Informationen, die für komplexe Analysen oder die Untersuchung von spezifischen Fragestellungen erforderlich sind.

Routinedaten basieren auf den tatsächlichen Handlungen oder Ereignissen von Individuen, die in den jeweiligen Systemen erfasst sind. Es besteht die Gefahr einer Verzerrung, eines sogenannten Selection Bias, weil bestimmte Gruppen möglicherweise nicht ausreichend vertreten sind. Routinedaten bieten in der Regel keine Informationen darüber, welche Ursachen für bestimmte Ereignisse verantwortlich sind. Sie können korrelative Zusammenhänge zeigen, aber keine kausalen Beziehungen eindeutig herstellen. Ohne randomisierte kontrollierte Studien ist es schwierig, Kausalität zu beweisen.

Da im Projektverlauf eine Unterdeckung in der Kontrollgruppe aufgetreten ist, wurde auf ein Matchingverfahren zurückgegriffen. Hierbei wurde versucht durch die Definition von Filterkriterien die Kontrollgruppe mit vergleichbaren Fällen aus den Datenbeständen der beteiligten Krankenkassen aufzufüllen. Bei psychischen Erkrankungen war anhand der vorliegenden Daten der beteiligten Krankenkassen eine Differenzierung des Schweregrades der Diagnose problematisch. Dadurch kann nicht ausgeschlossen werden, dass es dabei zu Verzerrungen gekommen ist.

Der Beobachtungszeitraum im Projekt DreiFürEins war begrenzt. Durch die mögliche frühzeitige Behandlung psychischer Probleme der KuJ wird erwartet, dass sich Kosteneinsparpotenziale über einen längeren Beobachtungszeitraum ergeben. Hierfür war der Beobachtungszeitraum im Projekt DreiFürEins zu kurz. Hier wären weitere Forschungsvorhaben oder Follow-Ups mit einem längeren Zeithorizont erforderlich.

Um genaue Aussagen darüber zu treffen, welche Kosten ausschließlich durch psychische Erkrankungen verursacht wurden konnte anhand der Datenlage keine Auskunft gegeben werden. Grund hierfür ist das Forschungsdesign mit Routinedaten. Hier waren in einzelnen


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Abrechnungspositionen oft mehrere Diagnosen vereint, die anhand der Datenlage nicht nach Diagnosen einzeln aufgeschlüsselt werden konnten. Feingranularere Analysen hätten tieferen Erkenntnisgewinn ermöglicht.

# 5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Das Projekt DreiFürEins hat gezeigt, dass die Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher im Rahmen einer systematischen Kooperation von Schule, Jugendhilfe und KJPPP nachweisbar verbessert werden konnte. Im Folgenden werden 1. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und neuen Versorgungsform, 2. Empfehlungen zu notwendigen Rahmenbedingungen innerhalb und außerhalb der GKV-Versorgung formuliert. Zielrichtung ist dabei, die Erkennung und Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen durch ein frühzeitiges und kooperatives Handeln von KJPP, Schulen und Jugendhilfe zu verbessern sowie Chronifizierungen und Folgekosten von psychischen Auffälligkeiten zu vermeiden.

## 5.1 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und neuen Versorgungsform

Ansatzpunkte für eine künftige Verbesserung der Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher sind auf der Basis der Erfahrungen und empirischen Befunde der inhaltlichen Evaluation in DreiFürEins insbesondere:

1. der frühzeitige Einsatz von Screeninginstrumenten für alle Kinder und Jugendlichen in Schule und Diagnostikinstrumenten für psychisch auffällige Kinder und Jugendlichen in Schule
2. die systematische, multiprofessionelle Kooperation der drei Sektoren KJPP, Schule, und Jugendamt bei psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen über multiprofessionelle Fallkonferenzen, regionale Kernteams sowie multiprofessionelle Fortbildungen und Supervisionen sowie
3. die niedrigschwellige und aufsuchende, ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Diagnostik und Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlichen in bestehenden, schulnahen Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen vor Ort (in Hamburg: ReBBZ).

Zusammenfassend betrachtet soll a) ein frühzeitiges Screening und Diagnostizieren psychischer Auffälligkeiten, b) eine multiprofessionelle Kooperation der drei Sektoren KJPP, Schule, und Jugendhilfe sowie c) eine niedrigschwellige und aufsuchende, ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Diagnostik und Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher durch die KJPPP künftig – unter Beachtung datenschutzrechtlicher Regelungen – Teil der Regelversorgung in Deutschland werden.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

## 5.2 Empfehlungen zu notwendigen Rahmenbedingungen innerhalb und außerhalb der GKV-Versorgung

Für die skizzierte Weiterentwicklung der GKV-Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen sind kooperative, datenschutzrechtliche und technische Rahmenbedingungen unerlässlich:

Zu den Empfehlungen hinsichtlich der kooperativen Rahmenbedingungen gehören:

- die gemeinsame Verantwortung für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche von KJPP, Schule und Jugendhilfe (z. B. Beschulung, Eingliederungshilfe, Transition, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung)
- die regelhafte Durchführung von a) multiprofessionellen Fallkonferenzen (Handlungsakteure, fallbezogene Ausrichtung: kooperative Anamnese, Diagnose, Prävention und Intervention), b) regionalen Kernteams (Steuerungsakteure, regionale und strategische Ausrichtung: Konzepte, Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozessabläufe) sowie c) multiprofessionellen Fortbildungen und Supervisionen durch KJPP, Schule und Jugendhilfe
- die Beschreibung de Rollen, Leistungen und Zuständigkeiten von KJPP, Schule und Jugendhilfe in der Kooperation und Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen
- die Festlegung von standardisierten, kooperativen Prozessabläufen für das Screening, die Diagnostik, die Versorgung und die Erfolgsüberprüfung der Versorgung (Evaluation) psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher zwischen KJPP, Schule und Jugendhilfe
- die Benennung von festen Ansprechpartner*innen für die Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlichen sowie die Kooperation in KJPP, Schule und Jugendhilfe (unter besonderer Berücksichtigung der vorhandenen Sozialpädagog*innen)
- die Bereitstellung von festen Personalbudgets und Zeitbudgets für die Kooperation in den drei Sektoren KJPP, Schule und Jugendhilfe für multiprofessionelle Fallkonferenzen, regionale Kernteams, multiprofessionelle Fortbildungen und Supervisionen sowie die Koordination und Moderation der Kooperation und Fallarbeit)

Zu den Empfehlungen hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen gehören:

- die Klärung datenschutzrechtlicher Fragen und die Formulierung datenschutzrechtlicher Empfehlungen zur Kooperation unter Einbindung der Datenschutzbeauftragten aller beteiligten Sektoren (hier: KJPP, Schule, Jugendhilfe sowie Krankenkassen)
- die Gewährleistung eines sensiblen, sparsamen und datenschutzkonformen, personenbezogenen Datenaustauschs zwischen den drei Sektoren KJPP, Schule und Jugendhilfe
- die Formulierung, Bereitstellung und Nutzung von gemeinsamen Einwilligungserklärungen und Datenschutzerklärungen für den personenbezogenen Datenaustausch der drei Sektoren KJPP, Schule, und Jugendhilfe
- die Auswahl, Nutzung und Finanzierung von gemeinsamen, standardisierten und offenen Screening- und Diagnostikinstrumenten (z. B. SDQ, CBCL, Kidscreen) in den drei Sektoren KJPP, Schule, und Jugendhilfe


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Zu den Empfehlungen hinsichtlich der technischen Rahmenbedingungen gehören:

- die Bereitstellung einer gemeinsamen und datenschutzkonformen Austauschsoftware und Datenplattform in allen drei Sektoren (KJPP, Schule und Jugendhilfe)
- die Bereitstellung einer gemeinsamen Grundausstattung für den gemeinsame Austausch an Hardware (PC/Tablets, Kameras, Mikrofon) in allen drei Sektoren (KJPP, Schule und Jugendhilfe)
- eine technische Einweisung und Fortbildung in die Soft- und Hardware für die zuständigen Mitarbeitenden in allen drei Sektoren (KJPP, Schule und Jugendhilfe)
- eine flächendeckende Bereitstellung eines sicheren und schnellen Internetzugang in allen drei Sektoren (KJPP, Schule und Jugendhilfe)

## 5.3 Empfehlungen aus der gesundheitsökonomischen Evaluation

Betrachtet man die Ergebnisse aus der gesundheitsökonomischen Evaluation so fallen als erstes die etwas höheren Gesamtkosten für die in die IG eingeschlossenen KuJ auf. Aufgrund der Höhe der Gesamtkostenunterschiede zwischen IG und KG lässt sich feststellen, dass das Projekt DreiFürEins mit nur geringfügig höheren Gesamtkosten einhergeht. Um genauere Aussage über die jeweiligen Kostentreiber geben zu können, lohnt sich der Blick auf die Auswertungen der einzelnen Kostenkategorien.

In der Gesamtschau ergeben sich, wie in 4.4 zusammengefasst, günstigere Kosten für die Kostenkategorien stationäre Kosten, ambulante Kosten sowie Hilfsmittelkosten. Teurer hingegen war die Versorgung im Hinblick auf teilstationäre Kosten, Arzneimittelkosten, Heilmittelkosten, Rehakosten sowie Krankentransportkosten. Einschätzungen über die Gründe der jeweiligen höheren oder geringeren Kosten finden sich in den Abschnitten zur Diskussion. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive wird davon ausgegangen, dass durch das Projekt DreiFürEins in der Zukunft noch weitere Einsparpotentiale realisiert werden können. Um diesen Nachweis zu erbringen, wäre jedoch ein längere Betrachtungszeitraum von Nöten gewesen. Grund für die Annahme ist die frühzeitige und optimierte Behandlung von psychischen Auffälligkeiten bei KuJ. Erst einmal aufgedeckt, fallen für die Behandlung dieser Auffälligkeiten zwar initial höhere Kosten an. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass gerade bei psychischen Erkrankungen eine zu späte Detektion und unzureichende Behandlung mit hohen zukünftigen Kosten verbunden sein wird. Daher werden aus gesundheitsökonomische Sicht Follow-Up Analysen zum Projekt DreiFürEins empfohlen, um die tatsächlichen Effekte messen zu können.

Berücksichtigt man die hier generierten ökonomischen Ergebnisse zur ökonomischen Evaluation mit der inhaltlichen Evaluation so lautet die Empfehlung aus gesundheitsökonomischer Sicht: Verstetigung und Überführung in die Regelversorgung des hier evaluierten neuen Versorgungsansatzes bei gleichzeitiger weiterer Forschung im Sinne einer begleitenden ökonomischen Evaluation, um so auch die potentiellen budgetären Langzeiteffekte erfassen zu können.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

## IV Literaturverzeichnis

Abele, A./Stief, M./Andrä, M. S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen - Neukonstruktion einer BSW-Skala. In *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*. 44. 145-151.

Adam, H. /Hoffmann, M. (2012) (Hrsg.): *You'll never walk alone* – Ein Kooperationsprojekt von stationärer Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychotherapie. Verlag Ruhiges Bewegen: Berlin.

Adam, H./Bistritzky, H. (2011): Inklusion gestalten – Seelische Probleme von Kindern und Jugendlichen in der Schule. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, *Psychosomatik und Psychotherapie*, 3, 77-101.

Arbeck, B./Willmann, M. (2010): Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch. Kohlhammer: Stuttgart.

Beierlein, C./Asbrock, F./Kauff, M./Schmidt, P. (2014): Die Kurzskala Autoritarismus (KSA-3): Ein ökonomisches Messinstrument zur Erfassung dreier Subdimensionen autoritärer Einstellungen.

Bronstein, L. R. (2002): Index of interdisciplinary collaboration (Instrument Development). Social work research, 26(2), 113-127.

Cillien, P./Fischbach, A./Mörsdorf, A./Scherp, E./Schaufeli, W. B. (2006). *Maslach Burnout Inventory – General Survey Deutsche Version 1.0 (MBI-GS-D V1.0.).*Unveröffentlichtes Manuskript.

Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates: New York.

Dilling, H. (2011): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien (8., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011.). Bern: Huber.

Dollinger, B. (2018): Abweichendes Verhalten. In: Graßhoff, G., Renker, A., Schröer, W. (Hrsg.): Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung. Springer VS: Wiesbaden, S. 69–81.

Dollinger, B./Groenemeyer, A./Rzepka, D.(Hrsg.) (2015): Devianz als Risiko. Neue Perspektiven des Umgangs mit abweichendem Verhalten, Delinquenz und sozialer Auffälligkeit. Gesellschaft für interdisziplinäre wissenschaftliche Kriminologie; Sektion Soziale Probleme und soziale Kontrolle der Deutschen Gesellschaft für Soziologie; Kommission Sozialpädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft.: Beltz Juventa: Weinheim, Basel.

Dollinger, B./Oelkers, N. (Hrsg.) (2015): Sozialpädagogische Perspektiven auf Devianz. Beltz Juventa: Weinheim, Basel.

Döpfner/M., Adam, J./Habbel, C./Schulte, B., Schulze-Husmann, K./Simons, M./Heuer, F./Wegner, C./Bender, S./Tempo-Studiengruppe/B-FAST-Studiengruppe. (2021). Die psychische Belastung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien während der COVID-19- Pandemie und der Zusammenhang mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten. Bundesgesundheitsblatt, 64(12), 1522-1532.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Döpfner, M./Plück, J./Kinnen, C./Plück, J. (2014): CBCL/6-18R-TRF/6-18R-YSR/11-18R: Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R). Hogrefe: Göttingen.

Esser, G. /Blank, S. (2011): Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 60(8), 607-638.

Fussangel, K. (2008): Subjektive Theorien von Lehrkräften zur Kooperation. Eine Analyse der Zusammenarbeit von Lehrerinnen und Lehrern in Lerngemeinschaften. Wuppertal.

Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **38**, 581-586.

Greiner, W./Batram, M./Witte, J. (2019): Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern. In: Storm, A. (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 31). medhochzwei Verlag GmbH: Heidelberg.

Grob, A./Smolenski, C. (2009): FEEL-KJ: Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. Huber: Bern.

Hamburger Kooperationskonferenz Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schule (2018): Leitlinie für bezirkliche Kooperationsvereinbarungen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ), Schulen und weiteren Stellen. [Hamburg]

Hanisch, C./Vögele, U./Leidig, T./Döpfner, M./Niemeier, É./Hennemann, T. (2023). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung. Empirische Sonderpädagogik, 15(1), 21-37.

Hölling, H./Schlack, R./Dippelhofer, A. (2008): Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz* 51(6), 606-620.

Hölling, H./Schlack, R./Petermann, F./Ravens-Sieberer, U./Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012) : Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1).In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 57 (7), S. 807–819. Verfügbar unter: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/1894/23snHyPgg8sPo.pdf?sequence=1&isAllowed=y [24.08.2021]

Kaman, A./Otto, Christiane/A., Adekunle/D., Janine/E., Michael/Napp, A.-K. (2021): Belastungserleben und psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Hamburg während der COVID-19-Pandemie. In: Nervenheilkunde 40 (05), S. 319–326. Verfügbar unter: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-1397-5400 [25.08.2021]



Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift/Asklepios/UKE/Landesbetrieb Erziehung und Beratung (2017) (Hrsg.): Kooperation zwischen dem Landesbetrieb Erziehung und Beratung und den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Hamburg. Erfahrungsbericht über den Zeitraum Dezember 2015 bis Juni 2017. (C Bindt, J Walter, KD Müller, OP Jagdt). Hamburg.

Kearney, C. A. (2002). Identifying the function of school refusal behavior: a revision of the school refusal assessment scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24,235–245.

Klasen, F./Meyrose, A.-K./Otto, C./Reiss, F./Ravens-Sieberer, U. (2017): Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 165 (5), S. 402–407.

Kleve, H. (2010): Konstruktivismus und Soziale Arbeit. Einführung in Grundlagen der systemisch-konstruktivistischen Theorie und Praxis.: VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

Klipker, K./Baumgarten, F./Göbel, K./Lampert, T./Hölling, H. (2018): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring 3 (3), S. 37–45.

Knollmann, M., Reissner, V. & Hebebrand, J. (2019). Towards acomprehensive assessment of school absenteeism: Development and initial validation of the inventory of school atten-dance problems. European Child & Adolescent Psychiatry, 28,399–414.

Kölch, M./Plener, P./Fegert, J. M. (2020): Psychopathologie und Klassifikationssysteme – Grundlegende Aspekte. In: Kölch, M., Rassenhofer, M., Fegert, J.M. (Hrsg.): Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Springer: Berlin, Heidelberg, S. 1–6.

Mattejat, F./Remschmidt, H. (1998). Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Murray, H. A. (1991). Thematic Apperception Test. Göttingen: Hogrefe.

Neumann, P. (2019): Kooperation selbst bestimmt? Interdisziplinäre Kooperation und Zielkonflikte in inklusiven Grundschulen und Förderschulen. Waxmann: Münster, New York.

OECD/EU (2018): Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/EU, Brussel, verfügbar unter: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en [05.08.2025].

Oelkers, N. (2018): Devianz. In: Böllert, K. (Hrsg.): Kompendium Kinder- und Jugendhilfe: Springer VS Wiesbaden, S. 881–899.

Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871-887.

Ravens-Sieberer, U./Kaman, A./Otto, C./Adedeji, A./Napp, A./Becker, M. (2021): Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.

Remschmidt, H./Schmidt, Martin H./Poustka, F. (2017) (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. Mit einem synoptischen Vergleich zwischen ICD-10 und DSM-5. 7. aktualisierte Auflage.

Schaarschmidt, U./Fischer, A. W. (2008). Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) 3. überarbeitete Auflage, Frankfurt a. M.: Swets & Zeitlinger.

Schaufeli, W. B./Leiter, M. P./Maslach, C./Jackson, S. (1996). The MBI-General Survey. In Maslach, C./Jackson, S./Leiter, M. (Hrsg.), Maslach Burnout Inventory. Manual (3. Aufl., S. 19-26). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Schlack, R./Neuperdt, L./Junker, S./Eicher, S./Hölling, H./Thom, J./Ravens-Sieberer, U./Beyer, A.-K. (2023). Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19- Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. Journal of Health Monitoring, 8(S1), 1-74.

Schwarzer, R./Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999): *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen.* Berlin: Freie Universität Berlin.

Schwenck, C. (2018): Externalisierende und internalisierende Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Schneider, W./ Lindenberger, U. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Beltz: München.

Shaffer, D./Gould, M. S./Brasic, J./Ambrosini, P./Fisher, P./Bird, H./Aluwahlia, S. (1983): A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General psychiatry*, 40(11), 1228-1231.

Sicotte, C./D'Amour, D./Moreault, M. P. (2002): Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social science & medicine*, 55(6), 991-1003.

Spinath, B. (2012): *SELLMO: Skalen zur Erfassung der Lern- und Leistungsmotivation*. Hogrefe: Göttingen.

Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2009): *Sammlung der Beschlüsse der Ständigen Kultusministerkonferenz* (lose Blattsammlung). Verlag Luchterhand: Köln und Neuwied.

Steffen, A./Akmatov, M.K./Holstiege, J./Bätzing, J. (2018). Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/07. Berlin. https://doi.org/10.20364/VA-18.07

Stein R. (2011): Pädagogik bei Verhaltensstörungen – Zwischen Inklusion und Intensivangeboten. *Zeitschrift für Heilpädagogik, 9*, 324-337.

Stein, R. (2019): Grundwissen Verhaltensstörungen. Schneider: Hohengehren.

Stiensmeier-Pelster, J./Braune-Krickau, M./Schürmann, M./Duda, K. (2014). Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche, 3., überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

Swart, E./Ihle, P./Gothe, H./Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2014): *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. 2., vollständig überarbeitete Auflage, Huber: Bern.

The KIDSCREEN Group Europe. (2006). The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers.

## V Anlagen

Anlage 1: Übersicht über die Ergebnisse der Vergleiche von Fällen mit und ohne Dropout

Anlage 2: Skalenhandbuch

- 2a Skalenhandbuch Kinder und Jugendliche (KuJ)
- 2b Skalenhandbuch Fachkräfte (FKR)

Anlage 3: Leitfäden

- 3a Leitfaden Steuerungsebene
- 3b Leitfaden Umsetzungsebene

Anlage 4: Auszüge aus dem Kategoriensystem

- 4a Auszüge aus dem Kategoriensystem für die Steuerungsebene
- 4b Auszüge aus dem Kategoriensystem für die Handlungsebene

Anlage 5: Übersicht über die Ergebnisse der IG-KG-Vergleiche (KuJ)

Anlage 6: Übersicht über die Ergebnisse sämtlicher Prä-Post-IG-KG-Vergleiche (KuJ)

(auch an den imputierte Datensätzen erzielte Ergebnisse)

Anlage 7: Übersicht über Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche in der IG (sowie KG)


Gefördert durch: GBA Innovationsausschuss

**Anlage 1: Übersicht über die Ergebnisse der Vergleiche von Fällen mit und ohne Dropout**

# Übersicht über die Ergebnisse der Vergleiche von Fällen mit und ohne Dropout

# Inhalt

1 Fälle mit und ohne Dropout bei den Eltern ..... 1
1.1 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die SDQ-Messung (bei den Eltern) ..... 1
1.2 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die CBCL-Messung ..... 1
1.3 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die Kidscreen-Messung ..... 2
2 Fälle mit und ohne Dropout bei den KuJ ..... 2
2.1 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die SDQ-Messung (bei den KuJ) ..... 2
2.2 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die YSR-Messung ..... 3
3 Fälle mit und ohne Dropout bei den Lehrkräften ..... 3
3.1 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die SDQ-Messung (bei den Lehrkräften) ..... 3
3.2 Fälle Dropout in Bezug auf die TRF-Messung ..... 3

# 1 Fälle mit und ohne Dropout bei den Eltern

## 1.1 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die SDQ-Messung (bei den Eltern)

| | Ergebnis der Unterschiedsprüfung und relevante Kennwerte | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geprüfte Variable | T | df | p | Mittlere Differenz | Differenz für Standardfehler | $N_{mit\ DO}$ | $N_{ohne\ DO}$ |
| Alter* | 2.240 | 385 | .026 | 0.681 | 0.304 | 197 | 190 |
| Geschlecht | -1.591 | 310.463 | .113 | -0.082 | 0.052 | 141 | 182 |
| Vorhandensein eines Förderbedarfs | 0.195 | 307 | .846 | 0.011 | 0.056 | 131 | 178 |
| Zuhause gesprochene Sprache | 1.023 | 285.548 | .307 | 0.054 | 0.053 | 137 | 180 |
| Haushaltsnettoeinkommen | -1.150 | 289 | .251 | -0.455 | 0.399 | 123 | 168 |
| Therapieerfahrung Eltern | 0.913 | 312 | .362 | 0.050 | 0.055 | 135 | 179 |
| Gesamtproblemwert SDQ (Eltern Prä) | 0.066 | 369 | .948 | 0.039 | 0.599 | 189 | 182 |
| Gesamtauffälligkeit CBCL (Prä) | 0.549 | 268.794 | .583 | 0.548 | 0.998 | 117 | 155 |
| Wunsch (der Eltern) nach Verbesserung | 0.100 | 309 | .920 | 0.005 | 0.049 | 131 | 180 |
| Mitwirkungsbereitschaft (der Eltern) | 1.032 | 307.068 | .303 | 0.035 | 0.034 | 130 | 180 |
| Zuversicht (der Eltern) | -1.110 | 295.364 | .268 | -0.083 | 0.075 | 130 | 180 |

In Bezug auf mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

## 1.2 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die CBCL-Messung

| | Ergebnis der Unterschiedsprüfung und relevante Kennwerte | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geprüfte Variable | T | df | p | Mittlere Differenz | Differenz für Standardfehler | $N_{mit\ DO}$ | $N_{ohne\ DO}$ |
| Alter | 1.623 | 359 | .106 | 0.514 | 0.316 | 155 | 206 |
| Geschlecht* | -2.079 | 338.005 | .038 | -0.103 | 0.050 | 152 | 201 |
| Vorhandensein eines Förderbedarfs | 0.606 | 341 | .545 | 0.032 | 0.053 | 144 | 199 |
| Zuhause gesprochene Sprache | 1.133 | 315.147 | .258 | 0.058 | 0.051 | 151 | 200 |
| Haushaltsnettoeinkommen | -1.400 | 323 | .162 | -0.521 | 0.372 | 136 | 189 |
| Therapieerfahrung Eltern | 0.677 | 345 | .499 | 0.036 | 0.053 | 148 | 199 |
| Gesamtproblemwert SDQ (Eltern Prä) | 0.558 | 295 | .577 | 0.373 | 0.668 | 130 | 167 |
| Gesamtauffälligkeit CBCL (Prä) | 0.863 | 311 | .389 | 0.877 | 1.017 | 134 | 179 |
| Wunsch (der Eltern) nach Verbesserung | 0.098 | 345 | .922 | 0.004 | 0.043 | 146 | 201 |
| Mitwirkungsbereitschaft (der Eltern) | 0.397 | 344 | .691 | 0.011 | 0.029 | 145 | 201 |
| Zuversicht (der Eltern) | -0.956 | 330.564 | .340 | -0.067 | 0.070 | 145 | 201 |

In Bezug auch mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

## 1.3 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die Kidscreen-Messung

| | Ergebnis der Unterschiedsprüfung und relevante Kennwerte | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geprüfte Variable | T | df | p | Mittlere Differenz | Differenz für Standardfehler | $N_{mit\ DO}$ | $N_{ohne\ DO}$ |
| Alter | 0.062 | 287 | .951 | 0.018 | 0.299 | 146 | 143 |
| Geschlecht* | -1.973 | 273.802 | .049 | -0.113 | 0.057 | 138 | 139 |
| Vorhandensein eines Förderbedarfs | 0.346 | 268 | .730 | 0.021 | 0.060 | 134 | 136 |
| Zuhause gesprochene Sprache | -1.046 | 271.228 | .296 | -0.058 | 0.056 | 137 | 137 |
| Haushaltsnettoeinkommen | -1.357 | 256 | .176 | -0.548 | 0.404 | 125 | 133 |
| Therapieerfahrung Eltern | 0.533 | 270 | .595 | 0.031 | 0.059 | 135 | 137 |
| Gesamtproblemwert SDQ (Eltern Prä) | 0.539 | 209.737 | .595 | 0.031 | 0.059 | 120 | 113 |
| Gesamtauffälligkeit CBCL (Prä) | 0.553 | 240.574 | .581 | 0.623 | 1.127 | 123 | 126 |
| Wunsch (der Eltern) nach Verbesserung | 0.644 | 270 | .520 | 0.031 | 0.048 | 133 | 139 |
| Mitwirkungsbereitschaft (der Eltern) | 0.414 | 270 | .679 | 0.013 | 0.031 | 133 | 139 |
| Zuversicht (der Eltern) | -0.047 | 270 | .962 | -0.004 | 0.079 | 133 | 139 |

In Bezug auf mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

# 2 Fälle mit und ohne Dropout bei den KuJ

## 2.1 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die SDQ-Messung (bei den KuJ)

| | Ergebnis der Unterschiedsprüfung und relevante Kennwerte | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geprüfte Variable | T | df | p | Mittlere Differenz | Differenz für Standardfehler | $N_{mit\ DO}$ | $N_{ohne\ DO}$ |
| Alter | 0.683 | 205 | .495 | 0.162 | 0.238 | 123 | 84 |
| Geschlecht | -0.568 | 145 | .571 | -0.047 | 0.082 | 74 | 73 |
| Vorhandensein eines Förderbedarfs | -0.511 | 136 | .610 | -0.043 | 0.085 | 69 | 69 |
| Zuhause gesprochene Sprache | -0.950 | 143 | .344 | -0.073 | 0.077 | 73 | 72 |
| Haushaltsnettoeinkommen | -0.309 | 132 | .758 | -0.179 | 0.580 | 67 | 67 |
| Therapieerfahrung Eltern | 0.141 | 138 | .888 | 0.012 | 0.084 | 71 | 69 |
| Gesamtproblemwert SDQ (KuJ Prä) | 0.830 | 195 | .408 | 0.698 | 0.841 | 115 | 82 |
| Gesamtauffälligkeit YSR (Prä) | 1.219 | 90 | .226 | 2.724 | 2.234 | 42 | 50 |
| Wunsch (der KuJ) nach Verbesserung | 1.270 | 113 | .207 | 0.167 | 0.132 | 58 | 57 |
| Mitwirkungsbereitschaft (der KuJ) | 0.541 | 113 | .589 | 0.060 | 0.112 | 58 | 57 |
| Zuversicht (der KuJ) | 0.321 | 113 | .749 | 0.038 | 0.119 | 58 | 57 |

In Bezug auf mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

## 2.2 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die YSR-Messung

| | Ergebnis der Unterschiedsprüfung und relevante Kennwerte | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geprüfte Variable | T | df | p | Mittlere Differenz | Differenz für Standardfehler | $N_{mit\ DO}$ | $N_{ohne\ DO}$ |
| Alter | 1.175 | 161 | .242 | 0.308 | 0.262 | 84 | 79 |
| Geschlecht | -1.301 | 137 | .196 | -0.110 | 0.085 | 68 | 71 |
| Vorhandensein eines Förderbedarfs | 0.740 | 129 | .460 | 0.063 | 0.085 | 64 | 67 |
| Zuhause gesprochene Sprache | 0.597 | 134 | .551 | 0.048 | 0.080 | 66 | 70 |
| Haushaltsnettoeinkommen | 0.052 | 125 | .959 | 0.031 | 0.592 | 60 | 67 |
| Therapieerfahrung Eltern | 0.274 | 132 | ,785 | 0.023 | 0.084 | 65 | 69 |
| Gesamtproblemwert SDQ (KuJ Prä)* | 2.157 | 120 | .033 | 2.322 | 1.076 | 64 | 58 |
| Gesamtauffälligkeit YSR (Prä) | 0.939 | 115 | .350 | 1.820 | 1.938 | 54 | 63 |
| Wunsch (der KuJ) nach Verbesserung | 0.856 | 141 | .374 | 0.100 | 0.117 | 69 | 74 |
| Mitwirkungsbereitschaft (der KuJ) | 0.892 | 141 | .374 | 0.084 | 0.094 | 69 | 74 |
| Zuversicht (der KuJ) | 0.384 | 141 | .700 | 0.043 | 0.112 | 69 | 74 |

In Bezug auf mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

# 3 Fälle mit und ohne Dropout bei den Lehrkräften

## 3.1 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die SDQ-Messung (bei den Lehrkräften)

| | Ergebnis der Unterschiedsprüfung und relevante Kennwerte | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geprüfte Variable | T | df | p | Mittlere Differenz | Differenz für Standardfehler | $N_{mit\ DO}$ | $N_{ohne\ DO}$ |
| Alter | 0.264 | 283 | .792 | 0.089 | 0.339 | 133 | 152 |
| Geschlecht | 0.345 | 232 | .731 | 0.021 | 0.060 | 106 | 128 |
| Vorhandensein eines Förderbedarfs | -1.678 | 217.247 | .095 | -0.111 | 0.066 | 102 | 122 |
| Zuhause gesprochene Sprache | -1.705 | 224.685 | .089 | -0.106 | 0.062 | 105 | 123 |
| Gesamtproblemwert SDQ (L Prä) | 1.239 | 283 | .216 | 0.866 | 0.699 | 133 | 152 |
| Gesamtauffälligkeit TRF (Prä) | -0.819 | 111 | .415 | -4.836 | 5.901 | 53 | 60 |

In Bezug auf mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

## 3.2 Fälle Dropout in Bezug auf die TRF-Messung

| | Ergebnis der Unterschiedsprüfung und relevante Kennwerte | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geprüfte Variable | T | df | p | Mittlere Differenz | Differenz für Standardfehler | $N_{mit\ DO}$ | $N_{ohne\ DO}$ |
| Alter | 0.584 | 249 | .560 | 0.213 | 0.365 | 119 | 132 |
| Geschlecht | -0.268 | 203 | .789 | -0.017 | 0.063 | 93 | 112 |
| Vorhandensein eines Förderbedarfs | -0.721 | 194 | .472 | -0.052 | 0.072 | 89 | 107 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zuhause gesprochene Sprache | -1.370 | 195.722 | .172 | -0.091 | 0.062 | 92 | 107 |
| Gesamtproblemwert SDQ (L Prä) | 0.502 | 238 | .616 | 0.386 | 0.768 | 111 | 129 |
| Gesamtauffälligkeit TRF (Prä) | -1.877 | 116 | .063 | -11.088 | 5.908 | 60 | 58 |

In Bezug auf mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

**Anlage 2a: Skalenhandbuch KuJ**

# Skalenhandbuch KuJ

# Inhalt


1. SDQ-Skalen (Goodman) ..... 1
   1.1 SDQ- Eltern ..... 1
      1.1.1 Emotionale Probleme (Eltern) ..... 1
      1.1.2 Verhaltensprobleme (Eltern) ..... 1
      1.1.3 Hyperaktivität (Eltern) ..... 2
      1.1.4 Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (Eltern) ..... 3
      1.1.5 Prosoziales Verhalten ..... 3
      1.1.6 Gesamtproblemwert (Eltern) ..... 4
   1.2 SDQ- KuJ ..... 4
      1.2.1 Emotionale Probleme (KuJ) ..... 4
      1.2.2 Verhaltensprobleme (KuJ) ..... 5
      1.2.3 Hyperaktivität (KuJ) ..... 6
      1.2.4 Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (KuJ) ..... 7
      1.2.5 Prosoziales Verhalten (KuJ) ..... 7
      1.2.6 Gesamtproblemwert (KuJ) ..... 8
   1.3 SDQ- Lehrkräfte ..... 8
      1.3.1 Emotionale Probleme (Lehrkräfte) ..... 8
      1.3.2 Verhaltensprobleme (Lehrkräfte) ..... 9
      1.3.3 Hyperaktivität (Lehrkräfte) ..... 10
      1.3.4 Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ..... 10
      1.3.5 Prosoziales Verhalten (Lehrkräfte) ..... 11
      1.3.6 Gesamtproblemwert (Lehrkräfte) ..... 11
2. SRAS-R-Skalen (Kearney) ..... 12
   2.1 SRAS-R- Eltern ..... 12
      2.1.1 Vermeidung negativer Affektivität (Eltern) ..... 12
      2.1.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen (Eltern) ..... 13
      2.1.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten (Eltern) ..... 13
      2.1.4 Aufsuchen von attraktiven Tätigkeiten außerhalb der Schule (Eltern) ..... 14
   2.2 SRAS-R- KuJ ..... 15
      2.1.1 Vermeidung negativer Affektivität (KuJ) ..... 15
      2.1.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen (KuJ) ..... 16
      2.1.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten (KuJ) ..... 16
      2.1.4 Aufsuchen von attraktiven Tätigkeiten außerhalb der Schule (KuJ) ..... 17
3. CBCL-/YSR-/TRF-Skalen ..... 18
   3.1 CBCL-Skalen ..... 18

3.1.1 Problemskalen ..... 18
1. Ängstlich/depressiv (AD) ..... 18
2. Rückzüglich depressiv (RD) ..... 19
3. Körperliche Beschwerden (KB) ..... 19
4. Soziale Probleme (SP) ..... 20
5. Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme (DP) ..... 22
6. Aufmerksamkeitsprobleme (AP) ..... 23
7. Regelverletzendes Verhalten (RV) ..... 23
8. Aggressives Verhalten (AV) ..... 24
10. Internale Probleme ..... 25
11. Externale Probleme ..... 26
12. Gesamtproblemwert ..... 26
3.1.3 DSM-orientierte Skalen ..... 27
1. Depressive Symptome (DEP) ..... 27
2. Angstsymptome (ANX) ..... 28
3. Körperliche Symptome (SOM) ..... 28
4. Unaufmerksamkeits-Hyperaktivitätssymptome (ADH) ..... 29
5. Oppositionelle Verhaltenssymptome (OVS) ..... 30
6. Dissoziale Symptome (DIS) ..... 31
3.2 YSR-Skalen ..... 32
3.2.1 Problemskalen ..... 32
1. Ängstlich/depressiv (AD) ..... 32
2. Rückzüglich depressiv (RD) ..... 33
3. Körperliche Beschwerden (KB) ..... 33
4. Soziale Probleme (SP) ..... 34
5. Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme (DP) ..... 35
6. Aufmerksamkeitsprobleme (AP) ..... 36
7. Regelverletzendes Verhalten (RV) ..... 37
8. Aggressives Verhalten (AV) ..... 38
10. Internale Probleme ..... 39
11. Externale Probleme ..... 39
12. Gesamtproblemwert ..... 40
3.2.3 DSM-orientierte Skalen ..... 40
1. Depressive Symptome (DEP) ..... 40
2. Angstsymptome (ANX) ..... 41
3. Körperliche Symptome (SOM) ..... 42

4. Unaufmerksamkeits-Hyperaktivitätssymptome (ADH) ..... 43
5. Oppositionelle Verhaltenssymptome (OVS) ..... 43
6. Dissoziale Symptome (DIS) ..... 44
3.3 TRF-Skalen ..... 45
3.3.1 Problemskalen ..... 45
1. Ängstlich/depressiv (AD) ..... 45
2. Rückzüglich depressiv (RD) ..... 46
3. Körperliche Beschwerden (KB) ..... 47
4. Soziale Probleme (SP) ..... 48
5. Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme (DP) ..... 49
6. Aufmerksamkeitsprobleme (AP) ..... 50
a) Unaufmerksam ..... 50
b) Hyperaktiv/Impulsiv ..... 51
c) Gesamt ..... 52
7. Regelverletzendes Verhalten (RV) ..... 52
8. Aggressives Verhalten (AV) ..... 53
10. Internale Probleme ..... 54
11. Externale Probleme ..... 54
12. Gesamtproblemwert ..... 55
3.3.3 DSM-orientierte Skalen ..... 55
1. Depressive Symptome (DEP) ..... 55
2. Angstsymptome (ANX) ..... 56
3. Körperliche Symptome (SOM) ..... 57
4. Unaufmerksamkeits-Hyperaktivitätssymptome (ADH) ..... 58
a) Unaufmerksamkeitssymptome ..... 58
b) Hyperaktivitätssymptome ..... 58
c) Gesamt ..... 59
5. Oppositionelle Verhaltenssymptome (OVS) ..... 60
6. Dissoziale Symptome (DIS) ..... 60
4. Kidscreen-Skalen ..... 61
4.1 Kidscreen Eltern ..... 61
4.1.1 Körperliches Wohlbefinden ..... 61
4.1.2 Psychisches Wohlbefinden ..... 62
4.1.3 Beziehung zu Eltern und Autonomie ..... 63
4.1.4 Gleichaltrige und soziale Unterstützung ..... 63
4.1.5 Schulisches Umfeld ..... 64

5. FBB-Skalen ..... 65
5.1 FBB-T(herapeut) ..... 65
5.1.1 Therapieerfolg hinsichtlich des Patienten ..... 65
5.1.2 Therapieerfolg hinsichtlich der Familie ..... 66
5.1.3 Kooperation mit dem Patienten ..... 67
5.1.4 Kooperation mit der Mutter ..... 67
5.1.5 Kooperation mit dem Vater ..... 68
5.1.6 Therapeuten-Gesamtwert ..... 69
5.2 FBB-E(lntern) ..... 69
5.2.1 Erfolg der Behandlung ..... 69
5.2.2 Verlauf der Behandlung ..... 70
5.2.3 Eltern-Gesamtwert ..... 71
5.3 FBB-P(atient/Schüler) ..... 72
5.3.1 Erfolg der Behandlung ..... 72
5.3.2 Beziehung zum Therapeuten ..... 73
5.3.3 Rahmenbedingungen der Behandlung ..... 74
5.3.4 Patienten-Gesamtwert ..... 75
Literatur ..... 76

# 1. SDQ-Skalen (Goodman)

## 1.1 SDQ- Eltern

### 1.1.1 Emotionale Probleme (Eltern)

(α (Woener u. a. 2002) = 0.66, α (Rogge u. a. 2018) = 0.70, ω (Rogge u. a. 2018) = 0.83)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten (bei T0)/im letzten Monat (bei T4 und T5). |
| sdq_e3_kopfschmerz | sdq_fu_e3_schmerzen | 3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit. |
| sdq_e8_sorgen | sdq_fu_e8_sorgen | 8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt |
| sdq_e13_unglueck | sdq_fu_e13_weinen | 13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig |
| sdq_e16_nervoes | sdq_fu_e16_nervoes | 16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen |
| sdq_e24_angst | sdq_fu_e24_aengste | 24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 386) | | | | Post-Erhebung (n = 232) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 77) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.36 | 2.65 | 0.718 | 0.714 | 3.67 | 2.60 | 0.731 | 0.731 | 4.10 | 2.92 | 0.825 | 0.826 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.1.2 Verhaltensprobleme (Eltern)

(α (Woerner u. a.) = 0.60, α (Rogge u. a. 2018) = 0.55, ω (Rogge u. a. 2018) = 0.70)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten (bei T0)/im letzten Monat (bei T4 und T5). |

| | | |
|---|---|---|
| sdq_e5_wutanfall | sdq_fu_e5_wut | 5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend |
| sdq_e7_folgsam | sdq_fu_e7_folgsam | 7. Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen (rec) |
| sdq_e12_streit | sdq_fu_e12_streit | 12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie |
| sdq_e18_luegen | sdq_fu_e18_luegen | 18. Lügt oder mogelt häufig |
| sdq_e22_stehlen | sdq_fu_e22_stehlen | 22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 387) | | | | Post-Erhebung (n = 232) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 76) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.33 | 2.23 | 0.638 | 0.637 | 3.09 | 2.29 | 0.720 | 0.724 | 2.43 | 1.72 | 0.500 | 0.540 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.1.3 Hyperaktivität (Eltern)

(α (Woener u. a. 2002) = 0.76, α (Rogge u. a. 2018) = 0.78, ω (Rogge u. a. 2018) = 0.89)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten (bei T0)/im letzten Monat (bei T4 und T5). |
| sdq_e2_unruhe | sdq_fu_e2_unruhig | 2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen |
| sdq_e10_zappelig | sdq_fu_e10_zappelig | 10. Ständig zappelig |
| sdq_e15_ablenkbar | sdq_fu_e15_ablenken | 15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert |
| sdq_e21_denken | sdq_fu_e21_denken | 21. Denkt nach, bevor er/sie handelt (rec) |
| sdq_e25_konzentriert | sdq_fu_e25_konzent | 25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne (rec) |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 384) | | | | Post-Erhebung (n = 229) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 77) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6.04 | 2.64 | 0.770 | 0.766 | 4.75 | 2.72 | 0.787 | 0.779 | 4.52 | 2.34 | 0.730 | 0.723 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.1.4 Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (Eltern)

(α (Woener u. a. 2002) = 0.58, α (Rogge u. a. 2018) = 0.68, ω (Rogge u. a. 2018) = 0.78)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten (bei T0)/im letzten Monat (bei T4 und T5). |
| sdq_e6_einzelgaenger | sdq_fu_e6_alleine | 6. Einzelgänger; spielt meist alleine |
| sdq_e11_freund | sdq_fu_e11_freunde | 11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin (rec) |
| sdq_e14_beliebt | sdq_fu_e14_beliebt | 14. Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt (rec) |
| sdq_e19_haenseln | sdq_fu_e19_haenseln | 19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert |
| sdq_e23_erwachs | sdq_fu_e23_erwachsen | 23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 379) | | | | Post-Erhebung (n = 227) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 77) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.91 | 4.69 | 0.548 | 0.540 | 2.88 | 2.14 | 0.610 | 0.609 | 3.35 | 2.03 | 0.647 | 0.622 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.1.5 Prosoziales Verhalten

(α (Woener u. a. 2002) = 0.68, α (Rogge u. a. 2018) = 0.62, ω (Rogge u. a. 2018) = 0.76)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine |

| | | |
|---|---|---|
| | | Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten (bei T0)/im letzten Monat (bei T4 und T5). |
| sdq_e1_ruecksicht | sdq_fu_e1_ruecksicht | 1. Rücksichtsvoll |
| sdq_e4_teilen | sdq_fu_e4_teilen | 4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.) |
| sdq_e9_hilfsbereit | sdq_fu_e9_helfen | 9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind |
| sdq_e17_liebjueng | sdq_fu_e17_lieb | 17. Lieb zu jüngeren Kindern |
| sdq_e20_helfen | sdq_fu_e20_freiwilli | 20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern) |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 385) | | | | Post-Erhebung (n = 225) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 77) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 7.28 | 2.13 | 0.719 | 0.722 | 7.99 | 1.83 | 0.635 | 0.653 | 7.99 | 1.86 | 0.727 | 0.723 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.1.6 Gesamtproblemwert (Eltern)

(α (Woener u. a. 2002) = 0.82, α (Rogge u. a. 2018) = 0.81, ω (Rogge u. a. 2018) = 0.90)

Summenscore aus allen unter 1.1.1 bis 1.1.4 genannten Items.

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 371) | | | | Post-Erhebung (n = 222) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 76) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 19.53 | 5.76 | 0.714 | 0.650 | 14.35 | 6.90 | 0.813 | 0.818 | 14.45 | 6.14 | 0.803 | - |

Wertebereich der Skala: 0-40

## 1.2 SDQ- KuJ

### 1.2.1 Emotionale Probleme (KuJ)

(α (Lohbeck u. a. 2015) = 0.71, $r_{tt}$ (Lohbeck u. a. 2015) = 0.63; α (Becker u. a. 2018) = 0.62, α (Rogge u. a. 2018) = 0.66, ω (Rogge u. a. 2018): 0.79)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr (bei T0)/im letzten Monat (bei T4 und T5) ging. |
| sdq_s3_kopfschmerzen | sdq_fu_s3_schmerzen | 3. Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht |
| sdq_s8_sorgen | sdq_fu_s8_sorgen | 8. Ich mache mir häufig Sorgen |
| sdq_s13_ungluecklich | sdq_fu_s13_weinen | 13. Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen |
| sdq_s16_nervoes | sdq_fu_s16_nervoes | 16. Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen |
| sdq_s24_aengste | sdq_fu_s24_sorgen | 24. Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 205) | | | | Post-Erhebung (n = 107) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 187) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5,17 | 2.74 | 0.734 | 0.740 | 4.28 | 2.78 | 0.811 | 0.817 | 3.55 | 2.58 | 0.756 | 0.764 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.2.2 Verhaltensprobleme (KuJ)

(α (Lohbeck u. a. 2015) = 0.55, $r_{tt}$ (Lohbeck u. a. 2015) = 0.59; α (Becker u. a. 2018) = 0.43, α (Rogge u. a. 2018) = 0.41, ω (Rogge u. a. 2018) = 0.60)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr (bei T0)/im letzten Monat (bei T4 und T5) ging. |
| sdq_s5_wuetend | sdq_fu_s5_wut | 5. Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung |
| sdq_s7_hoerigkeit | sdq_fu_s7_folgsam | 7. Normalerweise tue ich, was man mir sagt (rec) |
| sdq_s12_schlagen | sdq_fu_s12_schlagen | 12. Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will |
| sdq_s18_luegen | sdq_fu_s18_luegen | 18. Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogele |
| sdq_s22_nehmen | sdq_fu_s22_stehlen | 22. Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo) |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 203) | | | | Post-Erhebung (n = 107) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 188) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.44 | 2.01 | 0.529 | 0.532 | 2.63 | 1.98 | 0.632 | 0.630 | 2.69 | 1.98 | 0.647 | 0.657 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.2.3 Hyperaktivität (KuJ)

(α (Lohbeck u. a. 2015) = 0.66, $r_{tt}$ (Lohbeck u. a. 2015) = 0.67; α (Becker u. a. 2018) = 0.64, α (Rogge u. a. 2018) = 0.66, ω (Rogge u. a. 2018) = 0.72)

Summenscore aus:

| | | Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr (bei T0)/im letzten Monat (bei T4 und T5) ging. |
|---|---|---|
| sdq_s2_unruhig | sdq_fu_s2_unruhig | 2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen |
| sdq_1s0_zappelig | sdq_fu_s10_zappelig | 10. Ständig zappelig |
| sdq_s15_ablenken | sdq_fu_s15_ablenken | 15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert |
| sdq_s21_denken | sdq_fu_s21_denken | 21. Denkt nach, bevor er/sie handelt (rec) |
| sdq_s25_konzentrier | sdq_fu_s25_konzent | 25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne (rec) |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 206) | | | | Post-Erhebung (n = 106) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 187) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.59 | 2.34 | 0.690 | 0.686 | 4.75 | 2.23 | 0.676 | 0.678 | 4.61 | 2.43 | 0.753 | 0.748 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.2.4 Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (KuJ)

(α (Lohbeck u. a. 2015) = 0.56, $r_{tt}$ (Lohbeck u. a. 2015) = 0.58; α (Becker u. a. 2018) = 0.48, α (Rogge u. a. 2018) = 0.59, ω (Rogge u. a. 2018) = 0.70)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr (bei T0)/im letzten Monat (bei T4 und T5) ging. |
| sdq_s6_alleine | sdq_fu_s6_alleine | 6. Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst |
| sdq_s11_freunde | sdq_fu_s11_freunde | 11. Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen (rec) |
| sdq_s14_beliebt | sdq_fu_s14_beliebt | 14. Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt (rec) |
| sdq_s19_haenseln | sdq_fu_s19_haenseln | 19. Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert |
| sdq_s23_erwachse | sdq_fu_s23_erwachsen | 23. Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 203) | | | | Post-Erhebung (n = 105) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 185) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.96 | 1.95 | 0.438 | 0.378 | 3.65 | 2.18 | 0.596 | 0.593 | 2.76 | 2.06 | 0.629 | 0.627 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.2.5 Prosoziales Verhalten (KuJ)

(α (Lohbeck u. a. 2015) = 0.63, $r_{tt}$ (Lohbeck u. a. 2015) = 0.62; α (Becker u. a. 2018) = 0.63, α (Rogge u. a. 2018) = 0.59, ω (Rogge u. a. 2018) = 0.74)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr (bei T0)/im letzten Monat (bei T4 und T5) ging. |
| sdq_s1_nett | sdq_fu_s1_gefuehle | 1. Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig |
| sdq_s4_teilen | sdq_fu_s4_teilen | 4. Ich teile normalerweise mit Anderen (Essen, Spiele, Stifte) |

| | | |
|---|---|---|
| sdq_s9_hilfsbereit | sdq_fu_s9_helfen | 9. Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind |
| sdq_s17_nettjuengere | sdq_fu_e17_nett | 17. Ich bin nett zu jüngeren Kindern |
| sdq_e20_helfen | sdq_fu_s20_freiwilli | 20. Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen) |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung (n = 206) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 108) | | | (n = 183) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 7.17 | 2.10 | 0.696 | 0.692 | 8.10 | 1.91 | 0.754 | 0.749 | 7.86 | 1.88 | 0.680 | 0.681 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.2.6 Gesamtproblemwert (KuJ)

(α (Lohbeck u. a. 2015) = 0.77, $r_{tt}$ (Lohbeck u. a. 2015) = 0.66; α (Becker u. a. 2018) = 0,72, α (Rogge u. a. 2018) = 0.74, ω (Rogge u. a. 2018) = 0.84)

Summenscore aus allen unter 1.2.1 bis 1.2.4 genannten Items.

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung (n = 197) | | | (n = 102) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 18.19 | 5.81 | 0.732 | 0.692 | 15.42 | 6.25 | 0.799 | 0.774 |

Wertebereich der Skala: 0-40

## 1.3 SDQ- Lehrkräfte

### 1.3.1 Emotionale Probleme (Lehrkräfte)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr (bei T0)/während des letzten Monates (bei T4 und T5). |

| | | |
|---|---|---|
| sdq_l3_kopfschmerz | sdq_fu_l3_schmerzen | 3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit |
| sdq_l8_sorgen | sdq_fu_l8_sorgen | 8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt |
| sdq_l13_unglueck | sdq_fu_l13_weinen | 13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig |
| sdq_l16_nervoes | sdq_fu_l16_nervoes | 16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen |
| sdq_l24_angst | sdq_fu_l24_aengste | 24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 271) | | | | (n = 175) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.55 | 2.75 | 0.754 | 0.753 | 4.01 | 2.62 | 0.735 | 0.750 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.3.2 Verhaltensprobleme (Lehrkräfte)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr (bei T0)/während des letzten Monates (bei T4 und T5). |
| sdq_l5_wutanfall | sdq_fu_l5_wut | 5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend |
| sdq_l7_folgsam | sdq_fu_l7_folgsam | 7. Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen (rec) |
| sdq_l12_streit | sdq_fu_l12_streit | 12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie |
| sdq_l18_luegen | sdq_fu_l18_luegen | 18. Lügt oder mogelt häufig |
| sdq_l22_stehlen | sdq_fu_l22_stehlen | 22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 257) | | | | (n = 169) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.73 | 2.63 | 0.753 | 0.761 | 3.42 | 2.65 | 0.778 | 0.797 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.3.3 Hyperaktivität (Lehrkräfte)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr (bei T0)/während des letzten Monates (bei T4 und T5). |
| sdq_l2_unruhe | sdq_fu_l2_unruhig | 2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen |
| sdq_l10_zappelig | sdq_fu_l10_zappelig | 10. Ständig zappelig |
| sdq_l15_ablenkbar | sdq_fu_l15_ablenken | 15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert |
| sdq_l21_denken | sdq_fu_l21_denken | 21. Denkt nach, bevor er/sie handelt (rec) |
| sdq_l25_konzentriert | sdq_fu_l25_konzent | 25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne (rec) |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 276) | | | | Post-Erhebung (n = 179) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.68 | 2.92 | 0.842 | 0.838 | 5.25 | 3.16 | 0.874 | 0.875 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.3.4 Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr (bei T0)/während des letzten Monates (bei T4 und T5). |
| sdq_l6_einzelgaenger | sdq_fu_l6_alleine | 6. Einzelgänger; spielt meist alleine |
| sdq_l11_freund | sdq_fu_l11_freunde | 11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin (rec) |
| sdq_l14_beliebt | sdq_fu_l14_beliebt | 14. Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt (rec) |
| sdq_l19_haenseln | sdq_fu_l19_haenseln | 19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert |
| sdq_l23_erwachs | sdq_fu_l23_erwachsen | 23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 268) | | | | Post-Erhebung (n = 178) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.57 | 2.40 | 0.696 | 0.697 | 3.34 | 2.35 | 0.710 | 0.707 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.3.5 Prosoziales Verhalten (Lehrkräfte)

Summenscore aus:

| | | |
|---|---|---|
| | | Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr (bei T0)/während des letzten Monates (bei T4 und T5). |
| sdq_l1_ruecksicht | sdq_fu_l1_ruecksicht | 1. Rücksichtsvoll |
| sdq_l4_teilen | sdq_fu_l4_teilen | 4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.) |
| sdq_l9_hilfsbereit | sdq_fu_l9_helfen | 9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind |
| sdq_l17_liebjueng | sdq_fu_l17_lieb | 17. Lieb zu jüngeren Kindern |
| sdq_l20_helfen | sdq_fu_l20_freiwilli | 20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern) |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 234) | | | | Post-Erhebung (n = 157) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.59 | 2.66 | 0.830 | 0.833 | 5.57 | 2.61 | 0.813 | 0.815 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### 1.3.6 Gesamtproblemwert (Lehrkräfte)

Summenscore aus allen unter 1.3.1 bis 1.3.4 genannten Items.

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 253) | | | | Post-Erhebung (n = 167) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 15.72 | 5.92 | 0.772 | 0.703 | 14.40 | 5.79 | 0.762 | 0.646 |

Wertebereich der Skala: 0-40

# 2. SRAS-R-Skalen (Kearney)

## 2.1 SRAS-R- Eltern

### 2.1.1 Vermeidung negativer Affektivität (Eltern)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Bitte machen Sie hinter jedem Satz genau ein Kreuz und achten Sie darauf, dass Sie keinen Satz auslassen. Antworten Sie bitte ehrlich und kreuzen Sie bitte immer nur ein Kästchen an. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Suchen Sie sich einfach die Zahl aus, die am besten beschreibt, wir Ihr Sohn/Ihre Tochter sich fühlt, wenn er/sie in die Schule gehen soll. (1-stimmt nicht, 2- stimmt eher nicht, 3- stimmt überwiegend, 4- stimmt vollkommen) |
| srasr_e1_angst | 1.Mein Sohn/meine Tochter hat ein schlechtes Gefühl, wenn er/sie in die Schule gehen soll, weil er/sie Angst vor etwas hat, das mit der Schule zusammenhängt (wie zum Beispiel Tests, Schulbus, Lehrer/Lehrerin). |
| srasr_e5_traurig | 5. Mein Sohn/meine Tochter geht nicht in die Schule, weil er/ sie sich traurig oder bedrückt fühlt, wenn er/sie hingeht. |
| srasr_e9_schlecht | 9. Mein Sohn/meine Tochter fühlt sich schlechter in der Schule (zum Beispiel ängstlich, nervös, traurig), als wenn er/sie zu Hause ist. |
| srasr_e13_schlecht | 13. Mein Sohn/meine Tochter fühlt sich häufig schlecht, (zum Beispiel ängstlich, nervös, traurig) wenn er/sie am Wochenende an die Schule denkt. |
| srasr_e17_gefuehle | 17. Es würde leichter für meinen Sohn/meine Tochter sein, in die Schule zu gehen, wenn er/sie weniger schlechte Gefühle wegen der Schule hätte (wie z. B. Angst, Nervosität, Traurigkeit). |
| srasr_e20_fuehlen | 20. Im Vergleich zu anderen Schülern in seinem/ihrem Alter fühlt mein Sohn/meine Tochter sich schlechter, wenn er/ sie an die Schule denkt (z. B. ängstlich, nervös, traurig). |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 158) | | | | Post-Erhebung (n = 76) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 60) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.45 | 0.936 | 0.889 | 0.890 | 2.05 | 0.982 | 0.915 | 0.919 | 1.91 | 0.878 | 0.902 | 0.903 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 2.1.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen (Eltern)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Bitte machen Sie hinter jedem Satz genau ein Kreuz und achten Sie darauf, dass Sie keinen Satz auslassen. Antworten Sie bitte ehrlich und kreuzen Sie bitte immer nur ein Kästchen an. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Suchen Sie sich einfach die Zahl aus, die am besten beschreibt, wir Ihr Sohn/Ihre Tochter sich fühlt, wenn er/sie in die Schule gehen soll. (1-stimmt nicht, 2- stimmt eher nicht, 3- stimmt überwiegend, 4- stimmt vollkommen) |
| srasr_e2_sprechen | 2. Mein Sohn/meine Tochter geht nicht in die Schule, weil es ihm/ihr schwerfällt, mit Mitschülern in der Schule zu sprechen. |
| srasr_e6_blamieren | 6. Mein Sohn/meine Tochter geht nicht in die Schule, weil er/sie Angst hat, sich vor Mitschülern zu blamieren. |
| srasr_e10_freunde | 10. Mein Sohn/meine Tochter geht nicht in die Schule, weil er/sie dort nur wenige Freunde hat. |
| srasr_e14_orte | 14. Mein Sohn/meine Tochter meidet Orte in der Schule, an denen er/sie mit Leuten reden müsste (wie zum Beispiel in Gängen und an Orten, wo sich Gruppen von Leuten aufhalten). |
| srasr_e18_neu | 18. Es würde leichter für meinen Sohn/meine Tochter sein, in die Schule zu gehen, wenn er/sie dort einfacher neue Freunde finden würde. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 156) | | | | Post-Erhebung (n = 76) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 61) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 1.98 | 0.789 | 0.786 | 0.776 | 1.67 | 0.763 | 0.841 | 0.842 | 1.60 | 0.742 | 0.886 | 0.887 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 2.1.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten (Eltern)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Bitte machen Sie hinter jedem Satz genau ein Kreuz und achten Sie darauf, dass Sie keinen Satz auslassen. Antworten Sie bitte ehrlich und kreuzen Sie bitte immer nur ein Kästchen an. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Suchen Sie sich einfach die Zahl aus, die am besten beschreibt, wir Ihr Sohn/Ihre Tochter sich fühlt, wenn er/sie in die Schule gehen soll. (1-stimmt nicht, 2- stimmt eher nicht, 3- stimmt überwiegend, 4- stimmt vollkommen) |
| srasr_e3_partner | 3. Mein Sohn/meine Tochter würde lieber mit mir oder meiner Partnerin/meinem Partner zusammen sein, als in die Schule zu gehen. |

| | |
|---|---|
| srasr_e7_denken | 7. Mein Sohn/meine Tochter muss viel an mich, meinen Partner/meine Partnerin oder an die Familie denken, während er/sie in der Schule ist. |
| srasr_e11_familie | 11. Mein Sohn/meine Tochter würde lieber zu Hause bei seiner/ihrer Familie bleiben, als in die Schule zu gehen. |
| srasr_e15_unterricht | 15. Mein Sohn/meine Tochter würde lieber von mir oder von meinem Partner/meiner Partnerin zu Hause unterrichtet werden, als von seinem/ihrem Lehrer bzw. seiner/ihrer Lehrerin in der Schule. |
| srasr_e19_leichter | 19. Es würde leichter für meinen Sohn/meine Tochter sein, in die Schule zu gehen, wenn ich oder mein Partner/meine Partnerin mit ihm/ihr kommen würden. |
| srasr_e21_zuhause | 21. Im Vergleich zu anderen Schülern in seinem/ihrem Alter ist mein Sohn/meine Tochter lieber mit mir oder meinem Partner/meiner Partnerin zu Hause, als in der Schule zu gehen. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 156) | | | | Post-Erhebung (n = 76) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 58) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.21 | 0.863 | 0.852 | 0.859 | 1.78 | 0.767 | 0.840 | 0.858 | 1.73 | 0.811 | 0.892 | 0.907 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 2.1.4 Aufsuchen von attraktiven Tätigkeiten außerhalb der Schule (Eltern)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Bitte machen Sie hinter jedem Satz genau ein Kreuz und achten Sie darauf, dass Sie keinen Satz auslassen. Antworten Sie bitte ehrlich und kreuzen Sie bitte immer nur ein Kästchen an. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Suchen Sie sich einfach die Zahl aus, die am besten beschreibt, wir Ihr Sohn/Ihre Tochter sich fühlt, wenn er/sie in die Schule gehen soll. (1-stimmt nicht, 2- stimmt eher nicht, 3- stimmt überwiegend, 4- stimmt vollkommen) |
| srasr_e4_unternehmen | 4.Wenn mein Sohn/meine Tochter an Schultagen nicht in der Schule ist, verlässt er/sie das Haus, um etwas zu unternehmen, das ihm/ihr Spaß macht. |
| srasr_e8_treffen | 8. Wenn mein Sohn/meine Tochter an Schultagen nicht in die Schule geht, trifft er/sie sich mit anderen Leuten oder spricht mit ihnen. |
| srasr_e12_geniessen | 12. Mein Sohn/meine Tochter genießt es, andere Dinge zu tun (zum Beispiel mit Freunden zusammen sein, an unterschiedlichen Orten sein), wenn er/sie an Schultagen nicht in der Schule ist. |
| srasr_e16_spass | 16. Mein Sohn/meine Tochter geht deswegen nicht in die Schule, weil er/sie lieber Spaß außerhalb der Schule haben möchte. |
| srasr_e22_ausserhalb | 22. Außerhalb der Schule macht mein Sohn/meine Tochter lieber Dinge, die ihm/ihr Spaß machen, als andere Schüler in seinem/ihrem Alter. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 158) | | | | Post-Erhebung (n = 76) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 57) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 1.89 | 0.783 | 0.769 | 0.771 | 1.75 | 0.710 | 0.745 | 0.747 | 1.74 | 0.743 | 0.767 | 0.766 |

Wertebereich der Skala: 0-4

## 2.2 SRAS-R- KuJ

### 2.1.1 Vermeidung negativer Affektivität (KuJ)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Bitte mache hinter jedem Satz genau ein Kreuz und achte darauf, dass Du keinen Satz auslässt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Suche einfach die Zahl aus, die am besten beschreibt, wie Du Dich fühlst, wenn Du in die Schule gehen sollst. (1-stimmt nicht, 2- stimmt eher nicht, 3- stimmt überwiegend, 4- stimmt vollkommen) |
| srasr_s1_angst | 1.Ich habe ein schlechtes Gefühl, wenn ich in die Schule gehen soll, weil ich Angst vor etwas habe, das mit der Schule zusammenhängt (z. B. Tests, Lehrer/Lehrerin, Schulbus). |
| srasr_s5_traurig | 5. Ich gehe nicht in die Schule, weil es mich bedrückt oder ich traurig werde, wenn ich hingehen würde. |
| srasr_s9_schlecht | 9. Ich fühle mich schlechter in der Schule (z. B. ängstlich, nervös oder traurig), als wenn ich zu Hause bin. |
| srasr_s13_schlecht | 13. Ich fühle mich schlecht (z. B. ängstlich, nervös oder traurig), wenn ich am Wochenende an die Schule denke. |
| srasr_s17_gefuehle | 17. Es würde leichter für mich sein, in die Schule zu gehen, wenn ich weniger schlechte Gefühle wegen der Schule hätte (wie z. B. Angst, Nervosität oder Traurigkeit). |
| srasr_s20_fuehlen | 20. Wenn ich an die Schule denke, fühle ich mich schlechter als andere Schüler oder Schülerinnen in meinem Alter (z. B. ängstlich, nervös oder traurig). |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 98) | | | | Post-Erhebung (n = 42) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 35) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.42 | 0.822 | 0.845 | 0.846 | 2.13 | 1.010 | 0.940 | 0.943 | 2.28 | 0.950 | 0.911 | 0.912 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 2.1.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen (KuJ)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Bitte mache hinter jedem Satz genau ein Kreuz und achte darauf, dass Du keinen Satz auslässt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Suche einfach die Zahl aus, die am besten beschreibt, wie Du Dich fühlst, wenn Du in die Schule gehen sollst. (1-stimmt nicht, 2- stimmt eher nicht, 3- stimmt überwiegend, 4- stimmt vollkommen) |
| srasr_s2_sprechen | 2. Ich gehe nicht in die Schule, weil es mir schwerfällt, mit Mitschülern in der Schule zu sprechen. |
| srasr_s6_blamieren | 6. Ich gehe nicht in die Schule, weil ich Angst habe, mich vor Mitschülern oder Lehrern/Lehrerinnen zu blamieren. |
| srasr_s10_freunde | 10. Ich gehe nicht in die Schule, weil ich dort nur wenige Freunde habe. |
| srasr_s14_orte | 14. Ich vermeide die Orte in der Schule, an denen ich mit Leuten reden müsste (z. B. in Gängen und an Orten, wo sich Gruppen von Leuten aufhalten). |
| srasr_s18_neu | 18. Es würde leichter für mich sein, in die Schule zu gehen, wenn ich dort einfacher neue Freunde oder Freundinnen finden würde. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 100) | | | | Post-Erhebung (n = 44) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 34) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 1.96 | 0.733 | 0.732 | 0.719 | 1.74 | 0.810 | 0.843 | 0.841 | 1.76 | 0.789 | 0.827 | 0.820 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 2.1.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten (KuJ)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Bitte mache hinter jedem Satz genau ein Kreuz und achte darauf, dass Du keinen Satz auslässt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Suche einfach die Zahl aus, die am besten beschreibt, wie Du Dich fühlst, wenn Du in die Schule gehen sollst. (1-stimmt nicht, 2- stimmt eher nicht, 3- stimmt überwiegend, 4- stimmt vollkommen) |
| srasr_s3_mutter | 3. Ich würde lieber bei meiner Mutter oder meinem Vater bleiben, als in die Schule zu gehen. |
| srasr_s7_denken | 7. Ich muss viel an meine Eltern oder meine Familie denken, wenn ich in der Schule bin. |
| srasr_s11_familie | 11. Ich würde lieber zu Hause bei meiner Mutter oder meinem Vater bleiben, als in die Schule zu gehen. |
| srasr_s15_unterricht | 15. Ich würde lieber von meiner Mutter oder meinem Vater zu Hause unterrichtet werden als von meinem Lehrer/meiner Lehrerin in der Schule. |
| srasr_s19_leichter | 19. Es würde leichter für mich sein, in die Schule zu gehen, wenn mein Vater oder meine Mutter mit mir kommen würden. |
| srasr_s21_zuhause | 21. Im Vergleich zu anderen Schülern/Schülerinnen in meinem Alter bin ich lieber mit meiner Mutter oder meinem Vater zu Hause, als in die Schule zu gehen. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 97) | | | | Post-Erhebung (n = 42) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 35) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.26 | 0.782 | 0.803 | 0.819 | 1.89 | 0.774 | 0.850 | 0.877 | 1.93 | 0.788 | 0.863 | 0.871 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 2.1.4 Aufsuchen von attraktiven Tätigkeiten außerhalb der Schule (KuJ)

Mittelwertscore aus:

| | Bitte mache hinter jedem Satz genau ein Kreuz und achte darauf, dass Du keinen Satz auslässt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Suche einfach die Zahl aus, die am besten beschreibt, wie Du Dich fühlst, wenn Du in die Schule gehen sollst. (1-stimmt nicht, 2- stimmt eher nicht, 3- stimmt überwiegend, 4- stimmt vollkommen) |
|---|---|
| srasr_e4_unternehmen | 4. Wenn ich an Schultagen nicht in der Schule bin, verlasse ich das Haus, um etwas zu unternehmen, das Spaß macht. |
| srasr_e8_treffen | 8. Wenn ich an Schultagen nicht in die Schule gehe, treffe ich mich mit anderen Leuten oder spreche mit ihnen. |
| srasr_e12_geniessen | 12. Ich genieße es, andere Dinge zu tun (z. B. mit Freunden zusammen sein, an unterschiedlichen Orten sein), wenn ich an Schultagen nicht in der Schule bin. |
| srasr_e16_spass | 16. Ich gehe deswegen nicht in die Schule, weil ich lieber Spaß außerhalb der Schule haben möchte. |
| srasr_e22_ausserhalb | 22. Außerhalb der Schule mache ich lieber Dinge, die Spaß machen, mehr als andere Schüler /Schülerinnen in meinem Alter. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 98) | | | | Post-Erhebung (n = 41) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 35) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.06 | 0.873 | 0.831 | 0.832 | 1.84 | 0.699 | 0.780 | 0.794 | 2.10 | 0.875 | 0.854 | 0.862 |

Wertebereich der Skala: 0-4

# 3. CBCL-/YSR-/TRF-Skalen

Prüfung Gütekriterien zu den verwendeten Skalen (revidierten Fassung (2001)) bei Döpfner u. a. 2014.

## 3.1 CBCL-Skalen

### 3.1.1 Problemskalen

#### *1. Ängstlich/depressiv (AD)*

(α (Feldstichprobe) = 0.7; (α (Klinische Stichprobe) = 0.77)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_81_weinen | 14. Weint viel |
| cbcl_96_furcht | 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen) |
| cbcl_98_angst | 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen |
| cbcl_99_schlimmes | 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun |
| cbcl_100_perfekt | 32. Glaubt, perfekt sein zu müssen |
| cbcl_101_beklagen | 33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt |
| cbcl_103_wertlos | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen |
| cbcl_114_nervoes | 45. Ist nervös oder angespannt |
| cbcl_120_furcht | 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich |
| cbcl_122_schuld | 52. Hat zu starke Schuldgefühle |
| cbcl_154_verlegen | 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen |
| cbcl_180_suizid | 91. Spricht davon, sich umzubringen |
| cbcl_204_sorgen | 112. Macht sich zu viel Sorgen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 346) | | | | Post-Erhebung (n = 216) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 177) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 6,87 | 4,51 | 0,760 | 0,757 | 5,16 | 4,26 | 0,781 | 0,781 | 5,08 | 4,10 | 0,792 | 0,796 |

Wertebereich der Skala: 0-26

### *2. Rückzüglich depressiv (RD)*

(α (Feldstichprobe) = 0.69; (α (Klinische Stichprobe) = 0.74)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_71_freude | 5. Es gibt nur sehr wenig, was ihm/ihr Freude macht |
| cbcl_111_allein | 42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen |
| cbcl_146_weigern | 65. Weigert sich zu sprechen |
| cbcl_151_verschlo | 69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich |
| cbcl_159_zaghaft | 75. Ist zu schüchtern oder zaghaft |
| cbcl_193_traege | 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge |
| cbcl_194_unglueck | 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen |
| cbcl_203_zurueck | 111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 357) | | | | Post-Erhebung (n = 222) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 178) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.47 | 3.49 | 0.777 | 0.777 | 3.56 | 3.14 | 0.764 | 0.761 | 3.29 | 3.07 | 0.778 | 0.776 |

Wertebereich der Skala: 0-16

### *3. Körperliche Beschwerden (KB)*

(α (Feldstichprobe) = 0.65; (α (Klinische Stichprobe) = 0.71)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau |

| | |
|---|---|
| | so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_117_albtraum | 47. Hat Albträume |
| cbcl_119_verstopft | 49. Leidet an Verstopfung |
| cbcl_121_schwindel | 51. Fühlt sich schwindelig oder benommen |
| cbcl_124_muede | 54. Ist übermüdet ohne triftigen Grund |
| | 56. Ich habe folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen: |
| cbcl_127_schmerzen | 56. a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) |
| cbcl_128_kopf | 56. b) Kopfschmerzen |
| cbcl_129_uebel | 56. c) Übelkeit |
| cbcl_130_augen | 56. d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind) |
| cbcl_132_haut | 56. e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme |
| cbcl_133_bauch | 56. f) Bauchschmerzen |
| cbcl_134_erbrechen | 56. g) Erbrechen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 355) | | | | Post-Erhebung (n = 212) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 181) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.36 | 3.12 | 0.715 | 0.729 | 2.79 | 3.22 | 0.795 | 0.813 | 2.56 | 2.86 | 0.743 | 0.756 |

Wertebereich der Skala: 0-22

### 4. *Soziale Probleme (SP)*

(α (Feldstichprobe) = 0.7; (α (Klinische Stichprobe) = 0.75)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_78_abhaengig | 11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig |
| cbcl_79_einsam | 12. Klagt über Einsamkeit |

| | |
|---|---|
| cbcl_92_auskommen | 25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus |
| cbcl_94_eifersucht | 27. Ist leicht eifersüchtig |
| cbcl_102_antun | 34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun |
| cbcl_104_unfall | 36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen |
| cbcl_106_haenseln | 38. Wird viel gehänselt |
| cbcl_118_beliebt | 48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt |
| cbcl_143_unbeholf | 62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt |
| cbcl_145_juenger | 64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen |
| cbcl_164_sprechen | 79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 351) | | | | Post-Erhebung (n = 220) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 176) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.13 | 3.60 | 0.706 | 0.703 | 4.22 | 3.61 | 0.770 | 0.773 | 3.41 | 2.82 | 0.675 | 0.662 |

Wertebereich der Skala: 0-22

## 5. *Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme (DP)*

(α (Feldstichprobe) = 0.59; (α (Klinische Stichprobe) = 0.62)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_75_gedanken | 9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; |
| cbcl_85_verletzten | 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord |
| cbcl_108_stimmen | 40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; |
| cbcl_115_zuckung | 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); |
| cbcl_138_zupfen | 58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; |
| cbcl_140_oeffentl | 59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen |
| cbcl_141_geschlec | 60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen |
| cbcl_147_zwang | 66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; |
| cbcl_152_sehen | 70. Sieht Dinge, die nicht da sind; |
| cbcl_160_schlafen | 76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen |
| cbcl_169_horten | 83. Hortet zu viele Dinge, die er/sie nicht braucht; |
| cbcl_171_seltsam | 84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; |
| cbcl_173_ideen | 85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; |
| cbcl_181_schlaf | 92. Redet oder wandelt im Schlaf; |
| cbcl_190_schlafen | 100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung (n = 337) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 215) | | | (n = 171) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.11 | 3.25 | 0.608 | 0.571 | 3.24 | 3.34 | 0.705 | 0.701 | 2.93 | 3.22 | 0.721 | 0.719 |

Wertebereich der Skala: 0-30

### *6. Aufmerksamkeitsprobleme (AP)*

(α (Feldstichprobe) = 0.69; (α (Klinische Stichprobe) = 0.71)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_66_verhalten | 1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter |
| cbcl_70_aufgaben | 4. Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende |
| cbcl_74_aufpassen | 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen |
| cbcl_77_unruhig | 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv |
| cbcl_80_verwirrt | 13. Ist verwirrt oder zerstreut |
| cbcl_84_tagtraeume | 17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren |
| cbcl_110_impulsiv | 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen |
| cbcl_142_schule | 61. Ist schlecht in der Schule |
| cbcl_163_ablenkbar | 78. Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar |
| cbcl_166_leere | 80. Starrt ins Leere |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 354) | | | | Post-Erhebung (n = 217) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 177) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 8.52 | 4.26 | 0.783 | 0.782 | 7.01 | 4.39 | 0.828 | 0.834 | 6.19 | 4.03 | 0.818 | 0.822 |

Wertebereich der Skala: 0-20

### *7. Regelverletzendes Verhalten (RV)*

(α (Feldstichprobe) = 0.72; (α (Klinische Stichprobe) = 0.75)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau |

| | |
|---|---|
| | so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_67_alkohol | 2. Trinkt Alkohol ohne Erlaubnis der Eltern |
| cbcl_93_schuldig | 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat |
| cbcl_95_regeln | 28. Verstößt zu Hause, in der Schule oder anderswo gegen die Regeln |
| cbcl_107_umgang | 39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten |
| cbcl_112_luegen | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt |
| cbcl_144_aeltere | 63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen |
| cbcl_149_laufen | 67. Läuft von zu Hause weg |
| cbcl_155_feuer | 72. Zündelt gern oder hat schon Feuer gelegt |
| cbcl_156_sexuell | 73. Hat sexuelle Probleme |
| cbcl_167_stehlen | 81. Stiehlt zu Hause |
| cbcl_168_anderswo | 82. Stiehlt anderswo |
| cbcl_179_flucht | 90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter |
| cbcl_186_sex | 96. Denkt zu viel an Sex |
| cbcl_189_rauchen | 99. Raucht, kaut oder schnupft Tabak |
| cbcl_192_schwaenz | 101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) |
| cbcl_196_drogen | 105. Nimmt Drogen oder missbraucht Medikamente (außer Alkohol oder Tabak) |
| cbcl_198_mutwillig | 106. Richtet mutwillig Zerstörung an |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 341) | | | | Post-Erhebung (n = 214) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 170) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.13 | 3.75 | 0.716 | 0.723 | 4.34 | 4.03 | 0.786 | 0.793 | 3.84 | 3.74 | 0.776 | - |

Wertebereich der Skala: 0-34

### *8. Aggressives Verhalten (AV)*

(α (Feldstichprobe) = 0.84; (α (Klinische Stichprobe) = 0.90)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau |

| | |
|---|---|
| | so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_69_streiten | 3. Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? |
| cbcl_83_gemein | 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein |
| cbcl_86_beachtung | 19. Verlangt viel Beachtung |
| cbcl_87_sachen | 20. Zerstört seine/ihre eigenen Sachen |
| cbcl_88_zerstoeren | 21. Zerstört Sachen, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören |
| cbcl_89_zuhause | 22. Gehorcht nicht zu Hause |
| cbcl_90_gehorchen | 23. Gehorcht nicht in der Schule |
| cbcl_105_rauferei | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien |
| cbcl_137_koerper | 57. Greift andere körperlich an |
| cbcl_150_schreien | 68. Schreit viel |
| cbcl_175_stoerris | 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar |
| cbcl_176_wechsel | 87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel |
| cbcl_177_schmollen | 88. Schmollt viel oder ist leicht eingeschnappt |
| cbcl_178_misstrau | 89. Ist misstrauisch |
| cbcl_184_haenseln | 94. Hänselt andere gern |
| cbcl_185_hitzig | 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament |
| cbcl_187_bedrohen | 97. Bedroht andere |
| cbcl_195_laut | 104. Ist ungewöhnlich laut |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung (n = 345) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 215) | | | (n = 168) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 11.97 | 7.12 | 0.876 | 0.875 | 9.57 | 7.40 | 0.906 | 0.907 | 8.89 | 6.70 | 0.890 | 0.889 |

Wertebereich der Skala: 0-36

### *10. Internale Probleme*

(α (Feldstichprobe) = 0.82; (α (Klinische Stichprobe) = 0.85)

Summe der Rohwerte der Skalen 1, 2 und 3

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 363) | | | | Post-Erhebung (n = 222) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 180) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 14.75 | 8.99 | 0.721 | 0.744 | 11.46 | 8.70 | 0.756 | 0.779 | 10.86 | 8.44 | 0.765 | 0.790 |

Wertebereich der Skala: 0-64

### *11. Externale Probleme*

(α (Feldstichprobe) = 0.88; (α (Klinische Stichprobe) = 0.91)

Summe der Rohwerte der Skalen 7 und 8

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 363) | | | | Post-Erhebung (n = 222) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 180) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 17.15 | 10.23 | 0.738 | - | 13.96 | 10.77 | 0.742 | - | 12.66 | 9.54 | 0.732 | - |

Wertebereich der Skala: 0-70

### *12. Gesamtproblemwert*

(α (Feldstichprobe) = 0.93; (α (Klinische Stichprobe) = 0.93)

Summe der Rohwerte aller Items.

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 363) | | | | Post-Erhebung (n = 222) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 180) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 54.70 | 23.62 | 0.693 | 0.851 | 44.11 | 26.06 | 0.792 | 0.877 | 40.01 | 23.18 | 0.750 | 0.922 |

Wertebereich der Skala: 0-240

### 3.1.3 DSM-orientierte Skalen

#### *1. Depressive Symptome (DEP)*

(α (Feldstichprobe) = 0.61; (α (Klinische Stichprobe) = 0.70)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_71_freude | 5. Es gibt nur sehr wenig, was ihm/ihr Freude macht |
| cbcl_81_weinen | 14. Weint viel |
| cbcl_85_verletzten | 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord |
| cbcl_91_essen | 24. Isst schlecht |
| cbcl_103_wertlos | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen |
| cbcl_122_schuld | 52. Hat zu starke Schuldgefühle |
| cbcl_124_muede | 54. Ist übermüdet ohne triftigen Grund |
| cbcl_160_schlafen | 76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen |
| cbcl_161_nachts | 77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen |
| cbcl_180_suizid | 91. Spricht davon, sich umzubringen |
| cbcl_190_schlafen | 100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; |
| cbcl_193_traege | 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge |
| cbcl_194_unglueck | 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 351) | | | | Post-Erhebung (n = 215) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 178) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.66 | 4.05 | 0.715 | 0.705 | 4.42 | 3.98 | 0.769 | 0.767 | 4.03 | 3.80 | 0.774 | 0.775 |

Wertebereich der Skala: 0-26

### *2. Angstsymptome (ANX)*

(α (Feldstichprobe) = 0.66; (α (Klinische Stichprobe) = 0.71)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_78_abhaengig | 11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig |
| cbcl_96_furcht | 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); |
| cbcl_98_angst | 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen |
| cbcl_99_schlimmes | 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun |
| cbcl_114_nervoes | 45. Ist nervös oder angespannt |
| cbcl_117_albtraum | 47. Hat Albträume |
| cbcl_120_furcht | 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich |
| cbcl_154_verlegen | 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen |
| cbcl_204_sorgen | 112. Macht sich zu viel Sorgen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 348) | | | | Post-Erhebung (n = 215) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 177) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.13 | 3.50 | 0.722 | 0.718 | 3.75 | 3.40 | 0.766 | 0.772 | 3.89 | 3.40 | 0.785 | 0.790 |

Wertebereich der Skala: 0-18

### *3. Körperliche Symptome (SOM)*

(α (Feldstichprobe) = 0.60; (α (Klinische Stichprobe) = 0.65)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder |

| | |
|---|---|
| | häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| | 56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen: |
| cbcl_127_schmerzen | a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) |
| cbcl_128_kopf | b) Kopfschmerzen |
| cbcl_129_uebel | c) Übelkeit |
| cbcl_130_augen | d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind) |
| cbcl_132_haut | e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme |
| cbcl_133_bauch | f) Bauchschmerzen |
| cbcl_134_erbrechen | g) Erbrechen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 359) | | | | Post-Erhebung (n = 221) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 183) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.14 | 2.25 | 0.659 | 0.706 | 1.84 | 2.29 | 0.744 | 0.783 | 1.68 | 2.12 | 0.697 | 0.741 |

Wertebereich der Skala: 0-14

### 4. *Unaufmerksamkeits-Hyperaktivitätssymptome (ADH)*

(α (Feldstichprobe) = 0.64; (α (Klinische Stichprobe) = 0.79)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_70_aufgaben | 4. Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende |
| cbcl_74_aufpassen | 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen |
| cbcl_77_unruhig | 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv |
| cbcl_110_impulsiv | 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen |
| cbcl_163_ablenkbar | 78. Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar |
| cbcl_183_reden | 93. Redet zu viel |
| cbcl_195_laut | 104. Ist ungewöhnlich laut |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 363) | | | | Post-Erhebung (n = 222) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 180) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 7.02 | 3.52 | 0.784 | 0.778 | 5.80 | 3.65 | 0.831 | 0.829 | 5.35 | 3.38 | 0.805 | 0.802 |

Wertebereich der Skala: 0-14

### *5. Oppositionelle Verhaltenssymptome (OVS)*

(α (Feldstichprobe) = 0.74; (α (Klinische Stichprobe) = 0.81)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_69_streiten | 3. Streitet oder widerspricht viel |
| cbcl_89_zuhause | 22. Gehorcht nicht zu Hause |
| cbcl_90_gehorchen | 23. Gehorcht nicht in der Schule |
| cbcl_175_stoerris | 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar |
| cbcl_185_hitzig | 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 361) | | | | Post-Erhebung (n = 224) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 179) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.76 | 2.74 | 0.796 | 0.796 | 3.97 | 2.81 | 0.832 | 0.829 | 3.85 | 2.60 | 0.796 | 0.804 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### *6. Dissoziale Symptome (DIS)*

(α (Feldstichprobe) = 0.80; (α (Klinische Stichprobe) = 0.84)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,2. Beantworten Sie bitt für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| cbcl_82_roh | 15. Ist roh zu Tieren oder quält sie |
| cbcl_83_gemein | 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein |
| cbcl_88_zerstoeren | 21. Zerstört Sachen, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören |
| cbcl_93_schuldig | 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat |
| cbcl_95_regeln | 28. Verstößt zu Hause, in der Schule oder anderswo gegen die Regeln |
| cbcl_105_rauferei | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien |
| cbcl_107_umgang | 39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten |
| cbcl_112_luegen | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt |
| cbcl_137_koerper | 57. Greift andere körperlich an |
| cbcl_149_laufen | 67. Läuft von zu Hause weg |
| cbcl_155_feuer | 72. Zündelt gern oder hat schon Feuer gelegt |
| cbcl_167_stehlen | 81. Stiehlt zu Hause |
| cbcl_168_anderswo | 82. Stiehlt anderswo |
| cbcl_179_flucht | 90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter |
| cbcl_187_bedrohen | 97. Bedroht andere |
| cbcl_192_schwaenz | 101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) |
| cbcl_198_mutwillig | 106. Richtet mutwillig Zerstörung an |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 349) | | | | Post-Erhebung (n = 212) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 171) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 6.56 | 5.34 | 0.839 | 0.846 | 5.12 | 5.28 | 0.868 | 0.874 | 4.23 | 4.57 | 0.853 | 0.863 |

Wertebereich der Skala: 0-34

## 3.2 YSR-Skalen

### 3.2.1 Problemskalen

#### *1. Ängstlich/depressiv (AD)*

(α (Feldstichprobe) = 0.77; (α (Klinische Stichprobe) = 0.83)

Summencore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_72_weinen | 14. Ich weine viel |
| ysr_87_furcht | 29. Ich fürchte mich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Orten (außer der Schule) |
| ysr_89_angst | 30. Ich habe Angst, in die Schule zu gehen |
| ysr_90_schlimmes | 31. Ich habe Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun |
| ysr_91_perfekt | 32. Ich glaube, ich muss perfekt sein und alles gut können |
| ysr_92_moegen | 33. Ich glaube, dass mich niemand mag |
| ysr_94_wertlos | 35. Ich fühle mich wertlos oder unterlegen |
| ysr_105_nervoes | 45. Ich bin nervös, reizbar oder angespannt |
| ysr_111_furcht | 50. Ich bin zu furchtsam oder zu ängstlich |
| ysr_113_schuld | 52. Ich habe starke Schuldgefühle |
| ysr_145_verlegen | 71. Ich bin befangen oder werde leicht verlegen |
| ysr_170_suizid | 91. Ich denke darüber nach, mich umzubringen |
| ysr_193_sorgen | 112. Ich mache mir viele Sorgen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 155) | | | | Post-Erhebung (n = 87) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 66) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 8.08 | 5.73 | 0.861 | 0.862 | 6.62 | 5.34 | 0.868 | 0.867 | 6.62 | 5.87 | 0.898 | 0.898 |

Wertebereich der Skala: 0-26

### *2. Rückzüglich depressiv (RD)*

(α (Feldstichprobe) = 0.71; (α (Klinische Stichprobe) = 0.72)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_62_freude | 5. Es gibt nur sehr wenig, was mir Freude macht |
| ysr_102_allein | 42. Ich bin lieber allein als mit anderen zusammen |
| ysr_137_weigern | 65. Ich will nicht sprechen |
| ysr_142_verschloss | 69. Ich bin verschlossen, behalte Dinge für mich |
| ysr_149_zaghaft | 75. Ich bin zu schüchtern oder zaghaft |
| ysr_182_energie | 102. Ich habe nicht genug Energie |
| ysr_183_unglueckl ich | 103. Ich bin unglücklich, traurig oder niedergeschlagen |
| ysr_192_zurueck | 111. ich bin zurückhaltend, nehme keinen Kontakt zu anderen auf |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 159) | | | | Post-Erhebung (n = 89) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 74) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 6.15 | 4.14 | 0.874 | 0.846 | 5.11 | 3.79 | 0.802 | 0.799 | 5.22 | 3.98 | 0.831 | 0.827 |

Wertebereich der Skala: 0-16

### *3. Körperliche Beschwerden (KB)*

(α (Feldstichprobe) = 0.75; (α (Klinische Stichprobe) = 0.74)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |

| | |
|---|---|
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_108_albtraum | 47. Ich habe Albträume |
| ysr_112_schwindel | 51. Ich fühle mich schwindelig oder benommen |
| ysr_115_muede | 54. Ich bin übermüdet ohne triftigen Grund |
| | 56. Ich habe folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen: |
| ysr_118_schmerzen | 56. a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) |
| ysr_119_kopf | 56. b) Kopfschmerzen |
| ysr_120_uebel | 56. c) Übelkeit |
| ysr_121_augen | 56. d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); |
| ysr_123_haut | 56. e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme |
| ysr_124_bauch | 56. f) Bauchschmerzen |
| ysr_125_erbrechen | 56. g) Erbrechen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 160) | | | | Post-Erhebung (n = 90) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 73) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.28 | 4.14 | 0.812 | 0.823 | 4.48 | 3.64 | 0.757 | 0.754 | 4.48 | 4.61 | 0.869 | 0.878 |

Wertebereich der Skala: 0-20

### *4. Soziale Probleme (SP)*

(α (Feldstichprobe) = 0.70; (α (Klinische Stichprobe) = 0.73)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_69_abhaengig | 11. Ich bin zu abhängig von Erwachsenen |
| ysr_70_einsam | 12. Ich fühle mich einsam |
| ysr_83_auskommen | 25. Ich komme mit anderen Kindern oder Jugendlichen nicht zurecht |
| ysr_85_eifersucht | 27. Ich bin auf andere eifersüchtig |
| ysr_93_antun | 34. Ich glaube, dass andere mir etwas antun wollen |

| | |
|---|---|
| ysr_95_verletzen | 36. Ich verletze mich häufig unabsichtlich |
| ysr_97_haenseln | 38. Ich werde oft gehänselt |
| yrs_109_beliebt | 48. Ich bin bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt |
| ysr_134_unbeholfen | 62. Ich bin unbeholfen oder schwerfällig |
| ysr_136_juenger | 64. Ich bin lieber mit Jüngeren als mit Jugendlichen meines Alters zusammen |
| ysr_154_sprechen | 79. Ich habe Probleme mit dem Sprechen; |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 160) | | | | Post-Erhebung (n = 86) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 73) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.40 | 3.71 | 0.717 | 0.712 | 3.99 | 3.32 | 7.30 | 0.714 | 4.15 | 3.14 | 0.672 | - |

Wertebereich der Skala: 0-22

### *5. Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme (DP)*

(α (Feldstichprobe) = 0.68; (α (Klinische Stichprobe) = 0.72)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_66_gedanken | 9. Ich komme von bestimmten Gedanken nicht los; |
| ysr_76_verletzten | 18. Ich habe mich absichtlich verletzt oder versucht, mich umzubringen |
| ysr_99_stimmen | 40. Ich höre Geräusche oder Stimmen, die sonst niemand zu hören scheint; |
| ysr_106_zucken | 46. Teile meines Körpers zucken oder machen nervöse Bewegungen; |
| ysr_129_zupfen | 58. Ich zupfe an der Haut oder kratze mich an anderen Körperstellen; |
| ysr_138_zwang | 66. Ich wiederhole bestimmte Handlungen immer wieder (wie unter Zwang); |
| ysr_143_sehen | 70. Ich sehe Dinge, die andere nicht zu sehen scheinen; |
| ysr_150_schlafen | 76. Ich schlafe weniger als die meisten Jugendlichen |
| ysr_159_horten | 83. Ich horte zu viele Dinge, die ich nicht brauche; |
| ysr_161_seltsam | 84. Ich tue Dinge, die andere Leute seltsam finden |
| ysr_163_ideen | 85. Ich habe Gedanken oder Ideen, die andere Leute seltsam finden würden; |

| | |
|---|---|
| ysr_179_schlafen | 100. Ich habe Schlafprobleme |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 160) | | | | Post-Erhebung (n = 84) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 68) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 6.39 | 5.06 | 0.830 | 0.828 | 5.11 | 3.78 | 0.689 | 0.673 | 4.88 | 5.11 | 0.862 | 0.861 |

Wertebereich der Skala: 0-24

### *6. Aufmerksamkeitsprobleme (AP)*

(α (Feldstichprobe) = 0.72; (α (Klinische Stichprobe) = 0.65)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_57_verhalten | 1. Ich verhalte mich zu jung für mein Alter |
| ysr_61_aufgaben | 4. Ich bringe angefangene Aufgaben nicht zu Ende |
| ysr_65_aufpassen | 8. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger aufzupassen |
| ysr_68_unruhig | 10. Ich kann nicht lange stillsitzen |
| ysr_71_zerstreut | 13. Ich bin durcheinander oder zerstreut |
| ysr_75_vertraeumt | 17. Ich bin tagsüber verträumt oder in Gedanken verloren |
| ysr_101_impulsiv | 41. Ich tue etwas, ohne zu überlegen |
| ysr_133_schule | 61. Ich bin schlecht in der Schule |
| ysr_153_ablenkbar | 78. Ich bin unaufmerksam oder leicht ablenkbar |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 163) | | | | Post-Erhebung (n = 85) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 72) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 8.12 | 3.67 | 0.738 | 0.741 | 6.99 | 3.86 | 0.784 | 0.787 | 6.86 | 3.76 | 0.786 | 0.794 |

Wertebereich der Skala: 0-18

### *7. Regelverletzendes Verhalten (RV)*

(α (Feldstichprobe) = 0.75; (α (Klinische Stichprobe) = 0.71)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_58_alkohol | 2. Ich trinke Alkohol ohne Erlaubnis meiner Eltern; |
| ysr_84_schuldig | 26. Wenn ich etwas Unrechtes getan habe, fühle ich mich nicht schuldig |
| ysr_86_regeln | 28. Ich verstoße zu Hause, in der Schule oder anderswo gegen die Regeln |
| ysr_98_schwierig | 39. Ich bin mit Kindern oder Jugendlichen zusammen, die in Schwierigkeiten geraten |
| ysr_103_luegen | 43. Ich lüge oder schwindele |
| ysr_135_aeltere | 63. Ich bin lieber mit Älteren zusammen als mit Jugendlichen meines Alters |
| ysr_140_laufen | 67. Ich laufe von zu Hause weg |
| ysr_146_feuer | 72. Ich zündele gern oder habe schon Feuer gelegt |
| ysr_157_stehlen | 81. Ich habe zu Hause gestohlen |
| ysr_158_anderswo | 82. Ich habe anderswo gestohlen |
| ysr_169_flucht | 90. Ich fluche oder gebrauche unanständige Wörter |
| ysr_175_sex | 96. Ich denke zu viel an sexuelle Dinge |
| ysr_178_rauchen | 99. Ich rauche, kaue oder schnupfe Tabak |
| ysr_181_schwaenzen | 101. Ich schwänze die Schule oder einzelne Schulstunden |
| ysr_185_drogen | 105. Ich nehme Drogen oder missbrauche Medikamente (außer Alkohol und Tabak); |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 162) | | | | Post-Erhebung (n = 88) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 73) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.96 | 4.49 | 0.801 | 0.801 | 4.98 | 4.45 | 0.820 | 0.813 | 5.04 | 4.56 | 0.826 | 0.825 |

Wertebereich der Skala: 0-30

### *8. Aggressives Verhalten (AV)*

(α (Feldstichprobe) = 0.85; (α (Klinische Stichprobe) = 0.84)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_60_streiten | 3. Ich streite häufig oder widerspreche |
| ysr_74_gemein | 16. Ich bin gemein zu anderen |
| ysr_77_beachtung | 19. Ich möchte viel Aufmerksamkeit oder Beachtung bekommen |
| ysr_78_sachen | 20. Ich zerstöre meine eigenen Sachen |
| ysr_79_zerstoeren | 21. Ich zerstöre Sachen, die anderen gehören |
| ysr_80_gehorchen | 22. Ich gehorche meinen Eltern nicht |
| ysr_81_nichtgehorch | 23. Ich gehorche in der Schule nicht |
| ysr_96_rauferei | 37. Ich gerate oft in Raufereien oder Schlägereien |
| ysr_128_angreifen | 57. Ich greife andere körperlich an |
| ysr_141_schreien | 68. Ich schreie viel |
| ysr_165_eigensinnig | 86. Ich bin eigensinnig, dickköpfig |
| ysr_166_wechsel | 87. Meine Stimmung oder Gefühle wechseln plötzlich |
| ysr_168_misstrauen | 89. Ich bin misstrauisch |
| ysr_173_haenseln | 94. Ich hänsele andere gern |
| ysr_174_hitzig | 95. Ich gerate leicht in Zorn, habe ein hitziges Temperament |
| ysr_176_verletzen | 97. Ich habe anderen gedroht, sie zu verletzen |
| ysr_184_lauter | 104. Ich bin lauter als andere Jugendliche |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung (n = 155) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 83) | | | | (n = 69) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | |
| 9.70 | 5.62 | 0.831 | 0.827 | 7.63 | 5.41 | 0.832 | 0.826 | 7.39 | 5.33 | 0.830 | 0.810 | |

Wertebereich der Skala: 0-34

### *10. Internale Probleme*

(α (Feldstichprobe) = 0.88; (α (Klinische Stichprobe) = 0.89)

Summe der Rohwerte der Skalen 1, 2 und 3.

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung (n = 163) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 90) | | | | (n = 73) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | |
| 19.69 | 12.51 | 0.849 | 0.870 | 16.34 | 10.99 | 0.768 | 0.789 | 16.77 | 13.61 | 0.885 | 0.899 | |

Wertebereich der Skala: 0-62

### *11. Externale Probleme*

(α (Feldstichprobe) = 0.89; (α (Klinische Stichprobe) = 0.88)

Summe der Rohwerte der Skalen 7 und 8.

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung (n = 163) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 90) | | | | (n =) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | |
| 15.87 | 9.56 | 0.811 | - | 12.54 | 9.31 | 0.864 | - | 12.36 | 9.11 | 0.841 | - | |

Wertebereich der Skala: 0-64

### *12. Gesamtproblemwert*

(α (Feldstichprobe) = 0.94; (α (Klinische Stichprobe) = 0.94)

Summe der Rohwerte aller Items.

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | | Follow-Up-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 163) | | | | (n = 90) | | | | (n =) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 60.74 | 29.67 | 0.807 | 0.888 | 49.39 | 26.63 | 0.811 | 0.869 | 49.64 | 28.62 | 0.765 | 0.875 |

Wertebereich der Skala: 0-238

## 3.2.3 DSM-orientierte Skalen

### *1. Depressive Symptome (DEP)*

(α (Feldstichprobe) = 0.73; (α (Klinische Stichprobe) = 0.81)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_62_freude | 5. Es gibt nur sehr wenig, was mir Freude macht |
| ysr_72_weinen | 14. Ich weine viel |
| ysr_76_verletzten | 18. Ich habe mich absichtlich verletzt oder versucht, mich umzubringen |
| ysr_82_essen | 24. Ich esse nicht so gut, wie ich sollte |
| ysr_94_wertlos | 35. Ich fühle mich wertlos oder unterlegen |
| ysr_113_schuld | 52. Ich habe starke Schuldgefühle |
| ysr_115_muede | 54. Ich bin übermüdet ohne triftigen Grund |
| ysr_150_schlafen | 76. Ich schlafe weniger als die meisten Jugendlichen |
| ysr_151_nachts | 77. Ich schlafe tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Jugendlichen; |
| ysr_170_suizid | 91. Ich denke darüber nach, mich umzubringen |
| ysr_179_schlafen | 100. Ich habe Schlafprobleme; |
| ysr_182_energie | 102. Ich habe nicht genug Energie |
| ysr_183_ungluecklich | 103. Ich bin unglücklich, traurig oder niedergeschlagen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 157) | | | | Post-Erhebung (n = 84) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 66) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 8.41 | 5.77 | 0.853 | 0.852 | 7.01 | 5.56 | 0.847 | 0.844 | 7.53 | 6.10 | 0.882 | 0.886 |

Wertebereich der Skala: 0-26

### *2. Angstsymptome (ANX)*

(α (Feldstichprobe) = 0.69; (α (Klinische Stichprobe) = 0.73)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_69_abhaengig | 11. Ich bin zu abhängig von Erwachsenen |
| ysr_87_furcht | 29. Ich fürchte mich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Orten (außer der Schule); |
| ysr_89_angst | 30. Ich habe Angst, in die Schule zu gehen |
| ysr_90_schlimmes | 31. Ich habe Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun |
| ysr_105_nervoes | 45. Ich bin nervös, reizbar oder angespannt |
| ysr_108_albtraum | 47. Ich habe Albträume |
| ysr_111_furcht | 50. Ich bin zu furchtsam oder zu ängstlich |
| ysr_145_verlegen | 71. Ich bin befangen oder werde leicht verlegen |
| ysr_193_sorgen | 112. Ich mache mir viele Sorgen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 158) | | | | Post-Erhebung (n = 89) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 71) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 6.06 | 3.85 | 0.760 | 0.765 | 4.79 | 3.49 | 0.736 | 0.731 | 4.38 | 3.98 | 0.840 | 0.845 |

Wertebereich der Skala: 0-18

### *3. Körperliche Symptome (SOM)*

(α (Feldstichprobe) = 0.68; (α (Klinische Stichprobe) = 0.65)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| | 56. Ich habe folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen: |
| ysr_118_schmerzen | 56. a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) |
| ysr_119_kopf | 56. b) Kopfschmerzen |
| ysr_120_uebel | 56. c) Übelkeit |
| ysr_121_augen | 56. d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind); |
| ysr_123_haut | 56. e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme |
| ysr_124_bauch | 56. f) Bauchschmerzen |
| ysr_125_erbrechen | 56. g) Erbrechen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 161) | | | | Post-Erhebung (n = 90) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 73) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.19 | 2.89 | 0.749 | 0.774 | 2.88 | 2.82 | 0.757 | 0.764 | 2.92 | 3.27 | 0.836 | 0.848 |

Wertebereich der Skala: 0-14

### *4. Unaufmerksamkeits-Hyperaktivitätssymptome (ADH)*

(α (Feldstichprobe) = 0.67; (α (Klinische Stichprobe) = 0.64)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_61_aufgaben | 4. Ich bringe angefangene Aufgaben nicht zu Ende |
| ysr_65_aufpassen | 8. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger aufzupassen |
| ysr_68_unruhig | 10. Ich kann nicht lange stillsitzen |
| ysr_101_impulsiv | 41. Ich tue etwas, ohne zu überlegen |
| ysr_153_ablenkbar | 78. Ich bin unaufmerksam oder leicht ablenkbar |
| ysr_172_reden | 93. Ich rede zu viel |
| ysr_184_lauter | 104. Ich bin lauter als andere Jugendliche |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 163) | | | | Post-Erhebung (n = 89) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 70) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 6.71 | 3.30 | 0.763 | 0.758 | 5.92 | 3.35 | 0.768 | 0.768 | 5.86 | 3.16 | 0.761 | 0.746 |

Wertebereich der Skala: 0-14

### *5. Oppositionelle Verhaltenssymptome (OVS)*

(α (Feldstichprobe) = 0.75; (α (Klinische Stichprobe) = 0.73)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |

| | |
|---|---|
| ysr_60_streiten | 3. Ich streite häufig oder widerspreche |
| ysr_80_gehorchen | 22. Ich gehorche meinen Eltern nicht |
| ysr_81_nichtgehorch | 23. Ich gehorche in der Schule nicht |
| ysr_165_eigensinnig | 86. Ich bin eigensinnig, dickköpfig |
| ysr_174_hitzig | 95. Ich gerate leicht in Zorn, habe ein hitziges Temperament |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 160) | | | | Post-Erhebung (n = 88) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 74) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.00 | 2.32 | 0.704 | 0.692 | 3.26 | 2.32 | 0.699 | 0.703 | 2.91 | 1.97 | 0.612 | 0.593 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### *6. Dissoziale Symptome (DIS)*

(α (Feldstichprobe) = 0.80; (α (Klinische Stichprobe) = 0.79)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste mit Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen aufgetreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0,1,2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate genau so oder häufig zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal zutrifft, kreuzt du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für dich nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| ysr_74_gemein | 16. Ich bin gemein zu anderen |
| ysr_79_zerstoeren | 21. Ich zerstöre Sachen, die anderen gehören |
| ysr_84_schuldig | 26. Wenn ich etwas Unrechtes getan habe, fühle ich mich nicht schuldig |
| ysr_86_regeln | 28. Ich verstoße zu Hause, in der Schule oder anderswo gegen die Regeln |
| ysr_96_rauferei | 37. Ich gerate oft in Raufereien oder Schlägereien |
| ysr_98_schwierig | 39. Ich bin mit Kindern oder Jugendlichen zusammen, die in Schwierigkeiten geraten |
| ysr_103_luegen | 43. Ich lüge oder schwindele |
| ysr_128_angreifen | 57. Ich greife andere körperlich an |
| ysr_140_laufen | 67. Ich laufe von zu Hause weg |
| ysr_146_feuer | 72. Ich zündele gern oder habe schon Feuer gelegt |
| ysr_157_stehlen | 81. Ich habe zu Hause gestohlen |
| ysr_158_anderswo | 82. Ich habe anderswo gestohlen |

| | |
|---|---|
| ysr_169_flucht | 90. Ich fluche oder gebrauche unanständige Wörter |
| ysr_176_verletzen | 97. Ich habe anderen gedroht, sie zu verletzen |
| ysr_181_schwaenzen | 101. Ich schwänze die Schule oder einzelne Schulstunden |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 159) | | | | Post-Erhebung (n = 86) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 73) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 6.36 | 4.63 | 0.805 | 0.801 | 4.70 | 4.36 | 0.831 | 0.827 | 4.88 | 4.80 | 0.852 | 0.848 |

Wertebereich der Skala: 0-30

## 3.3 TRF-Skalen

### 3.3.1 Problemskalen

#### *1. Ängstlich/depressiv (AD)*

(α (Feldstichprobe) = 0.78; (α (Klinische Stichprobe) = 0.81)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_64_weinen | 14. Weint viel |
| trf_79_furcht | 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); |
| trf_81_angst | 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen |
| trf_82_schlimmes | 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun |
| trf_83_perfekt | 32. Glaubt, perfekt sein zu müssen |
| trf_84_beklagen | 33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt |
| trf_86_wertlos | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen |
| trf_97_nervoes | 45. Ist nervös, reizbar oder angespannt |
| trf_103_furcht | 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich |
| trf_105_schuld | 52. Hat zu starke Schuldgefühle |
| trf_137_verlegen | 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen |

| | |
|---|---|
| trf_149_kritik | 81. Ist bei Kritik schnell verletzt |
| trf_162_suizid | 91. Spricht davon, sich umzubringen |
| trf_178_gefallen | 106. Versucht zu sehr, anderen zu gefallen |
| trf_180_fehler | 108. Hat Angst, Fehler zu machen |
| trf_184_sorgen | 112. Macht sich zu viel Sorgen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 202) | | | | Post-Erhebung (n = 147) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 6.99 | 4.93 | 0.782 | 0.773 | 6.95 | 4.86 | 0.787 | 0.774 |

Wertebereich der Skala: 0-32

### *2. Rückzüglich depressiv (RD)*

(α (Feldstichprobe) = 0.80; (α (Klinische Stichprobe) = 0.80)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_54_freude | 5. Es gibt nur sehr wenig, was ihm/ihr Freude macht |
| trf_94_allein | 42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen |
| trf_129_weigern | 65. Weigert sich zu sprechen |
| trf_134_verschloss | 69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich |
| trf_142_zaghaft | 75. Ist zu schüchtern oder zaghaft |
| trf_173_traege | 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge |
| trf_174_unglueckli | 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen |
| trf_183_zurueckzieh | 111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 255) | | | | Post-Erhebung (n = 173) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.73 | 3.76 | 0.815 | 0.812 | 4.43 | 3.56 | 0.804 | 0.802 |

Wertebereich der Skala: 0-16

### *3. Körperliche Beschwerden (KB)*

(α (Feldstichprobe) = 0.64; (α (Klinische Stichprobe) = 0.70)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_104_schwindel | 51. Fühlt sich schwindelig oder benommen |
| trf_107_muede | 54. Ist übermüdet ohne triftigen Grund |
| | 56. Hat folgende Probleme ohne bekannte körperliche Ursachen: |
| trf_110_schmerzen | 56. a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) |
| trf_111_kopf | 56. b) Kopfschmerzen |
| trf_112_uebel | 56. c) Übelkeit |
| trf_113_augen | 56. d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind) |
| trf_115_haut | 56. e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme |
| trf_116_bauch | 56. f) Bauchschmerzen |
| trf_117_erbrechen | 56. g) Erbrechen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 258) | | | | Post-Erhebung (n = 183) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 1.87 | 2.62 | 0.761 | 0.790 | 1.70 | 2.42 | 0.751 | 0.787 |

Wertebereich der Skala: 0-18

### *4. Soziale Probleme (SP)*

(α (Feldstichprobe) = 0.78; (α (Klinische Stichprobe) = 0.78)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_61_abhaengig | 11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig |
| trf_62_einsam | 12. Klagt über Einsamkeit |
| trf_75_auskommen | 25. Kommt mit anderen Schülern nicht aus |
| trf_77_eifersucht | 27. Ist leicht eifersüchtig |
| trf_85_antun | 34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun |
| trf_87_unfall | 36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen |
| trf_89_haenseln | 38. Wird viel gehänselt |
| trf_101_gemocht | 48. Wird von anderen Schülern nicht gemocht |
| trf_126_unbeholfen | 62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt |
| trf_128_juenger | 64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen |
| trf_146_sprechen | 79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 231) | | | | Post-Erhebung (n = 164) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.94 | 3.59 | 0.705 | 0.700 | 4.37 | 3.17 | 0.657 | - |

Wertebereich der Skala: 0-22

### *5. Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme (DP)*

(α (Feldstichprobe) = 0.34; (α (Klinische Stichprobe) = 0.59)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_58_gedanken | 9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; |
| trf_68_verletzten | 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord |
| trf_91_stimmen | 40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; |
| trf_98_zuckung | 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); |
| trf_121_zupfen | 58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen |
| trf_130_zwang | 66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; |
| trf_135_sehen | 70. Sieht Dinge, die nicht da sein; |
| trf_151_horten | 83. Hortet zu viele Dinge, die er/sie nicht braucht; |
| trf_153_seltsam | 84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; |
| trf_155_ideen | 85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | (n = 205) | Post-Erhebung | | | (n = 140) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.40 | 2.78 | 0.680 | 0.687 | 2.19 | 2.84 | 0.726 | 0.729 |

Wertebereich der Skala: 0-20

## *6. Aufmerksamkeitsprobleme (AP)*

### *a) Unaufmerksam*

(α (Feldstichprobe) = 0.92; (α (Klinische Stichprobe) = 0.89)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_50_verhalten | 1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter |
| trf_53_aufgaben | 4. Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende |
| trf_57_aufpassen | 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen |
| trf_63_verwirrt | 13. Ist verwirrt oder zerstreut |
| trf_67_tagtraeume | 17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren |
| trf_72_anweisungen | 22. Hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen |
| trf_102_lernen | 49. Hat Lernschwierigkeiten |
| trf_124_apathisch | 60. Ist apathisch oder unmotiviert |
| trf_125_schule | 61. Ist schlecht in der Schule |
| trf_138_unordentlich | 72. Arbeitet unordentlich |
| trf_145_ablenkbar | 78. Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar |
| trf_148_leere | 80. Starrt ins Leere |
| trf_163_leisten | 92. Bleibt unter seinen Möglichkeiten, könnte mehr leisten |
| trf_171_erledigen | 100. Erledigt aufgetragene Arbeiten nicht |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 226) | | | | Post-Erhebung (n = 163) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 13.87 | 6.80 | 0.880 | 0.877 | 12.86 | 6.45 | 0.865 | 0.857 |

Wertebereich der Skala: 0-28

### b) *Hyperaktiv/Impulsiv*

(α (Feldstichprobe) = 0.92; (α (Klinische Stichprobe) = 0.91)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_51_summen | 2. Summt oder macht seltsame Geräusche im Unterricht |
| trf_56_angeben | 7. Gibt an, schneidet auf |
| trf_60_unruhig | 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv |
| trf_65_zappelig | 15. Ist zappelig |
| trf_74_stoeren | 24. Stört andere Schüler |
| trf_93_impulsiv | 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen |
| trf_106_dazwischen | 53. Redet dazwischen |
| trf_132_stoeren | 67. Stört in der Klasse |
| trf_139_verantwortu | 73. Verhält sich verantwortunslos; |
| trf_141_clown | 74. Produziert sich gern oder spielt den Clown |
| trf_164_reden | 93. Redet zu viel |
| trf_181_jammern | 109. Quengelt oder jammert |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 245) | | | | Post-Erhebung (n = 169) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 9.56 | 7.03 | 0.919 | 0.924 | 8.07 | 6.96 | 0.927 | 0.933 |

Wertebereich der Skala: 0-24

### *c) Gesamt*

(α (Feldstichprobe) = 0.94; (α (Klinische Stichprobe) = 0.92)

Summe aus a) und b).

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 251) | | | | Post-Erhebung (n = 174) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 23.43 | 11.89 | 0.699 | - | 20.98 | 12.05 | 0.765 | - |

Wertebereich der Skala: 0-52

## *7. Regelverletzendes Verhalten (RV)*

(α (Feldstichprobe) = 0.79; (α (Klinische Stichprobe) = 0.74)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_76_schuldig | 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat |
| trf_78_regeln | 28. Verstößt zu Hause, in der Schule oder anderswo gegen die Regeln |
| trf_90_umgang | 39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten |
| trf_95_luegen | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt |
| trf_127_aeltere | 63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen |
| trf_150_stehlen | 82. Stiehlt |
| trf_161_flucht | 90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter |
| trf_167_sex | 96. Scheint sich übermäßig mit Sex zu beschäftigen |
| trf_169_spaet | 98. Kommt zur spät zur Schule oder zum Unterricht |
| trf_170_rauchen | 99. Raucht, kaut oder schnupft Tabak |
| trf_172_schwaenzen | 101. Schwänzt die Schule oder fehlt unentschuldigt |
| trf_176_drogen | 105. Missbraucht Alkohol oder nimmt Drogen (außer Tabak); |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 235) | | | | Post-Erhebung (n = 155) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.43 | 4.40 | 0.812 | 0.817 | 4.85 | 4.40 | 0.813 | 0.814 |

Wertebereich der Skala: 0-24

### *8. Aggressives Verhalten (AV)*

(α (Feldstichprobe) = 0.95; (α (Klinische Stichprobe) = 0.95)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_52_streiten | 3. Streitet oder widerspricht viel |
| trf_55_darm | 6. Ist trotzig, ablehnend oder frech zu den Lehrern/Lehrerinnen |
| trf_66_gemein | 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein |
| trf_69_beachtung | 19. Verlangt viel Beachtung |
| trf_70_sachen | 20. Zerstört seine/ihre eigenen Sachen |
| trf_71_zerstoeren | 21. Zerstört die Sachen anderer |
| trf_73_gehorchen | 23. Gehorcht nicht in der Schule |
| trf_88_rauferei | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien |
| trf_120_koerper | 57. Greift andere körperlich an |
| trf_133_schreien | 68. Schreit viel |
| trf_143_aufbrausend | 76. Zeigt aufbrausendes und unberechenbares Verhalten |
| trf_144_forderungen | 77. Muss Forderungen sofort erfüllt bekommen, ist schnell frustiert |
| trf_157_stoerrisch | 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar |
| trf_158_wechsel | 87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel |
| trf_159_schmollen | 88. Schmollt viel oder ist leicht eingeschnappt |
| trf_160_misstrauis | 89. Ist misstrauisch |
| trf_165_haenseln | 94. Hänselt andere gern |
| trf_166_hitzig | 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament |
| trf_168_bedrohen | 97. Bedroht andere |

| | |
|---|---|
| trf_175_laut | 104. Ist ungewöhnlich laut |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (n = 234) | | | | (n = 169) | | | |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 15.44 | 11.17 | 0.946 | 0.946 | 13.54 | 10.96 | 0.952 | 0.953 |

Wertebereich der Skala: 0-40

### *10. Internale Probleme*

(α (Feldstichprobe) = 0.85; (α (Klinische Stichprobe) = 0.87)

Summe der Rohwerte der Skalen 1, 2 und 3

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (n = 251) | | | | (n = 174) | | | |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 14.02 | 8.84 | 0.612 | 0.648 | 13.14 | 8.41 | 0.600 | 0.667 |

Wertebereich der Skala: 0-66

### *11. Externale Probleme*

(α (Feldstichprobe) = 0.95; (α (Klinische Stichprobe) = 0.95)

Summe der Rohwerte der Skalen 7 und 8

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (n = 251) | | | | (n = 174) | | | |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 20.69 | 14.23 | 0.646 | - | 18.88 | 14.60 | 0.697 | - |

Wertebereich der Skala: 0-64

### *12. Gesamtproblemwert*

(α (Feldstichprobe) = 0.96; (α (Klinische Stichprobe) = 0.95)

Summe der Rohwerte aller Items.

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | (n = 251) | Post-Erhebung | | | (n = 174) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 67.27 | 31.20 | 0.674 | 2.682 | 61.38 | 30.90 | 0.665 | 5.723 |

Wertebereich der Skala: 0-240

## 3.3.3 DSM-orientierte Skalen

### *1. Depressive Symptome (DEP)*

(α (Feldstichprobe) = 0.72; (α (Klinische Stichprobe) = 0.73)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_54_freude | 5. Es gibt nur sehr wenig, was ihm/ihr Freude macht |
| trf_64_weinen | 14. Weint viel |
| trf_68_verletzten | 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord |
| trf_86_wertlos | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen |
| trf_105_schuld | 52. Hat zu starke Schuldgefühle |
| trf_107_muede | 54. Ist übermüdet ohne triftigen Grund |
| trf_124_apathisch | 60. Ist apathisch oder unmotiviert |
| trf_162_suizid | 91. Spricht davon, sich umzubringen |
| trf_173_traege | 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge |

| | |
|---|---|
| trf_174_ungluecklich | 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 230) | | | | Post-Erhebung (n = 161) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 5.20 | 3.46 | 0.715 | 0.716 | 4.61 | 3.16 | 0.688 | 0.675 |

Wertebereich der Skala: 0-20

### *2. Angstsymptome (ANX)*

(α (Feldstichprobe) = 0.60; (α (Klinische Stichprobe) = 0.67)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_61_abhaengig | 11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig |
| trf_79_furcht | 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); |
| trf_81_angst | 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen |
| trf_82_schlimmes | 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun |
| trf_97_nervoes | 45. Ist nervös, reizbar oder angespannt |
| trf_103_furcht | 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich |
| trf_137_verlegen | 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen |
| trf_184_sorgen | 112. Macht sich zu viel Sorgen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 216) | | | | Post-Erhebung (n = 157) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.35 | 2.92 | 0.697 | 0.702 | 3.16 | 2.93 | 0.730 | 0.745 |

Wertebereich der Skala: 0-16

### *3. Körperliche Symptome (SOM)*

(α (Feldstichprobe) = 0.64; (α (Klinische Stichprobe) = 0.70)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| | 56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen: |
| trf_110_schmerzen | a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) |
| trf_111_kopf | b) Kopfschmerzen |
| trf_112_uebel | c) Übelkeit |
| trf_113_augen | d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert sind) |
| trf_115_haut | e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme |
| trf_116_bauch | f) Bauchschmerzen |
| trf_117_erbrechen | g) Erbrechen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 282) | | | | Post-Erhebung (n = 189) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 1.34 | 2.14 | 0.739 | 0.801 | 1.16 | 2.06 | 0.780 | 0.814 |

Wertebereich der Skala: 0-14

## *4. Unaufmerksamkeits-Hyperaktivitätssymptome (ADH)*

### *a) Unaufmerksamkeitssymptome*

(α (Feldstichprobe) = 0.89; (α (Klinische Stichprobe) = 0.87)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_53_aufgaben | 4. Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende |
| trf_57_aufpassen | 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen |
| trf_72_anweisungen | 22. Hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen |
| trf_145_ablenkbar | 78. Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar |
| trf_171_erledigen | 100. Erledigt aufgetragene Arbeiten nicht |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 263) | | | | (n = 179) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 6.11 | 3.12 | 0.861 | 0.858 | 5.49 | 3.26 | 0.873 | 0.870 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### *b) Hyperaktivitätssymptome*

(α (Feldstichprobe) = 0.92; (α (Klinische Stichprobe) = 0.93)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_60_unruhig | 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv |

| | |
|---|---|
| trf_65_zappelig | 15. Ist zappelig |
| trf_74_stoeren | 24. Stört andere Schüler |
| trf_93_impulsiv | 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen |
| trf_106_dazwischen | 53. Redet dazwischen |
| trf_132_stoeren | 67. Stört in der Klasse |
| trf_164_reden | 93. Redet zu viel |
| trf_175_laut | 104. Ist ungewöhnlich laut |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 257) | | | | (n = 176) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 7.36 | 5.39 | 0.924 | 0.924 | 6.09 | 5.44 | 0.973 | 0.937 |

Wertebereich der Skala: 0-16

### *c) Gesamt*

(α (Feldstichprobe) = 0.93; (α (Klinische Stichprobe) = 0.93)

Summe aus a) und b).

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 251) | | | | (n = 174) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 13.54 | 7.76 | 0.746 | - | 11.72 | 8.18 | 0.786 | - |

Wertebereich der Skala: 0-26

### *5. Oppositionelle Verhaltenssymptome (OVS)*

(α (Feldstichprobe) = 0.89; (α (Klinische Stichprobe) = 0.90)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_52_streiten | 3. Streitet oder widerspricht viel |
| trf_55_darm | 6. Ist trotzig, ablehnend oder frech zu den Lehrern/Lehrerinnen |
| trf_73_gehorchen | 23. Gehorcht nicht in der Schule |
| trf_157_stoerrisch | 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar |
| trf_166_hitzig | 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 264) | | | | (n = 180) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.64 | 3.48 | 0.900 | 0.900 | 4.33 | 3.42 | 0.908 | 0.909 |

Wertebereich der Skala: 0-10

### *6. Dissoziale Symptome (DIS)*

(α (Feldstichprobe) = 0.91; (α (Klinische Stichprobe) = 0.88)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Es folgt eine Liste von Eigenschaften, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0,1,3. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten zwei Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genauso oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen. |
| | 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend |
| trf_66_gemein | 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein |
| trf_71_zerstoeren | 21. Zerstört die Sachen anderer |

| | |
|---|---|
| trf_76_schuldig | 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat |
| trf_78_regeln | 28. Verstößt zu Hause, in der Schule oder anderswo gegen die Regeln |
| trf_88_rauferei | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien |
| trf_90_umgang | 39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten |
| trf_95_luegen | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt |
| trf_120_koerper | 57. Greift andere körperlich an |
| trf_139_verantwortu | 73. Verhält sich verantwortunslos; |
| trf_150_stehlen | 82. Stiehlt |
| trf_161_flucht | 90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter |
| trf_168_bedrohen | 97. Bedroht andere |
| trf_172_schwaenzen | 101. Schwänzt die Schule oder fehlt unentschuldigt |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 233) | | | | (n = 158) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 8.30 | 6.718 | 0.908 | 0.914 | 6.87 | 6.52 | 0.912 | 0.918 |

Wertebereich der Skala: 0-26

# 4. Kidscreen-Skalen

Psychometrische Angaben und Normierung der deutschen Version in Barkmann u. a. 2021

## 4.1 Kidscreen Eltern

### 4.1.1 Körperliches Wohlbefinden

(Rasch Reliabilität = 0.82)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| ks_e1_gesundheit | Was denken Sie: Wie würde Ihr Kind seine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?<br>(1 = schlecht, 2 = weniger gut, 3 = gut, 4 = sehr gut, 5 = ausgezeichnet (rec (1-2 = 1, 3 = 2, 3-4 = 3)) |
| | Wenn Sie an letzte Woche denken… |
| | 1 = überhaupt nicht/nie, 2 = ein wenig/selten, 3 = mittelmäßig/manchmal, 4 = ziemlich/oft, 5 = sehr/immer |
| ks_e2_wohlbefinden | Hat sich Ihr Kind fit und wohl gefühlt? |

| | |
|---|---|
| ks_e3_bewegung | Hat sich Ihr Kind viel bewegt (z.B. beim Rennen, Klettern, Fahrradfahren)? |
| ks_e4_rennen | Konnte Ihr Kind gut rennen? |
| ks_e5_energie | Ist Ihr Kind voller Energie gewesen? |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung (n = 289) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 161) | | | (n = 115) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 15.91 | 4.24 | 0.809 | 0.826 | 16.41 | 4.13 | 0.836 | 0.853 | 15.73 | 4.06 | 0.826 | 0.847 |

Wertebereich der Skala: 5-25

### 4.1.2 Psychisches Wohlbefinden

(Rasch Reliabilität = 0.82)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Wenn Sie an letzte Woche denken… |
| | 1 = überhaupt nicht/nie, 2 = ein wenig/selten, 3 = mittelmäßig/manchmal, 4 = ziemlich/oft, 5 = sehr/immer |
| ks_e6_gefallen | Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass sein Leben ihm gefällt? |
| ks_e7_laune | Hat Ihr Kind gute Laune gehabt? |
| ks_e8_spass | Hat Ihr Kind Spaß gehabt? |
| ks_e9_traurig | Hat sich Ihr Kind traurig gefühlt? (rec) |
| ks_e10_schlecht | Hat Ihr Kind sich so schlecht gefühlt, dass es gar nichts machen wollte? (rec) |
| ks_e11_einsam | Hat Ihr Kind sich einsam gefühlt? (rec) |
| ks_e12_zufrieden | Ist Ihr Kind zufrieden gewesen, so wie es ist? |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung (n = 289) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 158) | | | (n = 112) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 26.36 | 5.45 | 0.886 | 0.886 | 27.48 | 4.65 | 0.860 | 0.856 | 27.33 | 5.08 | 0.877 | 0.879 |

Wertebereich der Skala: 7-35

### 4.1.3 Beziehung zu Eltern und Autonomie

(Rasch Reliabilität = 0.72)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Wenn Sie an letzte Woche denken… |
| | 1 = überhaupt nicht/nie, 2 = ein wenig/selten, 3 = mittelmäßig/manchmal, 4 = ziemlich/oft, 5 = sehr/immer |
| ks_e13_zeit | Hat Ihr Kind genug Zeit für sich selbst gehabt? |
| ks_e14_freizeit | Konnte Ihr Kind in seiner Freizeit die Dinge machen, die es tun wollte? |
| ks_e15_eltern | Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass seine Eltern genug Zeit für es hatten? |
| ks_e16_gerecht | Hat sich Ihr Kind durch seine Mutter/seinen Vater gerecht behandelt gefühlt? |
| ks_e17_reden | Konnte Ihr Kind mit seinen Eltern reden, wenn es wollte? |
| ks_e18_geld | Hat Ihr Kind genug Geld gehabt, um das Gleiche zu machen wie seine Freunde? |
| ks_e19_brauchen | Hatte Ihr Kind genug Geld für die Sachen, die es braucht? |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 286) | | | | Post-Erhebung (n = 158) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 114) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 29,42 | 3,61 | 0,684 | 0,669 | 29,74 | 3,90 | 0,748 | 0,728 | 29,44 | 3,87 | 0,728 | 0,726 |

Wertebereich der Skala: 7-35

### 4.1.4 Gleichaltrige und soziale Unterstützung

(Rasch Reliabilität = 0,81)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Wenn Sie an letzte Woche denken… |
| | 1 = überhaupt nicht/nie, 2 = ein wenig/selten, 3 = mittelmäßig/manchmal, 4 = ziemlich/oft, 5 = sehr/immer |
| ks_e20_freunde | Hat Ihr Kind Zeit mit seinen Freunden verbracht? |
| ks_e21_spasshaben | Hat Ihr Kind mit seinen Freunden Spaß gehabt? |
| ks_e22_helfen | Haben Ihr Kind und seine Freunde sich gegenseitig geholfen? |
| ks_e23_verlassen | Hat Ihr Kind sich auf seine Freunde verlassen können? |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 272) | | | | Post-Erhebung (n = 155) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 110) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 13,88 | 4,22 | 0,875 | 0,873 | 14,44 | 4,38 | 0,910 | 0,909 | 14,29 | 4,41 | 0,900 | 0,900 |

Wertebereich der Skala: 4-20

### 4.1.5 Schulisches Umfeld

(Rasch Reliabilität = 0.81)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| | Wenn Sie an letzte Woche denken… |
| | 1 = überhaupt nicht/nie, 2 = ein wenig/selten, 3 = mittelmäßig/manchmal, 4 = ziemlich/oft, 5 = sehr/immer |
| ks_e24_gluecklich | Ist Ihr Kind in der Schule glücklich gewesen? |
| ks_e25_schule | Ist Ihr Kind in der Schule gut zurechtgekommen? |
| ks_e26_aufpassen | Konnte Ihr Kind gut aufpassen? |
| ks_e27_lehrer | Ist Ihr Kind gut mit seinen Lehrerinnen und Lehrern ausgekommen? |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 280) | | | | Post-Erhebung (n = 153) | | | | Follow-Up-Erhebung (n = 113) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 13,03 | 3,91 | 0,865 | 0,868 | 14,08 | 3,77 | 0,888 | 0,890 | 14,30 | 3,39 | 0,847 | 0,851 |

Wertebereich der Skala: 4-20

# 5. FBB-Skalen

Psychometrische Angaben sowie Normierung bei Mattejat & Remschmidt 1998

## 5.1 FBB-T(herapeut)

### 5.1.1 Therapieerfolg hinsichtlich des Patienten

(α (Projektstichprobe) = 0,83, α (Klinische Stichprobe) = 0.94, α (QS-Stichprobe) = 0.90)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Wir möchten Sie bitten, die gerade abgeschlossene Behandlung auf den folgenden Skalen einzuschätzen. Überprüfen Sie bitte bei jeder Fragestellung, inwieweit sie für diese Behandlung zutreffend ist. Beziehen Sie sich dabei auf den *gesamten Behandlungszeitraum* und nicht nur auf das Ende der Behandlung. Die Fragen, die sich auf die Mutter und den Vater beziehen, sind nur dann sinnvoll beantwortbar, wenn Mutter bzw. Vater in die Behandlung einbezogen waren. Wenn sich die Kontakte zu den Eltern auf das Anamnesegespräch und eine kurze Beratung beschränkten, müssen die elternbezogenen Fragen nicht bearbeitet werden. Sie sollten aber bearbeitet werden, wenn mehrere ausführliche Beratungs- und Therapiekontakte stattgefunden haben (in der Regel ab zwei ausführlichen Beratungs- und Therapiegesprächen). |
| | 0 = überhaupt nicht/niemals, 1 = kaum/selten, 2= teilweise/manchmal, 3 = überwiegend/meistens, 4 = ganz genau/immer |
| fbb_t1_verhaeltnis | 1. Aufwand und Nutzen standen bei dieser Behandlung in einem guten Verhältnis. |
| fbb_t3_erfolgreich | 3. Ich halte die Behandlung für erfolgreich. |
| fbb_t8_hilfreich | 8. Die Behandlung war für den Patienten hilfreich. |
| fbb_t10_gebessert | 10. Die Probleme des Patienten haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert. |

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 270)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 2.60 | 0.827 | 0.870 | 0.875 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 5.1.2 Therapieerfolg hinsichtlich der Familie

(α (Projektstichprobe) = 0,88, α (Klinische Stichprobe) = 0,91, α (QS-Stichprobe) = 0,83)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Wir möchten Sie bitten, die gerade abgeschlossene Behandlung auf den folgenden Skalen einzuschätzen. Überprüfen Sie bitte bei jeder Fragestellung, inwieweit sie für diese Behandlung zutreffend ist. Beziehen Sie sich dabei auf den *gesamten Behandlungszeitraum* und nicht nur auf das Ende der Behandlung. Die Fragen, die sich auf die Mutter und den Vater beziehen, sind nur dann sinnvoll beantwortbar, wenn Mutter bzw. Vater in die Behandlung einbezogen waren. Wenn sich die Kontakte zu den Eltern auf das Anamnesegespräch und eine kurze Beratung beschränkten, müssen die elternbezogenen Fragen nicht bearbeitet werden. Sie sollten aber bearbeitet werden, wenn mehrere ausführliche Beratungs- und Therapiekontakte stattgefunden haben (in der Regel ab zwei ausführlichen Beratungs- und Therapiegesprächen). |
| | 0 = überhaupt nicht/niemals, 1 = kaum/selten, 2= teilweise/manchmal, 3 = überwiegend/meistens, 4 = ganz genau/immer |
| fbb_t5_positiv | 5. Im Verlaufe der Behandlung haben sich die Beziehungen in der Familie positiv verändert. |
| fbb_t16_verstaendnis | 15. Im Verlaufe der Behandlung hat die Mutter ein besseres Verständnis für die Probleme ihres Kindes entwickelt. |
| fbb_t18_positiv | 17. Im Verlaufe der Behandlung konnte die Mutter ihr Verhalten gegenüber ihrem Kind positiv verändern. |
| fbb_t19_gebessert | 18. Im Verlaufe der Behandlung haben sich auch problematische Erlebens- und Verhaltensweisen der Mutter gebessert, die nicht direkt etwas mit dem Patienten zu tun haben. |
| fbb_t24_besser | 22. Im Verlaufe der Behandlung haben sich auch problematische Erlebens- und Verhaltensweisen des Vaters gebessert, die nicht direkt etwas mit dem Patienten zu tun haben. |
| fbb_t26_verstaendnis | 24. Im Verlaufe der Behandlung hat der Vater ein besseres Verständnis für die Probleme seines Kindes entwickelt. |
| fbb_t28_positiv | 26. Im Verlaufe der Behandlung konnte der Vater sein Verhalten gegenüber seinem Kind positiv verändern. |

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 81)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 1.93 | 0.749 | 0.888 | 0.882 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 5.1.3 Kooperation mit dem Patienten

(α (Projektstichprobe) = 0.80, α (Klinische Stichprobe) = 0.90, α (QS-Stichprobe) = 0.84)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Wir möchten Sie bitten, die gerade abgeschlossene Behandlung auf den folgenden Skalen einzuschätzen. Überprüfen Sie bitte bei jeder Fragestellung, inwieweit sie für diese Behandlung zutreffend ist. Beziehen Sie sich dabei auf den *gesamten Behandlungszeitraum* und nicht nur auf das Ende der Behandlung. Die Fragen, die sich auf die Mutter und den Vater beziehen, sind nur dann sinnvoll beantwortbar, wenn Mutter bzw. Vater in die Behandlung einbezogen waren. Wenn sich die Kontakte zu den Eltern auf das Anamnesegespräch und eine kurze Beratung beschränkten, müssen die elternbezogenen Fragen nicht bearbeitet werden. Sie sollten aber bearbeitet werden, wenn mehrere ausführliche Beratungs- und Therapiekontakte stattgefunden haben (in der Regel ab zwei ausführlichen Beratungs- und Therapiegesprächen). |
| | 0 = überhaupt nicht/niemals, 1 = kaum/selten, 2= teilweise/manchmal, 3 = überwiegend/meistens, 4 = ganz genau/immer |
| fbb_t2_anstrengend | 2. Die Gespräche mit dem Patienten waren für mich anstrengend. (rec) |
| fbb_t4_aerger | 4. Ich habe mich über den Patienten geärgert. (rec) |
| fbb_t6_nutzen | 6. Der Patient konnte meine Anregungen gut aufgreifen und nutzen. |
| fbb_t7_ablehnend | 7. Der Patient hat sich meinen Anregungen gegenüber ablehnend verhalten. (rec) |
| fbb_t9_angenehm | 9. Die Zusammenarbeit mit dem Patienten war für mich angenehm. |

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 271)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 2.83 | 0.69 | 0.832 | 0.842 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 5.1.4 Kooperation mit der Mutter

(α (Projektstichprobe) = 0,90, α (Klinische Stichprobe) = 0,90, α (QS-Stichprobe) = 0,86)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Wir möchten Sie bitten, die gerade abgeschlossene Behandlung auf den folgenden Skalen einzuschätzen. Überprüfen Sie bitte bei jeder Fragestellung, inwieweit sie für diese Behandlung zutreffend ist. Beziehen Sie sich dabei auf den *gesamten Behandlungszeitraum* und nicht nur auf das Ende der Behandlung. Die Fragen, die sich auf die Mutter und den Vater beziehen, sind nur dann sinnvoll beantwortbar, wenn Mutter bzw. Vater in die Behandlung einbezogen waren. Wenn sich die Kontakte zu den Eltern auf das Anamnesegespräch und eine kurze Beratung beschränkten, müssen die elternbezogenen Fragen nicht bearbeitet werden. Sie sollten aber bearbeitet werden, wenn mehrere ausführliche Beratungs- und Therapiekontakte stattgefunden haben (in der Regel ab zwei ausführlichen Beratungs- und Therapiegesprächen). |

| | |
|---|---|
| | 0 = überhaupt nicht/niemals, 1 = kaum/selten, 2= teilweise/manchmal, 3 = überwiegend/meistens, 4 = ganz genau/immer |
| fbb_t12_anstrengend | 11. Die Gespräche mit der Mutter waren für mich anstrengend. (rec) |
| fbb_t13_ablehnend | 12. Die Mutter hat sich meinen Anregungen gegenüber ablehnend verhalten. (rec) |
| fbb_t14_angenehm | 13. Die Zusammenarbeit mit der Mutter war für mich angenehm. |
| fbb_t15_nutzen | 14. Die Mutter konnte meine Anregungen gut aufgreifen und nutzen. |
| fbb_t17_geaergert | 16. Ich habe mich über die Mutter geärgert. (rec) |

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 225)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 2.67 | 0.904 | 0.914 | 0.916 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 5.1.5 Kooperation mit dem Vater

(α (Projektstichprobe) = 0.82, α (Klinische Stichprobe) = 0.82, α (QS-Stichprobe) = 0.86)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Wir möchten Sie bitten, die gerade abgeschlossene Behandlung auf den folgenden Skalen einzuschätzen. Überprüfen Sie bitte bei jeder Fragestellung, inwieweit sie für diese Behandlung zutreffend ist. Beziehen Sie sich dabei auf den *gesamten Behandlungszeitraum* und nicht nur auf das Ende der Behandlung. Die Fragen, die sich auf die Mutter und den Vater beziehen, sind nur dann sinnvoll beantwortbar, wenn Mutter bzw. Vater in die Behandlung einbezogen waren. Wenn sich die Kontakte zu den Eltern auf das Anamnesegespräch und eine kurze Beratung beschränkten, müssen die elternbezogenen Fragen nicht bearbeitet werden. Sie sollten aber bearbeitet werden, wenn mehrere ausführliche Beratungs- und Therapiekontakte stattgefunden haben (in der Regel ab zwei ausführlichen Beratungs- und Therapiegesprächen). |
| | 0 = überhaupt nicht/niemals, 1 = kaum/selten, 2= teilweise/manchmal, 3 = überwiegend/meistens, 4 = ganz genau/immer |
| fbb_t21_anstrengend | 19. Die Gespräche mit dem Vater waren für mich anstrengend. (rec) |
| fbb_t22_ablehnend | 20. Der Vater hat sich meinen Anregungen gegenüber ablehnend verhalten. (rec) |
| fbb_t23_geaergert | 21. Ich habe mich über den Vater geärgert. (rec) |
| fbb_t25_nutzen | 23. Der Vater konnte meine Anregungen gut aufgreifen und nutzen. |
| fbb_t27_angenehm | 25. Die Zusammenarbeit mit dem Vater war für mich angenehm. |

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 103)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 2.48 | 0.902 | 0.907 | 0.911 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 5.1.6 Therapeuten-Gesamtwert

(α (Projektstichprobe) = 0.88, α (Klinische Stichprobe) = 0.93, α (QS-Stichprobe) = 0.91)

Mittelwertscore aus allen oben genannten Items.

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 80)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 2.47 | 0.610 | 0.937 | 0.930 |

Wertebereich der Skala: 0-4

## 5.2 FBB-E(lntern)

### 5.2.1 Erfolg der Behandlung

(Mutterversion: α (Projektstichprobe) = 0.84, α (QS-Stichprobe) = 0.87)

(Vaterversion: (α (Projektstichprobe) = 0.76, α (QS-Stichprobe) = 0.84)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Um unsere Arbeit zu verbessern, interessieren wir uns dafür, wie Sie die Behandlung Ihres Kindes bei uns erfahren haben. Durch die vollständige, offene und ehrliche Beantwortung der Fragen können Sie uns dabei helfen.<br>Überprüfen Sie bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit diese für die Behandlung Ihres Kindes zutreffen. Beziehen Sie sich dabei auf den gesamten Behandlungszeitraum und nicht nur auf das Ende der Behandlung. |
| | 0 = überhaupt nicht/niemals, 1 = kaum/selten, 2= teilweise/manchmal, 3 = überwiegend/meistens, 4 = ganz genau/immer |
| fbb_e1_hilfreich | 1. Die Behandlung war für mein Kind hilfreich. |

| | |
|---|---|
| fbb_e5_auskommen | 5. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Therapie. |
| fbb_e12_aendern | 12. Im Verlaufe der Behandlung konnte ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind positiv verändern. |
| fbb_e17_gebessert | 17. Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert. |
| fbb_e18_verstehen | 18. Durch die Gespräche mit dem Therapeuten bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme meines Kindes. |
| fbb_e19_eigene | 19. Im Verlaufe der Behandlung haben sich auch meine eigenen Probleme gebessert. |
| fbb_e20_persoenlich | 20. Im Verlaufe der Behandlung bin ich auch für mich persönlich ein Stück weitergekommen. |

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 177)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 2.49 | 1.028 | 0.896 | 0.897 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 5.2.2 Verlauf der Behandlung

(Mutterversion: α (Projektstichprobe) = 0,94, α (QS-Stichprobe) = 0.94)

(Vaterversion: (α (Projektstichprobe) = 0,94, α (QS-Stichprobe) = 0.93)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Um unsere Arveit zu verbessern, interessieren wir uns dafür, wie Sie die Behandlung Ihres Kindes bei uns erfahren haben. Durch die vollständige, offene und ehrliche Beantwortung der Fragen können Sie uns dabei helfen.<br>Überprüfen Sie bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit diese für die Behandlung Ihres Kindes zutreffen. Beziehen Sie sich dabei auf den gesamten Behandlungszeitraum und nicht nur auf das Ende der Behandlung. |
| | 0 = überhaupt nicht/niemals, 1 = kaum/selten, 2= teilweise/manchmal, 3 = überwiegend/meistens, 4 = ganz genau/immer |
| fbb_e2_verstaendnis | 2. Der Therapeut hatte Verständnis für unsere Situation. |
| fbb_e3_problem | 3. Ich würde bei einem anderen Problem wieder hierher kommen. |
| fbb_e4_informieren | 4. Ich wurde über Sinn und Zweck der Behandlung und über ihren Verlauf ausreichend informiert. |
| fbb_e6_vertrauen | 6. Ich hatte Vertrauen zu dem verantwortlichen Therapeuten. |
| fbb_e7_verstehen | 7. Der Therapeut verstand das Wesentliche von den Problemen, die uns hierher gebracht haben |
| fbb_e8_hinsicht | 8. Der Therapeut hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden. |
| fbb_e9_offen | 9. Ich konnte mit dem Therapeuten offen über die Probleme reden, die uns hierher gebracht haben. |
| fbb_e10_aergern | 10. Ich habe mich über den Therapeuten geärgert. (rec) |
| fbb_e11_sympathisch | 11. Der Therapeut war mir sympathisch. |
| fbb_e13_auskommen | 13. Der Therapeut und ich kamen gut miteinander aus. |

| | |
|---|---|
| fbb_e14_massnahmen | 14. Ich war mit allen Maßnahmen im Verlauf der Behandlung völlig einverstanden. |
| fbb_e15_empfehlen | 15. Ich würde die Behandlung Freunden und Bekannten empfehlen. |
| fbb_e16_einbeziehen | 16. Ich fühlte mich ausreichend in die Therapie einbezogen |
| fbb_e21_zufrieden | 21. Ich bin mit der Behandlung zufrieden. |

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 178)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 3.54 | 0.59 | 0.917 | 0.918 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 5.2.3 Eltern-Gesamtwert

(Mutterversion: α (Projektstichprobe) = 0.93, α (QS-Stichprobe) = 0.94)

(Vaterversion: (α (Projektstichprobe) = 0.93, α (QS-Stichprobe) = 0.93)

Mittelwertscore aus allen oben genannten Items.

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 167)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 3.20 | 0.639 | 0.921 | 0.918 |

Wertebereich der Skala: 0-4

## 5.3 FBB-P(atient/Schüler)

### 5.3.1 Erfolg der Behandlung

(α (Projektstichprobe) = 0.73, α (Klinische Stichprobe) = 0.76, α (QS-Stichprobe) = 0.76)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Die Behandlung bei uns ist nun abgeschlossen oder bald zu Ende. Manches hat dir vielleicht gut gefallen, manches sicher weniger. Es interessiert uns sehr, wie du die Behandlung bei uns beurteilst. Deshalb haben wir uns einige Fragen überlegt, die du im Folgenden beantworten sollst.<br>Überlege bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit sie deiner Meinung nach stimmen oder nicht. Denke dabei an den gesamten Behandlungszeitraum, nicht nur an das Ende der Behandlung. Wenn eine Feststellung deiner Meinung nach:<br>– überhaupt nicht oder niemals stimmt, dann kreuze die 0 an<br>– kaum oder selten stimmt, dass kreuze die 1 an<br>– teilweise oder manchmal stimmt, dann kreuze die 2 an<br>– überwiegend oder meistens stimmt, dann kreuze die 3 an<br>– ganz genau oder immer stimmt, dann kreuze die 4 an.<br>Versuche dabei, deine Meinung offen und ehrlich zu sagen! |
| | 0 = überhaupt nicht/niemals, 1 = kaum/selten, 2= teilweise/manchmal, 3 = überwiegend/meistens, 4 = ganz genau/immer |
| fbb_s1_hilfreich | 1. Die Behandlung war für mich hilfreich. (im Org.: Die Behandlung in der Klinik war für mich hilfreich.) |
| fbb_s3_optimal | 3. Die Behandlung ist in allen Punkten optimal verlaufen. |
| fbb_s6_auskommen | 6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Therapie. |
| fbb_s18_zufrieden | 18. Ich bin mit der Behandlung zufrieden. |
| fbb_s20_besser | 20. Meine Probleme haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert. |

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 69)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 2.46 | 0.865 | 0.810 | 0.809 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 5.3.2 Beziehung zum Therapeuten

(α (Projektstichprobe) = 0.90, α (Klinische Stichprobe) = 0.92, α (QS-Stichprobe) = 0.92)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Die Behandlung bei uns ist nun abgeschlossen oder bald zu Ende. Manches hat dir vielleicht gut gefallen, manches sicher weniger. Es interessiert uns sehr, wie du die Behandlung bei uns beurteilst. Deshalb haben wir uns einige Fragen überlegt, die du im Folgenden beantworten sollst.<br>Überlege bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit sie deiner Meinung nach stimmen oder nicht. Denke dabei an den gesamten Behandlungszeitraum, nicht nur an das Ende der Behandlung. Wenn eine Feststellung deiner Meinung nach:<br>– überhaupt nicht oder niemals stimmt, dann kreuze die 0 an<br>– kaum oder selten stimmt, dass kreuze die 1 an<br>– teilweise oder manchmal stimmt, dann kreuze die 2 an<br>– überwiegend oder meistens stimmt, dann kreuze die 3 an<br>– ganz genau oder immer stimmt, dann kreuze die 4 an.<br>Versuche dabei, deine Meinung offen und ehrlich zu sagen! |
| | 0 = überhaupt nicht/niemals, 1 = kaum/selten, 2= teilweise/manchmal, 3 = überwiegend/meistens, 4 = ganz genau/immer |
| fbb_s2_verstaendnis | 2. Der Therapeut hatte Verständnis für meine Situation. |
| fbb_s7_vertrauen | 7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Therapeuten. |
| fbb_s8_wesentlich | 8. Der Therapeut verstand das Wesentliche von meinen Problemen. |
| fbb_s9_verstehen | 9. Der Therapeut hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden. |
| fbb_s11_reden | 11. Ich konnte mit dem Therapeuten offen über meine Probleme reden. |
| fbb_s15_sympathisch | 15. Der Therapeut war mir sympathisch. |
| fbb_s19_auskommen | 19. Der Therapeut und ich kamen gut miteinander aus. |

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 71)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 3.28 | 0.839 | 0.925 | 0.926 |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 5.3.3 Rahmenbedingungen der Behandlung

(α (Projektstichprobe) = 0.70, α (Klinische Stichprobe) = 0.63, α (QS-Stichprobe) = 0.72)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | Die Behandlung bei uns ist nun abgeschlossen oder bald zu Ende. Manches hat dir vielleicht gut gefallen, manches sicher weniger. Es interessiert uns sehr, wie du die Behandlung bei uns beurteilst. Deshalb haben wir uns einige Fragen überlegt, die du im Folgenden beantworten sollst.<br>Überlege bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit sie deiner Meinung nach stimmen oder nicht. Denke dabei an den gesamten Behandlungszeitraum, nicht nur an das Ende der Behandlung. Wenn eine Feststellung deiner Meinung nach:<br>– überhaupt nicht oder niemals stimmt, dann kreuze die 0 an<br>– kaum oder selten stimmt, dass kreuze die 1 an<br>– teilweise oder manchmal stimmt, dann kreuze die 2 an<br>– überwiegend oder meistens stimmt, dann kreuze die 3 an<br>– ganz genau oder immer stimmt, dann kreuze die 4 an.<br>Versuche dabei, deine Meinung offen und ehrlich zu sagen! |
| | 0 = überhaupt nicht/niemals, 1 = kaum/selten, 2= teilweise/manchmal, 3 = überwiegend/meistens, 4 = ganz genau/immer |
| fbb_s4_staerker | 4. Während der Behandlung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden könnten. |
| fbb_s5_frageboegen | 5. Die vielen Fragebögen waren mir lästig. |
| fbb_s10_unbehaglich | 10. Ich fühlte mich unbehaglich. |
| fbb_s12_verlauf | 12. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufriedengestellt. |
| fbb_s13_video | 13. Die Videoaufzeichnungen waren mir unangenehm. |
| fbb_s14_aerger | 14. Ich habe mich über den Therapeuten geärgert. |
| fbb_s16_zweifel | 16. Während der Behandlung zweifelte ich daran, ob die Behandlung wirklich helfen würde. |
| fbb_s17_aufzeichnung | 17. Ich machte mir Sorgen, dass die Aufzeichnungen über die Therapie nicht vertraulich behandelt würden. |

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 36)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 3.13 | 0.562 | 0.613 | - |

Wertebereich der Skala: 0-4

### 5.3.4 Patienten-Gesamtwert

(α (Projektstichprobe) = 0.83, α (Klinische Stichprobe) = 0.87, α (QS-Stichprobe) = 0.90)

Mittelwertscore aus allen oben genannten Items.

Skalenkennwerte:

Post-Erhebung

(n = 36)

| M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|
| 3.02 | 0.560 | 0.866 | 0.849 |

Wertebereich der Skala: 0-4

# Literatur


Barkmann, C., Otto, C. Meyrose, A.-K., Reiss, F., Wünster, A., Voß, C., Erhart, M. & Ravens-Sieberer, U. (2021). Psychometrie und Normierung des Lebensqualitätsinventars KIDSCREEN in Deutschland In Diagnostica (2021), 67 (1), 2–12.

Becker, A., Wang, B., Kunze, B., Otto, C., Schlack, R., Hölling, H., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., Rogge, J., Isensee, C., Rothenberger, A. & the group (2018): Normative Data of the Self-Report Version of the German Strengths and Difficulties Questionnaire in an Epidemiological Setting. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 46, 1-11.

Döpfner, M. Plück, J. & Kinnen, C. (2014). CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Manual. Göttingen u.a.; Hogrefe.

Lohbeck, A., Schultheiß, J., Petermann, F., & Petermann, U. (2015). Die deutsche Selbstbeurteilungsversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu-S). [The German self-assessment version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu-S)]. Psychometrische Eigenschaften, Faktorenstruktur und Grenzwerte. Diagnostica, 61, 222–235.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung. (FBB). Handanweisung. Göttingen u. a.: Hogrefe.

Rogge, J., Speck, K., Hölling, H. Minnaert, A, Koglin, U., Schlack, R. (2018). Messinvarianz zwischen Eltern- und Jugendversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)? [Measurement Invariance Between Parent and Youth Version of the Strengths and Diffi culties Questionnaire (SDQ)?]. Diagnostica 64 (3): 121-132.

Woerner, W.; Becker, A.; Friedrich, C.; Klasen, H.; Goodman, R.; Rothenberger, A. (2002): Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 30: 105-112.

**Anlage 2a: Skalenhandbuch FKR**

# Skalenhandbuch FKR

# Inhalt


1. Skalen zu multiprofessioneller Kooperation ..... 1
   1.1 Skalen/Items Sicotte u. a. 2002 ..... 1
      1.1.1 Überzeugung von Vorteilen multiprofessioneller Kooperation(en) ..... 1
      1.1.2 Formalisierung der multiprofessionellen Kooperation ..... 2
      1.1.3 Soziale Integration im multiprofessionellen Team ..... 3
      1.1.4 Konfliktbehaftung der multiprofessionellen Kooperation ..... 3
      1.1.5 Disziplinäre Logik ..... 4
      1.1.6 Interdisziplinäre Logik ..... 5
      1.1.7 Multiprofessionelle Koordinierung ..... 5
      1.1.8 Multiprofessionelle Aktivitäten ..... 6
   1.2 Skalen Fussangel 2008 ..... 7
      1.2.1 (Vorhandensein von) Zeitstrukturen für multiprofessionelle Kooperation ..... 7
      1.2.2 (Vorhandensein eines) gemeinsames(n) Ziel(s) ..... 8
      1.2.3 (Vorhandensein von) Zwang zur Kooperation ..... 9
      1.2.4 (Bewertung der) emotionalen Entlastung (durch multiprofessionelle Kooperation) ..... 9
      1.2.5 (Bewertung des) fachlicher(n) Nutzen(s) (von multiprofessioneller Kooperation) ..... 10
      1.2.6 (Bewertung eines) verbesserten Schülerfokus (durch multiprofessionelle Koop.) ..... 11
      1.2.7 (Bewertung der) Arbeitsentlastung (durch multiprofessionelle Kooperation) ..... 12
2. Skalen Selbstwirksamkeit ..... 12
   2.1 (Individuelle) berufliche Selbstwirksamkeit (Abele u. a. 2000) ..... 12
   2.2 Kollektive Selbstwirksamkeit (teambezogen) (Schwarzer & Jerusalem 1999) ..... 13
3. Skalen Belastungserleben (MBI-GS-D – Cillien u. a. 2006) ..... 14
   3.1 Emotionale Erschöpfung ..... 14
   3.2 Berufliche Effektivität ..... 15
   3.3 Zynismus ..... 16
4. Rahmenbedingungen Multiprofessionelle Kooperation ..... 16
   4.1 Bewertung Ausstattung ..... 16
   4.2 Informationsstand über ReBBZ, KJPPP, JH und DreiFürEins (Eigenkonstruktion) ..... 17
      4.2.1 Informationsstand ReBBZ ..... 17
      4.2.2 Informationsstand KJPPP ..... 18
      4.2.3 Informationsstand JH ..... 19
      4.2.4 Informationsstand Vereinbarungen ..... 19
      4.2.5 Informationsstand DreiFürEins ..... 20
5. Umfang der multiprofessionellen Kooperation ..... 21
   5.1 Umfang gemeinsamer übergeordnete Zusammenarbeit ..... 21

5.2 Umfang gemeinsamer fallbezogener Zusammenarbeit ..... 21
Literatur ..... 23

# 1. Skalen zu multiprofessioneller Kooperation

## 1.1 Skalen/Items Sicotte u. a. 2002

### 1.1.1 Überzeugung von Vorteilen multiprofessioneller Kooperation(en)

Im Original: Beliefs in the benefits of interdisciplinary collaboration (α = 0.9177)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| Erwa00 | **Im Folgenden geht es um Ihre Einschätzung von multiprofessioneller Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Inwieweit sind die nachfolgenden Aussagen Ihrer persönlichen Einschätzung nach zutreffend?** |
| | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu |
| Erwa01Bedürfnisse | 1. Durch die multiprofessionelle Kooperation kann besser auf die bio-psycho-sozialen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen eingegangen werden. |
| Erwa02Zufriedenheit | 2. Durch die multiprofessionelle Kooperation kann eine höhere Patient*innen/Klient*innen-Zufriedenheit erreicht werden. |
| Erwa03Unterstuetzen | 3. Durch die multiprofessionelle Kooperation können alle Beteiligten besser in ihrer Arbeit unterstützt werden. |
| Erwa04Qualitaet | 4. Durch die multiprofessionelle Kooperation kann die Qualität der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen verbessert werden. |
| Erwa05Interventionen | 5. Durch die multiprofessionelle Kooperation können Interventionen stärker verzahnt werden. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 226) | | | | Post-Erhebung (n = 163) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.28 | 0.732 | 0.910 | 0.910 | 4.45 | 0.649 | 0.911 | 0.911 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.1.2 Formalisierung der multiprofessionellen Kooperation

Im Original: Work group design characteristics (keine Reliabilitätsanalyse erfolgt)

Summenscore aus:

| | |
|---|---|
| RaFo00 | **Im Folgenden geht es um einige formale Aspekte der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Bitte geben Sie zunächst an, inwieweit die nachfolgenden Aussagen auf die multiprofessionelle Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen im letzten Schuljahr zutreffen.** |
| | Antwortskala: 1= trifft zu, 2 = trifft nicht zu, 3 = kann ich nicht beurteilen<br><br>Bzw. umcodiert: 1= trifft zu, 0=trifft nicht zu/kann ich nicht beurteilen |
| RaFo01Konzept | 1. Es gab ein gemeinsames Konzept zur Versorgung und Unterstützung der Kinder und Jugendlichen. |
| RaFo02Dokumentation | 2. Es gab einheitliche Dokumentationsformen. |
| RaFo03Regeln | 3. Es gab formale Regeln für Übergabeprozesse. |
| RaFo04Aufgaben | 4. Es gab konkrete Aufgabenbeschreibungen für die an der multiprofessionellen Versorgung und Unterstützung beteiligten Fachkräfte. |
| RaFo05Besprechung | 5. Es gab gemeinsame Fallbesprechungen. |
| (RaFo06Supervision) | 6. Es gab gemeinsame Supervisionen. |
| RaFo07Fortbildung | 7. Es gab gemeinsame Fort- / Weiterbildungen zur multiprofessionellen Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. |

Anm.: Bei RaFo06Supervision handelt es sich um eine Eigenkonstruktion, die der Skala hinzugefügt wurde. Sie ist im Original nicht enthalten.

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 202) | | | | Post-Erhebung (n = 146) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.27 | 1.84 | 0.709 | 0.703 | 2.64 | 2.08 | 0.753 | 0.749 |

Wertebereich der Skala: 1-7

### 1.1.3 Soziale Integration im multiprofessionellen Team

Im Original: Social integration within groups (α =0.6786)

Mittelwertscore aus:

| | **Im Folgenden geht es um die Ausgestaltung der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Inwieweit treffen die nachfolgenden Aussagen auf die Ausgestaltung dieser multiprofessionellen Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|
| AsKo00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu |
| AsKo03individuell | Bei wichtigen Entscheidungen wird auf individuellen Positionen der verschiedenen Berufsgruppen Rücksicht genommen. |
| AsKo12Kritiker | Die Fachkräfte verteidigen ihre Kolleg*innen schnell vor externen Kritikern. |
| AsKo21Bereitschaft | Es gibt eine hohe Bereitschaft mit den anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten. |
| AsKo30positiv | Erfolge einer Berufsgruppe werden von den anderen positiv wahrgenommen. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 150) | | | | Post-Erhebung (n = 100) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.65 | 0.627 | 0.539 | 0.556 | 3.76 | 0.630 | 0.601 | 0.629 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.1.4 Konfliktbehaftung der multiprofessionellen Kooperation

Im Original: Level of conflicts associated with interdisciplinary collaboration (α = 0.8289)

Mittelwertscore aus:

| | **Im Folgenden geht es um die Ausgestaltung der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Inwieweit treffen die nachfolgenden Aussagen auf die Ausgestaltung dieser multiprofessionellen Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|
| AsKo00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu |
| AsKo06Konkurrenz | Es gibt ein hohes Maß an Konkurrenz zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. |
| AsKo15Gewinner | Die Multiprofessionelle Kooperation geht zwangsläufig mit Gewinnern und Verlierern der Zusammenarbeit einher. |
| AsKo24Aufteilung | Es gibt häufig Konflikte bezüglich der Aufteilung von Verantwortlichkeiten. |

| | |
|---|---|
| AsKo32vereinbar | Die Ziele der unterschiedlichen Berufsgruppen sind nicht miteinander vereinbar. |
| AsKo37Konflikt | Die disziplinären Ziele stehen im Konflikt mit den Zielen der multiprofessionellen Kooperation. |
| AsKo41loesen | Konflikte bezüglich der Aufteilung von Verantwortlichkeiten sind schwer zu lösen. |
| AsKo44unzufrieden | Es gibt immer individuelle Unzufriedenheiten in Bezug auf die Gruppe. |
| AsKo46Verstaendnis | Das berufliche Selbstverständnis der unterschiedlichen Berufsgruppen stört die multiprofessionelle Kooperation. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (n = 121) | | | | (n = 85) | | | |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.17 | 0.753 | 0.866 | 0.866 | 2.10 | 0.657 | 0.838 | 0.834 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.1.5 Disziplinäre Logik

Im Original: Agreement with disciplinary logic (α = 0.6680)

Mittelwertscore aus:

| | **Im Folgenden geht es um die Ausgestaltung der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Inwieweit treffen die nachfolgenden Aussagen auf die Ausgestaltung dieser multiprofessionellen Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|
| AsKo00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu |
| AsKo04eng | Einige Berufsgruppen definieren ihre Verantwortlichkeiten zu eng. |
| AsKo13Hierarchie | Es gibt hierarchische Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. |
| AsKo22Dienstleister | Eine oder mehrere Berufsgruppen werden von einer oder mehreren anderen Berufsgruppen als ihr Dienstleister*innen angesehen. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | Post-Erhebung |
|---|---|
| (n = 173) | (n = 122) |

| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.56 | 0.889 | 0.637 | 0.655 | 2.56 | 0.864 | 0.582 | 0.596 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.1.6 Interdisziplinäre Logik

Im Original: Agreement with interdisciplinary logic (α = 0.8957)

Mittelwertscore aus:

| | **Im Folgenden geht es um die Ausgestaltung der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Inwieweit treffen die nachfolgenden Aussagen auf die Ausgestaltung dieser multiprofessionellen Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|
| AsKo00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu |
| AsKo05Kompetenzen | Die verschiedenen Berufsgruppen erkennen die Kompetenzen der anderen an. |
| AsKo14Expertise | Die verschiedenen Berufsgruppen erkennen die Expertise der anderen an. |
| AsKo22Dienstleister | Eine oder mehrere Berufsgruppen werden von einer oder mehreren anderen Berufsgruppen als ihr Dienstleister*innen angesehen. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 203) | | | | (n = 146) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.86 | 0.797 | 0.783 | 0.783 | 4.03 | 0.744 | 0.787 | 0.793 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.1.7 Multiprofessionelle Koordinierung

Im Original: Interdisciplinary Co-ordination (α = 0.8273)

Mittelwertscore aus:

| | **Im Folgenden geht es um die Ausgestaltung der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Inwieweit treffen die nachfolgenden Aussagen auf die Ausgestaltung dieser multiprofessionellen Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|

| | |
|---|---|
| AsKo00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu |
| AsKo01harmonisch | Aus Perspektive der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern ist die multiprofessionelle Kooperation harmonisch. |
| AsKo10integriert | Die multiprofessionelle Kooperation ist in den Alltag der Einrichtung integriert. |
| AsKo19Absprachen | Es werden umfangreiche Absprachen getroffen, um Konflikte bezüglich der Aufteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu vermeiden. |
| AsKo28behindern | Die verschiedenen Fachkräfte führen ihre eigenen Aufgaben durch, ohne sich gegenseitig zu behindern. |
| AsKo34Ablaeufe | Die Arbeitsabläufe zwischen den einzelnen Berufsgruppen sind gut definiert. |
| AsKo38definiert | Die Verantwortungsbereiche der einzelnen Berufsgruppen sind gut definiert. |
| AsKo42koordiniert | Die verschiedenen Aufgaben, die von verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf ein bestimmtes Kind oder eine*n bestimmte*n Jugendliche*n übernommen werden, sind gut koordiniert. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 151) | | | | (n = 102) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.27 | 0.607 | 0.695 | 0.693 | 3.31 | 0.674 | 0.768 | 0.765 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.1.8 Multiprofessionelle Aktivitäten

Im Original: Care sharing activities (α = 0.8771)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | **Im Folgenden geht es um die Ausgestaltung der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Inwieweit treffen die nachfolgenden Aussagen auf die Ausgestaltung dieser multiprofessionellen Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
| AsKo00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu |
| AsKo02Rat | Die verschiedenen Berufsgruppen suchen fachlichen Rat bei einander. |
| AsKo11Angehoerigen | Der Grad der Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen ist hoch. |
| AsKo20Informationen | Die verschiedenen Berufsgruppen tauschen Informationen untereinander aus. |
| AsKo29sicherstellen | Die verschiedenen Berufsgruppen arbeiten zusammen, um die langfristige Versorgung und Unterstützung der Kinder und Jugendlichen sicherzustellen. |
| AsKo35Foerderplaene | Die verschiedenen Berufsgruppen arbeiten zusammen um gemeinsame Förder- und Hilfspläne zu erarbeiten. |
| AsKo39Einschaetzung | Die verschiedenen Berufsgruppen berücksichtigen bereits erfolgte Einschätzungen anderer Berufsgruppen in ihrer Arbeit. |

| | |
|---|---|
| AsKo43Aufgaben | Die verschiedenen Berufsgruppen teilen sich gemeinsame Aufgaben untereinander auf. |
| AsKo45Toleranz | Die verschiedenen Berufsgruppen haben eine hohe Toleranz gegenüber Überschneidungen ihrer Zuständigkeiten. |
| AsKo47gleichberechti | Die Arbeitsbeziehungen zwischen den Berufsgruppen sind eher gleichberechtigt als hierarchisch. |
| AsKo49ganzheitlich | Alle Berufsgruppen haben einen ganzheitlichen Blick auf die Kinder und Jugendlichen (d.h. die physische, psychische und soziale Dimension wird von allen Berufsgruppen berücksichtigt). |
| AsKo50informell | Es gibt eine hohe Dichte an informellem Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 162) | | | | Post-Erhebung (n = 106) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.67 | 0.673 | 0.822 | 0.882 | 3.70 | 0.696 | 0.886 | 0.884 |

Wertebereich der Skala: 1-5

## 1.2 Skalen Fussangel 2008

### 1.2.1 (Vorhandensein von) Zeitstrukturen für multiprofessionelle Kooperation

Im Original: α = 0.62-0.82

Mittelwertscore aus:

| | **Im Folgenden geht es um die Ausgestaltung der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Inwieweit treffen die nachfolgenden Aussagen auf die Ausgestaltung dieser multiprofessionellen Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|
| AsKo00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu |
| AsKo07Zeitrahmen | Es gibt keinen Zeitrahmen für eine produktive Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen. (rec) |
| AsKo16verankert | Wir haben fest verankerte Zeitstrukturen für die Kooperation. |
| AsKo25Zeit | Wir planen für Kooperation bewusst Zeit ein. |
| AsKo33Zeitstrukturen | Wir haben die für eine Kooperation nötigen Zeitstrukturen. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 199) | | | | Post-Erhebung (n = 136) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.95 | 1.005 | 0.781 | 0.787 | 3.10 | 1.041 | 0.794 | 0.797 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.2.2 (Vorhandensein eines) gemeinsames(n) Ziel(s)

Im Original: α = 0.58-0.85

Mittelwertscore aus:

| | **Im Folgenden geht es um die Ausgestaltung der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Inwieweit treffen die nachfolgenden Aussagen auf die Ausgestaltung dieser multiprofessionellen Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|
| AsKo00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu |
| AsKo08Ziel | Wir können oft kein gemeinsames Ziel finden. **rec** |
| AsKo17unterschiedlic | Wir gehen bei der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen sehr unterschiedlich vor. **rec** |
| AsKo26Linie | Wir liegen bei unserer Arbeit alle auf einer gemeinsamen Linie. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 199) | | | | Post-Erhebung (n = 127) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.37 | 0.751 | 0.567 | 0.597 | 3.52 | 0.654 | 0.485 | 0.541 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.2.3 (Vorhandensein von) Zwang zur Kooperation

Im Original: (α = 0.60-0.72)

Mittelwertscore aus:

| | **Im Folgenden geht es um die Ausgestaltung der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Inwieweit treffen die nachfolgenden Aussagen auf die Ausgestaltung dieser multiprofessionellen Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|
| AsKo00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu |
| AsKo09Freiwilligkeit | Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen beruht nicht auf Freiwilligkeit. |
| AsKo18Zusammenarbeit | Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen findet nur um ihrer selbst willen statt. |
| AsKo27angeordnet | Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen wird von oben angeordnet. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 176) | | | | Post-Erhebung (n = 122) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.33 | 0.886 | 0.541 | 0.565 | 2.12 | 0.371 | 0.349 | 0.382 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.2.4 (Bewertung der) emotionalen Entlastung (durch multiprofessionelle Kooperation)

Im Original: (α = 0.73 - 0.90)

Mittelwertscore aus:

| | **Nun geht es um den Nutzen der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen im letzten Schuljahr für Sie persönlich. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht auf diese multiprofessionelle Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|
| Bewe00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu<br><br>Im Org.: 1= trifft überhaupt nicht zu, 2= trifft eher nicht zu, 3= trifft eher zu, 4 = trifft völlig zu |
| Bewe01Misserfolg | 1. Ich kann bei Misserfolgen bei Kolleg*innen anderer Berufsgruppen mal „Dampf ablassen“. |
| Bewe02Gespraeche | 2. Ich kann offene Gespräche mit Kolleg*innen anderer Berufsgruppen führen, die mich entlasten. |

| | |
|---|---|
| Bewe03Probleme | 3. Bei Problemen finde ich bei Kolleg*innen anderer Berufsgruppen ein offenes Ohr. |
| Bewe04Kooperation | 4. Durch die Kooperation erfahre ich, dass Kolleg*innen anderer Berufsgruppen ähnliche Probleme haben wie ich. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 205) | | | | Post-Erhebung (n = 154) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.06 | 0.930 | 0.868 | 0.872 | 4.21 | 0.833 | 0.889 | 0.891 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.2.5 (Bewertung des) fachlicher(n) Nutzen(s) (von multiprofessioneller Kooperation)

Im Original: α = 0.61 - 0.88

Mittelwertscore aus:

| | **Nun geht es um den Nutzen der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen im letzten Schuljahr für Sie persönlich. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht auf diese multiprofessionelle Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|
| Bewe00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu<br><br>Im Org.: 1= trifft überhaupt nicht zu, 2= trifft eher nicht zu, 3= trifft eher zu, 4 = trifft völlig zu |
| Bewe05Erfahrungen | 5. Ich kann von den Erfahrungen der Kolleg*innen anderer Berufsgruppen profitieren. |
| Bewe06Austausch | 6. Mein eigene Arbeit wird durch den regen Austausch mit den Kolleg*innen anderer Berufsgruppen bereichert. |
| Bewe07Unterstuetzung | 7. Von den Kolleg*innen anderer Berufsgruppen erfahre ich eine Unterstützung für meine eigene Arbeit. |
| Bewe08nutzen | 8. Ich kann die Erfahrungen der Kolleg*innen anderer Berufsgruppen für meine eigene Arbeit nutzen. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 216) | | | | Post-Erhebung (n = 165) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.22 | 0.844 | 0.908 | 0.911 | 4.41 | 0.681 | 0.899 | 0.900 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.2.6 (Bewertung eines) verbesserten Schülerfokus (durch multiprofessionelle Koop.)

Im Original: α = 0.71 - 0.90

Mittelwertscore aus:

| | **Nun geht es um den Nutzen der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen im letzten Schuljahr für Sie persönlich. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht auf diese multiprofessionelle Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|
| Bewe00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu<br><br>Im Org.: 1= trifft überhaupt nicht zu, 2= trifft eher nicht zu, 3= trifft eher zu, 4 = trifft völlig zu |
| Bewe09Multiprofessio | 9. Die Kinder und Jugendlichen werden durch die multiprofessionelle Kooperation besser gefördert und unterstützt. |
| Bewe10Linie | 10. Die Kinder und Jugendlichen profitieren von unserer gemeinsamen Linie. |
| Bewe11Massstaebe | 11. Durch die multiprofessionelle Kooperation entwickeln wir Maßstäbe in Bezug auf die Versorgung und Unterstützung der Kinder und Jugendlichen. |
| Bewe12Blick | 12. Durch die multiprofessionelle Kooperation entwickeln wir einen gemeinsamen Blick auf die Kinder und Jugendlichen. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 193) | | | | Post-Erhebung (n = 145) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.05 | 0.930 | 0.880 | 0.876 | 4.33 | 0.647 | 0.860 | 0.861 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 1.2.7 (Bewertung der) Arbeitsentlastung (durch multiprofessionelle Kooperation)

Im Original: α = 0.50 - 0.78

Mittelwertscore aus:

| | **Nun geht es um den Nutzen der multiprofessionellen Kooperation im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen im letzten Schuljahr für Sie persönlich. Inwiefern treffen die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht auf diese multiprofessionelle Kooperation im letzten Schuljahr zu?** |
|---|---|
| Bewe00 | Antwortskala: 5-stufig: 1=trifft gar nicht zu – 5=trifft völlig zu<br><br>Im Org.: 1= trifft überhaupt nicht zu, 2= trifft eher nicht zu, 3= trifft eher zu, 4 = trifft völlig zu |
| Bewe13Mehrarbeit | 13. Die multiprofessionelle Kooperation bedeutet immer Mehrarbeit. **rec** |
| Bewe14Aufwand | 14. Die multiprofessionelle Kooperation ist im Vergleich zur Einzelarbeit ein höherer Aufwand. **rec** |
| Bewe15Verhaeltnis | 15. Die für die multiprofessionelle Kooperation aufgebrachte Zeit steht in keinem Verhältnis zum Ergebnis. **rec** |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 210) | | | | (n = 153) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.30 | 1.008 | 0.789 | 0.825 | 3.37 | 0.946 | 0.790 | 0.825 |

Wertebereich der Skala: 1-5

# 2. Skalen Selbstwirksamkeit

## 2.1 (Individuelle) berufliche Selbstwirksamkeit (Abele u. a. 2000)

Im Original: α = 0.78 bzw. 0.77

Mittelwertscore aus:

| ArBe00 | **Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese zutrifft.** |
|---|---|
| | 5-stufige Antwortskala von 1= „stimmt nicht“ bis 5= stimmt genau“ |

| | |
|---|---|
| ArBe01Anforderungen | 1. Ich weiß genau, dass ich die an meinen Beruf gestellten Anforderungen erfüllen kann, wenn ich nur will. |
| ArBe02Faehigkeiten | 2. Ich weiß nicht, ob ich die für meinen Beruf erforderlichen Fähigkeiten wirklich habe. **rec** |
| ArBe03Interesse | 3. Ich weiß nicht, ob ich genügend Interesse für alle mit meinem Beruf verbundenen Anforderungen habe. **rec** |
| ArBe04Schwierigkeit | 4. Schwierigkeiten im Beruf sehe ich gelassen entgegen, da ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann. |
| ArBe05Absichten | 5. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine beruflichen Absichten und Ziele zur verwirklichen. |
| ArBe06Motivation | 6. Ich glaube nicht, dass ich für meinen Beruf so motiviert bin, um große Schwierigkeiten meistern zu können. **rec** |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 214) | | | | Post-Erhebung (n = 155) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 4.09 | 0.608 | 0.704 | 0.688 | 4.08 | 0.640 | 0.711 | 0.702 |

Wertebereich der Skala: 1-5

## 2.2 Kollektive Selbstwirksamkeit (teambezogen) (Schwarzer & Jerusalem 1999)

Im Original: α = .91 bzw. .92

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| ArKo00 | **Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie und das Kollegium mit dem Sie Kinder und Jugendliche multiprofessionell versorgen und unterstützen zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese zutrifft.** |
| | Antwortskala: 4-stufiges Antwortformat: stimmt nicht (1) - stimmt kaum (2) - stimmt eher (3) - stimmt genau (4) |
| ArKo01Absichten | 1. Da wir dieselben Absichten verfolgen, können wir auch mit „schwierigen“ Kindern und Jugendlichen klarkommen. |
| ArKo02Innovation | 2. Ich glaube an das starke Innovationspotential in unserem Kollegium, mit dem wir auch unter widrigen Umständen Neuerungen durchsetzen können. |
| ArKo03Qualitaet | 3. Ich bin davon überzeugt, dass wir gemeinsam für Qualität sorgen können, auch wenn die Ressourcen der Einrichtung geringer werden sollten. |
| ArKo04Fortschritte | 4. Ich bin sicher, dass wir Fortschritte erzielen können, denn wir ziehen gemeinsam an einem Strang und lassen uns nicht von den Alltagsschwierigkeiten aus dem Konzept bringen. |
| ArKo05Kreativitaet | 5. Unser Team kann sich kreative Sachen ausdenken, um den Einrichtungsalltag effektiv zu verändern, auch wenn die äußeren Bedingungen dafür nicht günstig sind. |

| | |
|---|---|
| ArKo06Arbeit | 6. Wir werden ganz gewiss wertvolle Arbeit leisten können, weil wir ein kompetentes Kollegium sind und an schwierigen Aufgaben wachsen können. |
| ArKo07Fehler | 7. Auch aus Fehlern und Rückschlägen können wir viel lernen, solange wir auf unsere gemeinsame Handlungskompetenz vertrauen. |
| ArKo08Systemzwang | 8. Trotz der Systemzwänge können wir die Qualität unserer Einrichtung verbessern, weil wir ein gut eingespieltes und leistungsfähiges Team sind. |
| ArKo09Vertrauen | 9. Ich habe Vertrauen, dass wir es gemeinsam schaffen werden, Projekte in die Tat umzusetzen, auch wenn Schwierigkeiten auftreten. |
| ArKo10Eltern | 10. Es gelingt uns, auch "schwierige" Eltern von unseren Zielen zu überzeugen, weil wir als einheitliche Gruppe auftreten. |
| ArKo11Handeln | 11. Ich bin mir sicher, dass wir durch gemeinsames Handeln auch dann ein gutes Klima erzeugen können, wenn uns die Arbeit über den Kopf wächst. |
| ArKo12Vorfaelle | 12. Auch mit außergewöhnlichen Vorfällen können wir zurechtkommen, da wir uns im Kollegium gegenseitig Rückhalt bieten. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | (n = 199) | Post-Erhebung | | | (n = 149) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.06 | 0.497 | 0.903 | 0.904 | 3.09 | 0.507 | 0.900 | 0.901 |

Wertebereich der Skala: 1-4

# 3. Skalen Belastungserleben (MBI-GS-D – Cillien u. a. 2006)

## 3.1 Emotionale Erschöpfung

Im engl. Original (Schaufeli u. a. 1996): α = 0.87 - 0.90

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| ArAr00 | **Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie (durch Ankreuzen) aus den sieben Antwortalternativen diejenigen aus, die für Sie am zutreffendsten ist. Füllen Sie bitte jede Zeile aus!** |
| | Antwortskala: 7-stufiges Antwortformat: 1-nie, 2-ein paar Mal pro Jahr oder weniger, 3-Einmal pro Monat oder weniger, 4-Ein paar Mal pro Monat, 5-Einmal pro Woche, 6-Ein paar Mal pro Woche, 7-Jeden Tag |
| ArAr01emotional | 1. Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft. |
| ArAr02Arbeitstag | 2. Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht. |
| ArAr03muede | 3. Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe. |
| ArAr04anstrengend | 4. Den ganzen Tag zu arbeiten ist für mich wirklich anstrengend. |

| | |
|---|---|
| ArAr06ausgebrannt | 6. Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung (n = 216) | | | (n = 161) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.91 | 1.316 | 0.890 | 0.890 | 3.98 | 1.336 | 0.897 | 0.896 |

Wertebereich der Skala: 1-7

## 3.2 Berufliche Effektivität

Im engl. Original (Schaufeli u. a. 1996): α = 0.70 - 0.77

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| ArAr00 | **Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie (durch Ankreuzen) aus den sieben Antwortalternativen diejenigen aus, die für Sie am zutreffendsten ist. Füllen Sie bitte jede Zeile aus!** |
| | Antwortskala: 7-stufiges Antwortformat: 1-nie, 2-ein paar Mal pro Jahr oder weniger, 3-Einmal pro Monat oder weniger, 4-Ein paar Mal pro Monat, 5-Einmal pro Woche, 6-Ein paar Mal pro Woche, 7-Jeden Tag |
| ArAr05Probleme | 5. Ich kann die Probleme, die bei meiner Arbeit auftreten, erfolgreich lösen. |
| ArAr07Beitrag | 7. Ich habe das Gefühl, dass ich einen wirkungsvollen Beitrag leiste. |
| ArAr10gut | 10. Meiner Meinung nach mache ich meine Arbeit gut. |
| ArAr11erreichen | 11. Ich freue mich sehr, wenn ich bei meiner Arbeit etwas erreiche |
| ArAr12lohnenswert | 12. Ich habe in meiner Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht. |
| ArAr16Arbeit | 16. Ich bin mir sicher, dass ich meine Arbeit gut ausführe. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung (n = 216) | | | (n = 165) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 6.05 | 0.742 | 0.843 | 0.852 | 6.07 | 0.715 | 0.828 | 0.829 |

Wertebereich der Skala: 1-7

### 3.3 Zynismus

Im engl. Original (Schaufeli u. a. 1996): α = 0.74 - 0.80

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| ArAr00 | **Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie (durch Ankreuzen) aus den sieben Antwortalternativen diejenigen aus, die für Sie am zutreffendsten ist. Füllen Sie bitte jede Zeile aus!** |
| | Antwortskala: 7-stufiges Antwortformat: 1-nie, 2-ein paar Mal pro Jahr oder weniger, 3-Einmal pro Monat oder weniger, 4-Ein paar Mal pro Monat, 5-Einmal pro Woche, 6-Ein paar Mal pro Woche, 7-Jeden Tag |
| ArAr08interessiert | 8. Seitdem ich diese Arbeit ausführe, bin ich weniger interessiert daran. |
| ArAr09Begeisterung | 9. Meine Begeisterung für meine Arbeit hat abgenommen. |
| ArAr13Ruhe | 13. Ich will nur meine Arbeit machen und in Ruhe gelassen werden. |
| ArAr14zynisch | 14. Ich bin zynischer geworden und frage mich, ob meine Arbeit etwas bringt. |
| ArAr15Bedeutung | 15. Ich bezweifle die Bedeutung meiner Arbeit. |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | (n = 198) | Post-Erhebung | | | (n = 144) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.34 | 1.243 | 0.866 | 0.867 | 2.35 | 1.084 | 0.785 | 0.780 |

Wertebereich der Skala: 1-7

## 4. Rahmenbedingungen Multiprofessionelle Kooperation

### 4.1 Bewertung Ausstattung

(Eigenkonstruktion in Anlehnung an Furthmüller 2014)

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| RaAu00 | **Wir wollen einen Einblick in Ihre Bewertung der Ausstattung des ReBBZ, in dem Sie tätig sind erhalten. Wie bewerten Sie folgende Merkmale der vorhandenen Ausstattung?** |

| | |
|---|---|
| | Antwortskala: 1= sehr schlecht, 2= eher schlecht, 3= mittelmäßig, 4= eher gut, 5= sehr gut, 6= kann ich nicht beurteilen |
| RaAu01saechlich | 1. sächliche Ausstattung |
| RaAu02personell | 2. personelle Ausstattung |
| RaAu03raeumlich | 3. räumliche Ausstattung |
| RaAu04technisch | 4. technische Ausstattung |
| RaAu05finanziell | 5. finanzielle Ausstattung |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 216) | | | | Post-Erhebung (n = 121) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.41 | 0.780 | 0.731 | 0.728 | 3.22 | 0.746 | 0.808 | 0.819 |

Wertebereich der Skala: 1-5

## 4.2 Informationsstand über ReBBZ, KJPPP, JH und DreiFürEins (Eigenkonstruktion)

### 4.2.1 Informationsstand ReBBZ

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| RaIn00 | **Wir würden gerne mehr über Ihren Informationsstand zu den verschiedenen an der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Einrichtungen und Akteur*innen erfahren. Wie gut fühlen Sie sich über die folgenden Aspekte informiert?** |
| | Antwortskala: 1= sehr schlecht, 2= eher schlecht, 3= mittelmäßig, 4= eher gut, 5= sehr gut |
| RaIn01LeitbildReBBZ | 1. das Leitbild der ReBBZ |
| RaIn02AuftragReBBZ | 2. den Auftrag der ReBBZ |
| RaIn03AufgabenReBBZ | 3. die Kernaufgaben der ReBBZ |
| RaIn04BildungReBBZ | 4. die Angebote der Bildungsabteilungen der ReBBZ |
| RaIn05Beratung | 5. die Angebote der Beratungsabteilungen der ReBBZ |
| RaIn06Flucht | 6. die Angebote der Fachstelle Flucht der ReBBZ |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 215) | | | | (n = 158) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.81 | 0.653 | 0.793 | 0.771 | 3.96 | 0.612 | 0.775 | 0.741 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 4.2.2 Informationsstand KJPPP

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| RaIn00 | **Wir würden gerne mehr über Ihren Informationsstand zu den verschiedenen an der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Einrichtungen und Akteur*innen erfahren. Wie gut fühlen Sie sich über die folgenden Aspekte informiert?** |
| | Antwortskala: 1= sehr schlecht, 2= eher schlecht, 3= mittelmäßig, 4= eher gut, 5= sehr gut |
| RaIn07LeitbildKJPPP | 7. das Leitbild der KJPPP |
| RaIn08AuftragKJPPP | 8. den Auftrag der KJPPP |
| RaIn09AufgabenKJPPP | 9. die Kernaufgaben der KJPPP |
| RaIn10AngeboteKJPPP | 10. die Angebote der KJPPP |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 216) | | | | (n = 154) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.57 | 0.985 | 0.946 | 0.949 | 2.85 | 0.925 | 0.933 | 0.933 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 4.2.3 Informationsstand JH

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| RaIn00 | **Wir würden gerne mehr über Ihren Informationsstand zu den verschiedenen an der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Einrichtungen und Akteur*innen erfahren. Wie gut fühlen Sie sich über die folgenden Aspekte informiert?** |
| | Antwortskala: 1= sehr schlecht, 2= eher schlecht, 3= mittelmäßig, 4= eher gut, 5= sehr gut |
| RaIn11LeitbildJH | 11. das Leitbild der Kinder- und Jugendhilfe bzw. des Jugendamtes |
| RaIn12AuftragJH | 12. den Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe bzw. des Jugendamtes |
| RaIn13AufgabenJH | 13. die Kernaufgaben der Kinder- und Jugendhilfe bzw. des Jugendamtes |
| RaIn14AngeboteJH | 14. die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe bzw. des Jugendamtes |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | | Post-Erhebung | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (n = 221) | | | | (n =166) |
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.08 | 0.832 | 0.891 | 0.895 | 3.21 | 0.791 | 0.878 | 0.880 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 4.2.4 Informationsstand Vereinbarungen

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| RaIn00 | **Wir würden gerne mehr über Ihren Informationsstand zu den verschiedenen an der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Einrichtungen und Akteur*innen erfahren. Wie gut fühlen Sie sich über die folgenden Aspekte informiert?** |
| | Antwortskala: 1= sehr schlecht, 2= eher schlecht, 3= mittelmäßig, 4= eher gut, 5= sehr gut |
| RaIn15Leitlinien | 15. die Leitlinien für bezirkliche Kooperationsvereinbarungen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ), Schulen und weiteren Stellen |
| RaIn16Vereinbarung | 16. die Rahmenvereinbarung „Regionale Kooperationen zwischen Schule und Jugendhilfe für die Bildung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit besonders herausforderndem Verhalten“ |
| RaIn17Richtlinien | 17. die Richtlinie für den Umgang mit Schulpflichtverletzungen |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 216) | | | | Post-Erhebung (n = 160) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.83 | 0.794 | 0.637 | 0.724 | 2.97 | 0.801 | 0.69 | 0.788 |

Wertebereich der Skala: 1-5

### 4.2.5 Informationsstand DreiFürEins

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| RaIn00 | **Wir würden gerne mehr über Ihren Informationsstand zu den verschiedenen an der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Einrichtungen und Akteur*innen erfahren. Wie gut fühlen Sie sich über die folgenden Aspekte informiert?** |
| RaIn18Ziele | 18. die Ziele von DreiFürEins |
| RaIn19Zielgruppe | 19. die Zielgruppe von DreiFürEins |
| RaIn20AngeboteDF1 | 20. die Angebote in DreiFürEins |
| RaIn21RolleReBBZ | 21. die Rolle der ReBBZ in DreiFürEins |
| RaIn22RolleKJPPP | 22. die Rolle der KJPPP in DreiFürEins |
| RaIn23RolleJH | 23. die Rolle der Kinder- und Jugendhilfe bzw. Jugendämter in DreiFürEins |
| RaIn24eigeneRolle | 24. meine Rolle in DreiFürEins |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung (n = 196) | | | | Post-Erhebung (n = 150) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.20 | 0.977 | 0.949 | 0.949 | 3.66 | 0.983 | 0.955 | 0.957 |

Wertebereich der Skala: 1-5

# 5. Umfang der multiprofessionellen Kooperation

(Eigenkonstruktionen in Anlehnung an Seithe 1998 und Furtmüller 2014)

## 5.1 Umfang gemeinsamer übergeordnete Zusammenarbeit

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | **Nun geht es um die Häufigkeit verschiedener Anlässe für die multiprofessionelle Kooperation. Bezogen auf das letzte Schuljahr, wie oft haben Sie im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Berufsgruppen gemeinsam…** |
| | Antwortskala: 1= gar nicht, 2= halbjährig oder seltener, 3= vierteljährig, 4= monatlich, 5= wöchentlich oder öfter |
| AsUm0 | *Übergeordnete Zusammenarbeit* |
| AsUm01Konferenzen | 1. an Konferenzen teilgenommen? |
| AsUm02Konzept | 2. am Konzept für die Versorgung und Unterstützung der Kinder und Jugendlichen gearbeitet? |
| AsUm03Ziele | 3. Ziele der Versorgung und Unterstützung von Kinder und Jugendlichen diskutiert? |
| AsUm04Schwerpunkt | 4. Arbeitsschwerpunkte der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen diskutiert? |
| AsUm05Projekte | 5. Projekte durchgeführt? |
| AsUm06Fortbildung | 6. an Fort- und Weiterbildungen teilgenommen? |
| AsUm07Supervision | 7. an Supervisionen teilgenommen? |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | (n = 184) | Post-Erhebung | | | (n = 137) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 2.94 | 0.860 | 0.787 | 0.799 | 3.09 | 0.805 | 0.753 | 0.754 |

Wertebereich der Skala: 1-5

## 5.2 Umfang gemeinsamer fallbezogener Zusammenarbeit

Mittelwertscore aus:

| | |
|---|---|
| | **Nun geht es um die Häufigkeit verschiedener Anlässe für die multiprofessionelle Kooperation. Bezogen auf das letzte Schuljahr, wie oft haben Sie im Rahmen der Versorgung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Berufsgruppen gemeinsam…** |

| | |
|---|---|
| | Antwortskala: 1= gar nicht, 2= halbjährig oder seltener, 3= vierteljährig, 4= monatlich, 5= wöchentlich oder öfter |
| AsUm00 | *Fallbezogene Zusammenarbeit* |
| AsUm08Besprechungen | 8. an Fallbesprechungen teilgenommen? |
| AsUm09Absprachen | 9. spontane und sporadische Absprachen zu Fällen getroffen? |
| AsUm10Foerderplaene | 10. Förder- und Hilfepläne erarbeitet? |
| AsUm11Einschaetzung | 11. Einschätzungen/Bewertungen der Kinder und Jugendlichen abgestimmt? |
| AsUm12Gespraeche | 12. Gespräche mit Kindern und Jugendlichen geführt? |
| AsUm13Eltern | 13. Elterngespräche geführt? |
| AsUm14Konflikte | 14. Konflikte moderiert? |
| AsUm15Angebote | 15. Angebote durchgeführt? |
| AsUm16langfristig | 16. Kinder und Jugendliche längerfristig begleitet? |

Skalenkennwerte:

| Prä-Erhebung | | | (n =174) | Post-Erhebung | | | (n = 116) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M | SD | α | Ω | M | SD | α | Ω |
| 3.63 | 0.817 | 0.798 | 0.798 | 3.82 | 0.766 | 0.781 | 0.764 |

Wertebereich der Skala: 1-5

## Literatur


Abele, A./Stief, M./Andrä, M. S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirk-samkeitserwartungen - Neukonstruktion einer BSW-Skala. In Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. 44. 145-151.

Cillien, P./Fischbach, A./Mörsdorf, A./Scherp, E./Schaufeli, W. B. (2006). Maslach Burnout Inventory – General Survey Deutsche Version 1.0 (MBI-GS-D V1.0.). Unveröffentlichtes Manuskript.

Furthmüller, P. (2014). Skalenverzeichnis der Studie zur Entwicklung von Ganztagsschulen (StEG).

Fussangel, K. (2008): Subjektive Theorien von Lehrkräften zur Kooperation. Eine Analyse der Zusammenarbeit von Lehrerinnen und Lehrern in Lerngemeinschaften. Wuppertal.

Schaufeli, W. B./Leiter, M. P./Maslach, C./Jackson, S. (1996). The MBI-General Survey. In Maslach, C./Jackson, S./Leiter, M. (Hrsg.), Maslach Burnout Inventory. Manual (3. Aufl., S. 19-26). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Schwarzer, R./Jerusalem, M. (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Seithe, M. (1998). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Landesprogramms „Jugendarbeit an Thüringer Schulen“. Band 1. Teil A – C. Verlag Unverlegt.

Sicotte, C./D’Amour, D./Moreault, M. P. (2002): Interdisciplinary collaboration within Que-bec community health care centres. Social science & medicine, 55(6), 991-1003.

**Anlage 3a: Leitfaden Steuerungsebene**

# Leitfaden Steuerungsebene

# LEITFADEN STEUERUNGSEBENE – PROZESSEVALUATION DREIFÜREINS

**Einleitung Interview**

➔ An Funktionen und Personen anpassen!

---

Guten Tag Herr/Frau _____,

Zunächst einmal vielen Dank, dass Sie sich für dieses Interview die Zeit genommen haben.

Ich bin neben Prof. Dr. Karsten Speck und Nantke Schmidt wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt DreiFürEins an der Universität Oldenburg und für die Prozessevaluation zuständig. Dabei bin ich Neuling im Projekt mit externer Perspektive auf DreiFürEins.

Ziel dieser Evaluation ist es, Schwierigkeiten, Herausforderungen aber auch entsprechende Gelingensbedingungen, Lösungsansätze und gewinnbringende Aspekte der Implementation und Kooperation auf Steuerungs- und Umsetzungsebene in DreiFürEins zu adressieren. Entsprechend interessieren wir uns für Ihre Erfahrungen in und mit DreiFürEins und die aus Ihrer Perspektive wahrgenommenen Herausforderungen und Gelingensbedingungen/Umgänge. .

Bei der Beantwortung der folgenden Fragen sind wir also vor allem an Ihren persönlichen Erfahrungen im Projekt sowie Ihren subjektiven Einschätzungen interessiert.

Nehmen Sie sich zur Beantwortung so viel Zeit wie Sie möchten. Ich werde Sie erst einmal nicht unterbrechen, mir während unseres Gesprächs ein paar Notizen machen und später noch darauf zurückkommen.

Ihre Antworten werden dabei selbstverständlich vertraulich behandelt und anonymisiert. **Die Einschätzungen der Expert*innen, die wir hier befragen, werden also nicht personenbezogen berichtet. Allerdings kann nicht garantiert werden, dass etwaige Leser*innen diese Einschätzung nicht zuordnen und somit indirekt die Identität der Befragten feststellen können.**

Ebenso möchte ich Sie noch einmal um die Rücksendung der unterschriebenen PDF bitten.

Wenn Sie keine weiteren Fragen oder Anmerkungen haben, würde ich jetzt die Aufnahme starten?

---

## IMPULSFRAGE

Mit DreiFürEins wird und wurde in den letzten Jahren eine neue sektorenübergreifende Versorgungsform für Kinder und Jugendliche mit klinischem und multimodalem Versorgungsbedarf in Hamburg erprobt. Können Sie einmal beschreiben, welche Erfahrungen Sie bei der **Implementierung, Steuerung und Umsetzung** von DreiFürEins aber auch bei der **sektorenübergreifenden Kooperation** gemacht haben?

Ich bin jetzt erstmal ruhig und würde Ihnen frei zuhören!

## IMMANENTE FRAGEN

- Könnten Sie nochmal **ausführlicher beschreiben**…?
- Sie haben berichtet…. **Wie** kann man sich das genau **vorstellen**…?
- Können Sie mal ausführlicher konkrete **Beispiele** nennen für…?
- Sie haben mit Blick auf das Thema XXX vor allem folgende Argumente/Punkte genannt. Gibt es noch **andere Argumente/Aspekte**…?
- Gibt es noch **andere Auffassungen**…?
- Sie haben vorhin berichtet, dass … **Ich habe dies offen gestanden nicht ganz verstanden.** Könnten Sie dies **nochmals näher erläutern**?

- Aus Ihrer Diskussion ergibt sich der Eindruck, dass …. Inwiefern stimmt dieser **Eindruck mit Ihren Erfahrungen und Bewertungen** überein?
- Ich würde Ihnen gerne **meinen Eindruck** aus der Diskussion schildern: Überspitzt formuliert habe ich den Eindruck, dass …… **Stimmt** dieser Eindruck **mit Ihren Erfahrungen und Bewertungen überein?**
- Auf der einen Seite haben einige von Ihnen berichtet, dass… auf der anderen Seite wurde berichtet, dass… Wie passen die **beiden Einschätzungen zusammen**?

## EXMANENTE NACHFRAGEN

### THEMA 1: ERWARTUNGEN

1) Könnten Sie mal kurz beschreiben, wie das Projekt DreifürEins entstanden ist und welche ursprünglichen Erwartungen die BSB an das Projekt hatte?

### THEMA 2: IMPLEMENTIERUNG

2) Welche Herausforderungen haben Sie bei der Implementierung von DreiFürEins, also der Einführung der sektorenübergreifenden Diagnostik, Behandlung und Förderung, erlebt?
    a. Können Sie mir das an einem oder zwei konkreten Beispiel erläutern?
    b. Wie sind Sie mit den erlebten Herausforderungen umgegangen?

### THEMA 3: STEUERUNG

3) Welche Herausforderungen haben sie bei der Steuerung von DreiFürEins wahrgenommen, also bei der Leitung, Koordination und Organisation des Projekts?
    a. Können Sie das an einem oder zwei konkreten Beispiel verdeutlichen?
    b. Wie sind Sie mit den erlebten Herausforderungen umgegangen?
    c. [Steuerung des Gesamtprojekts, des Sektors/Ihrer Institution und der Fälle (falls relevant)]

### THEMA 4: UMSETZUNG(SEBENE)

4) Welche Herausforderungen haben Sie bei der **Umsetzung** der sektorenübergreifenden Diagnostik, Behandlung und Förderung in DreiFürEins wahrgenommen?
    a. Können Sie das an einem oder zwei konkreten Beispiel verdeutlichen?
    b. Wie sind Sie mit den erlebten Herausforderungen umgegangen?

### THEMA 5: ERFOLGE UND WIRKUNGEN

5) Welche Erfolge und Wirkungen hat das Projekt aus Ihrer Sicht erzielt?
    a. Welche Erkenntnisse (positiv oder negativ) ziehen Sie aus der Implementation, Steuerung und Umsetzung von DreiFürEins?
    b. Gibt es ungeplante Wirkungen und Nebenwirkungen?
        i. Auf der Steuerungsebene
        ii. Auf Seiten der Fachkräfte
        iii. Auf Seiten der Kinder und Jugendlichen
    c. Wurde das Projektziel aus Ihrer Perspektive erreicht?
    [„die niedrigschwellige, sektorenübergreifend-gemeinsame Diagnostik, Behandlung und Förderung von KuJ im Alter von 4 bis 18 Jahren“]

## THEMA 6: ZUKUNFT

6) [Gedankenspiel]: Stellen Sie sich vor, Sie wachen auf und die sektorenübergreifende Diagnostik, Behandlung und Förderung wird fortgeführt und gehört zur festen Struktur der Hamburger Hilfesysteme. Alles ist genauso, wie Sie es für gut und sinnvoll erachten: Wie sieht DreiFürEins dann aus?
7) Was braucht es aus Ihrer Sicht für die Verstetigung und Ausweitung bzw. Übertragung von DreiFürEins?
8) [Als letzte Nachfrage einleiten]: Rückblickend: Welche Bedingungen müssen aus Ihrer Sicht erfüllt sein, um die sektorenübergreifende Versorgungsform in DreiFürEins implementieren, steuern und umsetzen zu können?

## ABSCHLUSS

9) Anregungen, Ergänzungen, Rückfragen

**Anlage 3b: Leitfaden Umsetzungsebene**

# Leitfaden Umsetzungsebene

# DreiFürEins Prozessevaluation

Leitfaden für die Expert*innen-Interviews

(Umsetzungs- bzw. Handlungsebene)

## Vorbereitung:

- Wasser bereitstellen
- Sortierung des Leitfadens überprüfen
- Warming Up/Joining

**→ Falls noch nicht geklärt: Datenschutz! ←**

**→ Aufnahmegerät einschalten! ←**

## Einstieg:

Vorab noch einmal vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Interview nehmen.

Wir sprechen Sie heute als an der Umsetzung der sektorenübergreifenden Kooperation in DreiFürEins beteiligte Fachkraft an und wollen mehr über Schwierigkeiten und Herausforderungen, aber auch entsprechende Gelingensbedingungen, Lösungsansätze sowie (positive wie negative) Wirkungen der sektorenübergreifenden Kooperation in DreiFürEins aus Ihrer Sicht erfahren. Ihre Antworten werden dabei, wie bereits besprochen, selbstverständlich vertraulich behandelt und anonymisiert.

Es mag für Sie vielleicht etwas irritierend sein, aber wir werde Ihnen gleich eine recht offene Impulsfrage stellen und Ihnen dann zunächst zuhören. Sie können daher die Themen des Interviews weitestgehend selbst wählen und sie so besprechen, wie Sie Ihnen in den Sinn kommen. Erzählen Sie einfach alles, was Ihnen zur Impulsfrage einfällt. Für uns ist all das interessant und relevant. Im Anschluss an Ihre Erzählungen werden wir Ihnen dann ggf. weitere Fragen zu verschiedenen Themen stellen. Wichtig ist, dass es im Rahmen des gesamten Interviews keine richtigen oder falschen Aussagen gibt, denn uns interessieren Ihre persönlichen Erfahrungen, Sichtweisen, Einschätzungen und Bewertungen. Sie können ruhig ausführlich antworten. Wir haben ausreichend Zeit und werden Ihnen zuhören. Haben Sie, bevor wir loslegen und ich Ihnen die Impulsfrage stelle, noch Fragen?

## I. Impulsfrage:

Mit DreiFürEins wurde bzw. wird seit 2021 eine neue sektorenübergreifende Versorgungsform für Kinder und Jugendliche mit klinischem und multimodalem Versorgungsbedarf in Hamburg erprobt, die sich durch eine sektorenübergreifende Kooperation auszeichnet.

Können Sie einmal beschreiben, wie Sie als an der Umsetzung beteiligte Fachkraft die sektorenübergreifende Kooperation in DreiFürEins erlebt haben? Machen Sie dies -wenn möglich- gerne anhand von Beispielen greifbar.

FALLS AUSHANDLUNG NÖTIG:

Stellen Sie z. B. gerne Ihre Person vor. Oder erzählen Sie Welche Herausforderungen und Wirkungen Sie beispielsweise erlebt/wahrgenommen haben und wie sind Sie damit umgegangen?

## II. Immanente Fragen:

- Sie haben angesprochen ..., könnten Sie noch ausführlicher/mehr erzählen, wie...
- Sie haben erwähnt ..., fällt Ihnen eine konkrete Situation/ein Beispiel ein, in der...
- Sie haben berichtet... Wie kann man sich genau vorstellen?
- Könnten Sie [dafür] ein konkretes Beispiel nennen?
- Als …, haben Sie nicht weitererzählt, was danach geschah. Wie ging es dann weiter?
- Sie kamen immer wieder auf … Das schien für Sie eine Bedeutung zu haben. Könnten Sie davon vielleicht noch etwas mehr erzählen?
- Sie haben vorhin berichtet, dass … Ich habe dies offen gestanden nicht ganz verstanden. Könnten Sie dies nochmals näher erläutern?
- Sie haben mit Blick auf das Thema [...] vor allem folgende Argumente/Punkte genannt. Gibt es noch andere Argumente/Aspekte…?

# III. Exmanente Fragen

## Fragenblock I: Wahrnehmung der Kooperation

1. Wir interessieren uns sehr für Ihre **persönliche Wahrnehmung** der sektorübergreifenden Kooperation im Verlauf des Projektes. Wie haben Sie als eine an der Umsetzung beteiligte Fachkraft die sektorenübergreifende Kooperation erlebt/ welche Erfahrungen haben Sie gemacht?
   1.1. Wie hat sich die sektorenübergreifende Kooperation gestaltet?
   1.2. Welche Rollen hatten/haben die Fachkräfte der drei Institutionen im Einzelnen im Rahmen der sektorenübergreifenden Kooperation?
   1.3. Inwiefern wurden die Potenziale der einzelnen Fachkräfte bzw. der sektorenübergreifenden Kooperation . ausgeschöpft ?
   1.4. Wie sah die Kommunikation aus?
   1.5. Inwiefern haben Hierarchien zwischen den Berufsgruppen/Institutionen eine Rolle gespielt?
   1.6. Welche Rahmenbedingungen haben die sektorenübergreifende Kooperation ermöglicht?
   1.7. Inwiefern haben Fortbildungen und/oder Supervisionen eine Rolle gespielt?
   1.8. Inwiefern hat sich im Verlauf des Projektes in Bezug auf die sektorenübergreifende Kooperation etwas verändert?

## Fragenblock II: Herausforderungen

2. Welche Herausforderungen haben Sie bei der Umsetzung der sektorenübergreifenden Diagnostik, Behandlung und Förderung in DreiFürEins wahrgenommen?
   2.1. Welche *strukturellen Herausforderungen* fallen Ihnen ein?
   2.2. Welche *die tägliche Arbeit betreffenden Herausforderungen* fallen Ihnen ein?
   2.3. Wo lagen und/oder liegen *Hindernisse*?
   2.4. Wo lagen und/oder liegen *Grenzen*?

**→ Unbedingt Notizen unter Fragenblock III machen! ←**

**(**Damit in Fragenblock III zu jeder beschriebenen Herausforderung Nachfrage gestellt werden kann)

## Fragenblock III: Umgang mit bzw. Bewältigung von Herausforderungen

*3.* Könnten Sie mir erläutern, inwiefern Sie die Herausforderungen bewältigen bzw. mit ihnen umgehen konnten?

*3.1.* Wie wurde damit umgegangen, dass …

- 
- 
- 
- 
- 
- 

## Fragenblock IV: Wirkungen (Vor- und Nachteile) der Kooperation

*4. Welche positiven und negativen Wirkungen hat die Zusammenarbeit im Projekt 3für1 für ihre Arbeit und auch für die Klient*innen? Nennen sie zur Verdeutlichung gerne Beispiele aus der Projektarbeit.*

4.1. Vor- und Nachteile der Kooperation für die Fachkräfte (und Institutionen)

4.1.1. Erleichterung/Erschwerung der Arbeit durch Kooperation (Beispiele)

4.1.2. Persönliche (Lern-)Erfolge/ Erfolgsmomente

4.2. Vor- und Nachteile der Kooperation für die Kinder und Jugendlichen und Ihre Eltern/Familien

4.2.1. Erleichterung/Erschwerung der Versorgung durch Kooperation (Beispiele)
4.2.2. (Lern-)Erfolge/ Erfolgsmomente

## Fragenblock V:

5. *Stellen Sie sich vor, Sie wachen auf und DreiFürEins wird fortgeführt und gehört zur festen Struktur der Hamburger Hilfesysteme. Alles ist genauso, wie Sie es für gut und sinnvoll erachten: Wie sieht DreiFürEins dann aus?*

5.1. Inwiefern wird das *Screening für alle und die Feindiagnostik für Risikofälle* weitergeführt und umgesetzt?

5.2. Inwiefern wird die *verbindlich vereinbarte, systematische und sektorenübergreifende Zusammenarbeit von KJPPP, Schule (IG-ReBBZ+T) und JH (Jugendamt*) weitergeführt und umgesetzt?

5.3. Inwiefern wird *die niedrigschwellige, aufsuchende Versorgung vor Ort (d. h. die „aufsuchende“ ambulante psychiatrische bzw. -psychotherapeutische Diagnostik, Behandlung und Förderung im ReBBZ* weitergeführt und umgesetzt?

6. Als letzte Nachfrage einleiten: Welche Bedingungen müssen aus Ihrer Sicht erfüllt sein, um die sektorenübergreifende Versorgungsform in DreiFürEins umsetzen zu können?

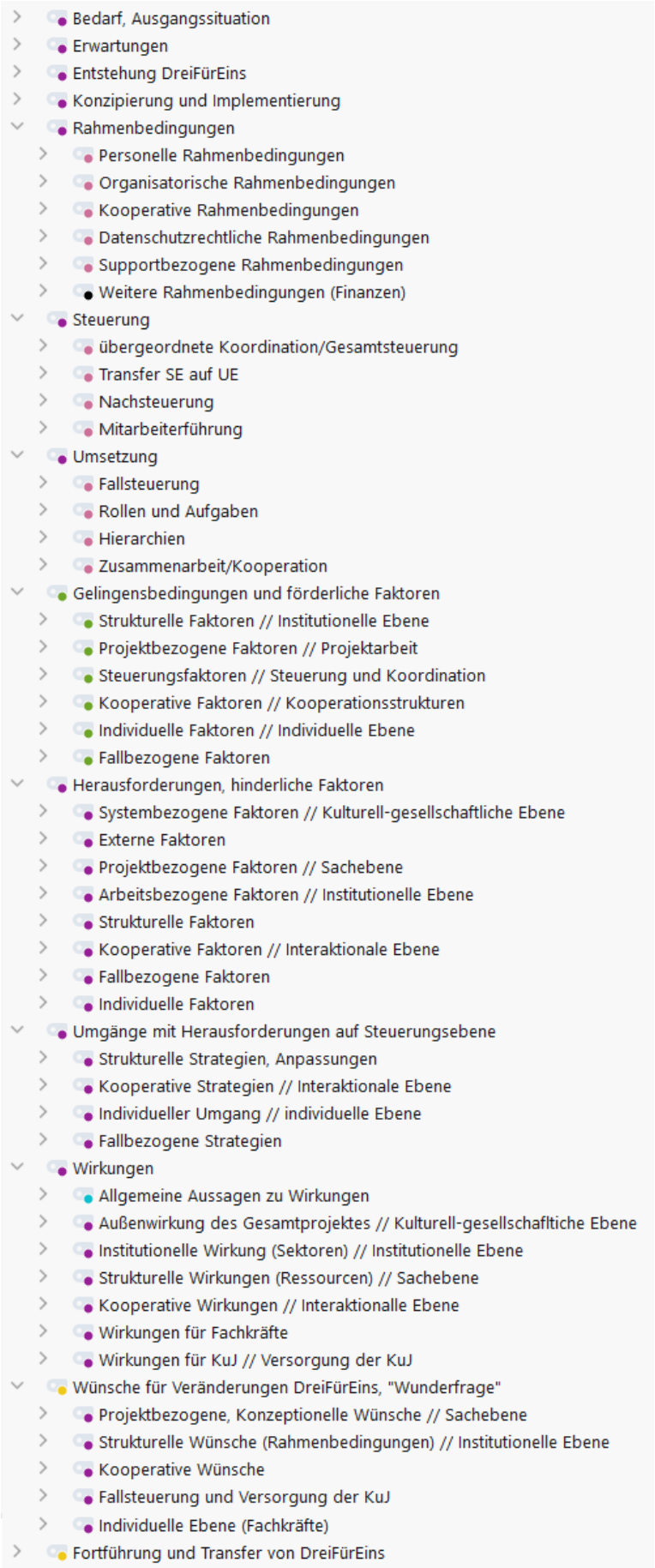
## IV. Abschluss:

Ich bedanke mich im Namen aller Projektbeteiligten bei Ihnen für das Gespräch. Wir schätzen sehr, dass Sie sich Zeit für das Interview genommen haben. Haben Sie noch Fragen oder möchten Sie noch etwas los werden?

**→ Aufnahmegerät ausschalten! ←**

**Anlage 4a: Auszüge aus dem Kategoriensystem für die Steuerungsebene**

# Auszüge aus dem Kategoriensystem für die Steuerungsebene


Bedarf, Ausgangssituation
Erwartungen
Entstehung DreiFürEins
Konzipierung und Implementierung
Rahmenbedingungen
Personelle Rahmenbedingungen
Organisatorische Rahmenbedingungen
Kooperative Rahmenbedingungen
Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen
Supportbezogene Rahmenbedingungen
Weitere Rahmenbedingungen (Finanzen)
Steuerung
übergeordnete Koordination/Gesamtsteuerung
Transfer SE auf UE
Nachsteuerung
Mitarbeiterführung
Umsetzung
Fallsteuerung
Rollen und Aufgaben
Hierarchien
Zusammenarbeit/Kooperation
Gelingensbedingungen und förderliche Faktoren
Strukturelle Faktoren // Institutionelle Ebene
Projektbezogene Faktoren // Projektarbeit
Steuerungsfaktoren // Steuerung und Koordination
Kooperative Faktoren // Kooperationsstrukturen
Individuelle Faktoren // Individuelle Ebene
Fallbezogene Faktoren
Herausforderungen, hinderliche Faktoren
Systembezogene Faktoren // Kulturell-gesellschaftliche Ebene
Externe Faktoren
Projektbezogene Faktoren // Sachebene
Arbeitsbezogene Faktoren // Institutionelle Ebene
Strukturelle Faktoren
Kooperative Faktoren // Interaktionale Ebene
Fallbezogene Faktoren
Individuelle Faktoren
Umgänge mit Herausforderungen auf Steuerungsebene
Strukturelle Strategien, Anpassungen
Kooperative Strategien // Interaktionale Ebene
Individueller Umgang // individuelle Ebene
Fallbezogene Strategien
Wirkungen
Allgemeine Aussagen zu Wirkungen
Außenwirkung des Gesamtprojektes // Kulturell-gesellschafltiche Ebene
Institutionelle Wirkung (Sektoren) // Institutionelle Ebene
Strukturelle Wirkungen (Ressourcen) // Sachebene
Kooperative Wirkungen // Interaktionalle Ebene
Wirkungen für Fachkräfte
Wirkungen für KuJ // Versorgung der KuJ
Wünsche für Veränderungen DreiFürEins, "Wunderfrage"
Projektbezogene, Konzeptionelle Wünsche // Sachebene
Strukturelle Wünsche (Rahmenbedingungen) // Institutionelle Ebene
Kooperative Wünsche
Fallsteuerung und Versorgung der KuJ
Individuelle Ebene (Fachkräfte)
Fortführung und Transfer von DreiFürEins

# Auszüge aus dem Kategoriensystem für die Umsetzungsebene

- Erwartungen und Befürchtungen
- Persönlicher Projekteinstieg/Arbeitsbeginn der Befragten
- Implementierung
- Rahmenbedingungen der Kooperation
  - Räumliche Rahmenbedingungen und Ausstattung
  - Personelle Rahmenbedingungen
  - Organisatorische Rahmenbedingungen
  - Kooperative Rahmenbedingungen
  - Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen
  - Supportbezogene Rahmenbedingungen
  - Weitere Rahmenbedingungen
- Umsetzung der sektorenübergreifenden Kooperation
  - Fallsteuerung (inkl. Screening, Diagnostik)
  - (Fall-)Beispiele
  - Rollen und Aufgaben der Fachkräfte
  - Hierarchien
  - Bewertung der Kooperation und Kommunikation
- Gelingensbedingungen, förderliche Faktoren
  - Voraussetzungen vor Projektbeginn
  - Strukturelle Faktoren // Rahmenbedingungen
  - Externe Faktoren // Unterstützung durch Institutionen/Politik
  - Teambezogene Faktoren (Fachkräfte, Institutionen)
  - Individuelle Faktoren der Fachkräfte
  - Familienbezogene Faktoren
- Herausforderungen und Schwierigkeiten
  - Keine Herausforderungen und Grenzen
  - Allgemeine, Projektbezogene Herausforderungen
  - Strukturelle Herausforderungen
  - Teambezogene Herausforderungen
  - Fallbezogene Herausforderungen
  - Familienbezogene Herausforderungen (KuJ, Familien)
  - Weitere Herausforderungen
- Umgang mit Herausforderungen
  - Umgang mit strukturellen Herausforderungen
  - Umgang mit teambezogenen Herausforderungen // Teambezogene Strategien
  - Fallbezogene/r Strategien // Umgang
  - Individueller Umgang mit Herausforderungen
- Wirkungen
  - Insgesamt von DreiFürEins überzeugt, positive Wirkung
  - Unsicherheit über Zielerreichung
  - Für Fachkräfte
    - Positive Aspekte, Vorteile, Erfolgsmomente
    - Nebenwirkungen, Grenzen, Nachteile
  - Für Kinder, Jugendliche und Familien
    - Positive Aspekte, Vorteile
    - Nebenwirkungen, Grenzen, Nachteile
- Wünsche, Ideen für DreiFürEins ("Wunderfrage")
  - Projektbezogene Wünsche (Veränderungen, allgemein DreiFürEins)
  - Strukturelle Wünsche, Rahmenbedingungen
  - Fallsteuerung, Einschluss/Ausschluss, Screening
  - Sektorenbezogene Wünsche
  - Weitere Wünsche
- Fortführung DreiFürEins

**Anlage 5: Übersicht über die Ergebnisse der IG-KG-Vergleiche**

**(Randomisierungsprüfung KuJ)**

# Übersicht über die Ergebnisse der IG-KG-Vergleiche (Randomisierungsprüfung KuJ)

# Inhalt

1 Fälle mit und ohne Dropout bei den Eltern.....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

1.1 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die SDQ-Messung (bei den Eltern).....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

1.2 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die CBCL-Messung .....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

1.3 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die Kidscreen-Messung...**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

2 Fälle mit und ohne Dropout bei den KuJ .....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

2.1 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die SDQ-Messung (bei den KuJ)**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

2.2 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die YSR-Messung.....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

3 Fälle mit und ohne Dropout bei den Lehrkräften .....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

3.1 Fälle mit und ohne Dropout in Bezug auf die SDQ-Messung (bei den Lehrkräften) ....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

3.2 Fälle Dropout in Bezug auf die TRF-Messung .....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

# 1 Soziodemographische und weitere Merkmale

## 1.1 Soziodemographische Merkmale

| | Ergebnis der Unterschiedsprüfung und relevante Kennwerte | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geprüfte Variable | Prüfstatistik (sofern nicht anders angegeben T) | df | p | Mittlere Differenz (sofern relevant/ vorhanden) | Differenz für Standardfehler (sofern relevant/ vorhanden) | Deskriptive Statistiken $_{IG}$ | Deskriptive Statistiken $_{KG}$ |
| Alter* | -2.961 | 243.117 | .003 | -0.848 | 0.312 | M = 10.6<br>SD = 3.09<br>N = 361 | M = 11.5<br>SD = 2.59<br>N = 121 |
| Geschlecht | $X^2$ = 0.511 | 1 | .475 | - | - | - | - |
| Staatsangehörigkeit der KuJ | $X^2$ = 0.110 | 1 | .740 | - | - | - | - |
| Staatsangehörigkeit der Eltern | $X^2$ = 3.364 | 1 | .067 | - | - | - | - |
| Primär zuhause gesprochene Sprache | $X^2$ = 1.536 | 1 | .215 | - | - | - | - |
| Lebensmittelpunkt der KuJ | $X^2$ = 6.538 | 5 | .257 | - | - | - | - |

In Bezug auf mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

## 1.2 Schulform, Klassenstufe und Förderbedarf

| | Ergebnis der Unterschiedsprüfung und relevante Kennwerte | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geprüfte Variable | Prüfstatistik (sofern nicht anders angegeben T) | df | p | Mittlere Differenz (sofern relevant/ vorhanden) | Differenz für Standardfehler (sofern relevant/ vorhanden) | Deskriptive Statistiken $_{IG}$ | Deskriptive Statistiken $_{KG}$ |
| Schulform* | $X^2$ = 126.791 | 7 | < .001 | - | - | Siehe Bericht | Siehe Bericht |
| Klassenstufe | $X^2$ = 19.51 | 11 | 0.052 | - | - | - | - |
| Vorhandensein eines Förderbedarfs* | $X^2$ = 6.538 | 1 | < .001 | - | - | Siehe Bericht | Siehe Bericht |

In Bezug auch mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

## 1.3 Therapiemotivation

| | Ergebnis der Unterschiedsprüfung und relevante Kennwerte | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geprüfte Variable | T | df | p | Mittlere Differenz | Differenz für Standardfehler | Deskriptive Statistiken $_{IG}$ | Deskriptive Statistiken $_{KG}$ |
| Therapiemotivation Elten | | | | | | | |
| Wunsch nach Verbesserung* | 2.857 | 76.887 | .005 | 0.229 | 0.080 | M =1.9<br>SD = 0.35<br>N = 292 | M =1.7<br>SD = 0.64<br>N = 68 |
| Mitwirkungsbereitschaft* | 2.059 | 72.928 | .043 | 0.132 | 0.064 | M = 2.0 | M = 1.8 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | SD = 0.22<br>N = 291 | SD = 0.52<br>N = 68 |
| Zuversicht | - 1.483 | 357 | .139 | -0.132 | 0.089 | - | - |
| Therapiemotivation KuJ | | | | | | | |
| Wunsch nach Verbesserung | 4.472 | 146 | < .001 | 0.620 | 0.139 | M = 1.6<br>SD = 0.62<br>N = 121 | M = 0.9<br>SD = 0.78<br>N = 27 |
| Mitwirkungsbereitschaft | 0.908 | 33.183 | .371 | 0.130 | 0.143 | - | - |
| Zuversicht | 0.667 | 146 | .506 | 0.094 | 0.141 | - | - |

In Bezug auf mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

# 2 Einschlussdiagnostik

## 2.1 Psychische und Verhaltensstörungen

| Geprüfte Variable | F | df | p | Deskriptive Statistiken $_{IG}$ | Deskriptive Statistiken $_{KG}$ |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Elternberichtet*** | | | | | |
| **SDQ Eltern*** | **5.413** | **(5, 383)** | **< .001** | **N = 311** | **N = 78** |
| Gesamtproblemwert* | 4.546 | (1, 387) | .034 | M = 19.8, SD = 5.73 | M =18.2, SD = 5.62 |
| Skala Emotionale Probleme* | 9.968 | (1, 387) | .002 | M = 5.5, SD = 2.62 | M = 4.5, SD = 2.64, |
| Skala Verhaltensprobleme* | 6.723 | (1, 387) | .010 | M = 4.4, SD = 2.31 | M = 3.6, SD = 1.74 |
| Skala Hyperaktivität | 0.578 | (1, 387) | .448 | - | - |
| Skala Peers | 0.005 | (1, 387) | .945 | - | - |
| Skala Prosoziales Verhalten* | 3.851 | (1, 387) | .050 | M = 7.2, SD = 2.14 | M = 7.7, SD = 2.01 |
| **CBCL** | **1.526** | **(17, 325)** | **.083** | **N =277** | **N = 66** |
| Gesamttauffälligkeit | - | - | - | - | - |
| Internale Probleme | - | - | - | - | - |
| Externale Probleme | - | - | - | - | - |
| ängstlich/depressiv | - | - | - | - | - |
| rückzüglich-depressiv | - | - | - | - | - |
| körperliche Beschwerden | - | - | - | - | - |
| soziale Probleme | - | - | - | -- | - |
| Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme | - | - | - | - | - |
| Aufmerksamkeitsprobleme | - | - | - | - | - |
| Regelverletzendes Verhalten | - | - | - | - | - |
| Aggressives Verhalten | - | - | - | - | - |
| ***Selbstberichtet (KuJ)*** | | | | | |
| **SDQ KuJ*** | **3.615** | **(5, 201)** | **.004** | **N = 135** | **N = 72** |
| Gesamtproblemwert | 2.927 | (1, 205) | .089 | - | - |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Skala Emotionale Probleme* | 8.596 | (1, 205) | .004 | M = 5.5, SD = 2.84 | M = 4.4, SD = 2.44 |
| Skala Verhaltensprobleme | 0.009 | (1, 205) | .924 | - | - |
| Skala Hyperaktivität | 3.292 | (1, 205) | .071 | - | - |
| Skala Peers | 1.670 | (1, 205) | .198 | - | - |
| Skala Prosoziales Verhalten | 1.103 | (1, 205) | .295 | - | - |
| **YSR*** | **1.347** | **(17, 121)** | **.176** | **N = 115** | **N = 24** |
| Gesamttauffälligkeit | - | - | - | - | - |
| Internale Probleme | - | - | - | - | - |
| Externale Probleme | - | - | - | - | - |
| ängstlich/depressiv | - | - | - | - | - |
| rückzüglich-depressiv | - | - | - | - | - |
| körperliche Beschwerden | - | - | - | - | - |
| soziale Probleme | - | - | - | - | - |
| Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme | - | - | - | - | - |
| Aufmerksamkeitsprobleme | - | - | - | - | - |
| Regelverletzendes Verhalten | - | - | - | - | - |
| Aggressives Verhalten | - | - | - | - | - |
| ***Fremdberichtet (Lehrkräfte)*** | | | | | |
| **SDQ Lehrkräfte*** | **2.611** | **(6, 278)** | **.018** | **N = 208** | **N = 77** |
| Gesamtproblemwert* | 7.025 | (1, 283) | .008 | M = 16.2, SD = 5.69 | M = 14.1, SD = 6.19 |
| Skala Emotionale Probleme | 3.601 | (1, 283) | .059 | - | - |
| Skala Verhaltensprobleme* | 5.835 | (1, 283) | .016 | M = 4.0, SD = 2.62 | M = 3.1, SD = 2.36 |
| Skala Hyperaktivität | 1.253 | (1, 283) | .264 | - | - |
| Skala Peers | 1.936 | (1, 283) | .165 | - | - |
| Skala Prosoziales Verhalten | 8.486 | (1, 283) | .004 | M = 4.9, SD = 2.77 | M = 5.9, SD = 2.68 |
| **TRF*** | **3.013** | **(17, 233)** | **< .001** | **N = 186** | **N = 65** |
| Gesamttauffälligkeit* | 17.306 | (1, 249) | < .001 | M = 72.0, SD = 30.43 | M= 53.9, SD = 29.65 |
| Internale Probleme* | 8.237 | (1, 249) | .004 | M= 15.0, SD = 8.40 | M = 11.3, SD = 9.58 |
| Externale Probleme* | 14.364 | (1, 249) | < .001 | M = 22.7, SD = 14.56 | M = 15.1, SD = 11.62 |
| ängstlich/depressiv* | 11..363 | (1, 249) | < .001 | M = 7.9, SD = 4.81 | M = 5.6, SD = 4.97 |
| rückzüglich-depressiv* | 6.592 | (1, 249) | .011 | M = 5.1, SD = 3.62 | M = 3.7, SD = 4.22 |
| körperliche Beschwerden | 0.137 | (1, 249) | .712 | - | - |
| soziale Probleme | 3.006 | (1, 249) | .084 | - | - |
| Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme | 1.525 | (1, 249) | .218 | - | - |
| Aufmerksamkeitsprobleme* | 8.814 | (1, 249) | .003 | M = 24.7, SD = 11.95 | M = 19.7, SD = 10.98 |
| Unaufmerksam* | 10.205 | (1, 249) | .002 | M = 14.5, SD = 6.48 | M = 11.5, SD = 6.66 |
| hyperaktiv/impulsiv* | 4.097 | (1, 249) | .044 | M = 10.2, SD = 6.91 | M = 8.2, SD = 6.78 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Regelverletzendes Verhalten* | 10.991 | (1, 249) | .001 | M = 6.0, SD = 4.51 | M = 4.0, SD = 3.49 |
| Aggressives Verhalten* | 13.072 | (1, 249) | < .001 | M = 16.6, SD = 11.04 | M = 11.1, SD = 9.28 |

In Bezug auf mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

## 2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

| Geprüfte Variable | F | df | p | Deskriptive Statistiken $_{IG}$ | Deskriptive Statistiken $_{KG}$ |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Elternberichtet*** | | | | | |
| **Kidscreen-27*** | **4.573** | **(5, 294)** | **< .001** | **N = 195** | **N = 60** |
| Körperliches Wohlbefinden | 1.772 | (1, 253) | .184 | - | - |
| Psychisches Wohlbefinden* | 16.655 | (1, 253) | < .001 | M = 32.1; SD = 3.61 | M = 34.3; SD = 3.55 |
| Soziale Unterstützung | 1.305 | (1, 253) | .254 | - | - |
| Eltern und Autonomie* | 4.030 | (1, 253) | .046 | M = 53.8; SD = 9.94 | M = 56.9, SD = 11.60 |
| Schulisches Umfeld* | 9.782 | (1, 253) | .002 | M = 40.9; SD = 12.40 | M = 46.7, SD = 13.31 |

In Bezug auf mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

## 2.3 Schulabsentismus und Schulnoten

| Geprüfte Variable | Prüfstatistik (sofern nicht anders angegeben F) | df | p | Deskriptive Statistiken $_{IG}$ | Deskriptive Statistiken $_{KG}$ |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Elternberichtet*** | | | | | |
| **Fehltage (Elternangabe)** | | | | | |
| Fehlzeiten ohne Krankheit und Schulausschuss | $X^2 = 4.796$ | 5 | .441 | - | - |
| Fehlzeiten mit Krankheit und Schulausschluss | $X^2 = 13.673$ | 5 | .018 | Siehe Bericht | Siehe Bericht |
| **Motive (SRAS-R Eltern))** | **4.446** | **(4, 162)** | **.002** | **N = 134** | **N = 33** |
| Vermeidung negativer Affektivität* | 12.844 | (1, 167) | < .001 | M = 2.6, SD = 0.93 | M = 1.9, SD = 0.85 |
| Vermeidung sozialer und Bewertungssituationen* | 9.259 | (1, 167) | .003 | M = 1.2, SD = 0.79 | M = 1.6, SD = 0.66 |
| Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten | 0.393 | (1, 167) | .532 | - | - |
| Aufsuchen von attraktiveren Tätigkeiten | 0.164 | (1, 167) | .164 | - | - |
| **Schulnoten** | | | | | |
| Mittlere schulische Leistung | T = 4.252 | 107 | < .001 | M = 3.4, SD = 0.94, N = 84 | M = 2.7, SD = 0.62, N = 25 |
| ***Selbstberichtet (KuJ)*** | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fehltage (Angabe KuJ)** | | | | | |
| Fehlzeiten ohne Krankheit und Schulausschuss | $X^2 = 38.910$ | 5 | < . 001 | Siehe Bericht | Siehe Bericht |
| Fehlzeiten mit Krankheit und Schulausschluss | $X^2 = 3.431$ | 5 | .634 | Siehe Bericht | Siehe Bericht |
| **Motive (SRAS-R KuJ)** | **3.825** | **(4, 99)** | **.006** | **N = 75** | **N = 29** |
| Vermeidung negativer Affektivität | 0.915 | (1, 102) | .341 | - | - |
| Vermeidung sozialer und Bewertungssituationen | 2.120 | (1, 102) | .148 | **-** | **-** |
| Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten | 1.701 | (1, 102) | .195 | - | - |
| Aufsuchen von attraktiveren Tätigkeiten | 6.770 | (1, 102) | .011 | M = 1.9, SD = 0.84 | M = 2.4, SD = 0.80 |

In Bezug auf mit * markierte Variablen lassen sich Unterschiede zwischen Fällen mit und ohne Dropout feststellen.

**Anlage 6: Übersicht über sämtliche Prä-Post-IG-KG-Vergleiche (KuJ)**

**(auch an den imputierten Datensätzen erzielte Ergebnisse)**

# Übersicht über Ergebnisse der Prä-Post-IG-KG-Vergleiche am KuJ-Datensatz

# Inhalt


1 SDQ (Gesamtproblemwert) ..... 1
1.1 Eltern ..... 1
1.2 KuJ ..... 1
1.3 Lehrkräfte ..... 2
2 CBCL/YSR/TRF ..... 2
2.1 Gesamtauffälligkeit ..... 2
2.1.1 Eltern (CBCL) ..... 2
2.1.2 KuJ (YSR) ..... 3
2.1.3 Lehrkräfte (TRF) ..... 3
2.2 Skala Internale Probleme ..... 4
2.2.1 Eltern (CBCL) ..... 4
2.2.2 KuJ (YSR) ..... 4
2.2.3 Lehrkräfte (TRF) ..... 5
2.3 Skala Externale Probleme ..... 5
2.3.1 Eltern (CBCL) ..... 5
2.3.2 KuJ (YSR) ..... 6
2.3.3 Lehrkräfte (TRF) ..... 6
3 Kidscreen ..... 7
3.1 Skala Körperliches Wohlbefinden ..... 7
3.2 Skala Psychisches Wohlbefinden ..... 7
3.3 Skala Eltern und Autonomie ..... 8
3.4 Skala Soziale Unterstützung ..... 8
3.5 Skala Schulisches Umfeld ..... 9
4 Schulnoten ..... 9
4.1 Vergleich Schulnoten ..... 9
4.2 Vergleich Kompetenzzeugnisnoten ..... 10
5 Absentismus Motive/SRAS-R-Skalen ..... 10
5.1 Elterneinschätzung ..... 10
5.1.1 Vermeidung negativer Affektivität ..... 10
5.1.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen ..... 10
5.1.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten ..... 11
5.1.4 Aufsuchen attraktiverer Tätigkeiten ..... 11
5.2 Selbsteinschätzung (KuJ) ..... 12
5.2.1 Vermeidung negativer Affektivität ..... 12
5.2.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen ..... 12

5.2.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten ..... 12
5.2.4 Aufsuchen attraktiverer Tätigkeiten ..... 13

# 1 SDQ (Gesamtproblemwert)

## 1.1 Eltern

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 174) = 7.84$, $p = .006$, partielles $\eta^2 = .043$ | $M_{IG}$: 19.8 (SD: 6.11)<br>$M_{KG}$: 17.9 (SD: 6.54) | $M_{IG}$: 14.3 (SD: 6.78)<br>$M_{KG}$: 15.8 (SD: 7.02) | $N_{IG}$: 143<br>$N_{KG}$: 33 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 188) = 9.97$, $p = .002$, partielles $\eta^2 = .050$ | $M_{IG}$: 19.9 (SD: 6.06)<br>$M_{KG}$: 17.6 (SD: 6.40) | $M_{IG}$: 14.4 (SD: 6.89)<br>$M_{KG}$: 15.7 (SD: 6.81) | $N_{IG}$: 154<br>$N_{KG}$: 36 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 387) = 8.62$, $p = .004$, partielles $\eta^2 = .022$ | $M_{IG}$: 19.1 (SD: 5.75)<br>$M_{KG}$: 18.3 (SD: 5.65) | $M_{IG}$: 17.1 (SD: 6.73)<br>$M_{KG}$: 17.4 (SD: 6.05) | $N_{IG}$: 311<br>$N_{KG}$: 78 |

## 1.2 KuJ

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | Prä: X<br>Post: ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 77) = 0.75$, $p = .389$, partielles $\eta^2 = .010$ | $M_{IG}$: 17.8 (SD: 6.31)<br>$M_{KG}$: 17.7 (SD: 4.32) | $M_{IG}$: 15.0 (SD: 6.31)<br>$M_{KG}$: 16.1 (SD: 7.18) | $N_{IG}$: 50<br>$N_{KG}$: 29 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 82) = 0.58$, $p = .450$, partielles $\eta^2 = .007$ | $M_{IG}$: 17.8 (SD: 6.23)<br>$M_{KG}$: 17.7 (SD: 4.77) | $M_{IG}$: 15.2 (SD: 6.33)<br>$M_{KG}$: 16.1 (SD: 7.18) | $N_{IG}$: 52<br>$N_{KG}$: 32 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 205) = 0.27$, $p = .604$, partielles $\eta^2 = .001$ | $M_{IG}$: 18.6 (SD: 5.72<br>$M_{KG}$: 17.2 (SD: 5.83) | $M_{IG}$: 17.6 (SD: 6.04)<br>$M_{KG}$: 16.4 (SD: 6.81) | $N_{IG}$: 135<br>$N_{KG}$: 72 |

## 1.3 Lehrkräfte

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 149) = 6.84$, $p = .010$, partielles $\eta^2 = .044$ | $M_{IG}$: 15.9 (SD: 5.84)<br>$M_{KG}$: 13.5 (SD: 5.77) | $M_{IG}$: 14.1 (SD: 5.48)<br>$M_{KG}$: 13.9 (SD: 6.58) | $N_{IG}$: 107<br>$N_{KG}$: 44 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 150) = 6.70$, $p = .011$, partielles $\eta^2 = .043$ | $M_{IG}$: 16.1 (SD: 5.82)<br>$M_{KG}$: 13.6 (SD: 5.70) | $M_{IG}$: 14.1 (SD: 5.46)<br>$M_{KG}$: 13.9 (SD: 6.57) | $N_{IG}$: 108<br>$N_{KG}$: 44 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 283) = 5.96$, $p = .015$, partielles $\eta^2 = .021$ | $M_{IG}$: 16.3 (SD: 5.68)<br>$M_{KG}$: 14.2 (SD: 6.15) | $M_{IG}$: 15.2 (SD: 5.63)<br>$M_{KG}$: 14.4 (SD: 6.61) | $N_{IG}$: 208<br>$N_{KG}$: 77 |

# 2 CBCL/YSR/TRF

## 2.1 Gesamtauffälligkeit

### 2.1.1 Eltern (CBCL)

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: X<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 166) = 2.21$, $p = .139$, partielles $\eta^2 = .013$ | $M_{IG}$: 68.5 (SD: 8.94)<br>$M_{KG}$: 65.9 (SD: 10.53) | $M_{IG}$: 63.9 (SD: 11.19)<br>$M_{KG}$: 63.8 (SD: 11.30) | $N_{IG}$: 139<br>$N_{KG}$: 29 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: X<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 197) = 2.23$, $p = .137$, partielles $\eta^2 = .011$ | $M_{IG}$: 69.6 (SD: 8.99)<br>$M_{KG}$: 67.4 (SD: 10.64) | $M_{IG}$: 63.9 (SD: 10.94)<br>$M_{KG}$: 64.9 (SD: 11.63) | $N_{IG}$: 164<br>$N_{KG}$: 35 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 337) = 2.88$, $p = .091$, partielles $\eta^2 = .008$ | $M_{IG}$: 68.8 (SD: 8.54)<br>$M_{KG}$: 67.5 (SD: 10.24) | $M_{IG}$: 66.0 (SD: 10.12)<br>$M_{KG}$: 66.2 (SD: 10.88) | $N_{IG}$: 273<br>$N_{KG}$: 66 |

### 2.1.2 KuJ (YSR)

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 50) = .18$, $p = .677$, partielles $\eta^2 = .004$ | $M_{IG}$: 63.8 (SD: 10.58)<br>$M_{KG}$: 57.6 (SD: 8.12) | $M_{IG}$: 60.6 (SD: 10.83)<br>$M_{KG}$: 53.3 (SD: 7.16) | $N_{IG}$: 45<br>$N_{KG}$: 7 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 69) = .39$, $p = .531$, partielles $\eta^2 = .006$ | $M_{IG}$: 64.9 (SD: 10.56)<br>$M_{KG}$: 60.8 (SD: 10.04) | $M_{IG}$: 60.9 (SD: 10.16)<br>$M_{KG}$: 55.3 (SD: 8.54) | $N_{IG}$: 61<br>$N_{KG}$: 10 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 137) = .02$, $p = .903$, partielles $\eta^2 < .001$ | $M_{IG}$: 65.4 (SD: 10.77)<br>$M_{KG}$: 61.0 (SD: 11.83) | $M_{IG}$: 63.3 (SD: 10.86)<br>$M_{KG}$: 58.8 (SD: 11.74) | $N_{IG}$: 115<br>$N_{KG}$: 24 |

### 2.1.3 Lehrkräfte (TRF)

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **✓**<br>Kennwerte: $F(1, 36) = 5.68$, $p = .023$, partielles $\eta^2 = .136$ | $M_{IG}$: 72.5 (SD: 32.69)<br>$M_{KG}$: 53.4 (SD: 26.71) | $M_{IG}$: 58.6 (SD: 31.28)<br>$M_{KG}$: 57.6 (SD: 31.52) | $N_{IG}$: 25<br>$N_{KG}$: 13 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 107) = 3.04$, $p = .084$, partielles $\eta^2 = .028$ | $M_{IG}$: 75.5 (SD: 30.45)<br>$M_{KG}$: 58.0 (SD: 25.65) | $M_{IG}$: 63.3 (SD: 30.29)<br>$M_{KG}$: 56.1 (SD: 31.69) | $N_{IG}$: 82<br>$N_{KG}$: 27 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 206) = 2.79$, $p = .096$, partielles $\eta^2 = .013$ | $M_{IG}$: 71.7 (SD: 30.32)<br>$M_{KG}$: 56.9 (SD: 28.85) | $M_{IG}$: 65.3 (SD: 30.04)<br>$M_{KG}$: 55.9 (SD: 31.80) | $N_{IG}$: 157<br>$N_{KG}$: 51 |

## 2.2 Skala Internale Probleme

### 2.2.1 Eltern (CBCL)

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 172) = .79$, $p = .373$,<br>partielles $\eta^2 = .005$ | $M_{IG}$: 66.4<br>(SD: 9.96)<br>$M_{KG}$: 64.4<br>(SD: 9.23) | $M_{IG}$: 62.1<br>(SD: 10.84)<br>$M_{KG}$: 61.5<br>(SD: 10.90) | $N_{IG}$: 143<br>$N_{KG}$: 31 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 198) = .24$, $p = .626$,<br>partielles $\eta^2 = .001$ | $M_{IG}$: 66.2<br>(SD: 9.94)<br>$M_{KG}$: 64.5<br>(SD: 8.81) | $M_{IG}$: 62.3<br>(SD: 10.48)<br>$M_{KG}$: 61.3<br>(SD: 10.61) | $N_{IG}$: 166<br>$N_{KG}$: 34 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 341) = .69$, $p = .404$ ,<br>partielles $\eta^2 = .002$ | $M_{IG}$: 66.9<br>(SD: 9.44)<br>$M_{KG}$: 63.9<br>(SD: 10.61) | $M_{IG}$: 64.5<br>(SD: 10.13)<br>$M_{KG}$: 62.4<br>(SD: 11.44) | $N_{IG}$: 276<br>$N_{KG}$: 67 |

### 2.2.2 KuJ (YSR)

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 62) = .82$, $p = .368$,<br>partielles $\eta^2 = .013$ | $M_{IG}$: 65.3<br>(SD: 12.32)<br>$M_{KG}$: 58.8<br>(SD: 11.64) | $M_{IG}$: 61.7<br>(SD: 10.98)<br>$M_{KG}$: 57.6<br>(SD: 6.88) | $N_{IG}$: 54<br>$N_{KG}$: 10 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 68) = 1.18$, $p = .281$,<br>partielles $\eta^2 = .017$ | $M_{IG}$: 65.7<br>(SD: 12.46)<br>$M_{KG}$: 58.8<br>(SD: 11.64) | $M_{IG}$: 61.5<br>(SD: 11.54)<br>$M_{KG}$: 57.6<br>(SD: 6.88) | $N_{IG}$: 60<br>$N_{KG}$: 10 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 137) = 1.57$, $p = .213$,<br>partielles $\eta^2 = .011$ | $M_{IG}$: 65.5<br>(SD: 12.24)<br>$M_{KG}$: 60.0<br>(SD: 13.04) | $M_{IG}$: 63.3<br>(SD: 11.92)<br>$M_{KG}$: 59.5<br>(SD: 11.71) | $N_{IG}$: 115<br>$N_{KG}$: 24 |

### 2.2.3 Lehrkräfte (TRF)

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 84) = 4.36$, $p = .040$, partielles $\eta^2 = .049$ | $M_{IG}$: 14.2 (SD: 8.59)<br>$M_{KG}$: 9.5 (SD: 8.35) | $M_{IG}$: 12.4 (SD: 7.96)<br>$M_{KG}$: 10.9 (SD: 6.61) | $N_{IG}$: 62<br>$N_{KG}$: 24 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 150) = 4.04$ , $p = .046$, partielles $\eta^2 = .026$ | $M_{IG}$: 15.4 (SD: 8.99)<br>$M_{KG}$: 11.1 (SD: 8.59) | $M_{IG}$: 13.0 (SD: 8.22)<br>$M_{KG}$: 11.3 (SD: 8.12) | $N_{IG}$: 112<br>$N_{KG}$: 40 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | X | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 275) = 3.73$, $p = .054$, partielles $\eta^2 = .013$ | $M_{IG}$: 15.2 (SD: 8.69)<br>$M_{KG}$: 11.3 (SD: 9.48) | $M_{IG}$: 13.9 (SD: 8.33)<br>$M_{KG}$: 11.4 (SD: 9.23) | $N_{IG}$: 207<br>$N_{KG}$: 70 |

## 2.3 Skala Externale Probleme

### 2.3.1 Eltern (CBCL)

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 196) = .81$, $p = .370$, partielles $\eta^2 = .004$ | $M_{IG}$: 64.7 (SD: 9.99)<br>$M_{KG}$: 63.6 (SD: 10.31) | $M_{IG}$: 61.0 (SD: 11.58)<br>$M_{KG}$: 61.2 (SD: 12.75) | $N_{IG}$: 163<br>$N_{KG}$: 35 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 202) = .49$, $p = .485$, partielles $\eta^2 = .002$ | $M_{IG}$: 64.7 (SD: 10.04)<br>$M_{KG}$: 63.7 (SD: 10.32) | $M_{IG}$: 61.1 (SD: 11.63)<br>$M_{KG}$: 61.1 (SD: 12.59) | $N_{IG}$: 168<br>$N_{KG}$: 36 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 347) = .86$, $p = .354$, partielles $\eta^2 = .002$ | $M_{IG}$: 64.5 (SD: 10.08)<br>$M_{KG}$: 63.6 (SD: 9.49) | $M_{IG}$: 62.3 (SD: 11.15)<br>$M_{KG}$: 62.2 (SD: 10.89) | $N_{IG}$: 281<br>$N_{KG}$: 68 |

### 2.3.2 KuJ (YSR)

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 59) = 1.16$, $p = .285$,<br>partielles $\eta^2 = .019$ | $M_{IG}$: 56.7<br>(SD: 9.51)<br>$M_{KG}$: 55.1<br>(SD: 8.92) | $M_{IG}$: 54.2<br>(SD: 10.59)<br>$M_{KG}$: 50.1<br>(SD: 7.62) | $N_{IG}$: 53<br>$N_{KG}$: 8 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 68) = 1.73$, $p = .192$,<br>partielles $\eta^2 = .025$ | $M_{IG}$: 57.3<br>(SD: 9.75)<br>$M_{KG}$: 56.0<br>(SD: 8.82) | $M_{IG}$: 54.4<br>(SD: 10.39)<br>$M_{KG}$: 50.2<br>(SD: 7.39) | $N_{IG}$: 60<br>$N_{KG}$: 10 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 137) = .68$, $p = .411$,<br>partielles $\eta^2 = .005$ | $M_{IG}$: 57.9<br>(SD: 9.61)<br>$M_{KG}$: 56.8<br>(SD: 10.35) | $M_{IG}$: 56.3<br>(SD: 10.15)<br>$M_{KG}$: 54.4<br>(SD: 10.51) | $N_{IG}$: 115<br>$N_{KG}$: 24 |

### 2.3.3 Lehrkräfte (TRF)

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 87) = 5.50$, $p = .021$,<br>partielles $\eta^2 = .059$ | $M_{IG}$: 23.5<br>(SD: 14.86)<br>$M_{KG}$: 13.9<br>(SD: 11.77) | $M_{IG}$: 19.6<br>(SD: 14.44)<br>$M_{KG}$: 15.1<br>(SD: 13.21) | $N_{IG}$: 64<br>$N_{KG}$: 25 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 150) = 3.72$, $p = .056$,<br>partielles $\eta^2 = .024$ | $M_{IG}$: 22.9<br>(SD: 14.89)<br>$M_{KG}$: 14.4<br>(SD: 11.99) | $M_{IG}$: 19.5<br>(SD: 14.99)<br>$M_{KG}$: 14.6<br>(SD: 13.48) | $N_{IG}$: 112<br>$N_{KG}$: 40 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 275) = 3.43$, $p = .065$,<br>partielles $\eta^2 = .012$ | $M_{IG}$: 22.4<br>(SD: 14.64)<br>$M_{KG}$: 15.7<br>(SD: 12.33) | $M_{IG}$: 20.6<br>(SD: 14.73)<br>$M_{KG}$: 15.8<br>(SD: 13.15) | $N_{IG}$: 207<br>$N_{KG}$: 70 |

# 3 Kidscreen

## 3.1 Skala Körperliches Wohlbefinden

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 144) = .06$, $p = .811$, partielles $\eta^2 < .001$ | $M_{IG}$: 45.3 (SD: 11.75)<br>$M_{KG}$: 46.6 (SD: 10.45) | $M_{IG}$: 45.9 (SD: 12.37)<br>$M_{KG}$: 47.8 (SD: 11.60) | $N_{IG}$: 112<br>$N_{KG}$: 34 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 148) = .05$, $p = .829$, partielles $\eta^2 < .001$ | $M_{IG}$: 44.8 (SD: 11.92)<br>$M_{KG}$: 46.6 (SD: 10.30) | $M_{IG}$: 45.7 (SD: 12.29)<br>$M_{KG}$: 47.8 (SD: 11.43) | $N_{IG}$: 115<br>$N_{KG}$: 35 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 289) = .05$, $p = .821$, partielles $\eta^2 < .001$ | $M_{IG}$: 44.5 (SD: 11.59)<br>$M_{KG}$: 46.3 (SD: 11.42) | $M_{IG}$: 44.9 (SD: 11.81)<br>$M_{KG}$: 46.9 (SD: 11.99) | $N_{IG}$: 224<br>$N_{KG}$: 67 |

## 3.2 Skala Psychisches Wohlbefinden

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: X<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 141) = 2.84$, $p = .094$, partielles $\eta^2 = .020$ | $M_{IG}$: 32.4 (SD: 3.48)<br>$M_{KG}$: 33.8 (SD: 3.28) | $M_{IG}$: 32.7 (SD: 4.07)<br>$M_{KG}$: 32.4 (SD: 3.19) | $N_{IG}$: 110<br>$N_{KG}$: 33 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 145) = 2.95$, $p = .088$, partielles $\eta^2 = .020$ | $M_{IG}$: 32.2 (SD: 3.56)<br>$M_{KG}$: 33.9 (SD: 3.31) | $M_{IG}$: 32.5 (SD: 4.24)<br>$M_{KG}$: 32.6 (SD: 3.40) | $N_{IG}$: 113<br>$N_{KG}$: 34 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 290) = 2.92$, $p = .089$, partielles $\eta^2 = .010$ | $M_{IG}$: 32.1 (SD: 3.84)<br>$M_{KG}$: 34.3 (SD: 3.74) | $M_{IG}$: 32.3 (SD: 4.18)<br>$M_{KG}$: 33.7 (SD: 3.90) | $N_{IG}$: 224<br>$N_{KG}$: 68 |

## 3.3 Skala Eltern und Autonomie

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 137) = 1.89$, $p = .172$, partielles $\eta^2 = .014$ | $M_{IG}$: 53.7 (SD: 9.52)<br>$M_{KG}$: 56.7 (SD: 10.95) | $M_{IG}$: 54.7 (SD: 9.63)<br>$M_{KG}$: 59.7 (SD: 11.39) | $N_{IG}$: 107<br>$N_{KG}$: 32 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 147) = 1.63$, $p = .203$, partielles $\eta^2 = .011$ | $M_{IG}$: 53.8 (SD: 9.71)<br>$M_{KG}$: 54.8 (SD: 11.45) | $M_{IG}$: 55.1 (SD: 9.88)<br>$M_{KG}$: 58.6 (SD: 11.66) | $N_{IG}$: 114<br>$N_{KG}$: 35 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 290) = 1.65$, $p = .201$, partielles $\eta^2 = .006$ | $M_{IG}$: 53.9 (SD: 10.15)<br>$M_{KG}$: 56.6 (SD: 11.81) | $M_{IG}$: 54.7 (SD: 10.23)<br>$M_{KG}$: 58.6 (SD: 11.75) | $N_{IG}$: 224<br>$N_{KG}$: 68 |

## 3.4 Skala Soziale Unterstützung

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | X | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 131) = .16$, $p = .693$, partielles $\eta^2 = .001$ | $M_{IG}$: 45.2 (SD: 14.96)<br>$M_{KG}$: 48.8 (SD: 13.04) | $M_{IG}$: 48.2 (SD: 15.53)<br>$M_{KG}$: 50.4 (SD: 13.69) | $N_{IG}$: 103<br>$N_{KG}$: 30 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | X | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 149) = .15$, $p = .701$, partielles $\eta^2 = .001$ | $M_{IG}$: 44.8 (SD: 15.26)<br>$M_{KG}$: 47.9 (SD: 14.03) | $M_{IG}$: 47.7 (SD: 15.51)<br>$M_{KG}$: 49.6 (SD: 14.69) | $N_{IG}$: 116<br>$N_{KG}$: 35 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | X | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 288) = .15$, $p = .704$, partielles $\eta^2 = .001$ | $M_{IG}$: 45.1 (SD: 15.68)<br>$M_{KG}$: 46.8 (SD: 14.76) | $M_{IG}$: 46.6 (SD: 15.68)<br>$M_{KG}$: 47.7 (SD: 15.18) | $N_{IG}$: 223<br>$N_{KG}$: 67 |

## 3.5 Skala Schulisches Umfeld

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | X | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 134) = .29$, $p = .589$, partielles $\eta^2 = .002$ | $M_{IG}$: 43.1 (SD: 11.31)<br>$M_{KG}$: 46.8 (SD: 10.16) | $M_{IG}$: 45.4 (SD: 13.07)<br>$M_{KG}$: 47.9 (SD: 11.86) | $N_{IG}$: 103<br>$N_{KG}$: 33 |
| Einzl. fehl. W. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 141) = .87$, $p = .354$, partielles $\eta^2 = .006$ | $M_{IG}$: 43.2 (SD: 11.17)<br>$M_{KG}$: 47.7 (SD: 10.73) | $M_{IG}$: 45.3 (SD: 12.97)<br>$M_{KG}$: 47.8 (SD: 11.64) | $N_{IG}$: 108<br>$N_{KG}$: 35 |
| Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 287) = .82$, $p = .367$, partielles $\eta^2 = .003$ | $M_{IG}$: 41.5 (SD: 12.46)<br>$M_{KG}$: 46.0 (SD: 13.55) | $M_{IG}$: 42.6 (SD: 13.48)<br>$M_{KG}$: 46.1 (SD: 13.93) | $N_{IG}$: 221<br>$N_{KG}$: 68 |

# 4 Schulnoten

## 4.1 Vergleich Schulnoten

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 51) = .89$, $p = .349$, partielles $\eta^2 = .017$ | $M_{IG}$: 3.3 (SD: 0.75)<br>$M_{KG}$: 2.7 (SD: 0.55) | $M_{IG}$: 3.3 (SD: 0.78)<br>$M_{KG}$: 2.9 (SD: 0.85) | $N_{IG}$: 38<br>$N_{KG}$: 15 |
| fehl. Postmess. imp. | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: ✓<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | Prä: X<br>Post: ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 107) = 1.11$, $p = .295$, partielles $\eta^2 = .010$ | $M_{IG}$: 3.6 (SD: 0.96)<br>$M_{KG}$: 2.7 (SD: 0.62) | $M_{IG}$: 3.3 (SD: 0.97)<br>$M_{KG}$: 2.8 (SD: 0.81) | $N_{IG}$: 84<br>$N_{KG}$: 25 |

## 4.2 Vergleich Kompetenzzeugnisnoten

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | X | ✓ | X | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 98) = .34$, $p = .561$, partielles $\eta^2 = .003$ | $M_{IG}$: 2.6 (SD: 0.86)<br>$M_{KG}$: 2.9 (SD: 0.64) | $M_{IG}$: 2.5 (SD: 0.91)<br>$M_{KG}$: 2.9 (SD: 0.74) | $N_{IG}$: 85<br>$N_{KG}$: 15 |
| fehl. Postmess. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 202) = .44$, $p = .507$, partielles $\eta^2 = .002$ | $M_{IG}$: 2.6 (SD: 0.86)<br>$M_{KG}$: 2.6 (SD: 0.75) | $M_{IG}$: 2.5 (SD: 0.88)<br>$M_{KG}$: 2.6 (SD: 0.79) | $N_{IG}$: 166<br>$N_{KG}$: 38 |

# 5 Absentismus Motive/SRAS-R-Skalen

## 5.1 Elterneinschätzung

### 5.1.1 Vermeidung negativer Affektivität

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | X | ✓ | Prä: X<br>Post: ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 76) = 4.57$, $p = .036$, partielles $\eta^2 = .057$ | $M_{IG}$: 2.5 (SD: 1)<br>$M_{KG}$: 1.6 (SD: 0.66) | $M_{IG}$: 2.1 (SD: 0.99)<br>$M_{KG}$: 1.8 (SD: 0.86) | $N_{IG}$: 64<br>$N_{KG}$: 14 |
| fehl. Postmess. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 165) = 4.48$, $p = .036$, partielles $\eta^2 = .026$ | $M_{IG}$: 2.6 (SD: 0.93)<br>$M_{KG}$: 1.9 (SD: 0.85) | $M_{IG}$: 2.4 (SD: 0.95)<br>$M_{KG}$: 2 (SD: 0.90) | $N_{IG}$: 134<br>$N_{KG}$: 33 |

### 5.1.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | X | ✓ | Prä: X<br>Post: ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 76) = 4.23$, $p = .043$, partielles $\eta^2 = .053$ | $M_{IG}$: 2.1 (SD: .78)<br>$M_{KG}$: 1.4 (SD: 0.48) | $M_{IG}$: 1.7 (SD: 0.79)<br>$M_{KG}$: 1.44 (SD: 0.60) | $N_{IG}$: 64<br>$N_{KG}$: 14 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| fehl. Postmess. imp. | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | Prä: X<br>Post: ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 165) = 4.17$, $p = .043$, partielles $\eta^2 = .025$ | $M_{IG}$: 2.1<br>(SD: 0.79)<br>$M_{KG}$: 1.6<br>(SD: 0.66) | $M_{IG}$: 1.9<br>(SD: 0.81)<br>$M_{KG}$: 1.6<br>(SD: 0.69) | $N_{IG}$: 134<br>$N_{KG}$: 33 |

### 5.1.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | X | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 76) = 1.10$, $p = .297$, partielles $\eta^2 = .014$ | $M_{IG}$: 2.2<br>(SD: .89)<br>$M_{KG}$: 2<br>(SD: 1.12) | $M_{IG}$: 1.8<br>(SD: 0.81)<br>$M_{KG}$: 1.8<br>(SD: 0.71) | $N_{IG}$: 64<br>$N_{KG}$: 14 |
| fehl. Postmess. imp | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 165) = 1.32$, $p = .252$, partielles $\eta^2 = .008$ | $M_{IG}$: 2.2<br>(SD: 0.85)<br>$M_{KG}$: 2.1<br>(SD: 0.95) | $M_{IG}$: 2<br>(SD: 0.84)<br>$M_{KG}$: 2<br>(SD: 0.83) | $N_{IG}$: 134<br>$N_{KG}$: 33 |

### 5.1.4 Aufsuchen attraktiverer Tätigkeiten

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: X<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | X | ✓ | ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 76) = 0.95$, $p = .334$, partielles $\eta^2 = .012$ | $M_{IG}$: 1.8<br>(SD: .73)<br>$M_{KG}$: 2<br>(SD: 0.68) | $M_{IG}$: 1.8<br>(SD: 0.74)<br>$M_{KG}$: 1.7<br>(SD: 0.57) | $N_{IG}$: 64<br>$N_{KG}$: 14 |
| fehl. Postmess. imp | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 165) = 0.76$, $p = .384$, partielles $\eta^2 = .005$ | $M_{IG}$: 1.9<br>(SD: 0.81)<br>$M_{KG}$: 1.9<br>(SD: 0.70) | $M_{IG}$: 1.8<br>(SD: 0.82)<br>$M_{KG}$: 1.8<br>(SD: 0.67) | $N_{IG}$: 134<br>$N_{KG}$: 33 |

## 5.2 Selbsteinschätzung (KuJ)

### 5.2.1 Vermeidung negativer Affektivität

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: X<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | X | ✓ | Prä: X<br>Post: ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 38) = 5.16$, $p = .029$, partielles $\eta^2 = .120$ | $M_{IG}$: 2.6 (SD: 0.92)<br>$M_{KG}$: 2.7 (SD: 0.21) | $M_{IG}$: 2.3 (SD: 0.97)<br>$M_{KG}$: 1.5 (SD: 0.77) | $N_{IG}$: 35<br>$N_{KG}$: 5 |
| fehl. Postmess. imp | Prä IG: X<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | X | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 102) = 0.61$, $p = .437$, partielles $\eta^2 = .006$ | $M_{IG}$: 2.5 (SD: 0.87)<br>$M_{KG}$: 2.3 (SD: 0.58) | $M_{IG}$: 2.4 (SD: 0.89)<br>$M_{KG}$: 2.1 (SD: 0.67) | $N_{IG}$: 75<br>$N_{KG}$: 29 |

### 5.2.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | X | ✓ | Prä: ✓<br>Post: X | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 38) = 2.90$, $p = .097$, partielles $\eta^2 = .071$ | $M_{IG}$: 2.1 (SD: 0.69)<br>$M_{KG}$: 2.3 (SD: 0.46) | $M_{IG}$: 1.9 (SD: 0.85)<br>$M_{KG}$: 1.4 (SD: 0.41) | $N_{IG}$: 35<br>$N_{KG}$: 5 |
| fehl. Postmess. imp | Prä IG: X<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | X | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 102) = 0.19$, $p = .665$, partielles $\eta^2 = .002$ | $M_{IG}$: 1.9 (SD: 0.78)<br>$M_{KG}$: 2.2 (SD: 0.52) | $M_{IG}$: 1.8 (SD: 0.85)<br>$M_{KG}$: 2 (SD: 0.59) | $N_{IG}$: 75<br>$N_{KG}$: 29 |

### 5.2.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 38) = 4.46$, $p = .041$, partielles $\eta^2 = .105$ | $M_{IG}$: 2.4 (SD: 0.79)<br>$M_{KG}$: 2.8 (SD: 0.53) | $M_{IG}$: 2 (SD: 0.80)<br>$M_{KG}$: 1.67 (SD: 0.82) | $N_{IG}$: 35<br>$N_{KG}$: 5 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| fehl. Postmess. imp | Prä IG: X<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | ✓ | ✓ | Prä: X<br>Post: ✓ | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 102) = 1.66$, $p = .200$, partielles $\eta^2 = .016$ | $M_{IG}$: 2.2<br>(SD: 0.83)<br>$M_{KG}$: 2.4<br>(SD: 0.61) | $M_{IG}$: 2.1<br>(SD: 0.82)<br>$M_{KG}$: 2.2<br>(SD: 0.68) | $N_{IG}$: 75<br>$N_{KG}$: 29 |

### 5.2.4 Aufsuchen attraktiverer Tätigkeiten

| | Voraussetzungen | | | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Normalvert. | Ausreißer | Sphärizität | Varianzgleich. | Interaktionseffekt | M Prä | M Post | N |
| Per Protocol | Prä IG: ✓<br>Prä KG: ✓<br>Post IG: X<br>Post KG: ✓ | X | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 38) = 15.15$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .285$ | $M_{IG}$: 2<br>(SD: 0.89)<br>$M_{KG}$: 2.8<br>(SD: 0.58) | $M_{IG}$: 2<br>(SD: 0.72)<br>$M_{KG}$: 1.5<br>(SD: 0.87) | $N_{IG}$: 35<br>$N_{KG}$: 5 |
| fehl. Postmess. imp | Prä IG: X<br>Prä KG: X<br>Post IG: X<br>Post KG: X | ✓ | ✓ | ✓ | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 102) = 4.25$, $p = .042$, partielles $\eta^2 = .040$ | $M_{IG}$: 1.9<br>(SD: 0.84)<br>$M_{KG}$: 2.4<br>(SD: 0.80) | $M_{IG}$: 1.98<br>(SD: 0.84)<br>$M_{KG}$: 2.2<br>(SD: 0.88) | $N_{IG}$: 75<br>$N_{KG}$: 29 |

**Anlage 7: Übersicht über die Ergebnisse der Prä-Post Vergleiche in der IG (sowie KG)**

# Übersicht über Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche in der IG (sowie KG)

# Inhalt


1. SDQ(Gesamtproblemwert) ... 1
   1.1 Eltern ... 1
   1.2 KuJ ... 1
   1.3 Lehrkräfte ... 2
2. CBCL/YSR/TRF ... 3
   2.1 Gesamtproblemwert ... 3
      2.1.1 Eltern (CBCL) ... 3
      2.1.2 KuJ (YSR) ... 4
      2.1.3 Lehrkräfte (TRF) ... 5
   2.2 Internale Probleme ... 6
      2.2.1 Eltern (CBCL) ... 6
      2.2.2 KuJ (YSR) ... 7
      2.2.3 Lehrkräfte (TRF) ... 7
   2.3 Externale Probleme ... 8
      2.3.1 Eltern (CBCL) ... 8
      2.3.2 Kinder (YSR) ... 9
      2.3.3 Lehrkräfte (TRF) ... 10
3. Kidscreen (nur Eltern erhoben) ... 11
   3.1 Skala Körperliches Wohlbefinden ... 11
   3.2 Skala Psychisches Wohlbefinden ... 12
   3.3 Skala Eltern und Autonomie ... 13
   3.4 Skala Soziale Unterstützung ... 13
   3.5 Skala Schulisches Umfeld ... 14
4. CGAF ... 15
5. Schulabsentismus ... 16
   5.1 Nominal (liegt vor/liegt nicht vor) ... 16
      5.1.1 Eltern ... 16
      5.1.2 KuJ ... 16
   5.2 Ordinal (gruppierte Abfrage von Fehltagen) ... 17
      5.2.1 Eltern ... 17
      5.2.2 KuJ ... 18
6. Absentismus Motive/SRAS-R-Skalen ... 19
   6.1 Elterneinschätzung ... 19
      6.1.1 Vermeidung negativer Affektivität ... 19
      6.1.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen ... 19

6.1.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten ..... 20
6.1.4 Aufsuchen attraktiverer Tätigkeiten ..... 20
6.2 Selbsteinschätzung (KuJ) ..... 21
6.2.1 Vermeidung negativer Affektivität ..... 21
6.2.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen ..... 21
6.2.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten ..... 22
6.2.4 Aufsuchen attraktiverer Tätigkeiten ..... 23
7. Schulnoten ..... 23

# 1. SDQ(Gesamtproblemwert)

## 1.1 Eltern

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 142) = 107.11$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .430$ | $M_{IG}$: 19.83<br>(SD: 6.11) | $M_{IG}$: 14.29<br>(SD: 6.78) | $N_{IG}$: 143 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 153) = 114.83$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .429$ | $M_{IG}$: 19.94<br>(SD: 6.06) | $M_{IG}$: 14.40<br>(SD: 6.89) | N: 154 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 310) = 83.55$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .212$ | $M_{IG}$: 19.81<br>(SD: 5.75) | $M_{IG}$: 17.06<br>(SD: 6.73) | $N_{IG}$: 311 |
| KG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 32) = 5.642$, $p = .024$, partielles $\eta^2 = .150$ | $M_{KG}$: 17.97<br>(SD: 6.54) | $M_{KG}$: 15.79<br>(SD: 7.02) | $N_{KG}$: 33 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 35) = 5$ $p = .032$, partielles $\eta^2 = .125$ | $M_{KG}$: 17.61<br>(SD: 6.40) | $M_{KG}$: 15.69<br>(SD: 6.81) | $N_{KG}$: 36 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 77) = 4.71$, $p < .033$, partielles $\eta^2 = .058$ | $M_{KG}$: 18.26<br>(SD: 5.65) | $M_{KG}$: 17.38<br>(SD: 6.05) | $N_{KG}$: 78 |

## 1.2 KuJ

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 49) = 14.02$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .222$ | $M_{IG}$: 17.8<br>(SD: 6.31) | $M_{IG}$: 15.0<br>(SD: 6.31) | $N_{IG}$: 50 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 51) = 11.77$, $p = .001$, partielles $\eta^2 = .187$ | $M_{IG}$: 17.8<br>(SD: 6.23) | $M_{IG}$: 15.2<br>(SD: 6.33) | $N_{IG}$: 52 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 134) = 10.43$, $p = .002$, partielles $\eta^2 = .072$ | $M_{IG}$: 18.6<br>(SD: 5.72 | $M_{IG}$: 17.6<br>(SD: 6.04) | $N_{IG}$: 135 |
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 28) = 1{,}53$, $p = .226$, partielles $\eta^2 = .052$ | $M_{KG}$: 17.7<br>(SD: 4.32) | $M_{KG}$: 16.1<br>(SD: 7.18) | $N_{KG}$: 29 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 31) = 1{,}79$, $p = .191$, partielles $\eta^2 = .055$ | $M_{KG}$: 17.7<br>(SD: 4.77) | $M_{KG}$: 16.1<br>(SD: 7.18) | N: 32 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 71) = 1.76$, $p = .189$, partielles $\eta^2 = .024$ | $M_{KG}$: 17.2<br>(SD: 5.83) | $M_{KG}$: 16.4<br>(SD: 6.81) | $N_{KG}$: 72 |

## 1.3 Lehrkräfte

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 106) = 16.09$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .132$ | $M_{IG}$: 16<br>(SD: 5.84) | $M_{IG}$: 14.1<br>(SD: 5.48) | $N_{IG}$: 107 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 107) = 16.28$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .132$ | $M_{IG}$: 16.1<br>(SD: 5.82) | $M_{IG}$: 14.1<br>(SD: 5.46) | $N_{IG}$: 108 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 207) = 15.24$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .069$ | $M_{IG}$: 16.3<br>(SD: 5.68) | $M_{IG}$: 15.2<br>(SD: 5.63) | $N_{IG}$: 208 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 43) = 0.25$, $p = .618$, partielles $\eta^2 = .006$ | $M_{KG}$: 13.5<br>(SD: 5.77) | $M_{KG}$: 13.9<br>(SD: 6.58) | $N_{KG}$: 44 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 43) = 0.21$, $p = .653$, partielles $\eta^2 = .005$ | $M_{KG}$: 13.6<br>(SD: 5.70) | $M_{KG}$: 13.9<br>(SD: 6.57) | $N_{KG}$: 44 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 76) = 0.21$, $p = .650$, partielles $\eta^2 = .003$ | $M_{KG}$: 14.2<br>(SD: 6.15) | $M_{KG}$: 14.4<br>(SD: 6.61) | $N_{KG}$: 77 |

# 2. CBCL/YSR/TRF

## 2.1 Gesamtproblemwert

### 2.1.1 Eltern (CBCL)

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 138) = 41.79$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .232$ | $M_{IG}$: 68.5<br>(SD: 8.94) | $M_{IG}$: 63.9<br>(SD: 11.19) | $N_{IG}$: 139 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 163) = 51.79$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .241$ | $M_{IG}$: 69.6<br>(SD: 8.99) | $M_{IG}$: 64<br>(SD: 10.94) | $N_{IG}$: 164 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 272) = 46.07$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .145$ | $M_{IG}$: 68.8<br>(SD: 8.54) | $M_{IG}$: 66.0<br>(SD: 10.12) | $N_{IG}$: 273 |
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 28) = 2.83$, $p = .104$, partielles $\eta^2 = .092$ | $M_{KG}$: 66<br>(SD: 10.53) | $M_{KG}$: 63.8<br>(SD: 11.30) | $N_{KG}$: 29 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 34) = 4.83$, $p = .035$,<br>partielles $\eta^2 = .124$ | $M_{KG}$: 67.4<br>(SD: 10.64) | $M_{KG}$: 65<br>(SD: 11.63) | $N_{KG}$: 35 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 65) = 4.59$, $p = .036$,<br>partielles $\eta^2 = .066$ | $M_{IG}$: 68.8<br>(SD: 8.54)<br>$M_{KG}$: 67.5<br>(SD: 10.24) | $M_{IG}$: 66.0<br>(SD: 10.12)<br>$M_{KG}$: 66.2<br>(SD: 10.88) | $N_{KG}$: 66 |

### 2.1.2 KuJ (YSR)

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 44) = 11.92$, $p < .001$,<br>partielles $\eta^2 = .213$ | $M_{IG}$: 63.9<br>(SD: 10.58) | $M_{IG}$: 60.6<br>(SD: 10.83) | $N_{IG}$: 45 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 60) = 20.25$, $p < .001$,<br>partielles $\eta^2 = .252$ | $M_{IG}$: 64.95<br>(SD: 10.56) | $M_{IG}$: 60.9<br>(SD: 10.16) | $N_{IG}$: 61 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 114) = 17.62$, $p < .001$,<br>partielles $\eta^2 = .134$ | $M_{IG}$: 65.4<br>(SD: 10.77) | $M_{IG}$: 63.3<br>(SD: 10.86) | $N_{IG}$: 115 |
| KG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 6) = 6.35$, $p = .045$,<br>partielles $\eta^2 = .514$ | $M_{KG}$: 57.6<br>(SD: 8.12) | $M_{KG}$: 53.3<br>(SD: 7.16) | $N_{KG}$: 7 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 9) = 14.44$, $p = .004$,<br>partielles $\eta^2 = .616$ | $M_{KG}$: 60.8<br>(SD: 10.04) | $M_{KG}$: 55.3<br>(SD: 8.54) | $N_{KG}$: 10 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 23) = 7.94$, $p = .010$,<br>partielles $\eta^2 = .257$ | $M_{KG}$: 61.0<br>(SD: 11.83) | $M_{KG}$: 58.8<br>(SD: 11.74) | $N_{KG}$: 24 |

### 2.1.3 Lehrkräfte (TRF)

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 24) = 10.57$, $p = .003$, partielles $\eta^2 = .306$ | $M_{IG}$: 72.5<br>(SD: 32.69) | $M_{IG}$: 58.6<br>(SD: 31.28) | $N_{IG}$: 25 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 81) = 18.31$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .184$ | $M_{IG}$: 75.5<br>(SD: 30.45) | $M_{IG}$: 63.3<br>(SD: 30.29) | $N_{IG}$: 82 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 156) = 16.63$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .096$ | $M_{IG}$: 71.7<br>(SD: 30.32) | $M_{IG}$: 65.3<br>(SD: 30.04) | $N_{IG}$: 157 |
| KG | Per Protocol | X<br>Kennwerte: $F(1, 12) = 0.41$, $p = .535$, partielles $\eta^2 = .033$ | $M_{KG}$: 53.4<br>(SD: 26.71) | $M_{KG}$: 57.6<br>(SD: 31.52) | $N_{KG}$: 13 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | X<br>Kennwerte: $F(1, 26) = 0.12$, $p = .732$, partielles $\eta^2 = .005$ | $M_{KG}$: 58.0<br>(SD: 25.65) | $M_{KG}$: 56.1<br>(SD: 31.69) | $N_{KG}$: 27 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | X<br>Kennwerte: $F(1, 50) = 0.12$, $p = .729$, partielles $\eta^2 = .002$ | $M_{KG}$: 56.9<br>(SD: 28.85) | $M_{KG}$: 55.9<br>(SD: 31.80) | $N_{KG}$: 51 |

## 2.2 Internale Probleme

### 2.2.1 Eltern (CBCL)

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 142) = 35.32$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .199$ | $M_{IG}$: 66.4<br>(SD: 9.96) | $M_{IG}$: 62.1<br>(SD: 10.84) | $N_{IG}$: 143 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 165) = 33.71$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .170$ | $M_{IG}$: 66.9<br>(SD: 9.94) | $M_{IG}$: 62.3<br>(SD: 10.48) | $N_{IG}$: 166 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 275) = 31.25$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .102$ | $M_{IG}$: 66.9<br>(SD: 9.44) | $M_{IG}$: 64.5<br>(SD: 10.13) | $N_{IG}$: 276 |
| KG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 30) = 5.26$, $p = 029$, partielles $\eta^2 = .149$ | $M_{KG}$: 64.4<br>(SD: 9.22) | $M_{KG}$: 61.5<br>(SD: 10.90) | $N_{KG}$: 31 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 33) = 7.07$, $p = .012$, partielles $\eta^2 = .005$ | $M_{KG}$: 64.5<br>(SD: 8.80) | $M_{KG}$: 61.32<br>(SD: 10.61) | $N_{KG}$: 34 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 66) = 6.49$, $p = .013$, partielles $\eta^2 = .090$ | $M_{KG}$: 64<br>(SD: 10.60) | $M_{KG}$: 62.4<br>(SD: 11.44) | $N_{KG}$: 67 |

### 2.2.2 KuJ (YSR)

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 53) = 11.47$, $p = .001$,<br>partielles $\eta^2 = .178$ | $M_{IG}$: 65.3<br>(SD: 12.32) | $M_{IG}$: 61.7<br>(SD: 10.98) | $N_{IG}$: 54 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 59) = 15.52$, $p < .001$,<br>partielles $\eta^2 = .208$ | $M_{IG}$: 65.7<br>(SD: 12.46) | $M_{IG}$: 61.5<br>(SD: 11.54) | $N_{IG}$: 60 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 114) = 13.89$, $p < .001$,<br>partielles $\eta^2 = .109$ | $M_{IG}$: 65.5<br>(SD: 12.24) | $M_{IG}$: 63.3<br>(SD: 11.92) | $N_{IG}$: 115 |
| KG | Per Protocol | X<br>Kennwerte: $F(1, 9) = 0.27$, $p = 535$,<br>partielles $\eta^2 = .029$ | $M_{KG}$: 58.8<br>(SD: 11.64) | $M_{KG}$: 57.6<br>(SD: 6.88) | $N_{KG}$: 10 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | X<br>Kennwerte: $F(1, 9) = 0.27$, $p = .618$,<br>partielles $\eta^2 = .029$ | $M_{KG}$: 58.8<br>(SD: 11.64) | $M_{KG}$: 57.6<br>(SD: 6.88) | $N_{KG}$: 10 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | X<br>Kennwerte: $F(1, 23) = 0.28$, $p = .602$,<br>partielles $\eta^2 = .002$ | $M_{KG}$: 60<br>(SD: 13.03) | $M_{KG}$: 59.5<br>(SD: 11.71) | $N_{KG}$: 24 |

### 2.2.3 Lehrkräfte (TRF)

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 61) = 4.88$, $p = .032$,<br>partielles $\eta^2 = .074$ | $M_{IG}$: 14.2<br>(SD: 8.60) | $M_{IG}$: 12.4<br>(SD: 7.96) | $N_{IG}$: 62 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 111) = 12.31$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .100$ | $M_{IG}$: 15.4<br>(SD: 8.99) | $M_{IG}$: 13<br>(SD: 8.22) | $N_{IG}$: 112 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 206) = 11.76$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .054$ | $M_{IG}$: 15.2<br>(SD: 8.70) | $M_{IG}$: 13.90<br>(SD: 8.33) | $N_{IG}$: 207 |
| KG | Per Protocol | X<br>Kennwerte: $F(1, 23) = 1.20$, $p = .285$, partielles $\eta^2 = .050$ | $M_{KG}$: 9.5<br>(SD: 8.35) | $M_{KG}$: 10.9<br>(SD: 6.61) | $N_{KG}$: 24 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | X<br>Kennwerte: $F(1, 39) = 0.04$, $p = .844$, partielles $\eta^2 = .001$ | $M_{KG}$: 11.1<br>(SD: 8.60) | $M_{KG}$: 11.3<br>(SD: 8.12) | $N_{KG}$: 40 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | X<br>Kennwerte: $F(1, 69) = 0.04$, $p = .843$, partielles $\eta^2 = .001$ | $M_{KG}$: 11.3<br>(SD: 9.48) | $M_{KG}$: 11.4<br>(SD: 9.23) | $N_{KG}$: 70 |

## 2.3 Externale Probleme

### 2.3.1 Eltern (CBCL)

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 162) = 33.51$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .171$ | $M_{IG}$: 64.7<br>(SD: 10) | $M_{IG}$: 61<br>(SD: 11.58) | $N_{IG}$: 163 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 167) = 34.39$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .171$ | $M_{IG}$: 64.7<br>(SD: 10) | $M_{IG}$: 61.1<br>(SD: 11.63) | $N_{IG}$: 168 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 280) = 31.83$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .102$ | $M_{IG}$: 64.5<br>(SD: 10.78) | $M_{IG}$: 62.4<br>(SD: 11.15) | $N_{IG}$: 281 |
| KG | Per Protocol | X<br>Kennwerte: $F(1, 34) = 3.82$, $p = .059$, partielles $\eta^2 = .101$ | $M_{KG}$: 63.6<br>(SD: 10.31) | $M_{KG}$: 61.2<br>(SD: 12.75) | $N_{KG}$: 35 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 35) = 4.88$, $p = .034$, partielles $\eta^2 = .122$ | $M_{KG}$: 63.7<br>(SD: 10.32) | $M_{KG}$: 61.1<br>(SD: 12.60) | $N_{KG}$: 36 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 67) = 4.64$, $p = .035$, partielles $\eta^2 = .065$ | $M_{KG}$: 63.6<br>(SD: 9.49) | $M_{KG}$: 62.2<br>(SD: 10.90) | $N_{KG}$: 68 |

### 2.3.2 Kinder (YSR)

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 52) = 9.90$, $p = .003$, partielles $\eta^2 = .160$ | $M_{IG}$: 56.7<br>(SD: 9.51) | $M_{IG}$: 54.2<br>(SD: 10.60) | $N_{IG}$: 53 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 59) = 12.27$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .172$ | $M_{IG}$: 57.3<br>(SD: 9.75) | $M_{IG}$: 54.4<br>(SD: 10.40) | $N_{IG}$: 60 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 156) = 16.63$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .096$ | $M_{IG}$: 57.9<br>(SD: 9.61) | $M_{IG}$: 56.3<br>(SD: 10.15) | $N_{IG}$: 115 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| KG | Per Protocol | X<br>Kennwerte: $F(1, 7) = 3.74$, $p = .094$,<br>partielles $\eta^2 = .348$ | $M_{KG}$: 55.1<br>(SD: 8.92) | $M_{KG}$: 50.1<br>(SD: 7.62) | $N_{KG}$: 8 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 9) = 7.54$, $p = .023$,<br>partielles $\eta^2 = .456$ | $M_{KG}$: 56<br>(SD: 8.82) | $M_{KG}$: 50.2<br>(SD: 7.39) | $N_{KG}$: 10 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | X<br>Kennwerte: $F(1, 50) = 0.12$, $p = .729$,<br>partielles $\eta^2 = .002$ | $M_{KG}$: 56.8<br>(SD: 10.35) | $M_{KG}$: 54.38<br>(SD: 10.51) | $N_{KG}$: 24 |

### 2.3.3 Lehrkräfte (TRF)

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 63) = 10.73$, $p = .002$,<br>partielles $\eta^2 = .146$ | $M_{IG}$: 23.5<br>(SD: 14.86) | $M_{IG}$: 19.6<br>(SD: 14.44) | $N_{IG}$: 64 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 111) = 12.05$, $p < .001$,<br>partielles $\eta^2 = .098$ | $M_{KG}$: 22.9<br>(SD: 14.89) | $M_{KG}$: 19.5<br>(SD: 15) | $N_{IG}$: 112 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 206) = 11.53$, $p < .001$,<br>partielles $\eta^2 = .053$ | $M_{IG}$: 22.4<br>(SD: 14.64) | $M_{IG}$: 20.6<br>(SD: 14.73) | $N_{IG}$: 207 |
| KG | Per Protocol | X<br>Kennwerte: $F(1, 24) = 0.52$, $p = .479$,<br>partielles $\eta^2 = .021$ | $M_{KG}$: 14<br>(SD: 11.77) | $M_{KG}$: 15.1<br>(SD: 13.21) | $N_{KG}$: 25 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Einzl. fehl. W. imp. | X<br>Kennwerte: *F*(1, 39) = 0.021, *p* = .885, partielles η² = .001 | $M_{KG}$: 14.4<br>(SD: 12) | $M_{KG}$: 14.6<br>(SD: 13.48) | $N_{KG}$: 40 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | X<br>Kennwerte: *F*(1, 69) = 0.022, = .884, partielles η² < .001 | $M_{KG}$: 15.7<br>(SD: 20.6) | $M_{KG}$: 15.8<br>(SD: 13.15) | $N_{KG}$: 70 |

# 3. Kidscreen (nur Eltern erhoben)

## 3.1 Skala Körperliches Wohlbefinden

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | X<br>Kennwerte: *F*(1, 111) = 0.41, *p* = .522, partielles η² = .004 | $M_{IG}$: 45.3<br>(SD: 11.75) | $M_{IG}$: 45.9<br>(SD: 12.37) | $N_{IG}$: 112 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | X<br>Kennwerte: *F*(1, 114) = 0.70, *p* = .406, partielles η² = .006 | $M_{IG}$: 44.9<br>(SD: 11.92) | $M_{IG}$: 45.7<br>(SD: 12.29) | $N_{IG}$: 115 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | X<br>Kennwerte: *F*(1, 223) = 0.70, *p* = .405, partielles η² = .003 | $M_{IG}$: 44.5<br>(SD: 11.59) | $M_{IG}$: 44.9<br>(SD: 11.81) | $N_{IG}$: 224 |
| KG | Per Protocol | X<br>Kennwerte: *F*(1, 33) = 0.51, *p* = .482, partielles η² = .015 | $M_{KG}$: 46.6<br>(SD: 10.45) | $M_{KG}$: 47.8<br>(SD: 11.60) | $N_{KG}$: 34 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | X<br>Kennwerte: *F*(1, 34) = 0.67, *p* = .419, partielles η² = .019 | $M_{KG}$: 46.6<br>(SD: 10.30) | $M_{KG}$: 47.8<br>(SD: 11.43) | $N_{KG}$: 35 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 66) = 0.67$, $p = .415$,<br>partielles $\eta^2 = .010$ | $M_{KG}$: 46.3<br>(SD: 11.42) | $M_{KG}$: 46.9<br>(SD: 11.99) | $N_{KG}$: 67 |

## 3.2 Skala Psychisches Wohlbefinden

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 109) = 0.17$, $p = .734$,<br>partielles $\eta^2 = .001$ | $M_{IG}$: 32.4<br>(SD: 3.48) | $M_{IG}$: 32.7<br>(SD: 4.07) | $N_{IG}$: 110 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 112) = 0.36$, $p = .552$,<br>partielles $\eta^2 = .003$ | $M_{IG}$: 32.2<br>(SD: 3.56) | $M_{IG}$: 32.5<br>(SD: 4.24) | $N_{IG}$: 113 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 223) = 0.36$, $p = .551$,<br>partielles $\eta^2 = .002$ | $M_{IG}$: 32.1<br>(SD: 3.84) | $M_{IG}$: 32.3<br>(SD: 4.18) | $N_{IG}$: 224 |
| KG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 32) = 4.96$, $p = .033$,<br>partielles $\eta^2 = .134$ | $M_{KG}$: 33.8<br>(SD: 3.28) | $M_{KG}$: 32.4<br>(SD: 3.19) | $N_{KG}$: 33 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 33) = 4.44$, $p = .043$,<br>partielles $\eta^2 = .118$ | $M_{KG}$: 33.9<br>(SD: 3.31) | $M_{KG}$: 32.6<br>(SD: 3.40) | $N_{KG}$: 34 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 67) = 4.22$, $p = .044$,<br>partielles $\eta^2 = .059$ | $M_{KG}$: 34.3<br>(SD: 3.74) | $M_{KG}$: 33.7<br>(SD: 3.90) | $N_{KG}$: 68 |

## 3.3 Skala Eltern und Autonomie

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 106) = 1.14$, $p = .287$, partielles $\eta^2 = .011$ | $M_{IG}$: 53.7 (SD: 9.52) | $M_{IG}$: 54.7 (SD: 9.63) | $N_{IG}$: 107 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 113) = 2$, $p = .159$, partielles $\eta^2 = .017$ | $M_{IG}$: 53.8 (SD: 9.71) | $M_{IG}$: 55.1 (SD: 9.88) | $N_{IG}$: 114 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 223) = 2$, $p = .159$, partielles $\eta^2 = .009$ | $M_{IG}$: 54 (SD: 10.15) | $M_{IG}$: 54.7 (SD: 10.23) | $N_{IG}$: 224 |
| KG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 31) = 4.99$, $p = .033$, partielles $\eta^2 = .139$ | $M_{KG}$: 56.7 (SD: 10.95) | $M_{KG}$: 59.7 (SD: 11.39) | $N_{KG}$: 32 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 34) = 6.46$, $p = .016$, partielles $\eta^2 = .160$ | $M_{KG}$: 54.8 (SD: 11.45) | $M_{KG}$: 58.6 (SD: 11.66) | $N_{KG}$: 35 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 67) = 6$, $p = .017$, partielles $\eta^2 = .082$ | $M_{KG}$: 56.6 (SD: 11.81) | $M_{KG}$: 58.6 (SD: 11.75) | $N_{KG}$: 68 |

## 3.4 Skala Soziale Unterstützung

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 102) = 3.01$, $p = .081$, partielles $\eta^2 = .029$ | $M_{IG}$: 45.2 (SD: 14.96) | $M_{IG}$: 48.2 (SD: 15.53) | $N_{IG}$: 103 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Einzl. fehl. W. imp. | **X**<br>Kennwerte: *F*(1, 115) = 3.31, *p* = .071, partielles η² = .028 | $M_{IG}$: 44.8<br>(SD: 15.26) | $M_{IG}$: 47.7<br>(SD: 15.51) | $N_{IG}$: 116 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | **X**<br>Kennwerte: *F*(1, 222) = 3.28, *p* = .071, partielles η² = .015 | $M_{IG}$: 45.1<br>(SD: 15.68) | $M_{IG}$: 46.6<br>(SD: 15.68) | $N_{IG}$: 223 |
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: *F*(1, 29) = 0.40, *p* = .533, partielles η² = .014 | $M_{KG}$: 48.8<br>(SD: 13.04) | $M_{KG}$: 50.4<br>(SD: 13.69) | $N_{KG}$: 30 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | **X**<br>Kennwerte: *F*(1, 34) = 0.55, *p* = .464, partielles η² = .016 | $M_{KG}$: 48<br>(SD: 14.03) | $M_{KG}$: 49.6<br>(SD: 14.69) | $N_{KG}$: 35 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | **X**<br>Kennwerte: *F*(1, 66) = 0.55, *p* = .460, partielles η² = .008 | $M_{KG}$: 46.8<br>(SD: 14.76) | $M_{KG}$: 47.7<br>(SD: 15.18) | $N_{KG}$: 67 |

## 3.5 Skala Schulisches Umfeld

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: *F*(1, 102) = 4.23, *p* = .041, partielles η² = .040 | $M_{IG}$: 43.1<br>(SD: 11.31) | $M_{IG}$: 45.4<br>(SD: 13.07) | $N_{IG}$: 103 |
| | Einzl. fehl. W. imp. | **X**<br>Kennwerte: *F*(1, 107) = 3.62, *p* = .060, partielles η² = .033 | $M_{IG}$: 43.2<br>(SD: 11.17) | $M_{IG}$: 45.3<br>(SD: 12.97) | $N_{IG}$: 108 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | **X**<br>Kennwerte: *F*(1, 220) = 3.57, *p* = .060, partielles η² = .016 | $M_{IG}$: 41.5<br>(SD: 12.46) | $M_{IG}$: 42.6<br>(SD: 13.48) | $N_{IG}$: 221 |
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: *F*(1, 32) = 0.36, *p* = .554, partielles η² = .011 | $M_{KG}$: 46.8<br>(SD: 10.16) | $M_{KG}$: 48<br>(SD: 11.86) | $N_{KG}$: 33 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Einzl. fehl. W. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 34) = 0.00$, $p = .988$, partielles $\eta^2 < .001$ | $M_{KG}$: 47.7<br>(SD: 10.73) | $M_{KG}$: 47.8<br>(SD: 11.64) | $N_{KG}$: 35 |
| | Einzl. fehl. W. & fehl. Postmess. imp. | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 67) = 0.00$, $p = .988$, partielles $\eta^2 < .001$ | $M_{KG}$: 46.0<br>(SD: 13.55) | $M_{KG}$: 46.1<br>(SD: 13.93) | $N_{KG}$: 68 |

## 4. CGAF

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | Prä in % | Post in % | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: Z = - 6.08, $p < .001$ | 90-81: 0,4 %<br>80-71: 2,9 %<br>70-61: 9,1 %<br>60-51: 23,7 %<br>50-41: 46,1 %<br>40-31: 17,4 %<br>30-21: 0,4 % | 90-81: 2,1 %<br>80-71: 7,9 %<br>70-61: 14,1 %<br>60-51: 23,7 %<br>50-41: 40,7 %<br>40-31: 11,2 %<br>30-21: 0,4 % | $N_{IG}$: 241 |
| | Einz. f. W. u. fehl. Mess. imp | ✓<br>Kennwerte: Z = - 6.08, $p < .001$ | 90-81: 0.4 %<br>80-71: 2.8 %<br>70-61: 8.9 %<br>60-51: 23.4 %<br>50-41: 46 %<br>40-31: 18.1 %<br>30-21: 0.4 % | 90-81: 2.0 %<br>80-71: 7.7 %<br>70-61: 13.7 %<br>60-51: 23.4 %<br>50-41: 40.7 %<br>40-31: 12.1 %<br>30-21: 0.4 % | $N_{IG}$: 248 |

# 5. Schulabsentismus

## 5.1 Nominal (liegt vor/liegt nicht vor)

### 5.1.1 Eltern

| | | Voraussetzungen | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Prä-Post-Effekt | Prä Ja in % | Post ja in % | Prä nein in % | Post nein in % | N |
| IG | Per Protocol | Zellen erw. Häufigkeit < 5 = 25% **X**<br>,<br>minim. erw. Häufigkeit > 1 = 4,47 ✓ | **X**<br>Kennwerte: *p* = 1.000 | 14.8% | 85.2% | 34.6 % | 65.4% | $N_{IG}$: 148 |
| | Fehl. Mess. imp | Zellen erw. Häufigkeit < 5 = 0 % ✓<br>,<br>minim. erw. Häufigkeit > 1 = 7.08 ✓ | **X**<br>Kennwerte: *p* = 1.000 | 8.5% | 91.5 % | 59.5 % | 40.5 % | $N_{IG}$: 255 |
| KG | Per Protocol | Zellen erw. Häufigkeit < 5 = 25% **X**<br>,<br>minim. erw. Häufigkeit > 1 = 4,47 ✓ | **X**<br>Kennwerte: *p* = .180 | 7.7 % | 92.3% | 41.7 % | 58.3 % | $N_{KG}$: 38 |
| | Fehl. Mess. imp | Zellen erw. Häufigkeit < 5 = 0 % ✓<br>,<br>minim. erw. Häufigkeit > 1 = 6 ✓ | **X**<br>Kennwerte:*p* = .180 | 3.8 % | 96.2 % | 70.8 % | 29.2 % | $N_{KG}$: 76 |

### 5.1.2 KuJ

| | | Voraussetzungen | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Prä-Post-Effekt | Prä Ja in % | Post ja in % | Prä nein in % | Post nein in % | N |
| IG | Per Protocol | Zellen erw. Häufigkeit < 5 = 50% **X**<br>,<br>minim. erw. Häufigkeit > 1 = 1,30 ✓ | **X**<br>Kennwerte: *p* = .065 | 4.3 % | 95.7 % | 30.8 % | 69,2 % | $N_{IG}$: 60 |
| | Fehl. Mess. imp | Zellen erw. Häufigkeit < 5 = 25 % **X**<br>,<br>minim. erw. Häufigkeit > 1 = 2.47 ✓ | **X**<br>Kennwerte: *p* = .065 | 2 % | 98 % | 57.1 % | 42.9 % | $N_{IG}$: 119 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| KG | Per Protocol | Zellen erw. Häufigkeit < 5 = 25% **X**<br>,<br>minim. erw. Häufigkeit > 1 = 4,47 ✓ | -- | -- | 100 % | -- | 100% | $N_{KG}$: 16 |
| | Fehl. Mess. imp | Zellen erw. Häufigkeit < 5 = 75% **X**<br>,<br>minim. erw. Häufigkeit > 1 = 0.40 **X** | **X**<br>Kennwerte: *p* = .250 | -- | 100% | 40 % | 60 % | $N_{KG}$: 25 |

## 5.2 Ordinal (gruppierte Abfrage von Fehltagen)

### 5.2.1 Eltern

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | Prä in % | Post in % | N |
| IG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: Z = - 0.70, *p* = .482 | Gar nicht: 17.6 %<br>Manchmal: 35.8 %<br>Oft: 25.7 %<br>Sehr oft: 14.2 %<br>Meistens: 2.7 %<br>(fast) immer: 4.1 % | Gar nicht: 18.2 %<br>Manchmal: 41.9 %<br>Oft: 19.6 %<br>Sehr oft: 12.2 %<br>Meistens: 3.4 %<br>(fast) immer: 4.7 % | $N_{IG}$: 148 |
| | Fehl. Mess. imp | **X**<br>Kennwerte: Z = 0.70, *p* = .482 | Gar nicht: 16.5 %<br>Manchmal: 34,1 %<br>Oft: 27.1 %<br>Sehr oft: 14.9 %<br>Meistens: 3.1 %<br>(fast) immer: 4.3 % | Gar nicht: 16.9 %<br>Manchmal: 37.6 %<br>Oft: 23.4 %<br>Sehr oft: 13.7 %<br>Meistens: 3.5 %<br>(fast) immer: 4.7 % | $N_{IG}$: 255 |
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: Z = 1.60, *p* = .109 | Gar nicht: 31.6 %<br>Manchmal: 36.8 %<br>Oft: 23.7 %<br>Sehr oft: 7,9 &<br>Meistens: --<br>(fast) immer: -- | Gar nicht: 18.4 %<br>Manchmal: 44.7 %<br>Oft: 26.3 %<br>Sehr oft: 7.9 %<br>Meistens: 2.6 %<br>(fast) immer: -- | $N_{KG}$: 38 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Fehl. Mess. imp | **X**<br>Kennwerte: Z = -1.60, *p* = .109 | Gar nicht: 31.6 %<br>Manchmal: 34.2 %<br>Oft: 26.3 %<br>Sehr oft: 6.6 %<br>Meistens: --<br>(fast) immer: 1.3 % | Gar nicht: 25 %<br>Manchmal: 38.2 %<br>Oft: 27.6 %<br>Sehr oft: 6.6 %<br>Meistens: 1.3 %<br>(fast) immer: 1.3 % | $N_{KG}$: 76 |

### 5.2.2 KuJ

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | Prä in % | Post in % | N |
| IG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte:,Z = 0.79, *p* = .430 | Gar nicht: 21.7<br>Manchmal: 25 %<br>Oft: 26.7 %<br>Sehr oft: 10 %<br>Meistens: 6.7 %<br>(fast) immer: 10 % | Gar nicht: 10 %<br>Manchmal: 38.3 %<br>Oft: 16.7 %<br>Sehr oft: 23.3 %<br>Meistens: 1.7 %<br>(fast) immer: 10 % | $N_{IG}$: 60 |
| | Fehl. Mess. imp | **X**<br>Kennwerte:,Z = -0.79 *p* = .430 | Gar nicht: 17.6 %<br>Manchmal: 24.4 %<br>Oft: 24.4 %<br>Sehr oft: 16.8 %<br>Meistens: 5.9 %<br>(fast) immer: 10, 9 % | Gar nicht: 11.8 %<br>Manchmal: 31.1 %<br>Oft: 19.3 %<br>Sehr oft: 23.5 %<br>Meistens: 3.4 %<br>(fast) immer: 10.9 % | $N_{IG}$: 119 |
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte:,Z = 1.56, *p* = .118 | Gar nicht: 18.8 %<br>Manchmal: 43.8 %<br>Oft: 31.3 %<br>Sehr oft: -- %<br>Meistens: 6.3 %<br>(fast) immer: -- % | Gar nicht: -- %<br>Manchmal: 56.3 %<br>Oft: 25 %<br>Sehr oft: 12.5 %<br>Meistens: --<br>(fast) immer: 6.3 % | $N_{KG}$: 16 |
| | Fehl. Mess. imp | **X**<br>Kennwerte:,Z = -1.56 *p* = .118 | Gar nicht: 20 %<br>Manchmal: 36 %<br>Oft: 28 %<br>Sehr oft: 8 %<br>Meistens: 4 %<br>(fast) immer: 4 % | Gar nicht: 8 %<br>Manchmal: 44,4 %<br>Oft: 23 %<br>Sehr oft: 16 %<br>Meistens: --<br>(fast) immer: 8 % | $N_{KG}$: 25 |

# 6. Absentismus Motive/SRAS-R-Skalen

## 6.1 Elterneinschätzung

### 6.1.1 Vermeidung negativer Affektivität

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 63) = 13.27$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .174$ | $M_{IG}$: 2.5<br>(SD: 1) | $M_{IG}$: 2.1<br>(SD: 1) | $N_{IG}$: 64 |
| | fehl. Postmess. imp | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 133) = 12.05$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .083$ | $M_{IG}$: 2.6<br>(SD: 0.93) | $M_{IG}$: 2.4<br>(SD: 0.95) | $N_{IG}$: 134 |
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 13) = 0.47$, $p = .503$, partielles $\eta^2 = .035$ | $M_{KG}$: 1.6<br>(SD: 0.66) | $M_{KG}$: 1.8<br>(SD: 0.86) | $N_{KG}$: 14 |
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 32) = 0.46$, $p = .491$, partielles $\eta^2 = .015$ | $M_{KG}$: 1.9<br>(SD: 0.93) | $M_{KG}$: 2<br>(SD: 0.90) | $N_{KG}$: 33 |

### 6.1.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 63) = 16.40$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .207$ | $M_{IG}$: 2.1<br>(SD: 0.83) | $M_{IG}$: 1.7<br>(SD: 0.79) | $N_{IG}$: 64 |
| | fehl. Postmess. imp | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 133) = 14.55$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .099$ | $M_{IG}$: 2.1<br>(SD: 0.79) | $M_{IG}$: 1.9<br>(SD: 0.81) | $N_{IG}$: 134 |
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 13) = 0.14$, $p = .710$, partielles $\eta^2 = .011$ | $M_{KG}$: 1.4<br>(SD: 0.48) | $M_{KG}$: 1.4<br>(SD: 0.60) | $N_{KG}$: 14 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 32) = 0.15$, $p = .701$, partielles $\eta^2 = .005$ | $M_{KG}$: 1.6<br>(SD: 0.66) | $M_{KG}$: 1.6<br>(SD: 0.69) | $N_{KG}$: 33 |

### 6.1.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 63) = 23.10$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .268$ | $M_{IG}$: 2.2<br>(SD: 0.89) | $M_{IG}$: 1.8<br>(SD: 0.81) | $N_{IG}$: 64 |
| | fehl. Postmess. imp | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 133) = 19.55$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .128$ | $M_{IG}$: 2.2<br>(SD: 0.85) | $M_{IG}$: 2.0<br>(SD: 0.84) | $N_{IG}$: 134 |
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 13) = 1.78$, $p = .205$, partielles $\eta^2 = .121$ | $M_{KG}$: 2<br>(SD: 1.12) | $M_{KG}$: 1.8<br>(SD: 0.71) | $N_{KG}$: 14 |
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 32) = 1.73$, $p = .198$, partielles $\eta^2 = .051$ | $M_{KG}$: 2.1<br>(SD: 0.95) | $M_{KG}$: 2<br>(SD: 0.80) | $N_{KG}$: 33 |

### 6.1.4 Aufsuchen attraktiverer Tätigkeiten

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 63) = 0.67$, $p = .416$, partielles $\eta^2 = .011$ | $M_{IG}$: 1.8<br>(SD: 0.73) | $M_{IG}$: 1.8<br>(SD: 0.74) | $N_{IG}$: 64 |
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 133) = 0.67$, $p = .413$, partielles $\eta^2 = .005$ | $M_{IG}$: 1.9<br>(SD: 0.81) | $M_{IG}$: 1.8<br>(SD: 0.82) | $N_{IG}$: 134 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 13) = 2.47$, $p = .140$, partielles $\eta^2 = .160$ | $M_{KG}$: 2<br>(SD: 0.68) | $M_{KG}$: 1.7<br>(SD: 0.57) | $N_{KG}$: 14 |
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 32) = 0.14$, $p = .137$, partielles $\eta^2 = .068$ | $M_{KG}$: 1.9<br>(SD: 0.70) | $M_{KG}$: 1.8<br>(SD: 0.67) | $N_{KG}$: 33 |

## 6.2 Selbsteinschätzung (KuJ)

### 6.2.1 Vermeidung negativer Affektivität

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 34) = 1.98$, $p = .196$, partielles $\eta^2 = .055$ | $M_{IG}$: 2.6<br>(SD: 0.92) | $M_{IG}$: 2.3<br>(SD: 0.97) | $N_{IG}$: 35 |
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 74) = 1.95$, $p = .167$, partielles $\eta^2 = .026$ | $M_{IG}$: 2.5<br>(SD: 0.87) | $M_{IG}$: 2.4<br>(SD: 0.89) | $N_{IG}$: 75 |
| KG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 4) = 18.44$, $p = .013$, partielles $\eta^2 = .822$ | $M_{KG}$: 2.7<br>(SD: 0.21) | $M_{KG}$: 1.5<br>(SD: 0.77) | $N_{KG}$: 5 |
| | fehl. Postmess. imp | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 28) = 4.62$, $p = .040$, partielles $\eta^2 = .142$ | $M_{KG}$: 2.3<br>(SD: 0.58) | $M_{KG}$: 2.1<br>(SD: 0.67) | $N_{KG}$: 29 |

### 6.2.2 Vermeidung von sozialen und Bewertungssituationen

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 34) = 2.22$, $p = .145$, partielles $\eta^2 = .061$ | $M_{IG}$: 2.1<br>(SD: 0.69) | $M_{IG}$: 1.9<br>(SD: 0.85) | $N_{IG}$: 35 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 74) = 2.18$, $p = .144$, partielles $\eta^2 = .029$ | $M_{IG}$: 1.9<br>(SD: 0.80) | $M_{IG}$: 1.8<br>(SD: 0.85) | $N_{IG}$: 75 |
| KG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 4) = 52.36$, $p = .002$, partielles $\eta^2 = .929$ | $M_{KG}$: 2.3<br>(SD: 0.46) | $M_{KG}$: 1.4<br>(SD: 0.41) | $N_{KG}$: 5 |
| | fehl. Postmess. imp | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 28) = 5.34$, $p = .028$, partielles $\eta^2 = .160$ | $M_{KG}$: 2.2<br>(SD: 0.52) | $M_{KG}$: 2<br>(SD: 0.59) | $N_{KG}$: 29 |

### 6.2.3 Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 34) = 7.71$, $p = .009$, partielles $\eta^2 = .185$ | $M_{IG}$: 2.4<br>(SD: 0.79) | $M_{IG}$: 2<br>(SD: 0.80) | $N_{IG}$: 35 |
| | fehl. Postmess. imp | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 74) = 6.99$, $p = .010$, partielles $\eta^2 = .086$ | $M_{IG}$: 2.2<br>(SD: 0.83) | $M_{IG}$: 2.1<br>(SD: 0.82) | $N_{IG}$: 75 |
| KG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 4) = 8$, $p = .047$, partielles $\eta^2 = .667$ | $M_{KG}$: 2.8<br>(SD: 0.53) | $M_{KG}$: 1.67<br>(SD: 0.82) | $N_{KG}$: 5 |
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 28) = 3.64$, $p = .067$, partielles $\eta^2 = .115$ | $M_{KG}$: 2.4<br>(SD: 0.61) | $M_{KG}$: 2.2<br>(SD: 0.68) | $N_{KG}$: 29 |

### 6.2.4 Aufsuchen attraktiverer Tätigkeiten

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 34) = 0.29$, $p = .596$, partielles $\eta^2 = .008$ | $M_{IG}$: 2<br>(SD: 0.88) | $M_{IG}$: 2<br>(SD: 0.72) | $N_{IG}$: 35 |
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 74) = 0.29$, $p = .592$, partielles $\eta^2 = .004$ | $M_{IG}$: 1.9<br>(SD: 0.84) | $M_{IG}$: 2<br>(SD: 0.77) | $N_{IG}$: 75 |
| KG | Per Protocol | ✓<br>Kennwerte: $F(1, 4) = 8.05$, $p = .047$, partielles $\eta^2 = .668$ | $M_{KG}$: 2.8<br>(SD: 0.58) | $M_{KG}$: 1.5<br>(SD: 0.87) | $N_{KG}$: 5 |
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 28) = 3.64$, $p = .067$, partielles $\eta^2 = .115$ | $M_{KG}$: 2.4<br>(SD: 0.80) | $M_{KG}$: 2.2<br>(SD: 0.88) | $N_{KG}$: 29 |

## 7. Schulnoten

| | | Effekte (inkl. Kennwerte) | Deskriptive Statistiken | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Prä-Post-Effekt | M Prä | M Post | N |
| IG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 37) = 0.096$, $p = .758$, partielles $\eta^2 = .003$ | $M_G$: 3.3<br>(SD: 0.75) | $M_G$: 3.3<br>(SD: 0.78) | $N_{IG}$: 38 |
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 83) = 0.098$, $p = .756$, partielles $\eta^2 = .001$ | $M_G$: 3.4<br>(SD: 0.96) | $M_G$: 3.3<br>(SD: 0.97) | $N_{IG}$: 84 |
| KG | Per Protocol | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 14) = 0.677$, $p = .424$, partielles $\eta^2 = .046$ | $M_{KG}$: 2.7<br>(SD: 0.55) | $M_{KG}$: 2.9<br>(SD: 0.84) | $N_{KG}$: 15 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | fehl. Postmess. imp | **X**<br>Kennwerte: $F(1, 24) = 0.684$, $p = .417$, partielles $\eta^2 = .028$ | $M_{KG}$: 2.7<br>(SD: 0.62) | $M_{KG}$: 2.8<br>(SD: 0.81) | $N_{KG}$: 25 |